Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-831
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, drs. J.H. Paulusma-de Waal, mr. S.W.A. Kelterman, leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 17 oktober 2018
Ingediend door	: Consument
Tegen	: AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 23 oktober 2019
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft een beroep gedaan op haar arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeraar is gaan uitkeren maar heeft de uitkering stopgezet omdat de beperkingen die Consument ervaart volgens hem niet geobjectiveerd konden worden. De Commissie oordeelt dat op grond van de diverse expertiseonderzoeken geen medisch objectieve verklaring voor de klachten van Consument te duiden is zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. De vordering van Consument wordt afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de door de gemachtigde van Consument ingediende klacht;
- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- de door de gemachtigde van Consument ingediende aanvullende stukken;
- het e-mailbericht van Verzekeraar van 21 december 2018;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de door de medisch adviseur van Verzekeraar toegezonden medische stukken;
- de repliek van de gemachtigde van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 2 oktober 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten (hierna: 'de Verzekering'). Het verzekerd beroep is 'administratief werkzame personen'. De Verzekering biedt dekking bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ongevallen en ziektes inclusief psychische aandoeningen. Het verzekerd bedrag bedraagt € 20.000,- voor het eerstejaarsrisico en eveneens € 20.000,- voor het na-eerstejaarsrisico. De uitkeringsdrempel bij arbeidsongeschiktheid bedraagt 25%. De eigenrisicotermijn bedraagt 180 dagen.

2.2 Op de Verzekering zijn de 'Bijzondere Voorwaarden nr. 1439" (hierna: 'de Voorwaarden') van toepassing. In de Voorwaarden staat - voor zover hier relevant - het volgende:

> *"(…)*
> ***1. Algemene begrippen***
> *(..)*
> ***Wanneer bent u arbeidsongeschikt?***
> *U bent arbeidsongeschikt als u aan de volgende drie kenmerken voldoet:*
> - *Er is sprake van een ziekte of ongeval.*
> - *U heeft door deze ziekte of het ongeval stoornissen.*
> - *Deze stoornissen leiden ertoe, dat u uw eigen beroepswerkzaamheden helemaal niet of niet volledig kunt doen.*
>
> ***Herkenbaar en benoembaar***
> *Uw stoornis moet duidelijk genoeg zijn zodat een (gespecialiseerd) arts uw ziektebeeld kan herkennen en benoemen. Uw ziektebeeld moet erkend zijn in de gewone geneeskunde.*
> *(…)."*

2.3 Consument heeft zich op 23 juli 2013 door indiening van een aangifteformulier per 16 juli 2013 bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens klachten na een auto-ongeluk. In het aangifteformulier heeft Consument de volgende klachten en beperkingen vermeld:

> "*a.g.v. auto-ongeluk r-schouder, r-arm, - rug -nek r-kant sleutelbeen".*

2.4 Tijdens de lopende arbeidsongeschiktheid heeft Consument zich op 17 maart 2015 per 18 januari 2015 toegenomen arbeidsongeschikt gemeld als gevolg van een CVA (Cerebro Vasculair Accident)/TIA (Tijdelijk Ischemisch Accident) en vanwege een operatie op 27 januari 2015 aan een vernauwing van de halsslagader.

2.5 Verzekeraar heeft wegens de toegenomen arbeidsongeschiktheidsmelding de - toen al gedeeltelijk aan Consument toegekende - uitkering verhoogd naar 100%.

2.6 Verzekeraar heeft vervolgens medische informatie opgevraagd. Hieronder bevindt zich onder meer de brief van de behandelend revalidatiearts van 30 maart 2015 waarin - voor zover hier relevant - het volgende is vermeld:

> *"(…)*
> *Patiënte heeft een TIA/CVA gehad waarbij verstoring balans-belastbaarheid. CT schedel toonde ter hoogte van de gyrus precentralis een onscherp hypodens gebied wat kan passen bij een recent infarct. Een screenings-NPO in maart 2015 kon geen stoornissen of beperkingen in het cognitief functioneren objectiveren. Heden geeft patiënte aan nog snel vermoeid te zijn. Dit zou ook al voorheen spelen. (…)."*

2.7 Op 16 oktober 2015 heeft Verzekeraar Consument bericht dat geen recht op uitkering meer bestaat wegens de afwezigheid van een objectieve grondslag voor de klachten van Consument. Wel heeft Verzekeraar vermeld dat hij Consument voorlopig onverplicht een uitkering zal blijven verstrekken om duurzame werkhervatting te realiseren. Over (een plan van aanpak voor) de werkhervatting zijn vervolgens afspraken met Consument gemaakt. De doelstelling was dat Consument binnen afzienbare tijd een groot deel van haar werkzaamheden hervat zou hebben. In maart 2016 heeft Consument Verzekeraar medegedeeld dat zij de doelstelling met betrekking tot de werkopbouw niet heeft kunnen realiseren in verband met een opnieuw bij haar geconstateerde vernauwing van de halsslagader. Verzekeraar heeft daarop op 20 april 2016 besloten tot een arbeidsdeskundig onderzoek over te gaan. Op 28 juni 2016 heeft de arbeidsdeskundige Consument bezocht. Tijdens dit bezoek kwam naar voren dat Consument en de door Verzekeraar ingeschakelde medisch adviseur erg van mening verschilden over de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Om die reden heeft Verzekeraar een neurologische expertise laten verrichten door een neuroloog.

2.8 Op 27 september 2016 heeft dit neurologisch onderzoek plaatsgevonden. In het daarvan door de expertiserend neuroloog opgestelde rapport staat dat Consument bij het anamnesegesprek melding heeft gemaakt van vermoeidheid en heeft medegedeeld dat zij in het jaar voorafgaande aan de TIA's ook last had van vermoeidheid. Deze vermoeidheid was te verklaren doordat Consument na de schouderoperatie niet goed kon slapen omdat ze niet op de rechterkant kon liggen. Zij deelde mede nu een andere moeheid te ervaren. De actuele klachten bestaan uit aanvalsgewijs opkomende vermoeidheid: Consument wil dan een uur slapen en hierna is het goed. Zij voelt op dat moment een verschil tussen de linker- en rechterlichaamshelft waarbij de linkerzijde anders aanvoelt. Zij heeft dan geen fut en geen energie. Deze vermoeidheid komt 5-6 maal per week opzetten. Bij onderzoek heeft de expertiserend neuroloog geen afwijkende bevindingen gevonden.

Hij schrijft hierover:

"De revalidatieartsen spreken van een onscherp hypodens gebied op de CT schedel ter hoogte van de gyrus precentralis wat kan passen bij een recent infarct (…). Zo er al een hypodens gebied is in de gyrus precentralis, kan dit de sensibele verschijnselen tijdens de TIA's niet verklaren. Om deze ruis uit de wereld te halen liet ik een MRI schedel verrichten op 3.10.2016 die in het geheel geen afwijkingen toonde. Onderzochte heeft dus geen herseninfarct doorgemaakt.

3.7.2. Differentiaal/diagnostische overwegingen
De vooropstaande klacht is opkomende vermoeidheid. Ik kan deze klacht als neuroloog niet objectiveren. Op neurologisch gebied kan ik dit niet verklaren na een TIA. Na een herseninfarct wordt vermoeidheid wel vaker gezien, maar zonder wetenschappelijke verklaring. De vermoeidheid was reeds voor de TIA aanwezig en leidde toen ook tot AO van 50%. (..)

3.8. Diagnose
Ten aanzien van de recente medische voorgeschiedenis op mijn vakgebied stel ik de volgende diagnose: Status na TIA rechterhemisfeer d.d. 18.01.2014 met mogelijk recidief of een paniekaanval d.d. 20.01.2014 (…)

Ten aanzien van de actuele klacht vermoeidheid, die ik als neuroloog niet kan objectiveren en die kennelijk leidt tot de arbeidsongeschiktheid, heb ik geen neurologische diagnose. Men kan denken aan bijwerkingen medicatie (..), overdosering schildklierhormoon, een slaapstoornis of een functionele stoornis."

2.9 Verzekeraar heeft Consument op 21 oktober 2016 doorgegeven dat de expertiserend neuroloog de klachten van Consument niet kan verklaren. Hij heeft Consument vervolgens een begeleidingstraject bij re-integratie aangeboden en dit voor haar vergoed.

2.10 Bij e-mailbericht van 8 november 2016 heeft Verzekeraar herhaald dat de door Consument ervaren beperkingen niet medisch objectief aantoonbaar zijn en dat er dus geen recht op uitkering bestaat. Verzekeraar heeft de uitkering aan Consument vervolgens vanaf 4 november 2016 geleidelijk afgebouwd en per 1 april 2017 beëindigd.

2.11 Tegen deze beslissing van Verzekeraar heeft de gemachtigde van Consument bij brief van 15 augustus 2017, aangevuld op 5 oktober 2017, bezwaar gemaakt. Consument stelt dat meer dan 16 uur per week werken voor haar niet haalbaar is en dat voor haar klachten en beperkingen een objectieve oorzaak is aan te wijzen. Consument beroept zich in haar bezwaarschrift op de brief van haar behandelend neuroloog van 22 augustus 2017. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende:

"(…)
1. Zij werd op 18-1-2015 opgenomen op de afdeling Neurologie ivm een TIA van de rechterhemisfeer. Op 20-6-2017 werd zij opnieuw op de polikliniek Neurologie gezien.

2. Zij presenteerde zich destijds met klachten van minder gevoel en kracht in de linkerlichaamshelft. In 2017 kwam zij met resterende klachten na de TIA van 2015; moeheid, verminderde belastbaarheid, moeite met meerdere prikkels gelijktijdig verwerken.
3. Er werd een MRI-schedel verricht, welke enkele vasculaire restafwijkingen toont in de rechterhemisfeer.
4. cognitieve en moeheidsklachten na eerder doorgemaakte TIA. Bekend is dat bij ongeveer de helft van de mensen met een klinische "TIA" een MRI ischemische veranderingen laat zien. Onafhankelijk van MRI-bevindingen zijn dergelijke moeheidsklachten, beperkte belastbaarheid en cognitieve klachten bekende en helaas frequent voorkomende restverschijnselen na zowel doorgemaakte CVA's als TIA's. (…)"

2.12 Verzekeraar heeft naar aanleiding van het namens Consument ingediende bezwaarschrift de brief van de behandelend neuroloog voorgelegd aan de expertiserend neuroloog en de gemachtigde van Consument op 12 december 2017 medegedeeld dat een neuro-psychologisch onderzoek zal plaatsvinden. Verzekeraar heeft Consument daarom een concept-vraagstelling en drie namen van expertiseartsen toegestuurd. Voorts heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat zij ook een bindende herbeoordeling mag aanvragen.

2.13 Bij e-mailbericht van 18 januari 2018 heeft de gemachtigde van Consument Verzekeraar medegedeeld te kiezen voor een neuropsychologisch onderzoek en in te stemmen met de concept expertise-aanvraag. Voorts heeft zij doorgegeven welke neuropsycholoog haar voorkeur heeft. Deze neuropsycholoog heeft vervolgens op 22 februari 2018 onderzoek gedaan. Dit onderzoek heeft geen objectieve cognitieve stoornissen opgeleverd. In het van dit onderzoek opgestelde rapport staat, voor zover hier relevant:

"1. Kunnen er stoornissen geobjectiveerd worden? Zo ja, welke?
Nee, huidig neuropsychologisch onderzoek objectiveert geen stoornissen. Ik verwijs naar pag. 4 Interpretatie: Het onderzoek objectiveert dat betrokkene op een gemiddeld cognitief niveau functioneert, passend bij haar leeftijd en opleidingsniveau. Veruit de meeste andere scores liggen eveneens in het gemiddelde bereik of daarboven. De enige significant afwijkende score betreft een aspect van het visueel geheugen (de herkenning), hetgeen niet geduid wordt als klinisch relevant cognitief onvermogen, gezien ook goede prestaties op andere herkenningstaken en in een ander NPO. Er worden derhalve geen aanwijzingen gevonden voor een neurocognitieve stoornis. Evenmin worden aanwijzingen gevonden voor psychisch of gedragsmatig disfunctioneren.

2. Wat zijn uw overwegingen over mogelijke oorzaken?
Huidig onderzoek, evenals eerder neuropsychologisch onderzoek, kan de klachten van betrokkene niet objectiveren in termen van stoornissen die tot beperkingen leiden. Als mogelijke verklaringen van de vermoeidheidsklacht heb ik uiteenlopende overwegingen, nl. gerelateerd aan levensfase (overgang, ouderdom), persoonlijkheid (coping, veerkracht), medicatie (..), medisch (TIA, slaap/waak); huidig onderzoek sluit niet-cognitieve oorzaken niet uit.
(…)."

2.14 Verzekeraar heeft de gemachtigde van Consument bij e-mailbericht van 19 maart 2018 medegedeeld dat zijn medisch adviseur het expertiserapport van de neuropsycholoog heeft beoordeeld en ook heeft voorgelegd aan de expertiserend neuroloog en dat op basis van hun reactie Verzekeraar zijn reeds ingenomen standpunt niet wijzigt. Hij merkt daarbij op dat geen cognitief disfunctioneren is aangetoond en dat de klachten van betrokkene daarom niet kunnen worden verklaard door een functiestoornis in de hersenen. Verzekeraar heeft Consument wederom medegedeeld dat zij, indien gewenst, een bindende herbeoordeling kan aanvragen.

2.15 Consument heeft vervolgens zelf een verzekeringsgeneeskundige expertise door een verzekeringsarts laten uitvoeren. Deze heeft - voor zover hier relevant - als volgt geconcludeerd:

> *"(…)*
> *Bestudering van het rapport leert dat er sprake is van een gedocumenteerd consistent klachtenpatroon in de vorm van vermoeidheidsklachten. Evenals behandelend neuroloog (…) is ondergetekende van mening dat een dergelijk klachtenpatroon bij een substantieel deel van patiënten met een klinische TIA, met op MRI ischaemische verandering, vermoeidheidsklachten kunnen ontwikkelen.*
> *Onder verwijzing naar het hierboven genoemde is ondergetekende, mede gezien de reële klachtenpresentatie van patiënte, dan ook van mening dat er aanleiding is restrictie m.b.t. het arbeidspatroon van toepassing te achten, inhoudende maximaal 6 uur per dag, 30 uur per week, waarbij patiënte de mogelijkheid moet hebben halverwege de werkdag 1 tot 2 uur te pauzeren. Verder dienen nachtdiensten vermeden te worden.*
> *(…)."*

2.16 Bij brief van 3 juli 2018 heeft de gemachtigde van Consument het door de verzekeringsarts opgestelde rapport aan Verzekeraar gezonden en hem verzocht alsnog zijn standpunt te herzien. Verzekeraar heeft bij e-mailbericht van 3 augustus 2018 hierop – als volgt gereageerd:

> "***De aangeleverde eenzijdige verzekeringsgeneeskundige expertise leidt niet tot andere inzichten***
> *De medisch adviseur heeft het advies van het door uw cliënt aangeleverde eenzijdige verzekeringsgeneeskundige onderzoek beoordeeld. Zij adviseren als volgt:*
> *"De expertiserend neuroloog kon destijds geen afwijkingen vaststellen bij neurologisch onderzoek. Bij aanvullend onderzoek (MRI 3-10-16) werden geen afwijkingen gezien. Verzekerde heeft derhalve geen herseninfarct doorgemaakt. Uitgegaan werd van een TIA, een tijdelijk neurologisch incident. De door verzekerde gemelde vermoeidheid kon niet geobjectiveerd worden. Er is hiervoor ook geen neurologische diagnose, aldus [naam expertiserend neuroloog]. Vervolgens werd verzekerde naar aanleiding van bezwaar inclusief het schrijven van de behandelend neuroloog gedurende 3 uur intensief cognitief getest door de neuropsycholoog. Er konden geen cognitieve stoornissen worden gevonden.*

Er was ook geen bewijs voor achteruitgang. Terwijl het subjectief ervaren energetisch niveau verslechterde nam het cognitief prestatieniveau eerder toe dan af.

Het rapport van [naam verzekeringsarts] biedt geen nieuwe medische inzichten. Niet ingegaan wordt op de conclusies van de expert, namelijk dat de vermoeidheid, die volgens het schrijven van de revalidatiearts (brief 04-02-2015) al voor de TIA bestond, neurologisch niet te verklaren is. Ook de door de expert aangevraagde en niet afwijkende MRI onderzoek wordt niet betrokken in het oordeel alsook de hierboven beschreven passages uit het neuropsychologische onderzoek. Feitelijk hebben we te maken met een subjectieve klacht, zonder lichamelijk of psychische oorzaak.

Gezien bovenstaande en gezien de polisvoorwaarden kan ik [naam verzekeringsarts] dan ook niet volgen in de opgestelde beperkingen."

"Dat de klachten consistent worden gepresenteerd door verzekerde maakt ook niet dat beperkingen gerechtvaardigd zijn. Conform de polisvoorwaarden wordt namelijk ook gesteld dat er sprake moet zijn van een ziektebeeld met lichamelijk of psychische oorzaak. Bij verzekerde kan de vermoeidheid niet geobjectiveerd en volgens de expert ook niet verklaard worden, bij (herhaald) intensief neuropsychologisch [..] leidt de vermoeidheid niet tot een stoornis in de cognitieve vermogens. Beperkingen kan ik dan ook niet onderschrijven."

Ons standpunt wijzigt niet
Het medisch advies in ogenschouw nemend kan niet anders besloten worden dan tot handhaving van ons standpunt. Er is geen nieuwe informatie op het gebied van medische inzichten. Voor het bestaan van dekking op de polis is nu eenmaal meer vereist dan (consistent) gerapporteerde klachten. Objectivering van de vermoeidheid in een lichamelijk of psychische oorzaak is na uitgebreid onderzoek onmogelijk gebleken, ook een stoornis in de cognitieve vermogens is niet vastgesteld. Daarom is er geen sprake van medisch objectiveerbare beperkingen en bestaat er geen recht op uitkering.
(..)"

2.17 Consument heeft vervolgens een klacht bij de directie van Verzekeraar ingediend, gevolgd door een klacht bij Kifid.

2.18 Verzekeraar heeft Consument ook gedurende de procedure bij Kifid een bindende herbeoordeling aangeboden. Consument heeft dit aanbod afgewezen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 april 2017.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door de uitkering per 1 april 2017 te beëindigen. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:

- De klachten van Consument zijn medisch objectiveerbaar. Zowel de behandelend neuroloog van Consument als de door Consument ingeschakelde verzekeringsarts zijn van mening dat de klachten van Consument terug te leiden zijn naar de TIA die Consument in 2015 kreeg. De klachten die Consument ervaart komen volgens hen bij een substantieel deel van de patiënten met een klinische TIA voor.
- De uitkomst van het neuropsychologisch onderzoek is zonder medeweten van Consument aan de expertiserend neuroloog voorgelegd. Als Verzekeraar Consument hierover vooraf had geïnformeerd, had Consument hiertegen bezwaar gemaakt. Nu kon Consument niets anders dan advies vragen aan haar medisch adviseur. Deze adviseerde een verzekeringsgeneeskundige expertise omdat een verzekeringsarts bij uitstek degene is die iets van de beperkingen kan vinden. Uit de verzekeringsgeneeskundige expertise blijkt dat er een urenbeperking dient te gelden. Daaraan wordt door Verzekeraar nog steeds voorbijgegaan. Verzekeraar blijft telkens alleen de vermoeidheidsklachten meewegen terwijl er zoveel meer klachten zijn. Consument kan niet goed tegen drukte, rumoer en mensenmassa's. Dit kost haar heel veel energie en zij heeft daarna veel hersteltijd nodig.
- Een nieuw neuropsychologisch onderzoek of neurologisch onderzoek lijkt Consument weinig zinvol gelet op de eerdere uitkomst daarvan.

Verweer

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

- Consument heeft geen recht op uitkering onder de Verzekering nu er geen beperkingen voor arbeid zijn te stellen zoals vereist in de Voorwaarden. Dit volgt uit een tweetal specialistische onderzoeken gericht op het beoordelen van beperkingen. Een van die onderzoeken - het neuropsychologisch onderzoek - heeft in gezamenlijk overleg plaatsgevonden. De beperkingen van Consument zijn nauwkeurig onderzocht door gespecialiseerde artsen. Ook de door Consument aangedragen medische informatie is daarin meegenomen.
- Voordat de bevindingen van de neuropsycholoog werden voorgelegd aan de expertiserend neuroloog concludeerde eerstgenoemde al dat er geen beperkingen voor arbeid te stellen zijn. Er bleken uit dit onderzoek namelijk opnieuw onvoldoende aanwijzingen voor een neurocognitieve stoornis. De resultaten zijn uit zorgvuldigheidsoogpunt aan de expertiserend neuroloog voorgelegd.

- Verzekeraar is nog steeds bereid tot een nieuwe gezamenlijke herbeoordeling over te gaan.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar aan Consument uitkering onder de Verzekering dient te verstrekken vanaf 1 april 2017. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en motiveert dat hierna.

4.2 De Verzekering biedt dekking bij arbeidsongeschiktheid. Er is op grond van de Voorwaarden sprake van arbeidsongeschiktheid als Consument door ziekte of ongeval een stoornis heeft die ertoe leidt dat zij haar eigen beroepswerkzaamheden niet of niet volledig kan uitvoeren. Die stoornis moet duidelijk genoeg zijn, zodat een (gespecialiseerd) arts het ziektebeeld kan herkennen en benoemen. Het ziektebeeld moet erkend zijn in de gewone geneeskunde.

4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie het volgende als vaststaand aan. In september 2016 heeft een neurologische expertise plaatsgevonden, gevolgd door een neuropsychologische expertise in februari 2018. De expertiserend neuroloog heeft bij onderzoek geen afwijkingen gevonden. Wegens de door de behandelend revalidatiearts genoemde afwijking op een CT-scan heeft de neuroloog een MRI-scan van de hersenen laten maken. Deze vertoonde geen afwijkingen. De expertiserend neuroloog heeft vervolgens geconcludeerd dat hij op basis van zijn bevindingen de klachten van Consument niet kan objectiveren en op zijn vakgebied geen beperkingen kan vaststellen. Met betrekking tot de vermoeidheidsklachten heeft hij opgemerkt dat deze reeds voor de TIA aanwezig waren. De bevindingen van de neuropsycholoog sluiten aan bij de bevindingen van de expertiserend neuroloog. Uit haar onderzoek komen evenmin aanwijzingen naar voren dat sprake is van objectieve cognitieve stoornissen die tot beperkingen leiden. Daarbij heeft zij opgemerkt dat haar onderzoek niet-cognitieve oorzaken van vermoeidheid, zoals levensfase (overgang, ouderdom), persoonlijkheid (coping, veerkracht), medicatie (..), medisch (TIA, slaap/waak), niet uitsluit. Kort gezegd hebben zowel de expertiserend neuroloog als de neuropsycholoog de klachten van Consument niet in verband kunnen brengen met een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.

4.4 Consument is van mening dat wel sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden en beroept zich daarbij op de brief van de behandelend neuroloog van 22 augustus 2017 en op het rapport van de door haar op eigen initiatief ingeschakelde verzekeringsarts.

4.5 De behandelend neuroloog heeft in augustus 2017 aangegeven dat op een MRI-scan enkele vasculaire restafwijkingen zichtbaar zijn in de rechter hemisfeer.

Daarnaast heeft zij medegedeeld dat bekend is dat bij ongeveer de helft van de mensen met een klinische TIA een MRI ischemische veranderingen laat zien en dat de klachten die Consument ervaart bekende en frequent voorkomende restverschijnselen zijn na een TIA of CVA. Gezien het feit dat de expertiserend neuroloog in september 2016 een MRI-scan van de hersenen heeft laten maken waarop geen afwijkingen zichtbaar zijn en het neuro-psychologisch onderzoek evenmin aanwijzingen heeft opgeleverd voor de aanwezigheid van cognitieve stoornissen gaat de Commissie aan deze conclusie voorbij. Dit geldt temeer nu niet duidelijk is wat wordt bedoeld met 'vasculaire restafwijkingen' die op de MRI-scan aangetroffen zouden zijn en betrokkene een nieuw expertiseonderzoek aangaande de interpretatie en betekenis van deze restafwijkingen ten tijde van de hoorzitting heeft geweigerd.

4.6 De door Consument ingeschakelde verzekeringsarts heeft geconcludeerd dat de vermoeid-heidsklachten van Consument veroorzaakt kunnen zijn door de TIA, met als argumenten dat dergelijke klachten vaak voorkomen bij een groot deel van de patiënten met een TIA, dat Consument een consistent verhaal laat zien en dat bij Consument sprake is van een reële klachtenpresentatie. De Commissie onderschrijft de visie van Verzekeraar en diens medisch adviseur, zoals verwoord in het hiervoor onder 2.16 geciteerde e-mailbericht van 3 augustus 2018, dat de verzekeringsarts niet is ingegaan op de bevindingen van de expertiserend neuroloog, het door de expertiserend neuroloog aangevraagde en niet afwijkende MRI-onderzoek ten onrechte niet betrokken heeft in zijn oordeel en ook heeft nagelaten in te gaan op de bevindingen uit het neuropsychologisch onderzoek. De Commissie zal dan ook aan de conclusie van de verzekeringsarts voorbijgaan.

4.7 Consument heeft ongetwijfeld klachten en zal daardoor belemmeringen ervaren. Gelet op het hiervoor overwogene is de conclusie van de Commissie evenwel dat op grond van de diverse expertiseonderzoeken geen medisch objectieve verklaring voor de klachten van Consument te duiden is, zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden.

4.8 Voor zover Consument nog kritiek heeft geuit op het feit dat Verzekeraar zonder haar medeweten de uitkomst van het neuropsychologisch onderzoek aan de expertiserend neuroloog heeft voorgelegd, oordeelt de Commissie dat haar van onzorgvuldigheid op dit punt niet is gebleken. De expertiserend neuroloog had Verzekeraar de aanbeveling gedaan een neuropsychologisch onderzoek te doen plaatsvinden. Dan is niet onbegrijpelijk dat Verzekeraar uit zorgvuldigheid het rapport van het neuropsychologisch onderzoek aan hem heeft voorgelegd. Overigens is het standpunt van Verzekeraar daardoor niet gewijzigd.

4.9 De conclusie is dan ook dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar tekortgeschoten is in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 40 van het Reglement.