

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-451
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, J.H. Paulusma-de Waal RGA
(medisch lid), terwijl mr. A. Westerveld als secretaris)**

Klacht ontvangen op : 9 september 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 26 september 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

De Commissie heeft geconcludeerd dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering van Consument geen dekking biedt omdat objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot ziekte ontbreken. De vordering van Consument is afgewezen.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- de brief van Consument waarmee hij pro forma een klacht heeft ingediend;
- de klachtbrief van Consument met bijlagen, waaronder het door hem ondertekende klachtformulier;
- de brief van Consument met aanvullende informatie;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het namens Verzekeraar ingediende verweerschrift met bijlagen;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de repliek met bijlagen;
- de namens Verzekeraar ingediende dupliek;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 juni 2016 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op 27 mei 1953, heeft met ingang van 1 augustus 1999 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Verzekerd beroep: belastingadviseur. Eindleeftijd: 65 jaar. Verzekerde jaarrente: € 45.378,00. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: Voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering Voor de Ondernemer nr. 1387.

- 2.2 Consument heeft zich per 28 februari 2008 arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten. Hij was niet meer in staat om te werken vanwege de psychische klap die hij had gekregen toen hij vernam dat zijn echtgenote terminaal ziek was. De echtgenote van Consument is op 24 maart 2008 overleden.
- 2.3 Verzekeraar heeft arbeidsdeskundig en medisch onderzoek laten verrichten en is intussen gaan uitkeren op basis van 100% arbeidsongeschiktheid (klasse 80-100%). In totaal zijn vijf rapportages uitgebracht. Per 1 augustus 2008 is het uitkeringspercentage verlaagd naar 50% (klasse 45-55%). Op 20 november 2008 heeft psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden. De conclusie was dat sprake was van een rouwreactie met slaapproblemen. Het uitkeringspercentage werd gehandhaafd op 50%.
- 2.4 Per 1 januari 2010 heeft Consument zijn aandeel in het bedrijf waarin hij partner was verkocht. Door zijn slechte concentratievermogen en door zijn slechter wordende geheugen was hij niet meer in staat, zo schreef hij Verzekeraar, zijn partnerschap en zijn vak naar behoren uit te oefenen. Verzekeraar heeft de verzekering per 1 januari 2010 beëindigd wegens het vervallen van een verzekeraar belang. De uitkering is voorgezet op basis van 50% arbeidsongeschiktheid.
- 2.5 Bij brief d.d. 29 april 2013 heeft Verzekeraar Consument in het kader van een periodieke controle een vragenlijst toegestuurd en bij brief d.d. 8 januari 2014 heeft hij aangekondigd een specialistisch onderzoek door een onafhankelijk arts te zullen laten verrichten om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van medisch objectiveerbare beperkingen en/of stoornissen. Op 24 januari 2014 heeft psychiatrische expertise en op 24 april 2014 orthopedische expertise plaatsgevonden. De psychiatrisch expert heeft geen diagnose en geen beperkingen gesteld. Hij kwam tijdens het onderzoek tot de conclusie dat geen sprake is van een psychiatrische stoornis of aandoening. De orthopedisch expert heeft enige lichte artrose in de rechterknie vastgesteld, die tot enige beperking van de belastbaarheid leidt. Bij brief van 2 juli 2014 heeft Verzekeraar Consument bericht dat uit de twee expertiserapporten gebleken is dat er slechts lichte beperkingen zijn die niet leiden tot een arbeidsongeschiktheid van meer dan 25% voor het verzekerde beroep, en dat de uitkering met terugwerkende kracht per 1 juni 2014 was beëindigd. Nadat Consument hiertegen bezwaar had gemaakt is de datum van beëindiging gewijzigd in 15 juli 2014. Het standpunt met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid is door Verzekeraar evenwel gehandhaafd.
- 2.6 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen, voor zover relevant:
Artikel 1.7.1: *“Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigdheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken.”*
Artikel 1.7.2: *“Aegon stelt het bestaan van de in 1.7.1 bedoelde stoornissen vast aan de hand van de rapportage van door Aegon aangewezen deskundigen.”*
Artikel 8.2.3.5: De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht om aan Aegon mededeling te doen zodra: *“de verzekerde geen of een verminderd verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is, zoals bedrijfsbeëindiging of een vermindering van inkomen. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van het doel van de verzekering.”*

Artikel 8.2.4: *“In geval van een wijziging (...) in de gevallen als genoemd in 8.2.3 heeft Aegon het recht andere voorwaarden te stellen, bijvoorbeeld een hogere premie of een lagere verzekerde jaarrente, of de verzekering onmiddellijk te beëindigen. (...)”*

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert een second opinion van een rouwexpert op kosten van Verzekeraar.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst vanwege zowel zijn handelwijze en besluitvorming ten aanzien van de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid, als het feit dat het psychiatrisch expertiserapport is gebruikt als basis voor de beslissing om de uitkering te beëindigen, alsmede het feit dat Verzekeraar geen second opinion inzake het functioneren van Consument als fiscalist heeft aangeboden.

- De beslissing van Verzekeraar om de uitkering te beëindigen was aanvankelijk gebaseerd op een niet relevant rapport van de orthopedisch expert. Op vragen van Consument dienaangaande is niet door Verzekeraar gereageerd.
- Eerst bij brief d.d. 12 augustus 2014 heeft Verzekeraar het psychiatrisch expertiserapport (mede) aangevoerd als reden voor de beëindiging van de uitkering. Dit rapport biedt onvoldoende basis voor die beëindiging.
- Ten onrechte is door Verzekeraar geen onderzoek verricht naar eventuele beperkingen voor het functioneren van Consument als fiscalist.
- Ten onrechte is geen mogelijkheid geboden om een second opinion aan te vragen inzake het functioneren van Consument als fiscalist.
- Verzekeraar heeft nagelaten nadere vragen te stellen over de situatie na 1 januari 2010.
- Op 29 september 2008 is op verzoek van Verzekeraar psychiatrische expertise verricht. In zijn rapport van 19 november 2008 schrijft de psychiater dat Consument zijn beroep niet volledig kan uitoefenen wegens enige medisch vast te stellen beperkingen en dat een rouwreactie in de meeste gevallen na verloop van tijd spontaan weer oplost, maar dat als het beloop hiervan in negatieve zin afwijkt, psychotherapie is geïndiceerd om de opgetreden stagnatie in het emotionele verwerkingsproces te doorbreken. Bij betrokkene, zo vervolgt de psychiater zijn rapport, zou hij dit in het najaar van 2009 gaan overwegen als de symptomen niet verminderd zouden zijn. De arbeidsdeskundige heeft deze conclusies onderschreven. Verzekeraar heeft nagelaten psychotherapie in gang te zetten.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is van arbeidsongeschiktheid eerst sprake als aan twee vereisten wordt voldaan.

Het eerste vereiste is dat er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan (het ziektevereiste). In 2014 zijn twee medische onderzoeken verricht, een psychiatrische en een orthopedische, op grond waarvan Verzekeraar tot een gemotiveerd besluit heeft kunnen komen. De psychiatrisch expert heeft geen objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot ziekte vastgesteld. De orthopedische expertise is verricht omdat Consument had aangegeven lichamelijke klachten te ervaren. Wellicht diende Consument op grond van zijn lichamelijke klachten als arbeidsongeschikt aangemerkt te worden. Uit deze expertise bleek dat bij Consument sprake was van een lichte beperking van de belastbaarheid van de rechterknie.

Het tweede vereiste is dat de verzekerde door de objectief medisch vastgestelde stoornis voor ten minste 25% niet in staat is zijn beroepswerkzaamheden te verrichten (het causaliteitsvereiste). Door de psychiatrisch expert is geen psychiatrische diagnose gesteld. Dan zijn dus geen beperkingen te duiden. Verder (arbeidsdeskundig) onderzoek naar het functioneren van Consument als fiscalist heeft dan geen zin. Uitsluitend belemmeringen die aan het ziektevereiste voldoen kunnen immers tot arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering leiden. De (zeer beperkte) belemmeringen die de orthopedisch expert heeft vastgesteld zijn niet van dien aard dat deze arbeidsongeschiktheid opleveren. Bovendien was deze expertise, zo wordt toegegeven, overbodig. Verzekeraar heeft hiervoor reeds excuses aangeboden. Dit onderzoek heeft overigens geen invloed gehad op de expertise en de bevindingen van de psychiatrisch expert. Zonder het orthopedisch onderzoek zou Verzekeraar de uitkering ook hebben stopgezet. Het onderzoek en de bevindingen van de psychiatrisch expert leveren een zelfstandige grondslag op voor de beslissing om de uitkering te beëindigen.

- De verzekering van Consument biedt geen dekking voor klachten en/of beperkingen waarvoor geen medische grond is aan te wijzen. Bij het ontbreken van een medische diagnose heeft nader onderzoek naar de vraag of Consument belemmerd wordt in zijn functioneren als belastingadviseur geen nut.
- Verzekeraar rekent het niet tot zijn taak om medische behandelingen aan te bieden of te bevorderen. Het is de verplichting van de verzekerde zelf om zich onder medische behandeling te stellen en daarnaast alles te doen dat het herstel kan bevorderen. Consument heeft overigens nooit om psychotherapie gevraagd. Hij wilde zijn eigen weg volgen en daarbij varen op zijn gevoel.
- Verzekeraar was op grond van artikel 8.2.4 juncto artikel 8.2.3.5 gerechtigd de verzekering van Consument te beëindigen.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op een second opinion van een rouwdeskundige. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande het volgende.

- 4.2 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat bij de eerste psychiatrische expertise in 2008 beperkingen zijn geduid die, op grond van de anamnese, toegeschreven zijn aan het rouwproces. In 2012 zijn deze beperkingen door dezelfde psychiater nog slechts gering geacht. De tweede psychiater heeft in 2014 de klachten van Consument getoetst aan haar bevindingen bij onderzoek maar vond vervolgens geen bevestiging en stelde geen psychiatrische diagnose, omdat zij tijdens het onderzoek, dat 80 minuten geduurd heeft, geen aanwijzing had gevonden voor geheugen- of concentratiestoornissen. Zonder diagnose kunnen geen medische beperkingen worden geduid. Naar verzekeringsgeneeskundig inzicht wordt overigens algemeen aangenomen dat als iemand langer dan een uur zijn concentratie, aandacht en geheugen goed kan vast houden, zoals in dit geval is vastgesteld, geen beperkingen kunnen worden aangenomen voor het cognitief functioneren, ook al worden aanzienlijke klachten geuit.
- 4.3 Beperkingen dienen te worden gekoppeld aan een ziekte, niet aan het beroep. Ook volgens de definitie van arbeidsongeschiktheid in de verzekeringsvoorwaarden (artikel 1.7.1) dient sprake te zijn van objectief medisch vast te stellen stoornissen in directe relatie tot ziekte. Zonder ziekte geen beperkingen, ook al ervaart Consument deze wel degelijk. Pas als medische beperkingen kunnen worden geduid kan een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsvinden. De arbeidsdeskundige beoordeelt dan in hoeverre de beperkingen leiden tot uitval op het werk. Vanwege het ontbreken van medische beperkingen is in het geval van Consument een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek /een second opinion naar zijn functioneren als fiscalist niet meer aan de orde.
- 4.4 Een second opinion van een rouwdeskundige zal naar het oordeel van de Commissie niet kunnen leiden tot een wijziging in de opvatting dat geen sprake is van ziekte. Een second opinion wordt doorgaans overigens alleen aangevraagd bij twijfel over de diagnose. Er is geen diagnose gesteld en voor twijfel is in dit geval geen plaats. Consument heeft ook niet gesteld dat van een psychiatrische diagnose moet worden uitgegaan. De Commissie acht om die reden een second opinion zoals door Consument gevorderd niet aan de orde.
- 4.5 De conclusie is dan ook dat Verzekeraar niet tekort is geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De verzekering biedt vanwege het ontbreken van objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot ziekte geen dekking.
- 4.6 De Commissie merkt nog wel op dat naar haar oordeel het dossier van Consument niet goed door Verzekeraar is gevolgd. In 2010 en na de expertise van 2012 was actie in de vorm van het aanbieden van begeleiding op zijn plaats geweest. Dit wil zeggen, psychische begeleiding in 2010 – al past hierbij wel de kanttekening dat niet vast staat dat Consument, die zelf geen hulp heeft gezocht, hierop zou zijn ingegaan - en een arbeidsdeskundig of verzekeringsgeneeskundig bezoek in 2012. Een dergelijk bezoek was in 2012 op zijn plaats geweest omdat de psychiater de beperkingen als veel milder duidde en met name geen uur-beperking meer opgaf. Ook hierbij past een kanttekening, en wel deze dat begeleiding wellicht tot een verdere verlaging c.q. afbouw van het uitkeringspercentage zou hebben geleid, hetgeen niet in het voordeel van Consument zou zijn geweest. Verder is de Commissie van oordeel dat de uitkering wel erg abrupt is gestaakt. Normaliter houdt een verzekeraar een periode van afbouw aan in combinatie met een aanbod voor begeleiding door een reïntegratiebureau.

De Commissie is evenwel van oordeel dat dit niet kan afdoen aan de conclusie dat de verzekering vanwege het ontbreken van medische beperkingen geen dekking biedt. Ook het feit dat de orthopedische expertise (achteraf beschouwd) overbodig was, en dat Verzekeraar op vragen dienaangaande van Consument niet is ingegaan, maakt dit niet anders.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.