



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 213
d.d. 29 december 2010**

(mr P.A. Offers, voorzitter, mr B.F. Keulen en dr D.F. Rijkels)

I. Procedure

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

- de door partijen met de Ombudsman Financiële Dienstverlening gevoerde correspondentie;
- het door Consument ingevulde en ondertekende vragenformulier met bijlage, ontvangen op 20 oktober 2009;
- het antwoord van Aangeslotene van 12 augustus 2010 met bijlage;
- de repliek van Consument van 8 september 2010 met bijlagen;
- de dupliek van Aangeslotene, ontvangen op 21 september 2010.

De Commissie heeft vastgesteld dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid.

De Commissie heeft voorts vastgesteld dat beide partijen het advies als bindend zullen aanvaarden.

De Commissie heeft partijen opgeroepen voor een mondelinge behandeling te Den Haag op maandag 13 december 2010.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- Consument was verzekerd krachtens een bij Aangeslotene afgesloten collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering. Op deze verzekering was uitsluitend het zogenaamde na-eerstejaarsrisico van arbeidsongeschiktheid verzekerd.
- In artikel 1.2 van de verzekeringsvoorwaarden wordt het begrip 'arbeidsongeschiktheid' als volgt omschreven:
'(...) arbeidsongeschiktheid is aanwezig, indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval, ziekte of zwangerschap, voor ten minste 25% ongeschikt is om met arbeid te verdienen hetgeen gezonde personen met soortgelijke opleiding en ervaring, met arbeid gewoonlijk verdienen.'
- In 1994 is Consument arbeidsongeschikt gemeld bij Aangeslotene wegens diverse lichamelijke klachten, waaronder longembolieën in 1993. Aangeslotene heeft vervolgens aan Consument uitkering krachtens de verzekering verleend. Blijkens een brief van 15 april 2002



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

achtte Aangeslotene echter Consument met ingang van 1 april 2002 minder dan 25% arbeidsongeschikt. In een brief van 12 januari 2007 deelde Aangeslotene mee dat, na specialistisch onderzoek door een hoogleraar in de vaatchirurgie en een arbeidsdeskundig onderzoek, de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument bleef ingedeeld in de klasse minder dan 25%.

- In artikel 7.1. van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald:

‘ (...)

a. Indien er een geschil ontstaat over de aard of omvang van de gevolgen van arbeidsongeschiktheid, heeft de verzekeringnemer het recht om een deskundige te benoemen, die in overleg met de deskundige van de maatschappij de aard of omvang van de gevolgen van arbeidsongeschiktheid zal vaststellen.

Bereiken beide deskundigen geen overeenstemming, dan benoemen zij een derde deskundige, die een partijen bindende uitspraak zal doen.

(...)

- Gedurende de bemiddeling door de Ombudsman is onder meer aan de orde gekomen de vraag of Aangeslotene een juiste toepassing heeft gegeven aan voormeld artikel 7.1 nadat Consument in 2003 met een beroep op dit artikel om een specialistisch onderzoek door voormelde hoogleraar in de vaatchirurgie had verzocht. Aangeslotene heeft daaromtrent in een brief van 3 juni 2009 aan de Ombudsman bericht dat de hoogleraar in onderling overleg en op haar kosten is ingeschakeld, dat zij er toen van heeft afgezien om zelf ook een deskundige in te schakelen en dat aldus uitvoering is gegeven aan de geschillenregeling van de verzekeringsvoorwaarden.

3 Geschil

3.1. Consument vordert: hervatting van de arbeidsongeschiktheidsuitkering door Aangeslotene per 1 april 2002.

3.2. Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen. Consument heeft in 1993 tweemaal een trombose in haar rechterbeen gehad en daarna driemaal een longembolie en ook een trombose in haar halsvaten. De daarvan (een post-trombotisch syndroom) achtergebleven verschijnselen beperken haar sindsdien in haar dagelijks leven. Het opbouwwerk dat zij in het buitenland verrichtte zal zij nooit meer kunnen doen. Zij heeft daarna geprobeerd in Nederland een (arbeids)bestaan op te bouwen, maar dat is maar zeer ten dele gelukt door het grote aantal lichamelijke beperkingen waarmee zij kampt. Deze restklachten geven een consistent beeld. In 2002 werkte zij nog 15 uur per week, meer was niet haalbaar. Van 2005 tot in 2009 was zij niet in staat om betaald werk te verrichten. Sinds 2007 doet zij enkele uren per week vrijwilligerswerk. Het UWV achtte Consument per 1 februari 2008 41% arbeidsongeschikt, derhalve in de klasse 35-80%. Het handelen van Aangeslotene jegens haar in al die jaren vanaf 1993 getuigt niet van een



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

menselijk en klantvriendelijk beleid. Bovendien is de vraag hoe objectief Aangeslotene is omdat een van de rapporterende artsen een kwalitatief slecht rapport heeft uitgebracht.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.

- Consument kan zich niet ermee verenigen dat Aangeslotene haar per 1 april 2002 minder dan 25% arbeidsongeschikt acht.
- Dat standpunt heeft Aangeslotene haar op 15 april 2002 meegedeeld. De medisch adviseur van Aangeslotene was toen op basis van diverse medische rapportages van mening dat geen sprake meer was van medisch objectief vaststelbare arbeidsongeschiktheid. Geen sprake was dus van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1.2 van de verzekeringsvoorwaarden.
- Vervolgens heeft in het kader van de geschillenregeling een specialistisch onderzoek door een hoogleraar in de vaatchirurgie plaatsgevonden en heeft op basis van het rapport van deze hoogleraar een arbeidsdeskundige een rapport omtrent Consument uitgebracht. De conclusie was dat het standpunt dat Consument minder dan 25% arbeidsongeschikt was, ongewijzigd bleef.
- Nadien overgelegde stukken en gevoerde correspondentie hebben geen aanleiding gegeven dit standpunt te herzien. Consument geeft weliswaar aan dat zij nog steeds kampt met restklachten, maar voor het bestaan van een recht op uitkering is nodig dat deze klachten medisch objectiveerbaar zijn. Uit de voorhanden medische stukken heeft de medisch adviseur van Aangeslotene niet kunnen afleiden dat dit laatste het geval is.
- Dat een rapporterend arts een 'kwalitatief slecht rapport' zou hebben uitgebracht, maakt niet dat Aangeslotene niet objectief de claim van Consument heeft beoordeeld. Na dat rapport heeft immers nog een specialistisch onderzoek door een door Consument aangewezen hoogleraar in de vaatchirurgie plaatsgevonden en heeft op basis van het rapport van deze hoogleraar een arbeidsdeskundige een rapport uitgebracht.

4. Zitting

Ter zitting hebben partijen hun standpunten nader toegelicht.

5. Beoordeling

- In een brief van 23 juli 2003 heeft de advocaat van Consument, nadat Aangeslotene Consument met ingang van 1 april 2002 minder dan 25% arbeidsongeschikt had verklaard, Aangeslotene gevraagd om toestemming om Consument op kosten van Aangeslotene te doen onderzoeken door een hoogleraar in de vaatchirurgie. In een brief van 19 mei 2004 is Aangeslotene met dit onderzoek akkoord gegaan. Vervolgens heeft deze hoogleraar op basis van de AMA Guides vastgesteld dat bij Consument sprake is van een klasse II beperking voor het rechterbeen, die overeenkomt met een 10-39% invalidering van de extremiteit. Aangeslotene behoefde daarbij niet ook zelf een deskundige in te schakelen, maar kon, gelet



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

op inhoud en strekking van artikel 7.1 van de verzekeringsvoorwaarden, het oordeel van de door Consument gekozen deskundige volgen. Op basis van het oordeel van deze deskundige heeft de medisch adviseur van Aangeslotene een beperkingenlijst omtrent Consument opgesteld. Daarna heeft een arbeidsdeskundige de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vastgesteld op minder dan 25%.

- Aangeslotene heeft vervolgens op goede gronden het standpunt ingenomen dat de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument die ingaande 1 april 2002 op minder dan 25% was gesteld, onveranderd bleef.

- Aangeslotene heeft daarbij terecht conform het bepaalde in artikel 1.2 van de verzekeringsvoorwaarden doorslaggevend laten zijn of Consument 'rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval of ziekte' voor ten minste 25% arbeidsongeschikt is.

- Niet gebleken is dat Aangeslotene Consument niet menselijk en klantvriendelijk of niet objectief heeft bejegend zoals door Consument is gesteld.

6. Beslissing

De Commissie wijst, als bindend advies, de vordering af.