Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-193 d.d. 13 mei 2014
(mr. C.E. du Perron, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en mevrouw mr. M. van Pelt, secretaris)

Samenvatting

Consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Aangeslotene. Sinds april 2010 is zij arbeidsongeschikt geraakt. Naar aanleiding van een (eenzijdig) deskundigenonderzoek heeft Aangeslotene de uitkering per 1 januari 2012 afgebouwd en per 1 mei 2012 geheel gestopt. De Commissie oordeelt dat de bezwaren van Consument voldoende rechtvaardigen dat Aangeslotene een nieuw onafhankelijk medisch onderzoek dient te entameren, waarbij Aangeslotene rekening dient te houden met eventuele bezwaren van Consument tegen de aanwijzing van een bepaalde medische deskundige (vanwege bijvoorbeeld twijfel over onafhankelijkheid of deskundigheid) terwijl de vraagstelling in overleg tussen partijen dient te worden opgesteld.

Consument,

tegen

N.V. Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij, gevestigd te Amersfoort, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procedure

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het verzoek tot geschilbeslechting van Consument, ontvangen op 12 juni 2013;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene;
- de brief van Consument d.d. 10 december 2013 met bijlage;
- de brief van Aangeslotene d.d. 3 januari 2014;
- de brief van Consument d.d. 6 januari 2014 met bijlage;
- de brief van Aangeslotene d.d. 24 januari 2014.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen het advies van de Commissie als bindend zullen aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 19 maart 2014 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft met ingang van 17 oktober 2006 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de Verzekering) met als verzekerd beroep "administrateur". Op deze Verzekering zijn van toepassing de Polisvoorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering model 176 (hierna: de Voorwaarden). Hierin staat onder meer het volgende.

> "***1. Begripsomschrijvingen***
> *(…)*
> ***4. Arbeidsongeschiktheid***
> *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. Onverminderd het hierboven bepaalde wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht, indien de 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. (…)*
> ***12 Vaststelling van de uitkering***
> *Zolang verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door De Amersfoortse aan de hand van gegevens van door De Amersfoortse aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens ten spoedigste na ontvangst daarvan aan verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen dertig dagen zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van De Amersfoortse te aanvaarden."*

2.2 Consument heeft zich op 20 april 2010 per 2 april 2010 arbeidsongeschikt gemeld met vermoeidheidsklachten. Hiervoor heeft zij tot 1 oktober 2010 een uitkering ontvangen op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid. Op basis van het oordeel van de medisch adviseur van Aangeslotene bracht Aangeslotene deze uitkering per 1 oktober 2010 terug tot 50%. Bij brief van 22 augustus 2011 kondigde Aangeslotene aan dat Consument per 15 mei 2011 weer recht had op een uitkering op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid. De reden om arbeidsongeschiktheid aan te nemen was dat zij door de huisarts was doorverwezen naar een psychiater. Later is door de tussenkomst van de Ombudsman de uitkering voor de periode tussen 1 oktober 2010 en 15 mei 2011 hersteld tot 100%.

2.3 Bij brief van 23 december 2011 deelde Aangeslotene aan Consument mede dat haar medisch adviseur had geconcludeerd dat geen sprake was van een medisch objectiveerbare aandoening in de zin van de polisvoorwaarden, waardoor zij geen arbeid kan verrichten. De uitkering werd per 1 januari 2012 stapsgewijs afgebouwd met als gevolg dat die per 1 mei 2012 werd beëindigd.

2.4 Op advies van de Ombudsman heeft Aangeslotene aan de psychiater mevrouw X opdracht gegeven tot het doen van een psychiatrisch onderzoek bij Consument. Op 8 juli 2012 heeft X naar aanleiding van haar onderzoek gerapporteerd.

2.5 Op 6 augustus 2012 deelde Aangeslotene bij brief aan Consument mede dat haar eerder ingenomen standpunt van 23 december 2011 naar aanleiding van het rapport van X niet is gewijzigd.
2.6 Ook naar aanleiding van de door Consument op 18 december 2012 aan Aangeslotene overgelegde brief van Y (behandelend psychiater) d.d. 20 november 2012 wijzigde Aangeslotene haar standpunt niet.

3. Geschil

3.1 Consument vordert dat op kosten van Aangeslotene een nieuwe expertise wordt verricht waarbij zij inspraak heeft in de te benoemen expertisearts alsmede in de vraagstelling. Daarnaast verzoekt Consument om een vergoeding van de door haar gemaakte rechtsbijstandkosten.
3.2 Aan deze vordering legt Consument ten grondslag dat Aangeslotene haar oordeel baseert op een rapport van X, terwijl zij geen inspraak heeft gehad in de benoeming van X en de aan X ter beantwoording voorgelegde vragen. Zij betwist de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van X. Bovendien heeft X geschreven dat een aanpassingsstoornis gewoonlijk niet gepaard gaat met ernstige beperkingen, terwijl de medisch adviseur van de Ombudsman schreef dat een aanpassingsstoornis wel degelijk gepaard kan gaan met beperkingen. X extrapoleert een momentopname naar de gehele periode tot januari 2012. Dr. Y schreef in zijn brief van 20 november 2012 juist dat de situatie van Consument niet veranderd was en dus niet verbeterd. De medisch adviseur van Consument is van oordeel dat het daadwerkelijke probleem niet volledig door X is opgemerkt. X heeft zich niet een compleet beeld gevormd van de situatie van Consument. Ter zitting voegde Consument daar aan toe dat het onderzoek door X kort duurde en er geen vragenlijsten zijn gebruikt, waarvan haar klinisch neuropsycholoog drs. A meent dat deze vragenlijsten noodzakelijk zijn voor een dergelijk onderzoek.
Daarnaast heeft Consument stukken overgelegd van fysiotherapeute Z en klinisch neuropsycholoog drs. A, waaruit volgt dat zij beperkingen heeft.
3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd. Er is geen sprake van arbeidsongeschiktheid zoals volgt uit artikel 4 van de Voorwaarden. Uit het rapport van X volgt dat weliswaar sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis, maar deze aanpassingsstoornis leidt niet tot medisch objectiveerbare beperkingen. Consument heeft bovendien niet eerder bezwaar gemaakt tegen deskundige X of de vraagstelling. Ook de medisch adviseur van de Ombudsman onderschrijft het oordeel van X. Uit de brief van dr. Y van 20 november 2012 volgt dat ook hij de conclusie van X onderschrijft. Gelet op het voorgaande ziet Aangeslotene geen reden om een nieuwe expertise te verrichten. Ook de naderhand door Consument toegezonden (medische) stukken geven geen aanleiding voor Aangeslotene haar standpunt te herzien.

4. Beoordeling

4.1 De vragen waarvoor de Commissie zich gesteld ziet, zijn of Aangeslotene zich terecht op het standpunt stelt dat Consument vanaf januari 2012 geen medisch objectiveerbare

beperkingen heeft en of voor de beantwoording van deze vraag een nieuw onafhankelijk medisch onderzoek noodzakelijk is.
4.2 In het onderhavige geval is door Consument gemotiveerd aangevoerd dat zij sinds de melding van arbeidsongeschiktheid wegens surmenage niet in staat is haar werkzaamheden als administrateur uit te voeren en dat haar klachten niet zijn verminderd. Consument heeft geen inspraak gehad in de benoeming van X en de aan X ter beantwoording voor te leggen vragen. Consument heeft in de onderhavige procedure de nodige bezwaren tegen het onderzoek van X ingebracht.
4.3 Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigen de kritiek van Consument op de eenzijdige benoeming van X, haar bezwaren tegen het onderzoek van X (kort durend onderzoek zonder gebruikmaking van vragenlijsten), de onduidelijkheid over de interpretatie van de brief van dr. Y, alsmede de door Consument overgelegde brieven van fysiotherapeute Z en klinisch neuropsycholoog drs. A, een door Aangeslotene te entameren nieuw medisch onderzoek door een onafhankelijke deskundige.
4.4 Daarbij neemt de Commissie als uitgangspunt dat de door Aangeslotene in te schakelen medische deskundige voor de beantwoording van de vraag of bij Consument een objectief medisch vast te stellen stoornis bestaat waardoor zij in januari 2012 en daarna beperkt was in haar functioneren en in welke mate, voldoende medische informatie zal moeten opvragen bij onder meer psychiater dr. Y, fysiotherapeute Z, en klinisch neuropsycholoog drs. A, om een volledig beeld te kunnen vormen van de situatie van Consument. Aangeslotene dient bij het inschakelen van een medische deskundige rekening te houden met eventuele bezwaren van Consument tegen de aanwijzing van een bepaalde medische deskundige (vanwege bijvoorbeeld twijfel over onafhankelijkheid of deskundigheid) terwijl de vraagstelling in overleg tussen partijen dient te worden opgesteld.
4.5 Op grond van artikel 40.9 van het Reglement heeft Consument recht op een proceskostenvergoeding nu zij dit heeft gevorderd. De Commissie begroot die kosten op twee punten volgens Tarief IV van het Liquidatietarief Rechtbanken en Gerechtshoven. Dit komt neer op een bedrag van € 1.788,-. Als in het ongelijk gestelde partij dient Aangeslotene tevens de kosten voor het aanbrengen van het geschil ad € 50,- aan Consument te vergoeden.

5. Beslissing

De Commissie beslist bij bindend advies dat Aangeslotene binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, op grond van de Voorwaarden een nieuw deskundigenonderzoek laat instellen, waarbij rekening wordt gehouden met eventuele bezwaren van Consument tegen de aanwijzing van een bepaalde medische deskundige, terwijl de vraagstelling in overleg tussen partijen dient te worden opgesteld. Daarnaast dient Aangeslotene binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument een bedrag te vergoeden van € 1.788,- ten aanzien van de proceskostenvergoeding en met vergoeding aan de Consument van diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht, zijnde € 50,-.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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 kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.