RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2006/042 Med

i n d e k l a c h t nr. 2005.4574 (139.05)

ingediend door:

hierna te noemen ‘klager’,

tegen:

hierna te noemen ‘verzekeraar’.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft per 1 september 2000 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij verzekeraar gesloten. Op 30 maart 2002 was klager betrokken bij een verkeersongeval waarbij hij een gemengd deceleratie-rotatieletsel aan de nek heeft opgelopen. Per 14 juli 2003 is klager voor 65 tot 80% arbeidsongeschikt verklaard in het kader van de WAO. Klager heeft verzekeraar om een uitkering uit hoofde van de arbeidsongeschiktheidsverzekering verzocht. Deze heeft het standpunt ingenomen dat geen recht op uitkering krachtens die verzekering bestaat.

Verzekeraar heeft bij zijn verweerschrift een polisblad van 20 september 2000 en de volgens dit polisblad van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden overgelegd.

In artikel 1 van de bij verweerschrift overgelegde ‘bijzondere bepalingen inzake arbeidsongeschiktheid’ is bepaald:
‘Gedurende de looptijd van de verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid (inclusief het eerste jaar van ziekte bij een eigen risicoperiode van 30 dagen) van verzekerde dat het direct en uitsluitend gevolg is van ziekte of ongeval, waardoor verzekerde medisch vastgesteld, geheel niet in staat is om werk dat hem inkomsten uit arbeid en/of winst uit onderneming oplevert, voort te zetten of te hervatten, mits verzekerde op de dag van vaststelling van arbeidsongeschiktheid voor ten minste 18 uren per week actief aan het arbeidsproces deelnam (…)’.

Op grond van artikel 5 van de bij verweerschrift overgelegde ‘bijzondere bepalingen inzake arbeidsongeschiktheid’ bestaat geen recht op uitkering indien:
(…)
2. de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van psychologische, psychosociale of neuropsychiatrische aandoeningen, behalve het begin van belangrijke

psychiatrische ziektebeelden zoals geestesstoornissen (psychosen exclusief randpsychotische beelden of borderline problematiek) en stemmingsstoornissen met uitgesproken op een psychose berustende kenmerken (dus met uitzondering van de aanduidingen “atypisch” of “ernst: licht, matig” van DSM IV);(…)
4. de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van aandoeningen aan de wervelkolom, tenzij verzekerde aantoont door het overleggen van radiologisch en/of medisch bewijs van afwijking dat de aandoening de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid’.

De klacht

Op het moment van het ongeval had klager een jaarcontract bij zijn toenmalige werkgever en ondanks het feit dat men eerder aangaf tevreden te zijn, is dit contract niet verlengd. Klager is terechtgekomen in de WW en vervolgens – omdat de klachten aanhielden – in de Ziektewet. Klager heeft toen zijn arbeidsongeschiktheid aan verzekeraar gemeld. Deze deelde klager mede dat hij vooralsnog niet in aanmerking kwam voor een uitkering uit hoofde van de verzekering omdat hij niet in vast dienstverband bij zijn werkgever werkte. Indien klager in de WAO zou terechtkomen, zou verzekeraar alsnog beoordelen of klager in aanmerking kon komen voor een uitkering.

Toen klager vervolgens gedeeltelijk arbeidsongeschikt werd verklaard krachtens de WAO heeft hij dit aan verzekeraar gemeld. Verzekeraar heeft klager bij brief van 11 september 2003 medegedeeld dat geen recht op uitkering krachtens de verzekering bestaat. Verzekeraar heeft daartoe aangevoerd dat de klachten van klager niet voldoende objectief aangetoond kunnen worden.

De polisvoorwaarden die hier van toepassing zijn, vereisen, anders dan verzekeraar suggereert, niet dat de aandoening wordt geobjectiveerd, maar dat de klachten die daaruit voortvloeien worden geobjectiveerd. Er zijn legio objectiveerbare klachten en het whiplashtrauma is als oorzaak van die klachten zeker aannemelijk te maken. Klager verwijst naar zijn medisch dossier, met name het uitgebreide rapport van de (tweede) geconsulteerde neuroloog van 21 januari 2005.

Verzekeraar haalt de begrippen ‘klachten’ en ‘aandoening’ door elkaar. De klachten zijn objectiveerbaar en wijzen bovendien op een klassiek whiplashtrauma. Het is niet meer van deze tijd dat een verzekeraar een whiplashtrauma, mits evident aanwezig en verklaarbaar, afdoet op grond van onobjectiveerbaarheid. Dit standpunt is ingehaald door de medisch-wetenschappelijke actualiteit en door huidig ethisch-juridisch besef. Als verzekeraar dekking van whiplashletsel wil uitsluiten dan moet hij die uitsluiting wel goed verwoorden. Dat heeft verzekeraar in de polisvoorwaarden die op deze kwestie van toepassing zijn niet gedaan. Door te weigeren tot uitkering aan klager over te gaan, heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad.

Het standpunt van verzekeraar

Uit de verzekeringsgeneeskundige rapportages van 1 mei 2003 van het UWV blijkt dat er geen lichamelijk onderzoek bij klager werd verricht omdat de psychische klachten op de voorgrond stonden. De gestelde diagnoses zijn whiplashtrauma met hoofd- en nekpijn (L550) en een aanpassingsstoornis met depressieve stemming (volgens psycholoog) (P619). In de ‘Kritische Functionele Mogelijkheden Lijst’ staat alleen de laatste diagnose vermeld.

Uit de van de huisarts van klager ontvangen informatie blijkt dat röntgenfoto's van de cervicale wervelkolom van klager geen afwijkingen vertonen. Op grond van deze informatie heeft de raadgevend geneesheer van verzekeraar niet anders kunnen concluderen dan dat er geen medisch objectieve aanwijzingen zijn voor de klachten waarvoor klager gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard.

Verzekeraar heeft de schadeclaim van klager kunnen afwijzen nu er geen medisch en/of radiologisch bewijs van afwijking is overgelegd waaruit blijkt dat de aandoening de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid is en bovendien de gestelde diagnose ‘aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken’ niet onder de dekking van de verzekering valt.

Op verzoek van de tussenpersoon van klager heeft verzekeraar het dossier nogmaals bekeken en aanvullende informatie opgevraagd van de eerste behandelend neuroloog. Deze heeft medegedeeld dat klager toename van hoofdpijnklachten ervaart bij solliciteren, dat geen sprake is van nekstijfheid, dysfasie of dysartrie, dat sprake is van een normale beweeglijkheid van de nek en dat de nekmusculatuur bij de aanhechting aan het achterhoofd rechts drukpijnlijk is. De (eerste) neuroloog heeft geconcludeerd dat er bij neurologisch onderzoek geen afwijkingen worden gevonden dan een drukpijnlijke musculatuur rechts occipitaal. Op basis van deze aanvullende informatie heeft verzekeraar zijn reeds ingenomen standpunt bij brief van 5 november 2003 gehandhaafd.

Verzekeraar beoordeelt de schadeclaim op basis van de medische arbeidsongeschiktheid, die door de behandelaars van klager is onderzocht. Dit is neergelegd in de algemene verzekeringsvoorwaarden in de zinsnede ‘door op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen’. In casu zijn de gevolgen van de whiplash, nek- en hoofdpijnklachten, niet medisch objectiveerbaar. Klager stelt dat er legio objectiveerbare klachten zijn en dat het whiplashtrauma als oorzaak van die klachten zeker aannemelijk te maken is. In dit verband verwijst klager naar een rapport van de tweede neuroloog van 21 januari 2005. Dit rapport heeft verzekeraar helaas niet mogen aantreffen.

Het feit dat de algemene verzekeringsvoorwaarden in geval van aandoeningen aan de wervelkolom radiologisch bewijs van afwijking eisen, maakt duidelijk dat whiplashklachten niet voor vergoeding in aanmerking komen. De opmerking van klager dat verzekeraar niet duidelijk is geweest in de formulering van de uitsluiting kan verzekeraar dan ook niet volgen. Klager stelt voorts dat verzekeraar de termen klachten en aandoening door elkaar gebruikt. Nu klager dit niet onderbouwt, snijdt deze opmerking geen hout.

Het commentaar van klager

Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog het volgende aangevoerd. Verzekeraar spreekt over informatie van de eerste neuroloog. Deze informatie had klager voorheen niet in zijn bezit. In deze informatie staan meerdere onjuistheden, bijvoorbeeld dat klager van rechtsachter is aangereden, dat geen sprake is van nekstijfheid en dat klager alleen bij het drukken op de spier pijn ervaart. Onjuist is voorts de opmerking dat er geen lichamelijk onderzoek werd verricht omdat de psychische klachten op de voorgrond stonden.

Klager heeft nog overgelegd een (concept-)rapport van de behandelend ostheopaat en het door de tweede neuroloog opgestelde rapport van 21 januari 2005 waarin de lichamelijke klachten van klager worden beschreven.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken. Verzekeraar heeft ter zitting overgelegd een polisblad van 19 maart 2002 en de daarin van toepassing verklaarde verzekeringsvoorwaarden en medegedeeld dat deze voorwaarden en niet de bij verweerschrift overgelegde verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Op grond van artikel 1 van de overgelegde 'bijzondere bepalingen inzake module 1: arbeidsongeschiktheid' is arbeidsongeschiktheid aanwezig 'indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, mits verzekerde op de dag van de vaststelling van arbeidsongeschiktheid voor ten minste 18 uren per week betaald en actief aan het arbeidsproces deelnam'. Artikel 5 is inhoudelijk niet gewijzigd, zij het dat de onder Inleiding geciteerde bepalingen sub 2 resp. 4 thans sub d resp. f zijn genoemd.

Ter zitting is mede besproken het hiervoor onder Het commentaar van klager genoemde rapport van de tweede neuroloog van 21 januari 2005, dat verzekeraar tevoren was toegezonden.

Verzekeraar heeft voorts nog aangevoerd dat ingevolge de Richtlijnen voor de bepaling van functieverlies bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie slechts van een postwhiplash-syndroom kan worden gesproken indien sprake is van een consistent abnormaal bewegingspatroon van de nek. Daarvan is bij klager volgens verzekeraar geen sprake.

Het oordeel van de Raad

1. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat hij op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet tot uitkering aan klager behoefde over te gaan.
In zijn verweerschrift heeft verzekeraar zich beroepen op de onder Inleiding geciteerde verzekeringsvoorwaarden. Tijdens het overleg met de Raad heeft verzekeraar evenwel een beroep gedaan op de onder Het overleg met verzekeraar genoemde bepalingen. Niet vast is komen te staan of de verzekeringsvoorwaarden op 19 maart 2002 geldig zijn gewijzigd, zodat niet vaststaat welke verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn.
2. In de rapportages van zowel de eerste als de tweede neuroloog wordt geconcludeerd dat bij klager sprake was van een postwhiplash-syndroom. Aannemelijk is dat beide neurologen tot deze diagnose zijn gekomen met toepassing van de ten tijde van hun diagnose geldende richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en dat zij beiden dus hebben geoordeeld dat klager voldeed aan de in deze richtlijnen gestelde voorwaarden. In de richtlijnen (zoals die luiden sinds december 2001) is met betrekking tot het postwhiplash-syndroom onder meer vermeld: "Er moet concordantie bestaan tussen de door de betrokkene aangegeven pijnbeleving en het pijngedrag. Deze moet blijken uit een consistent abnormaal bewegingspatroon van de nek en uit verkregen informatie".
Uit de voorhanden medische gegevens (met name het uitgebreide rapport van de tweede neuroloog) dient te worden afgeleid dat deze concordantie aanwezig is, al staan daarbij de pijn en de cognitieve stoornissen op de voorgrond en wordt het bewegingspatroon slechts licht afwijkend bevonden.
3. De Raad is van mening dat, gezien de door voornoemde neurologen opgestelde rapportages (van 7 november 2002 resp. 21 januari 2005) en gezien het feit dat daaraan toegevoegde, andersluidende medische rapportage (bijvoorbeeld een door verzekeraar naar aanleiding van de rapporten gevraagde verduidelijking, danwel een expertiserapport) niet voorhanden is, dient te worden aangenomen dat de

arbeidsongeschiktheid van klager op medische gronden is vastgesteld en er voorts sprake is van een chronisch pijnsyndroom dat toetsbaar is aan door specialisten erkende maatstaven. Ongeacht welke verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is derhalve niet verdedigbaar het standpunt van verzekeraar dat bij klager geen sprake is van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
4. Voorts is niet verdedigbaar het door verzekeraar ingenomen standpunt dat geen recht op uitkering bestaat omdat de arbeidsongeschiktheid van klager het gevolg is van een aandoening aan de wervelkolom en klager geen radiologisch en/of medisch bewijs van afwijking heeft overgelegd. Bij het postwhiplash-syndroom is immers sprake van een aangetoond of aannemelijk letsel van de de cervicale wervelkolom omringende weke delen, en niet van een structureel letsel van de wervelkolom zelf.
5. Tot slot is niet verdedigbaar het door verzekeraar ingenomen standpunt dat klager geen recht op uitkering heeft nu de bij hem gestelde diagnose 'aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken' niet onder de dekking van de verzekering valt. Uit de voorhanden medische rapportages volgt dat bij klager sprake is van het postwhiplash-syndroom en arbeidsongeschiktheid als gevolg daarvan is niet uitgesloten van dekking uit hoofde van de verzekering.
6. Door voornoemde standpunten in te nemen en daarbij de voorhanden medische rapportages terzijde te schuiven zonder een nader onderzoek te doen verrichten, heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad. De klacht zal daarom gegrond worden verklaard. De Raad verbindt daaraan de consequentie dat verzekeraar alsnog de krachtens de verzekering verschuldigde uitkering behoort vast te stellen.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht gegrond.

Aldus is beslist op 12 juni 2006 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)