

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-578  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, drs. M. Keus (medisch lid), leden en  
mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 april 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Genworth Financial (thans: Axa Partners – Credit & Lifestyle Protection),  
gevestigd te Arnhem, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 30 augustus 2017  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsuitkering beëindigd omdat Consument minder dan 35% (uitkeringsdrempel) arbeidsongeschikt is geoordeeld voor zowel eigen werk als voor passende arbeid in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. Discussie is ontstaan over de geduide beperkingen. De Commissie geeft geoordeeld dat de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige zijn rapportage vollediger had kunnen doen zijn, maar dat de niet door hem vermelde beperkingen voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument niet relevant zijn. De vordering is afgewezen.

## **I. Procesverloop**

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

- de uitspraak van de Geschillencommissie van 29 augustus 2014 (nr. 2014-318);
- de namens Consument ingezonden klachtbrief;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- de namens Consument nagezonden bijlagen;
- het namens Verzekeraar ingezonden verweerschrift;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de namens Consument nagezonden brief met aanvulling op de vordering;
- de namens Verzekeraar ingezonden dupliek;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies;
- de namens Verzekeraar nagezonden aanvullende stukken;
- de namens Consument nagezonden aanvullende stukken;
- de ter zitting namens Consument overgelegde pleitnotitie;
- de ter zitting namens Verzekeraar overgelegde pleitnotitie.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.  
Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 6 juli 2017 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument is in 2009 arbeidsongeschikt geraakt en heeft op drie bij Verzekeraar lopende verzekeringen een claim ingediend. Verzekeraar heeft tot 24 februari 2012 onder alle drie de verzekeringen uitkering verleend. Tegen de beëindiging van de uitkeringen per 24 februari 2012 heeft Consument een klacht ingediend bij de Geschillencommissie. De Commissie heeft in haar uitspraak van 29 augustus 2014 (nr. 2014-318) geoordeeld dat voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument een deugdelijk medisch en arbeidsdeskundig onderzoek dient plaats te vinden en dat het arbeidsdeskundig onderzoek niet deugdelijk heeft plaatsgevonden. De Commissie heeft bij bindend advies beslist “dat Aangeslotene (= Verzekeraar) binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van haar beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument vergoedt de uitkeringstermijnen van 3 x € 600,- per maand vanaf 24 februari 2012 tot aan de dag dat Aangeslotene een deugdelijke grond voor intrekking van de uitkering heeft in de vorm van een deugdelijk arbeidsdeskundig rapport (althans voor zover geen andere grond meebrengt dat met uitkering gestopt mag worden, zoals opzegging), met rente (...).”
- 2.2 Verzekeraar heeft de uitkering met terugwerkende kracht vanaf 24 februari 2012 hervat en kondigde nieuw onderzoek aan. Hij heeft een nieuw en actueel verzekeringsgeneeskundig rapport op laten maken en vervolgens arbeidsdeskundig onderzoek laten verrichten. De arbeidsdeskundige kwam in zijn rapport van 2 april 2015 tot de conclusie dat de eigen functie van Consument, die van tekstschrijfster, grotendeels passend is voor Consument en dat arbeidsongeschiktheid van meer dan 35% (de uitkeringsdrempel op grond van de verzekering) niet kan worden vastgesteld. Bij brief van 8 mei 2015 heeft de gemachtigde van Verzekeraar de gemachtigde van Consument bericht dat hij de uitkering per diezelfde dag zou staken en dat de uitkering die Consument heeft ontvangen en die zag op de periode van 11 maart 2015 tot en met 9 april 2015 de laatste uitkering was.
- 2.3 Namens Consument is bezwaar aangetekend tegen deze beslissing van Verzekeraar. Dit bezwaar is onderbouwd met een rapportage van een bedrijfsarts, van een arbeidsdeskundige en van de Belgische behandelend neurochirurg. Geconcludeerd werd tot een mate van arbeidsongeschiktheid van 62%.
- 2.4 Verzekeraar heeft zijn standpunt gehandhaafd. Volgens hem zijn de uitkeringen terecht stopgezet omdat Consument vanaf 9 april 2015 niet voor meer dan 35% arbeidsongeschikt is, niet voor het eigen beroep en niet voor passende arbeid. Dat blijkt, zo stelt hij, uit de deskundigenrapporten.
- 2.5 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (GF 10-2008) bepalen, voor zover relevant:  
“4.2 *Recht op een uitkering*  
*De verzekerde heeft recht op een uitkering als de claim aan de volgende voorwaarden voldoet:*  
(...)”

*i. indien de verzekerde na een periode van twee jaar arbeidsongeschiktheid niet in staat is de eigen werkzaamheden geheel of gedeeltelijk te verrichten, wordt het recht op het behoud van een uitkering beoordeeld aan de hand van het criterium passende arbeid;*

*(...)*

*7. Duur van de verzekering*

*(...)*

*7.2 Uitkering vindt iedere maand plaats, mits de verzekerde die gehele maand, alle dagen arbeidsongeschikt is geweest.*

*1.2. Het aanvragen van een uitkering*

*(...)*

*1.2.3 Een schade-uitkering wordt normaal gesproken aan het einde van een schadeperiode betaald.*

*De verzekeraar verleent doorgaans voorschotten. (...)*

*1.2.4 De uitkering zal maandelijks en achteraf plaatsvinden zolang de claim wegens arbeidsongeschiktheid aan de voorwaarden voor uitkering voldoet. (...)*

*1.2.5 Daarnaast gelden de volgende aanvullende voorwaarden:*

*(...)*

*d. De verzekerde is verplicht om desgevraagd mee te werken aan een medisch of psychisch onderzoek door een deskundige die de verzekeraar zal aanwijzen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar.*

*e. de verzekerde is verplicht om desgevraagd mee te werken aan een onderzoek door een arbeidsdeskundige die de verzekeraar zal aanwijzen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar.”*

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

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert primair uitkering ad € 1.800,- per maand (3 x € 600,-) vanaf 10 april 2015, vermeerderd met de wettelijke handelsrente, subsidiair uitkering over de periode van 10 april 2015 tot 8 mei 2015, vermeerderd met de wettelijke handelsrente. Consument vordert voorts vergoeding van de kosten die zij gemaakt heeft voor een second-opinion (medisch onderzoek en arbeidsdeskundige expertise) ad € 2.026,51.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.

- Verzekeraar heeft niet zelfstandig een besluit genomen. Hij heeft de besluitvorming overgelaten aan zijn gemachtigde. De brief van de gemachtigde van Verzekeraar van 8 mei 2015 is, zomin als de brief van 29 januari 2016 waarin de gemachtigde reageert op het bezwaarschrift van de gemachtigde van Consument, niet als een besluit van Verzekeraar aan te merken. De besluitvorming is onbevoegd tot stand gekomen.
- De Commissie oordeelde in haar uitspraak van 29 augustus 2014 dat Verzekeraar bij het inschakelen van een arbeidsdeskundige rekening diende te houden met eventuele bezwaren van Consument tegen de aanwijzing van een bepaalde arbeidsdeskundige vanwege bijvoorbeeld twijfel over onafhankelijkheid of deskundigheid. Dit heeft uiteraard ook te gelden voor een verzekeringsgeneeskundige. Van enige keuzevrijheid is echter geen sprake geweest. Consument is een verzekeringsgeneeskundige opgedrongen.

Zij diende medewerking te verlenen aan het door de gemachtigde van Verzekeraar voorgestelde onderzoek, zulks op straffe van het stopzetten van de uitkering. Met de bezwaren van Consument is op geen enkele wijze rekening gehouden.

- De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden verplichten Consument mee te werken aan een onderzoek door een onafhankelijk medisch expert, aangesteld door Verzekeraar. Een dergelijk beding is onredelijk bezwarend in de zin van de Richtlijn 93/13/EEG van de Raad van 5 april 1993 betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten. Zie de arresten van het Hof Arnhem-Leeuwarden van 22 maart 2016 ECLI:NL:GHARL:2016:2316 en van 30 augustus 2016 ECLI:NL:GHARL:2016:6941. De betreffende verzekeringsvoorwaarden dienen om die reden buiten toepassing te blijven.
- Verzekeraar is van de uitspraak van de Commissie van 29 augustus 2014 niet in beroep gegaan en heeft daarin dus berust. De eerdere arbeidsdeskundige beoordelingen zijn door de Commissie van tafel geveegd. De rapportage van de door de gemachtigde van Verzekeraar ingeschakelde – derde – arbeidsdeskundige is om meerdere redenen niet overtuigend. Daarbij komt dat de arbeidsdeskundige is uitgegaan van een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) waarin niet alle beperkingen zijn weergegeven. In de in opdracht van Consument opgestelde FML zijn de beperkingen wel correct geduid.
- De intrekking van de uitkeringen heeft met terugwerkende kracht plaatsgevonden. Per brief van 8 mei 2015 werd medegedeeld dat de uitkering per 10 april 2015 werd ingetrokken.

#### *Verweer Verzekeraar*

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

- De besluiten van Verzekeraar zijn bevoegdlijk genomen. Gemachtigde treedt op als advocaat van Verzekeraar en vertegenwoordigt Verzekeraar. Alle communicatie van de gemachtigde in deze zaak geschiedt uit naam van Verzekeraar.
- Het percentage arbeidsongeschiktheid is lager dan 35. Alle door Verzekeraar ingeschakelde deskundigen komen los van elkaar tot diezelfde conclusie. De uitkeringen zijn dus terecht beëindigd.
- Consument is gezien door een orthopedisch expertise-arts, in consultatie met een andere orthopeed en een verzekeringsgeneeskundige. Consument heeft tegen de benoeming van de deskundige geen inhoudelijke bezwaren geuit. Het rapport van de deskundige is op deugdelijke wijze tot stand gekomen. In de benoeming van de arbeidsdeskundige heeft Consument inspraak gehad. Deze is op gezamenlijk verzoek benoemd. Aan Consument is de mogelijkheid geboden om commentaar op de rapportage te leveren. Consument heeft geen zwaarwegende en steekhoudende argumenten tegen de rapportage aangevoerd. Een rapport van een onafhankelijke deskundige is eerst dan niet leidend als het rapport niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen van onpartijdigheid, consistentie, inzichtelijkheid en logica. Of als de wijze waarop de deskundige zijn werkzaamheden heeft verricht of de inhoud van het rapport niet voldoet. Het weigeren van een deskundige zonder enig concreet bezwaar of onderbouwing kan niet als het aanvoeren van zwaarwegende en steekhoudende bezwaren worden bestempeld.
- De arresten van het Hof Arnhem-Leeuwarden zijn niet van toepassing omdat de deskundigen juist in overleg met Consument zijn benoemd.

- De bedrijfsarts die door de gemachtigde van Consument is ingeschakeld heeft kanttekeningen geplaatst bij de beperkingen zoals geduid in de FML van de door de gemachtigde van Verzekeraar ingeschakelde expertise-arts. Verzekeraar heeft deze kanttekeningen voorgelegd aan haar medisch adviseur. Deze concludeerde dat de kanttekeningen irrelevant waren voor de FML.
- Ten aanzien van de stopzetting per 9 april 2015 stelt Verzekeraar zich op het standpunt dat de peildatum voor stopzetting van de uitkering is het moment dat is komen vast te staan dat Consument niet (meer) aan de polisvoorwaarden voldoet. Dit volgt uit het feit dat de uitkeringen doorgaans als voorschot worden verleend (artikel 12.3 van de verzekeringsvoorwaarden). Het concept van het rapport van de arbeidsdeskundige is aan Consument vanaf begin april 2015 voorgelegd en zij was hiervan dan ook al vanaf begin april op de hoogte.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 De vraag waarvoor de Commissie zich gesteld ziet is of Verzekeraar zich terecht op het standpunt kan stellen dat Consument vanaf 10 april 2015 geen recht op uitkering heeft, omdat zij minder dan 35% arbeidsongeschikt is, voor eigen werk of voor passend werk in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. En voorts, indien geoordeeld wordt dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid van meer dan 35%, of de uitkering met terugwerkende kracht van één maand mocht worden beëindigd. De Commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en overweegt dienaangaande als volgt.
- 4.2 In artikel 4.2 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn de bepalingen omtrent het recht op een uitkering opgenomen. In 4.2 onder i is bepaald dat, indien de verzekerde na een periode van twee jaar arbeidsongeschiktheid niet in staat is de eigen werkzaamheden geheel of gedeeltelijk te verrichten, het recht op het behoud van een uitkering wordt beoordeeld aan de hand van het criterium passende arbeid. Nu Consument meer dan twee jaar arbeidsongeschikt is geweest geldt als criterium voor het bepalen van het recht op uitkering dat eerst dient te worden beoordeeld of Consument voor meer dan 35% arbeidsongeschikt is voor haar eigen werk. In het geval geconstateerd wordt dat Consument meer dan 35% arbeidsongeschikt is voor haar eigen werk, dient tevens te worden beoordeeld in welke mate Consument geschikt is voor ander passend werk.
- 4.3 De Commissie stelt vast dat Verzekeraar gevolg heeft willen geven aan het bindend advies van de Commissie van 29 augustus 2014 (nr. 2014-318). Bij brief van 18 september 2014 heeft de gemachtigde van Verzekeraar de gemachtigde van Consument dit laten weten en een nieuw en actueel verzekeringsgeneeskundig onderzoek, te volgen door een arbeidsdeskundig onderzoek, aangekondigd. In deze brief schrijft de gemachtigde van Verzekeraar welke verzekeringsgeneeskundige van welk bureau hij heeft aangewezen en doet hij een voorstel voor een aan te wijzen arbeidsdeskundige. Mocht Consument specifieke bezwaren tegen de persoon van de arbeidsdeskundige hebben dan, zo vervolgde de gemachtigde van Verzekeraar, diende zij die uiterlijk vrijdag 26 september 2014 kenbaar te maken onder vermelding van een drietal alternatieve arbeidsdeskundigen.

Bij brief van 26 september 2014 heeft de gemachtigde van Consument laten weten dat Consument bereid is mee te werken aan een heronderzoek maar dat niet akkoord wordt gegaan met de gekozen verzekeringsarts – deze was al eerder betrokken op de zaak - en vooralsnog ook niet met de gekozen arbeidsdeskundige. Bij brief van 10 oktober 2014 stelt de gemachtigde van Verzekeraar voor het verzekeringsgeneeskundig onderzoek door een ander bureau te laten verrichten, welk bureau vervolgens ook het arbeidsdeskundig onderzoek zou kunnen uitvoeren, tenzij de voorkeur van Consument uit zou gaan naar de eerder voorgestelde arbeidsdeskundige. Eventuele bezwaren dienden uiterlijk op 24 oktober 2014 aan de gemachtigde van Verzekeraar kenbaar te worden gemaakt, onder vermelding van een drietal alternatieve deskundigen. Bij brief van 21 oktober 2014 berichtte de gemachtigde van Verzekeraar dat inmiddels gebleken was dat bij het voorgestelde bureau geen verzekeringsartsen werkzaam zijn en stelde hij als alternatief een ander bureau voor. Mocht Consument bezwaar tegen dit bureau hebben dan diende zij haar bezwaren uiterlijk 4 november 2014 kenbaar te maken onder vermelding van een drietal alternatieve deskundigen. Ten aanzien van de te benoemen arbeidsdeskundige bleef het eerste voorstel ongewijzigd en diende Consument haar eventuele bezwaren uiterlijk 24 oktober 2014 kenbaar te maken. Bij brief van 24 oktober 2014 liet de gemachtigde van Consument weten dat Consument geen bezwaren had tegen de voorgestelde arbeidsdeskundige. Op het bureau dat het verzekeringsgeneeskundige onderzoek zou gaan verrichten zou nog worden teruggekomen. Bij brief van 4 november 2014 is dit laatste geschied; met het voorgestelde bureau werd niet ingestemd omdat de persoon van de verzekeringsgeneeskundige niet werd genoemd en de eerder betrokken verzekeringsgeneeskundige aan ditzelfde bureau verbonden is. Bij brief van 13 november 2014 liet de gemachtigde van Verzekeraar weten dat het bureau vóór de definitieve aanmelding nog geen naam van een verzekeringsgeneeskundige kan noemen, maar dat de eerder betrokken verzekeringsgeneeskundige niet zou worden aangewezen. Hij kondigde aan het onderzoek in gang te zetten. Consument had, zo schreef hij, geen deugdelijke bezwaren tegen de eerder betrokken verzekeringsgeneeskundige aangevoerd, en kon dus ook geen bezwaren tegen het bureau zelf hebben. Bovendien was Consument op grond van de verzekeringsvoorwaarden verplicht aan het onderzoek mee te werken. Bij brief van 19 november 2014 schreef de gemachtigde van Consument dat het bureau niet aan de orde kon zijn omdat de te kiezen verzekeringsgeneeskundige met de eerder betrokken verzekeringsgeneeskundige zou kunnen afstemmen, hetgeen Consument niet wenselijk acht. Uiteindelijk heeft Consument, nadat haar bij brief van 20 november 2014 door de gemachtigde van Verzekeraar was meegedeeld dat haar uitkering wegens haar weigering om mee te werken aan een telefonische intake door het bureau, werd beëindigd, alsnog medewerking aan het onderzoek verleend.

- 4.4 Gelet op het voorgaande is de Commissie van oordeel dat Consument in voldoende mate in de gelegenheid is gesteld om tot een verantwoorde keuze terzake de te benoemen verzekeringsgeneeskundige te komen. Consument heeft geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheden om alternatieven voor de te benoemen deskundige aan te dragen en de Commissie komt om die reden niet meer toe aan de behandeling van het beroep van Consument op de arresten van het Hof Arnhem-Leeuwarden zoals hierboven onder 3.2 genoemd.

- 4.5 De Commissie stelt voorts vast dat de gemachtigde van Consument, die zowel de wijze van benoeming van de verzekeringsgeneeskundige als de constatering en conclusies in de verzekeringsgeneeskundige rapportage en in de arbeidsdeskundige rapportage bestrijdt, besloten heeft om, nadat door Verzekeraar de uitkeringen waren beëindigd, eigen deskundigen in te schakelen. Naast de rapportages van de door de gemachtigde van Verzekeraar ingeschakelde deskundigen ligt daarom nu ook een verslag van de behandelend neurochirurg van Consument voor, een rapportage van de bedrijfsarts van Consument en een rapport van een door de gemachtigde van Consument ingeschakelde arbeidsdeskundige. De rapportages van Verzekeraar leiden tot een arbeidsongeschiktheidspercentage van minder dan 35, de rapportages van Consument tot een percentage van 62. De Commissie stelt vast dat over de gestelde diagnoses eenstemmigheid bestaat. Diagnostisch is sprake van slijtage beiderzijds van het schouderkapsel zonder rupturen en mogelijk een pseudo artrose van de wervelkolom na een in 2000 uitgevoerde spondylodese wegens een spina bifida occulta. Verschil van mening bestaat echter over de beperkingen van zowel de schouders en de rug als de urenbeperking. De door de gemachtigde van Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige duidt beperkingen bij lang zitten, staan of lopen, tillen en heffen, duwen en trekken, reiken, boven schouderhoogte werken, lang aaneengesloten met muis en toetsenbord werken. “Kan ongeveer 30 minuten achter elkaar bezig zijn. Cliënte moet veel van houding wisselen.” De bedrijfsarts van Consument duidt tevens beperkingen voor klimmen, klauteren, gehurkt werken en schroefbewegingen. Tevens acht hij het reiken en buigen sterker beperkt vanwege de pseudo artrose en acht hij een urenbeperking van 20 uur van toepassing. De behandelend neurochirurg is van mening dat Consument is aangewezen op “inspanningsbeperkende en rugsparende omstandigheden” en dat zij maar 10 uur per week mag werken. Hij acht haar voor minstens 33% arbeidsongeschikt.
- 4.6 Overeenkomstig hetgeen is overwogen in de uitspraak van de Commissie van 29 augustus 2014, onder 4.12 (GC-13-00215) kan het rapport van de behandelend neurochirurg Consument niet baten, nu deze niet als onpartijdig kan worden aangemerkt en het bovendien aan een arbeidsdeskundige is zich uit te laten over de mate van arbeidsongeschiktheid. De rapporten van de door Consument ingeschakelde deskundigen bieden bovendien onvoldoende aanknopingspunten om de bevindingen van de door Verzekeraar benoemde deskundigen in twijfel te trekken en een nieuw onderzoek te gelasten naar de medische situatie in 2015.
- 4.7 Op grond van het dossier is de Commissie tot de conclusie gekomen dat geen indicatie bestaat voor een urenbeperking. De behandelend neurochirurg en de bedrijfsarts van Consument stellen weliswaar dat Consument niet meer dan 10-20 uur per week zou kunnen werken, de behandelend neurochirurg onderbouwt dit niet en de bedrijfsarts stelt niet méér dan dat, gezien de zwaarte van de beperkingen zoals die zijn aangegeven met betrekking tot onder andere het zitten, staan en lopen en ook in combinatie met de complexiteit van de problematiek, de inzetbaarheid beperkt zal moeten worden tot 20 uur per week.

Volgens de verzekeringsgeneeskundige standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid, kan er een indicatie zijn voor een medische urenbeperking vanwege een stoornis in de energiehuishouding, op preventieve gronden of om redenen van een verminderde beschikbaarheid in uren vanwege bijvoorbeeld noodzakelijke extra tijd voor zelfzorg (bijvoorbeeld bij een rolstoelafhankelijke) of bijvoorbeeld een noodzakelijke behandeling (langdurige poliklinische of dagbehandeling) en dergelijke. Van een energetische grond kan sprake zijn indien als rechtstreeks gevolg van een ernstige geestelijke of lichamelijke ziekte, sprake is van een dermate beperkte energie met noodzakelijke extra recuperatieperiodes, dat het verrichten van op zich geschikte arbeid alleen in deeltijd mogelijk is. Bij zulke ziektebeelden is het voor een ieder duidelijk dat iemand bijvoorbeeld slechts 4 uur per dag of zelfs minder kan werken. Van een preventieve grond kan sprake zijn bij een aandoening waarvan bekend is dat ziekteverschijnselen kunnen optreden of verergeren bij een toenemende duurbelasting. Bij bijvoorbeeld een fulltime hervatting kan dan spoedige uitval volgen. De duurbelasting moet worden beoordeeld aan de hand van de anamnese, het dagverhaal, het herstelgedrag, de plausibiliteit en de consistentie. De Commissie is van oordeel dat in het geval van Consument van geen van de drie genoemde gronden sprake is, temeer nu het voorkomen van overbelasting met de nu geduide beperkingen voldoende is afgedekt en per half uur al 10 minuten extra recuperatietijd is gegeven.

- 4.8 Wat betreft de schouders: de Commissie stelt vast dat de schouders met name beperkingen geven bij reiken, bovenhands werken, tillen en hiervan afgeleide beperkingen, zoals klimmen, klauteren, schroefbewegingen. Strikt genomen hadden deze afgeleide beperkingen ook in de FML van de namens Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige moeten worden opgenomen. Deze beperkingen zijn echter niet relevant voor de beoordeling van de geschiktheid voor eigen werk omdat deze belastingitems in het eigen werk niet voorkomen.
- 4.9 Wat betreft de rug: de rug geeft met name beperkingen bij buigen, tillen, duwen, trekken, staan, lopen, etc. Hierover bestaat nagenoeg geen discussie, zij het dat de bedrijfsarts van Consument ook het gehurkt werken als beperking benoemt en dat hij meent dat het frequent buigen moet worden beperkt tot 30 in plaats van 60 graden. Ook voor het hurken geldt evenwel dat de beperkingen dienaangaande niet relevant zijn voor de beoordeling van de geschiktheid voor eigen werk.
- 4.10 Gelet op het vorenstaande is de slotsom dat de door de gemachtigde van Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige zijn rapportage vollediger had kunnen doen zijn. De rapportage had, zoals door de bedrijfsarts van Consument aangegeven, ook beperkingen voor klimmen, klauteren, hurken, traplopen en schroefbewegingen dienen te vermelden. Deze beperkingen zijn voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument echter niet relevant nu Consument geschikt is bevonden voor eigen arbeid en de niet weergegeven beperkingen niet voorkomen in haar beroep. De beperkingen kunnen relevant zijn voor het duiden van passende functies maar nu Consument al arbeidsgeschikt is geoordeeld voor haar eigen werk is het duiden van passende functies niet aan de orde. Mocht de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument in de toekomst toenemen en tot een nieuwe claim leiden, kan alsdan een nieuw onderzoek worden gestart en een nieuwe FML worden opgesteld naar de actuele situatie.



4.11 Ten aanzien van de terugwerkende kracht van de beëindiging van de uitkering oordeelt de Commissie dat artikel 7.2 van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt dat de uitkering iedere maand plaatsvindt, mits de verzekerde die gehele maand, alle dagen arbeidsongeschikt is geweest. Deze bepaling in samenhang met het bepaalde in artikel 12.3 en 12.4 van de verzekeringsvoorwaarden brengt mee dat Verzekeraar de uitkering terecht heeft mogen beëindigen per 9 april 2015.

4.12 De Commissie wijst de vorderingen af.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vorderingen 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.*