

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-384  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus en J.H. Paulusma-de Waal  
(medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 29 september 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Generali schadeverzekering maatschappij N.V., gevestigd te Diemen,  
verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 15 juni 2017  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Verzekeraar heeft op grond van een verzekeringsgeneeskundige rapportage, waarin is geconcludeerd dat geen medisch objectieerbare beperkingen konden worden vastgesteld, besloten de arbeidsongeschiktheidsuitkering van Consument te beëindigen. Consument heeft bezwaar aangetekend en een eigen verzekeringsgeneeskundige rapportage ingebracht. In deze rapportage wordt wel een beperking gediend. De Commissie heeft evenwel geoordeeld dat de conclusie dat dat sprake is van een beperking onvoldoende deugdelijk is onderbouwd, terwijl de conclusie van de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige dat geen sprake is van medisch objectieerbare beperkingen, onvoldoende gemotiveerd is weersproken. De Commissie heeft de vordering afgewezen.

## **I. Procesverloop**

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

- het namens Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de namens Consument ingezonden repliek.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 19 april 2017 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1976, heeft met ingang van 18 augustus 2010 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Verzekerd beroep: exploitant autorijsschool. Einddatum verzekering: bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

Eigen risicotermijn: 30 dagen. Uitkeringsdrempel (voor zowel Rubriek A als Rubriek B): 25%. Verzekerd bedrag (voor zowel Rubriek A als Rubriek B): € 22.000,-. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: Bijzondere Voorwaarden AOV 609.

- 2.2 Consument is op 1 oktober 2012 en op 1 november 2012, tijdens de uitoefening van zijn werkzaamheden, betrokken geraakt bij een aanrijding. In beide gevallen zat Consument op de rijdersstoel en stond hij te wachten voor een rood verkeerslicht toen hij achterop werd gereden. Op 17 december 2012 vond wederom een aanrijding plaats waarbij de lesauto aan de zijkant werd geraakt. Consument heeft sinds de ongevallen last van diverse klachten, waaronder hoofdpijn, nek- en schouderklachten. Hij heeft de betrokken WA-verzekeraars aansprakelijk gesteld en heeft zich bij Verzekeraar per 2 oktober 2012 arbeidsongeschikt gemeld wegens “pijn in de rug/schouders/nek/armen/benen”. Nadat Verzekeraar medische informatie had ingewonnen, heeft Verzekeraar een arbeidsdeskundige ingeschakeld. Tevens heeft Verzekeraar een behandelcentrum voor geestelijke gezondheidszorg ingeschakeld. Op 11 februari 2013 is Consument aldaar voor het eerst gezien voor een multidisciplinair diagnostisch onderzoek. Consument is vervolgens gedurende negen maanden begeleid bij zijn re-integratie. Verzekeraar heeft intussen uitkering verstrekt op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid. Op 6 februari 2014 heeft een verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaatsgevonden. Op basis van de bevindingen van de verzekeringsgeneeskundige - deze had geen beperkingen vastgesteld - heeft Verzekeraar Consument niet langer arbeidsongeschikt geacht en heeft hij de uitkering per 1 april 2014 verlaagd naar 50% en per 1 mei 2014 beëindigd.
- 2.3 Consument heeft tegen de beëindiging van zijn uitkering bezwaar aangetekend en is hierin bijgestaan door verschillende achtereenvolgende belangenbehartigers. Verzekeraar heeft zich uiteindelijk “ter oplossing buiten rechte” bereid verklaard mee te werken aan een nieuw verzekeringsgeneeskundig onderzoek waarbij ervan zou worden uitgegaan dat Consument ten gevolge van de ongevallen lijdt aan WAD 1/11 (Whiplash associated disorders) en dat de WAD 1/11 geldt als objectief medisch vastgesteld in de zin van artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden. Verzekeraar wenste de arbeidsongeschiktheid overeenkomstig het bepaalde in artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden te laten vaststellen door een door hem aangewezen deskundige, aan de hand van een door de medisch adviseur van Verzekeraar opgestelde vraagbrief en behield zich daarbij het recht voor om in het geval onverhoopt toch een procedure zou volgen, door een medisch specialist te laten vaststellen of Consument al dan niet aan een objectief medisch vast te stellen stoornis in de zin van de arbeidsongeschiktheidsverzekering lijdt. Met de persoon van de door Verzekeraar aangewezen deskundige ging de toenmalige belangenbehartiger van Consument niet akkoord en stelde twee andere verzekeringsgeneeskundigen voor. Hij wenste tevens aanpassing van de vraagbrief. Verzekeraar heeft daarop de vraagbrief uitgebreid, de vraagstelling zelf ongewijzigd latend, maar zag geen reden om een andere deskundige te benoemen. Consument werd opgeroepen voor een verzekeringsgeneeskundig onderzoek op 4 augustus 2015. Consument heeft de afspraak voor dit onderzoek afgezegd.

- 2.4 De toenmalige belangenbehartiger van Consument heeft op 14 augustus 2015 zelf een verzekeringsgeneeskundige ingeschakeld die op 14 oktober 2015 rapport uitbracht. In dit rapport komt de verzekeringsgeneeskundige tot de conclusie dat Consument na drie ongevallen op de rijdersstoel een angst heeft ontwikkeld om op de rijdersstoel plaats te nemen - hij kan wel zelf autorijden - en dat sprake is van fysieke klachten van een WAD die echter geen reden vormen voor een objectieve beperking in de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). Wél meent de verzekeringsgeneeskundige dat Consument een zeer concrete beperking heeft voor het verrichten van zijn werk als gevolg van de drie ongevallen uit 2012, waardoor lesgeven niet meer mogelijk is.
- 2.5 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft het rapport van de door de belangenbehartiger van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige bestudeerd en heeft geconcludeerd dat het onderzoek niet heeft aangetoond dat er medisch objectieveerbare beperkingen in de zin van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn te duiden.
- 2.6 De Gemachtigde van Consument en Verzekeraar zijn hierna in gesprek gegaan, waarbij de Gemachtigde van Consument een voorstel heeft gedaan teneinde tot een afronding te komen, met als uitgangspunt dat aan Consument een nieuw loopbaanperspectief werd geboden en dat hij van zijn klachten zou afkomen. Dit voorstel hield in dat Verzekeraar een eenmalige uitkering zou verstrekken bestaande uit een arbeidsongeschiktheidsuitkering ineens, berekend over 5 jaren, een vergoeding voor pijnspecialistisch onderzoek en eventuele behandeling, begroot op € 5.000,-, de financiering van de studiekosten voor een opleiding tot Middelbaar Veiligheidskundige (MVK) ad € 7.000,- inschrijfgeld en € 1.500,- overige kosten, en de financiering van de studiekosten voor een vervolgopleiding Hoger Veiligheidskundige (HVK) ad € 12.000,-. Verzekeraar heeft hierop tegen finale kwijting een tegenvoorstel gedaan; hij heeft ondersteuning op zijn kosten aangeboden in de vorm van een begeleidingstraject, dat Consument zou kunnen helpen met het oplossen of verminderen van zijn functioneringsproblemen in werk en privé en dat hem praktische handvatten zou kunnen geven voor het omgaan met zijn klachten, en een adviestraject (loopbaancoach) om Consument te helpen met het vinden van een passende baan.
- 2.7 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen voor zover relevant:

**Artikel 2 Strekking van de verzekering**

*Deze verzekering verleent een periodieke uitkering bij derving van inkomen door verzekerde ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid. Daarnaast wordt de verzekerde door deze verzekering begeleid in het verminderen van de arbeidsongeschiktheid en het bevorderen van de terugkeer in het arbeidsproces.*

**Artikel 3 Arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering**

*Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Generali stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportages van door Generali aan te wijzen deskundigen.*

**Artikel 4 Arbeidsongeschiktheid voor Rubriek A**

*1. Onverminderd het in artikel 3 van deze Bijzondere Voorwaarden bepaalde, is sprake van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd.*

(...)

### **Artikel 7 Arbeidsongeschiktheid voor Rubriek B**

*1. Onverminderd het in artikel 3 van deze Bijzondere Voorwaarden bepaalde is sprake van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.*

### **Artikel 10 Vergoeding van de kosten van re-integratie**

*De gemaakte kosten verbonden aan re-integratie worden boven de uitkering van arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk vergoed indien:*

- a. het tot doel heeft het arbeidsvermogen geheel of gedeeltelijk te herstellen en;*
- b. de kosten niet behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling en;*
- c. daarop niet uit andere hoofde aanspraak bestaat.*

*Onder re-integratie wordt onder andere verstaan: arbeidsdeskundige hulp en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. Deze kan onderzoek, advisering en begeleiding bij aanpassing van de beroepswerkzaamheden en de bedrijfsvoering omvatten, die het herstel bevorderen en de arbeidsongeschiktheid verminderen. Ook kosten van herplaatsing, aanpassingen, revalidatie en her/omscholing die buiten de normale kosten van geneeskundige behandeling vallen kunnen voor vergoeding in aanmerking komen.*

## **3. Vordering, klacht en verweer**

### *Vordering Consument*

- 3.1 Consument vordert een eenmalige uitkering van € 134.000,-, bestaande uit een arbeidsongeschiktheidsuitkering over een periode van 5 jaar ad € 110.000,-, de kosten van een pijnspecialist ad € 5000,-, de kosten van de opleiding MVK ad € 7.000,- en de kosten voor de opleiding HVK ad € 12.000,-, dit alles te vermeerderen met de wettelijke rente.

### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Consument zijn buiten zijn schuld drie auto-ongelukken overkomen waardoor hij niet meer in staat is zijn beroep van rijinstructeur uit te oefenen. Als gevolg hiervan heeft hij geen inkomen en is hij diep in de problemen geraakt.
  - Consument heeft zich tegen het risico van arbeidsongeschiktheid verzekerd en heeft recht op voortzetting van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering zolang hij niet in staat is om zijn eigen inkomen te genereren. Consument had totdat hem de ongelukken overkwamen een bloeiende autorijsschool. Inkomen dient in de toekomst echter gegeneerd te worden uit een ander beroep. Los van de pijn, waarvan Consument nog steeds last heeft, is hij geestelijk niet in staat om op de instructeursstoel van de lesauto plaats te nemen, dit vanwege de ontwikkelde angststoornis. Consument heeft zich op eigen initiatief en op eigen kosten laten omscholen tot het beroep van Middelbaar Veiligheidskundige.
  - Op 10 juni 2016 heeft de Gemachtigde van Consument een gesprek met Verzekeraar gehad. Op 15 juni heeft de Gemachtigde een regelingsvoorstel gedaan, dit omdat tijdens bedoeld gesprek door Verzekeraar om een plan was verzocht teneinde voor Consument tot een bevredigende oplossing te komen. Een zekere verwachting was daarmee dus wel gewekt.

Uitgangspunt was dat een eindige situatie voor Consument zou worden gecreëerd met een ondersteuning door Verzekeraar in de vorm van een uitkering en een eventuele coaching. Verzekeraar kwam slechts met een voorstel voor jobcoaching, daarmee het regelingsvoorstel negerend. Verzekeraar is niet bereid gebleken de kwestie tot een oplossing te brengen en heeft daarmee zijn verantwoordelijkheid niet genomen en zijn zorgplicht geschonden.

- Door een medicus is vastgesteld dat Consument door de auto-ongelukken een whiplash heeft opgelopen. Verzekeraar probeert hier onderuit te komen door te stellen dat de stoornis niet objectief is vast te stellen en dat de problemen van Consument voortkomen uit psychosociale en persoonlijke factoren alsmede uit zorgen over zijn inkomensverlies. Consument heeft tot aan de ongevallen echter nooit last gehad van psychosociale of persoonlijke factoren die hem belemmerden om zijn werk als rij-instructeur met plezier te doen. Autorijden was zijn lust en zijn leven.

*Verweer Verzekeraar*

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan. Het eerdere aanbod aan Consument om op kosten van Verzekeraar een begeleidingstraject en een adviestraject (loopbaancoach) te starten is door Verzekeraar gehandhaafd.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument na 1 mei 2014, de datum waarop Verzekeraar de uitkering heeft beëindigd, nog rechten aan zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering kan ontlenen. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen in artikel 3 dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is indien er in relatie tot ziekte of ongeval *objectief medisch* vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren.
- 4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument op 6 februari 2014 in opdracht van Verzekeraar is onderzocht door een verzekeringsgeneeskundige. Deze verzekeringsgeneeskundige schrijft in zijn rapportage, waarbij hij aangeeft op welke medische informatie hij zich heeft gebaseerd, onder meer dat Consument veel klachten heeft en dat deze klachten passen bij de diagnose en richtlijn “Aspecifieke KANS” (klachten van arm/nek/schouder). Medische argumenten om hierbij beperkingen aan te nemen acht hij niet aannemelijk. De klachten kunnen volgens hem verergeren of in stand worden gehouden door andere omstandigheden, zoals cliëntgebonden factoren waarbij motivatieproblematiek, zelfvertrouwen etc. een rol kunnen spelen. Ook vanuit de sociale context kunnen in standhoudende factoren een rol spelen zoals macro-economisch factoren, gezinsuitbreiding, de regreszaak, financiële zorgen, etc. De door Consument geuite somberheid en moeheidsklachten acht de verzekeringsgeneeskundige zodanig mild van aard dat hieraan geen beperkingen kunnen worden toegekend. Consument heeft volgens hem meer een coachingsvraag dan een medische hulpvraag.

De verzekeringsgeneeskundige is tot de conclusie gekomen dat geen consistente samenhang bestaat tussen enerzijds de door Consument verwoorde klachten en de door hem ervaren handicaps en anderzijds de geobjectiveerde afwijkingen tijdens het onderzoek en het herstelgedrag van Consument. Consument, zo stelt de verzekeringsgeneeskundige, ervaart wel beperkingen ten aanzien van zijn inzetbaarheid en terugkeer in eigen werk, maar deze leiden niet tot beperkingen die binnen de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) kunnen worden geduid.

- 4.4 Consument heeft tegenover de hierboven onder 4.3 genoemde verzekeringsgeneeskundige rapportage een verzekeringsgeneeskundige rapportage van 14 oktober 2015 gesteld. Deze rapportage is opgesteld in opdracht van de toenmalige belangenbehartiger van Consument. De verzekeringsgeneeskundige die het onderzoek heeft verricht heeft in haar rapportage geconcludeerd tot een zeer concrete beperking tot het verrichten van arbeid, bestaande uit het meerijden in de auto. Consument, zo stelt de verzekeringsgeneeskundige, ontwikkelt al snel spanningen, stress en onrust, waardoor lesgeven niet meer mogelijk is. Zij duidde een specifieke beperking voor vervoer en lesgeven in de FML. De Commissie is evenwel van oordeel dat onvoldoende duidelijk is geworden waardoor deze beperking wordt veroorzaakt: door medische of door niet-medische factoren? De verzekeringsgeneeskundige heeft haar conclusie dat sprake is van een specifieke beperking voor vervoer en lesgeven naar het oordeel van de Commissie wat dat betreft onvoldoende deugdelijk onderbouwd, terwijl de conclusie van de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige dat de beperking in stand wordt gehouden door niet-medische factoren onvoldoende gemotiveerd door haar is weersproken. De rapportage bevat geen inhoudelijke argumenten op grond waarvan moet worden geconcludeerd dat de rapportage van de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige terzijde moet worden geschoven.
- 4.5 De slotsom is dat op basis van hetgeen Consument daartoe heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twijfelen aan de juistheid van de constatering en conclusies in de rapportage van de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige. Onder die omstandigheden moet ervan worden uitgegaan dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft kunnen aannemen dat, zoals de verzekeringsvoorwaarden vereisen, geen sprake is van een medisch geobjectiveerde beperking, zodat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door de uitkering onder de verzekeringsovereenkomst per 1 mei 2014 te beëindigen. Gelet hierop ziet de Commissie geen aanleiding het aanbod van Verzekeraar inzake een begeleidings- en een adviestraject in haar beoordeling te betrekken. De Commissie wijst de vordering van Consument af.

## **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](http://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.*