Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-797
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 12 november 2018
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 2 oktober 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument verwijt Verzekeraar dat hij bij de afhandeling van door Consument ingediende ziekmeldingen toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen. De Commissie oordeelt dat daarvan geen sprake is en wijst de vordering van Consument af.

1. Het procesverloop

1.1 De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hier om:

1) het namens Consument ingediende klachtformulier;
2) het verweerschrift van Verzekeraar;
3) de repliek van Consument;
4) de dupliek van Verzekeraar;
5) de aanvullende reactie van Consument, ingekomen 12 juni 2020;
6) de aanvullende reactie van Verzekeraar van 17 juli 2020.

1.2 Consument en Verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies, wat betekent dat de uitspraak voor beide partijen bindend is.

1.3 De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. De feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'de Verzekering') gesloten. Op de Verzekering zijn van toepassing de Voorwaarden LKOV 2010/01 (hierna: 'de Voorwaarden').

2.2 Op grond van artikel 1.4 van de Voorwaarden is van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake:

> "*als er in directe relatie tot ziekte of ongeval stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde voor ten minste 25% beperkt is om de werkzaamheden verbonden aan het in de polis omschreven beroep te verrichten. De stoornissen moeten objectief medisch zijn vast te stellen. Stoornissen waarvoor geen medische oorzaak is aangetoond of aannemelijk gemaakt, worden beschouwd als niet objectief medisch vast te stellen.*"

2.3 Op 22 december 2010 heeft Consument zich telefonisch bij Verzekeraar gemeld in verband met problemen binnen de maatschap waar hij werkzaam was. Hij verzocht om uitkering onder de Verzekering omdat hij in verband met gestelde functioneringsproblemen minder uren mocht werken.

2.4 Verzekeraar heeft naar aanleiding van dit verzoek om uitkering een arbeidsdeskundige ingeschakeld en deze heeft Consument op 11 januari 2011 bezocht. In het rapport van de arbeidsdeskundige van diezelfde datum staat, voor zover hier relevant:

> *"(…)*
> *1. Vraagstelling*
> *(…)*
> *Desgevraagd geeft hij [Consument] aan dat er geen medische zaken zijn waardoor hij die ingrepen niet kan doen.*
> *(…)*
> *2.2.1.1. Overige informatie*
> *Verzekerde is in de zomer van 2010 behandeld voor een Borrelia infectie. Hij heeft niet verzuimd van zijn werk.*
> *(…)*
> *3. BESCHOUWING*
> *Naar aanleiding van uw opdracht heb ik de situatie waarin verzekerde verkeert in kaart gebracht. Verzekerde geeft uitdrukkelijk aan niet ziek te zijn. Hij begrijpt dat er dan ook geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis. Verzekerde is echter wel bang ziek te worden omdat hij (…) in een financieel gat komt doordat hij gedwongen wordt zijn maatschapsdeel naar 1/3 terug te brengen.*
>
> *Concreet is de vraag van verzekerde of u hem van 01-04-2011 tot het moment dat hij met zijn eigen praktijk kan beginnen, een onverplichte uitkering zou willen verstrekken op basis van 2/3 van de verzekerde dagbedragen. Ik heb geen toezeggingen gedaan maar aangegeven zijn vraag aan u voor te zullen leggen.*

Advies en planning

- *(..)*
- *Er is geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis.*
- *Verzekerde verzoekt vanuit preventief oogpunt een onverplichte uitkering o.b.v. 2/3 van de verzekerde dagbedragen van 01-04-2011 tot het moment van aanvang van zijn eigen praktijk.*
- *Ik adviseer het dossier te bespreken in MDO-verband teneinde het beleid in deze te bepalen.*

(…).”

2.5 Op 17 maart 2011 heeft de arbeidsdeskundige Consument nogmaals bezocht. Over dit gesprek heeft de arbeidsdeskundige, voor zover hier relevant, het volgende gerapporteerd:

“(…)
3 BESCHOUWING
Verzekerde acht zichzelf nog altijd niet ziek en begrijpt dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis. Hij gaat er nog altijd van uit dat hij per 1-4-2011 maximaal 3 dagdelen per week (..) zal (mogen) werken. Ik heb aangegeven dat zijn verzoek om een onverplichte uitkering ter overbrugging van de periode 1-4 tot 1-7-2011 bij u in beraad is
(…).”

De arbeidsdeskundige heeft Verzekeraar in haar advies geadviseerd de beeldvorming compleet te maken aan de hand van de inmiddels door Verzekeraar ingeschakelde maatschapscoach.

2.6 Verzekeraar heeft Consument bij brief van 11 mei 2011 medegedeeld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald in de Voorwaarden. Verzekeraar heeft hiertoe het volgende aangevoerd:

“(...) uit de rapportage van [naam maatschapscoach] begrepen wij dat uw situatie met ingang van 1 april 2011 tot stand is gekomen vanwege conclusies gesteld in een rapport van (…) [naam ziekenhuis].
Naar aanleiding van deze conclusies is door de directie van het ziekenhuis en vanuit uw […]maatschap gesteld dat u bepaalde medische handelingen niet meer mag verrichten en dat u terug in werktijd gaat van 32 uur per week naar 12 uur per week.
Op basis van deze informatie stellen wij dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid volgens de voorwaarden van uw verzekering. (…)
In uw situatie is geen sprake is van ziekte of ongeval waardoor u beperkt bent uw werkzaamheden uit te voeren.
Omdat de situatie waarin u (..) verkeert buiten de dekking van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering valt, kunnen wij u verder niet van dienst zijn.
(…).”

2.7 Consument heeft zich vervolgens bij faxbericht van 16 mei 2011 met ingang van diezelfde datum bij Verzekeraar (formeel) arbeidsongeschikt gemeld.

Verzekeraar heeft bij brief van 17 mei 2011 de ontvangst van de melding bevestigd en Consument een schadeaangifteformulier toegestuurd met het verzoek dat in te vullen.

2.8 In het dossier bevinden zich een aantal door Consument ingevulde schadeaangifte-formulieren waarin hij zich met ingang van 16 mei 2011 arbeidsongeschikt meldt:

- een op 24 mei 2011 door Consument ondertekend schadeaangifteformulier. In dit formulier vermeldt Consument dat hij de volgende beperkingen ervaart in zijn werk als gevolg van ziekte: '*vermoeidheidsverschijnselen, dreigende burnout bij collegae (3 of 4) daardoor overbelast, dreiging met claims en ik zou slechte visus hebben'*. Consument vermeldt dat de klachten zijn ontstaan in april 2010. De vragen of een diagnose is gesteld en of Consument onder behandeling is, heeft Consument ontkennend beantwoord;

- een op 14 juni 2011 door Consument ondertekend schadeaangifteformulier. Hierin meldt Consument dat sprake is van '*chronische vermoeidheidsverschijnselen, gewrichtspijn + sensibiliteitsstoornissen*' en dat deze klachten vanaf 2010 aanwezig zijn. Als diagnose vermeldt Consument '*Borrelia Burgdorferi'*. Bij de vraag welke belemmeringen Consument ervaart ten gevolge van zijn klachten staat '*concentratie-stoornissen; patientenonderzoek gaat goed; behandelen ook, doch nadien erg moe; val tijdens gesprekken met echtgenote en vrienden spontaan in slaap (...).*' Consument vermeldt dat hij van mei tot en met juni 2010 onder behandeling van een dermatoloog stond en maakt melding van het volgende: '*Borrelia infectie aan [naam arbeidskundig bureau] gemeld, doch hieraan door u geen acht op geslagen en heeft achteraf veel impact gehad op functioneren volgens mij (…).*';

- een op 24 juli 2011 door Consument ondertekend schadeaangifteformulier. Hierin vermeldt Consument dat hij de volgende beperkingen ervaart in zijn werk als gevolg van ziekte '*geheel geblokkeerd. Sensibiliteitsstoornissen + slechte visus/twijfel aan gezichtsvermogen volgens collega-oogartsen en ziekenhuis in rapport'*. Consument vermeldt dat de klachten zijn ontstaan in april 2010 toen de diagnose Borrelia Burgdorferi is gesteld. Voorts geeft Consument aan dat hij sinds 28 juni 2011 onder behandeling staat van een dermatoloog.

2.9 Bij brief van 28 mei 2011 heeft Consument Verzekeraar, voor zover hier relevant, het volgende medegedeeld:

> *"(…)*
> *Vorige week hebben wij samen telefonisch overleg gevoerd over uw brief van 11 mei, alsook de gewijzigde situatie per 17 mei jl., waardoor de rapportage van [naam maatschapscoach] achterhaald is.*

In dit gesprek heb ik u tevens gewezen op het feit, dat u kennelijk niet op de hoogte bent gesteld van de medische behandeling, waarover ik destijds enkele gegevens heb overhandigd aan [naam arbeidsdeskundige]. U zegde mij toe nog te zullen reageren.
Tot op heden heb ik daar echter nog niets over gehoord.
(...).”

2.10 Bij faxbericht van 29 juni 2011 heeft Consument Verzekeraar als volgt bericht:

“(…)
Gisteren ben ik bij de dermatoloog (…) langs geweest ivm klachten welke hoogstwaarschijnlijk samenhangen met een recente tekenbeet, welke ik in de periode mei-begin juni moet hebben opgelopen. De verschijnselen waren dezelfde als in de periode vorig jaar, maar nu waren er ook andere verschijnselen, zoals het waarnemen van slierten e.d. welke in het recent (…) toegezonden meldingsformulier zijn vermeld.
(…).”

2.11 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheids-melding per 16 mei 2011 – na ontvangst van een door Consument ondertekende medische machtiging – informatie opgevraagd bij de behandelend dermatoloog van Consument en na ontvangst van die informatie – op 10 augustus 2011 – een verzekeringsgeneeskundig onderzoek laten uitvoeren. De verzekeringsgeneeskundige heeft Consument thuis bezocht op 6 september 2011 en vervolgens op 12 september 2011 een rapport opgesteld.

2.12 Dit rapport bevindt zich niet bij de door partijen bij Kifid ingediende stukken, maar de inhoud hiervan blijkt uit een wel overgelegd rapport over een internistisch deskundigen-onderzoek dat is verricht in het kader van de – hierna te noemen- verzoekschriftprocedure tussen partijen. In dit rapport is een verslag opgenomen van het rapport van de verzekerings geneeskundige van 12 september 2011. Hierin staat, voor zover hier relevant, dat Consument heeft aangegeven dat de vermoeidheidsklachten al aanwezig waren voor de eerste huidafwijking en dat deze vermoeidheid ook na de behandeling is blijven bestaan. Consument heeft tijdens het onderzoek ook aangegeven meer moeite te hebben met dingen onthouden. Daarnaast heeft Consument medegedeeld dat hij sinds mei 2011 last heeft van floaters/dwarrels in het linker- en later ook in het rechteroog, maar dat hij daarvoor geen beoordeling van huisarts of oogarts heeft gevraagd. In het rapport staat voorts, voor zover hier relevant:

“(…)
Verzoeker [Consument] geeft aan geen specifieke belemmeringen in de thuissituatie te bemerken, hij voelt zich niet langer ziek. Hij werkt op dat moment pro deo in een huisartsenpraktijk alwaar hij spreekuur doet en de huisartsen onder zijn leiding verrichtingen laat doen.

Het lichamelijk onderzoek toont geen afwijkingen, met name zijn er geen huidafwijkingen, geen neurologische stoornissen of gewrichtsafwijkingen.
Consument ging akkoord met het gespreksverslag.
(…).”

2.13 Een deel van de tekst van het rapport van 12 september 2011 is opgenomen in de uitspraak van de Rechtbank Midden-Nederland (zie 2.22 hierna). Deze tekst luidt als volgt:

“(…) Dit alles overziend zijn er m.i. geen aanwijzingen voor late gevolgen van een doorgemaakte Lyme-borreliose. Überhaupt zijn er geen objectiveerbare aanwijzingen voor het aannemen van ziekte. Dit laatste wordt overigens ook door verzekerde zelf (meer specifiek als ‘niet langer') aangegeven. Verzekerde ervaart in de thuissituatie geen belemmeringen; in het huidige werk heeft hij meer tijd nodig om verslaglegging te doen. Verzekerde geeft hierbij aan dat het ook nog geen routine is.

Er is wel sprake van een conflict in de werksituatie; echter dit is geen ziekte.

Nu er geen objectieve tekenen zijn om van ziekte te spreken is er geen reden om een verminderde belastbaarheid aan te nemen.
(…).”

2.14 Verzekeraar heeft bij brief van 5 oktober 2011 de claim van Consument vanwege late gevolgen van de ziekte van Lyme (Borrelia Burgdorferi) afgewezen. Hij heeft daartoe aangevoerd dat er in de rapportage van de verzekeringsgeneeskundige van 12 september 2011 geen beperkingen zijn geduid, zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in de Voorwaarden.

2.15 Eind oktober 2011 heeft Consument zich wederom arbeidsongeschikt gemeld, nu per 25 oktober 2011 in verband met een spoedoperatie aan zijn oog wegens netvliesloslating van het rechteroog ten tijde van een verblijf in het buitenland. Consument heeft in het op 2 november 2011 door hem ondertekende schadeaangifteformulier vermeld dat hij last heeft van *‘dubbelbeelden en stippen en vlekken’* in het rechteroog en *‘duizeligheid e.d. (a.g.v. narcose) + effect atropine’*. Consument heeft vermeld dat hij de volgende belemmeringen ervaart: *‘duizeligheid bij bewegen, lopen. Hoofdpijn + denkstoornis (m.n. concentratie ed) + slechte visus OD (= rechteroog)’*. Consument heeft daarnaast, voor zover hier relevant, vermeld dat hij zich voor 90% arbeidsongeschikt acht en dat hij bij een normaal herstelverloop drie maanden later weer volledig werkzaam zou kunnen zijn.

2.16 Verzekeraar heeft bij brief van 10 november 2011 deze arbeidsongeschiktheidsmelding bevestigd en Consument medegedeeld dat hij hem, in verband met de eigenrisicotermijn van 30 dagen, met ingang van 25 oktober 2011 voor 80-100% arbeidsongeschikt heeft verklaard.

Daarnaast heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat zijn medisch adviseur graag informatie wil opvragen bij de behandelend specialist en Consument verzocht daartoe het bijgevoegde machtigingsformulier in te vullen en te retourneren. Ook heeft hij Consument verzocht om – als hij zelf beschikt over relevante medische informatie – die te verstrekken aan de medisch adviseur van Verzekeraar. Consument heeft Verzekeraar op 16 november 2011 de medische gegevens die hij in zijn bezit had toegezonden, vergezeld van het complete verslag van de oogoperatie die hij in het buitenland heeft ondergaan. Verzekeraar heeft Consument vervolgens medegedeeld toch graag zelf medische informatie te willen opvragen en heeft – na ontvangst van een door Consument ondertekende medische machtiging – informatie bij de behandelend oogarts opgevraagd.

2.17 Partijen hebben aansluitend een aantal keer met elkaar overlegd over de werkhervatting. De mate van arbeidsongeschiktheid is met ingang van 9 januari 2012 ingedeeld in de klasse 65-80%, met ingang van 23 januari 2012 in de klasse 45-55% en uiteindelijk met ingang van 21 februari 2012 op minder dan 25% gesteld, zodat Consument vanaf laatstgenoemde datum geen recht meer had op uitkering.

2.18 Nadien heeft Consument bij Verzekeraar bezwaren geuit over de afhandeling en beoordeling van zijn arbeidsongeschiktheidsmeldingen en daarover vragen gesteld. Bij brief van 21 augustus 2012 heeft Verzekeraar Consument als volgt geïnformeerd:

> *"(…)*
> *Op 16 augustus 2012 ontvingen wij uw brief van 14 augustus 2012 waarin u uw vragen concreter hebt gemaakt. U meldt opnieuw dat u van Movir geen duidelijke uitspraak hebt gekregen over de verschillende opvattingen die [naam ziekenhuis] en Movir over de oorsprong en de mate van arbeidsongeschiktheid vanaf begin 2011 hebben.*
>
> *In uw brief van 4 juli 2012 geeft u aan dat wij hierover kennelijk door [naam bedrijf maatschapscoach] onvolledig geïnformeerd zijn. [Naam bedrijf maatschapscoach] heeft ons echter uitgebreid over de situatie geïnformeerd en aangegeven dat de beoordeling van de mate van uw arbeidsongeschiktheid van [naam ziekenhuis] gebaseerd was op een vertrouwelijk rapport op basis van diverse interviews. Omdat [naam bedrijf maatschapscoach] en daarmee ook Movir geen inzage hadden in het desbetreffende rapport heeft [naam bedrijf maatschapscoach] ons destijds geadviseerd om de mate van uw arbeidsongeschiktheid zelf te beoordelen. Dit heeft Movir gedaan door het opvragen van medische informatie bij uw behandelaren en het inschakelen van een verzekeringsgeneeskundige en een arbeidsdeskundige.*
>
> *Uit deze beoordeling bleek dat u klachten had, maar dat deze geen arbeidsongeschiktheid volgens onze polisvoorwaarden veroorzaakten, zowel de door u doorgemaakte infectie niet alsook uw visusklachten voor uw operatieve ingreep niet. Van arbeidsongeschiktheid volgens onze polisvoorwaarden is sprake als er in directe relatie tot ziekte of ongeval stoornissen bestaan waardoor u voor ten minste 25% beperkt bent om uw verzekerde werkzaamheden te verrichten. Het bestaan van stoornissen stelt Movir vast aan de hand van rapporten van door ons aangewezen medische en andere deskundigen.*

Movir neemt daarmee de stelling in dat de destijds door [naam ziekenhuis] geconstateerde mate van arbeidsongeschiktheid niet het gevolg is van ziekte of ongeval en daarmee niet gedekt is door uw verzekering. Uiteraard hebben wij het nu over de periode voor uw operatieve ingreep. Voor uw arbeidsongeschiktheid na de genoemde ingreep bent u door Movir eerst volledig en later gedeeltelijk arbeidsongeschikt geacht van 25 oktober 2011 tot 21 februari 2012 en hebt u van ons een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Met ingang van 21 februari 2012 was er geen sprake meer van arbeidsongeschiktheid volgens de voorwaarden van uw verzekering.
Samenvattend heeft Movir de mate van uw arbeidsongeschiktheid vastgesteld op basis van de aan ons door u beschikbaar gestelde informatie en een door Movir zelf geëntameerde beoordelingsprocedure. Mocht u over informatie beschikken die tegenstrijdig is met de beoordeling door Movir, dan is Movir bereid om te beoordelen of deze informatie aanleiding geeft om eerder gestelde conclusies aan te passen. Wij verzoeken u eventuele aanvullende informatie dan zo spoedig mogelijk ter beoordeling aan ons op te sturen.
(…).”

2.19 Consument heeft zich vervolgens per 27 september 2012 opnieuw ziek gemeld wegens diverse klachten. Verzekeraar heeft vervolgens medisch onderzoek laten uitvoeren door de verzekeringsgeneeskundige. Bij brief van 31 januari 2013 heeft Verzekeraar Consument het verzekeringsgeneeskundige rapport van 14 januari 2013 toegestuurd en Consument medegedeeld dat hij over onvoldoende gegevens beschikt om een eventueel recht van Consument op uitkering te kunnen vaststellen. Verzekeraar heeft medegedeeld Consument hangende de verdere beoordelingsprocedure een voorlopige, niet terugvorderbare uitkering te verstrekken over een periode van 30 dagen op basis van 30% van het verzekerde dagbedrag. Voorts heeft Verzekeraar Consument medegedeeld een arbeidsdeskundige in te schakelen om op basis van de in de rapportage van de verzekeringsarts beschreven beperkingen de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. In haar rapport van 12 maart 2013 heeft de arbeidsdeskundige geconcludeerd dat de mate van arbeidsongeschiktheid op minder dan 25% kon worden gesteld.

2.20 Consument heeft vervolgens nog enige tijd met Verzekeraar gecorrespondeerd over de afhandeling van zijn arbeidsongeschiktheidsclaims en hem verzocht om heroverweging van de genomen beslissingen. Daarbij heeft Consument zich onder meer beroepen op een brief van een oogarts van 14 juni 2015 waarin deze concludeert dat – achteraf gezien – de in mei en juni 2011 zich bij Consument manifesterende klachten en symptomen voorboden zijn geweest van de later – in oktober 2011 – optredende netvliesloslating van het rechteroog. Verzekeraar heeft Consument medegedeeld het verzoek om beslissingen te herzien, niet te honoreren.

2.21 In 2015 heeft de advocaat van Consument Verzekeraar alsnog om uitkering onder de Verzekering verzocht, aanvankelijk over de periode 17 mei 2011 tot 25 oktober 2011, later over de periode vanaf 4 oktober 2010 tot 25 oktober 2011.

Verzekeraar heeft de claim afgewezen en zich daarbij op het standpunt gesteld dat de vordering van Consument is verjaard en overigens ook al zorgvuldig was beoordeeld.

2.22 Consument heeft vervolgens in november 2015 een verzoekschrift tot het gelasten van een voorlopig deskundigenonderzoek bij de Rechtbank Midden-Nederland ingediend om zekerheid te verkrijgen over de vraag of Consument in de periode van 4 oktober 2010 tot 25 oktober 2011 al dan niet arbeidsongeschikt was. Dit verzoek is toegewezen en in het kader van de verzoekschriftprocedure zijn diverse onderzoeken uitgevoerd. Uiteindelijk heeft Consument deze procedure tussentijds beëindigd.

2.23 Bij brief van 17 juli 2018 heeft Consument Verzekeraar verzocht om vergoeding van de door hem gemaakte kosten ter zake van het voorlopig deskundigenonderzoek. Verzekeraar heeft dit verzoek afgewezen omdat Consument die procedure zelf is gestart en uiteindelijk ook zelf heeft besloten die tussentijds te beëindigen. Consument heeft zich vervolgens met een klacht tot Verzekeraar gewend en vervolgens tot Kifid.

3. De vordering, de klacht en het verweer

De vordering van Consument

3.1 Consument vordert vergoeding van het door hem betaalde (voorlopige) voorschot en de door hem gemaakte advocaatkosten in verband met het voorlopig deskundigenonderzoek, ten bedrage van totaal € 23.333,-, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 17 juli 2018.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe – kort samengevat – de volgende argumenten aan.

- Verzekeraar heeft de door Consument gedane ziekmeldingen van 22 december 2010, 16 mei 2011, 24 mei 2011, 14 juni 2011, 24 juli 2011 en 25/26 oktober 2011, 2 november 2011 en van 27 september 2012 niet, te traag dan wel op onjuiste wijze afgehandeld.
  - Verzekeraar was bekend met de chaotische situatie die zich voordeed op de afdeling waar Consument werkzaam was. Collega's van Consument werden door Verzekeraar wel arbeidsongeschikt verklaard, terwijl Consument na zijn eerste arbeidsongeschiktheidsmelding pas na een half jaar te horen kreeg dat er op basis van de Voorwaarden geen sprake was van arbeidsongeschiktheid.

- Verzekeraar heeft ten onrechte de afwijzingen van de claims gebaseerd op bevindingen van het door hem ingeschakelde en betaalde re-integratiebureau en op een intern en zelfs vertrouwelijk rapport, dat – achteraf gebleken – vol stond met onjuiste conclusies en foute aannames. De informatie daarin was afkomstig van een Consument vijandig gezinde maatschap.
- Verzekeraar heeft tot 6 september 2011 ten onrechte nagelaten zelf onafhankelijke medische deskundigen in te schakelen en heeft daarmee gehandeld in strijd met de Voorwaarden. Verzekeraar had de door Consument gemelde ziekte van Lyme en visusproblemen moeten laten onderzoeken. Uit de brief van 14 juni 2015 van een door Consument ingeschakelde oogarts volgt dat – achteraf gezien – de in mei en juni 2011 zich bij Consument manifesterende klachten en symptomen prodromen zijn geweest van een zich later optredende netvlies-loslating en dat vanwege het klachtenbeloop en bestaande twijfel aan een goede visus Verzekeraar een oogarts had moeten inschakelen.
- De in het kader van het voorlopig deskundigenonderzoek aangestelde internist-immunoloog achtte voldoende termen voor arbeidsongeschiktheid over de periode 2010-2011 aanwezig.
- Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding van 25 oktober 2011 bij Consument de indruk gewekt dat hij na een spoedoperatie heel snel weer aan het werk moest terwijl dit onverantwoord was.
- Verzekeraar is niet ingegaan op het verzoek van de ingeschakelde arbeids-deskundige en heeft externe rapportages buiten beschouwing gelaten.
- Verzekeraar is zijn in het kader van de melding van 27 september 2012 gedane toezegging om een arbeidsdeskundige in te schakelen niet nagekomen.

- Verzekeraar is in een aantal brieven onzorgvuldig met data omgegaan en heeft zonder toestemming van Consument informatie bij behandelend specialisten opgevraagd.
- Verzekeraar heeft pertinent geweigerd om in te gaan op door Consument gedane verzoeken om genomen besluiten te heroverwegen.
- Verzekeraar heeft geweigerd verzoeken om een voorlopig deskundigenonderzoek toe te staan, en heeft dit onderzoek zelfs tegengewerkt, onder andere door een beroep te doen op verjaring.
- Verzekeraar heeft gebruik gemaakt van de bij zijn advocaat bestaande voorkennis.
- Indien Verzekeraar de op hem rustende verplichtingen was nagekomen, had Consument geen verzoekschriftprocedure voor het houden van een voorlopig deskundigenonderzoek aanhangig hoeven maken. Dat had hem veel tijd en geld gescheeld.

Het verweer van *Verzekeraar*

3.3 Verzekeraar heeft – kort en zakelijk weergegeven – de volgende verweren aangevoerd:

- Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsmeldingen zorgvuldig en voortvarend in behandeling genomen.
  - Anders dan Consument stelt heeft hij niet meer dan twee formele ziekmeldingen gedaan in de periode 2010-2011. De telefonische melding in mei 2011 en het aansluitend ingevulde schadeaangifteformulier dat Verzekeraar op 17 juni 2011 ontving betreffen één en dezelfde ziekmelding. Hetzelfde geldt voor de melding in oktober/november 2011: de telefonische melding van 28 oktober 2011 en het nadien ingediende schadeaangifteformulier betreffen ook één en dezelfde ziekmelding. De eind 2010 door Consument gedane melding betrof geen ziekmelding, maar een melding van problemen op zijn afdeling. Dat de verzekeringsgeneeskundige in zijn rapport spreekt over een ziekmelding maakt dat niet anders.
  - Verzekeraar heeft naar aanleiding van de eind 2010 door Consument gedane melding van problemen een arbeidsdeskundige ingeschakeld die Consument op 11 januari 2011 heeft bezocht. Consument liet toen uitdrukkelijk weten niet ziek te zijn. Ook tijdens de vervolgafspraak met de arbeidsdeskundige op 17 maart 2011 achtte Consument zich nog altijd niet ziek. Uit de rapportage van de door Verzekeraar ingeschakelde maatschapscoach bleek eveneens dat geen sprake was van arbeidsongeschiktheid. Dat heeft Verzekeraar Consument dan ook bij brief van 11 mei 2011 gemeld.
  - Na ontvangst van de eerste formele arbeidsongeschiktheidsmelding van mei 2011 heeft Verzekeraar informatie opgevraagd bij de behandelend dermatoloog van Consument en vervolgens een onafhankelijk medisch (verzekeringsgeneeskundig) onderzoek laten uitvoeren. Op basis van de verzekeringsgeneeskundige rapportage heeft Verzekeraar de claim afgewezen. Een onderzoek door een oogarts was niet noodzakelijk.
  - Voor de beoordeling van de (tweede) formele arbeidsongeschiktheidsmelding van 25 oktober 2011 was onafhankelijk medisch onderzoek niet noodzakelijk. De melding kon op basis van informatie uit de behandelende sector – te weten de door Consument zelf verstuurde medische gegevens, inclusief een verslag van de oogoperatie die hij op 25 oktober 2011 had ondergaan in de USA, alsmede de van de behandelend oogarts ontvangen brief van 8 december 2011 – en in overleg met Consument worden afgehandeld.
- Verzekeraar is zorgvuldig met de privacy van Consument omgegaan en heeft geen informatie opgevraagd zonder daartoe gemachtigd te zijn. Consument heeft de machtigingen voor het opvragen van informatie bij de dermatoloog en oogarts ondertekend.

- Verzekeraar heeft, anders dan Consument stelt, nooit kennisgenomen van een geheime rapportage van [naam ziekenhuis]. Er is dus ook geen enkel besluit op een dergelijk rapport gebaseerd.
- Los van het feit dat de door Rechtbank Utrecht ingeschakelde internist-immunoloog niet heeft geconcludeerd dat 'wel voldoende termen voor arbeidsongeschiktheid aanwezig' zijn, behoort het niet tot de deskundigheid en bevoegdheid van een medisch specialist om (de mate van) arbeidsongeschiktheid vast te stellen.
- Het is Verzekeraar niet duidelijk wat Consument bedoelt met zijn opmerking dat Verzekeraar niet is ingegaan op het verzoek van de begin 2011 ingeschakelde arbeidsdeskundige. Mogelijk doelt Consument op het verzoek om een onverplichte uitkering *'vanuit preventief oogpunt van 01-04-2011 tot het moment van aanvang van zijn eigen praktijk'*. Dat was echter geen verzoek van de arbeidsdeskundige, maar van Consument zelf. Het verzoek is overigens door Verzekeraar bij brief van 11 mei 2011 afgewezen.
- Consument laat na zijn stelling dat Verzekeraar en zijn advocaat misbruik maken van voorkennis, te bewijzen. Als er maar een schijn van belangenverstrengeling was geweest, dan had de advocaat de belangen van Verzekeraar niet behartigd.
- De zaken die Consument bespreekt met betrekking tot de periode na 2011 doen in het kader van deze klacht niet ter zake. Overigens heeft Verzekeraar de in 2012 gedane ziekmelding ook op juiste wijze afgehandeld.
- Consument is de verzoekschriftprocedure zelf gestart en heeft zelf gebruik gemaakt van zijn blokkeringsrecht en de verzoekschriftprocedure beëindigd. Verzekeraar heeft dit onderzoek niet tegengehouden. Verzekeraar ziet dan ook geen reden de door Consument gevorderde kosten te vergoeden.

4. De beoordeling

Inleiding

4.1 De Commissie stelt voorop dat Consument in deze klachtprocedure vergoeding vordert van de kosten die hij heeft gemaakt in verband met het op zijn verzoek uitgevoerde – en later door hem tussentijds beëindigde – voorlopig deskundigenonderzoek. Consument stelt dat hij deze kosten niet had hoeven maken als Verzekeraar de op hem rustende verplichtingen was nagekomen. Nu Consument aan zijn verzoek om een voorlopig deskundigenonderzoek ten grondslag heeft gelegd dat hij voornemens was in een bodemprocedure betaling te vorderen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering over de periode van 4 oktober 2010 tot 25 oktober 2011 en dat hij zekerheid wilde verkrijgen over de vraag of hij in die periode arbeids-ongeschikt was, is de Commissie van oordeel dat alleen de klachten die zien op de afhandeling van de claims van Consument over de periode van 4 oktober 2010 tot 25 oktober 2011 bespreking behoeven.

Het door Consument op 22 december 2010 gedane verzoek om uitkering

4.2 Aan de orde is allereerst de vraag of Verzekeraar het door Consument op 22 december 2010 ingediende verzoek om uitkering op juiste wijze heeft afgehandeld. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt daartoe als volgt.

4.3 Verzekeraar heeft naar aanleiding van het verzoek van Consument een arbeidsdeskundige ingeschakeld, die Consument op 11 januari 2011 heeft bezocht en op dezelfde datum zijn rapport heeft uitgebracht. In dit rapport staat, onder meer, het volgende: "*Verzekerde geeft uitdrukkelijk aan niet ziek te zijn. Hij begrijpt dat er dan ook geen sprake is van arbeids-ongeschiktheid in de zin van de polis.*" Op 17 maart 2011 heeft de arbeidsdeskundige Consument nogmaals bezocht. Uit het rapport van dezelfde datum blijkt dat Consument heeft aangegeven dat hij zichzelf nog altijd niet ziek acht en dat hij begrijpt dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis. Consument heeft niet betwist dat hij deze mededelingen destijds aan de arbeidsdeskundige heeft gedaan. Bij deze stand van zaken – Consument achtte zichzelf niet arbeidsongeschikt – valt niet in te zien waarom Verzekeraar het verzoek om uitkering van 22 december 2010 ten onrechte heeft afgewezen.

4.4 De stelling van Consument dat Verzekeraar zijn oordeel heeft gebaseerd op een leugenachtig rapport vindt geen bevestiging in het dossier. Zoals uit het voorgaande volgt, heeft Verzekeraar een arbeidsdeskundige ingeschakeld en tweemaal onderzoek laten doen. Daarnaast heeft Verzekeraar op advies van de arbeidsdeskundige de bevindingen van de maatschapscoach afgewacht en deze bevindingen eveneens in haar beoordeling meegenomen. Deze maatschapscoach heeft, blijkens de brief van Verzekeraar van 11 mei 2011, medegedeeld dat het feit dat Consument in werkuren is teruggegaan het gevolg was van conclusies in een rapport van de medische staf van het ziekenhuis waar hij werkte. Verzekeraar heeft haar arbeidsongeschiktheidsbeoordeling niet op dat rapport van de medische staf gebaseerd, maar heeft de mededeling van de maatschapscoach meegenomen in haar beoordeling, en Consument op 11 mei 2011 medegedeeld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid.

4.5 De stelling van Consument dat Verzekeraar de melding van 22 december 2010 te traag heeft afgehandeld gaat eveneens niet op. Verzekeraar heeft naar aanleiding van de melding van 22 december 2010 de arbeidsdeskundige op 11 januari 2011 en 17 maart 2011 onderzoeken laten uitvoeren en heeft vervolgens op advies van de arbeidsdeskundige de rapportage van de maatschapscoach afgewacht. Na ontvangst daarvan op 26 april 2011 heeft Verzekeraar Consument op 11 mei 2011 laten weten niet tot uitkering te zullen overgaan. Van onvoldoende voortvarendheid is daarbij geen sprake.

4.6 Anders dan Consument stelt, was Verzekeraar niet gehouden nader medisch onderzoek te doen naar de door Consument aan de arbeidsdeskundige gemelde Borrelia infectie in de zomer van 2010. Consument heeft immers zelf aan de arbeidsdeskundige tijdens haar bezoek op 11 januari 2011 gezegd dat hij niet verzuimd heeft van zijn werk en hij heeft, zowel op 11 januari 2011 als op 17 maart 2011, gezegd dat hij niet ziek is.

4.7 Dat collega's van Consument wel arbeidsongeschikt werden verklaard doet, anders dan Consument lijkt te veronderstellen, niet ter zake. Mogelijk is immers dat hun medische toestanden anders waren dan die van Consument. Verzekeraar merkt in dit verband terecht op dat hij om redenen van privacy geen informatie hierover kan verstrekken.

4.8 Voor zover Consument Verzekeraar verwijt dat hij niet is ingegaan op het door de arbeidsdeskundige in haar rapport van 11 januari 2011 genoemde voorstel om Consument vanuit preventief oogpunt vanaf 1 april 2011 voor een periode een onverplichte uitkering te verstrekken, overweegt de Commissie als volgt. Het voorstel waarnaar Consument verwijst betreft een door hem zelf gedaan voorstel voor een uitkering waarop hij op grond van de Voorwaarden geen recht had. Verzekeraar was niet gehouden in te gaan op dat voorstel en heeft Consument dan ook bij brief van 11 mei 2011 kunnen laten weten niet tot uitkering te zullen overgaan.

De claim vanwege arbeidsongeschiktheid per 16 mei 2011

4.9 Consument beklaagt zich ook over de afhandeling van zijn arbeidsongeschiktheidsmelding(en) per 16 mei 2011. De Commissie overweegt hierover het volgende.

4.10 Uit de overgelegde stukken volgt dat Consument zich op 16 mei 2011 met ingang van diezelfde datum arbeidsongeschikt heeft gemeld. Daarna heeft Consument een aantal schadeaangifteformulieren ingevuld, te weten de hiervoor onder 2.8 vermelde formulieren.

4.11 De Commissie constateert dat Verzekeraar, naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmeldingen van Consument per 16 mei 2011, informatie heeft opgevraagd bij de behandelend dermatoloog van Consument en vervolgens een verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft laten verrichten (zie 2.11 hiervoor). Tot meer was Verzekeraar niet gehouden. Met name was Verzekeraar niet gehouden om, zoals Consument stelt, medisch onderzoek te laten verrichten naar specifiek zijn visus-klachten. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde om naar aanleiding van klachten en symptomen specialistische expertise in te roepen. Consument heeft vóór zijn spoedoperatie in oktober 2011 nimmer een oogarts geraadpleegd noch zich onder behandeling gesteld. De Commissie heeft er in dit verband ook oog voor dat Consument zelf oogarts van beroep is en zijn klachten zelf lijkt te hebben gebagatelliseerd.

In het schadeaangifteformulier van 24 mei 2011 geeft hij op: "en ik zou slechte visus hebben", waarmee hij aangeeft dat anderen dat beweren, maar hij het er zelf niet mee eens is. In het schadeaangifteformulier van 24 juli 2011 geeft hij op: "slechte visus/twijfel aan gezichts-vermogen volgens collega-oogartsen en ziekenhuis in rapport". Ook hier lijkt Consument aan te geven dat hij het met de genoemde collega-oogartsen niet eens is.

4.12 Dat een door Consument geconsulteerde oogarts zich in zijn brief van 14 juni 2015 op het standpunt heeft gesteld dat – achteraf bezien – de zich in mei en juni 2011 bij Consument manifesterende klachten en symptomen voorboden zijn geweest van de later – in oktober 2011 – optredende netvliesloslating aan het rechteroog, maakt, anders dan Consument stelt, ook niet dat Verzekeraar een verwijt kan worden gemaakt. Zoals gezegd heeft Consument zelf immers destijds geen reden gezien om een oogarts te consulteren.

4.13 Consument heeft de verzekeringsgeneeskundige, die hem in opdracht van Verzekeraar heeft onderzocht naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmeldingen per 16 mei, medegedeeld dat hij zich niet ziek voelde en dat hij niet onder behandeling was. Hij werkte op dat moment ook gewoon door, te weten pro deo in een huisartsenpraktijk. Bij deze stand van zaken heeft Verzekeraar bij brief van 5 oktober 2011 aan Consument mogen mededelen dat van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden geen sprake is.

4.14 Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsmelding(en) per 16 mei 2011 dus niet op onjuiste wijze afgehandeld.

4.15 In dit verband merkt de Commissie ten slotte op dat Verzekeraar de arbeidsongeschikt-heidsmeldingen van Consument heeft mogen samenvoegen, nu die betrekking hebben op dezelfde begindatum van arbeidsongeschiktheid, te weten16 mei 2011. Niet gebleken is dat Verzekeraar hierdoor toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen.

Omgang met data

4.16 Consument beklaagt zich er ook over dat Verzekeraar onzorgvuldig is omgegaan met data. Uit de door Consument gegeven toelichting en overgelegde stukken maakt de Commissie op dat Consument daarbij met name het oog heeft op de vermelding van onjuiste data in verschillende brieven van Verzekeraar. Hoewel de Commissie zich kan voorstellen dat vermelding van onjuiste data tot verwarring bij Consument kan hebben geleid, is dit niet voldoende om dit klachtonderdeel gegrond te verklaren. Het is de Commissie immers niet gebleken dat Consument hierdoor schade heeft geleden.

Opvragen medische informatie

4.17 Consument verwijt Verzekeraar daarnaast dat hij zonder zijn toestemming informatie bij behandelend specialisten heeft opgevraagd. Hiervan is de Commissie uit de overgelegde stukken niet gebleken. Zowel voor de bij de behandelend oogarts als voor de bij de behandelend dermatoloog opgevraagde informatie heeft Verzekeraar een medische machtiging bij Consument opgevraagd en verkregen. Dit klachtonderdeel faalt dan ook.

Weigering heroverweging genomen besluiten

4.18 Voor zover Consument Verzekeraar verwijt besluiten niet in heroverweging te hebben willen nemen, merkt de Commissie op dat Verzekeraar hiertoe niet gehouden was. Uit de overgelegde stukken volgt dat Verzekeraar de door hem ingenomen standpunten telkens gemotiveerd heeft toegelicht en dat Verzekeraar op reacties van Consument heeft gereageerd. Tot meer was Verzekeraar niet gehouden. Ook dit klachtonderdeel wordt dan ook afgewezen.

Voorlopig deskundigenonderzoek

4.19 Consument verwijt Verzekeraar ook dat hij het voorlopig deskundigenonderzoek heeft tegengewerkt onder andere door een beroep op verjaring te doen. Verzekeraar heeft betwist dat hij dit voorlopig deskundigenonderzoek heeft tegengehouden. Consument heeft zijn stelling met geen enkel stuk onderbouwd. Tegenover deze gemotiveerde betwisting heeft Consument zijn stelling niet nader onderbouwd noch aannemelijk gemaakt, zodat dit klachtonderdeel faalt.

Voorkennis

4.20 Tot slot verwijt Consument Verzekeraar dat hij gebruik heeft gemaakt van bij zijn advocaat bestaande voorkennis. Consument heeft zijn stelling met geen enkel stuk onderbouwd. De Commissie stelt dan ook vast dat Consument, tegenover de gemotiveerde betwisting van Verzekeraar, onvoldoende bewijs heeft geleverd voor zijn stelling, zodat ook dit klachtonderdeel niet op.

Conclusie

4.21 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat Verzekeraar bij de afhandeling van de claims van Consument over de periode van 4 oktober 2010 tot 25 oktober 2011 niet toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen. Nu voor het overige ook niet is gebleken dat Verzekeraar op enigerlei andere wijze jegens Consument is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst, wijst de Commissie de vordering van Consument af.

5. De beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak betreft een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening indien wordt voldaan aan de vereisten die voor het instellen van beroep zijn gesteld. Hiervoor verwijzen wij u naar artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid (www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid) vindt u meer informatie over het instellen van beroep.

Als u vindt dat er kennelijke verschrijvingen in de uitspraak staan, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten dan kunt u binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak een verzoek indienen tot herstel van deze vergissing. Deze mogelijkheid ziet niet op het ter discussie stellen van de beslissing in de uitspraak. Voor meer informatie verwijzen wij u naar artikel 40 van het Reglement. Zie hiervoor www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.