Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-1131

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, J. Zeeman, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	27 december 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., h.o.d.n. Movir, gevestigd te Den Haag, verder te noemen verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de verzekeringsovereenkomst

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument vordert een verklaring voor recht dat hij vanaf de startdatum van zijn arbeidsongeschiktheid (6 april 2021) recht heeft op een uitkering van 100% van het verzekerde bedrag op basis van de functionele mogelijkheden-lijst (FML). Op basis van de door een verzekeringsarts opgestelde FML, de rapportage van een arbeidsdeskundige en de mededeling namens de consument op 3 juli 2023 dat hij bijna volledig niet meer werkzaam was, is vastgesteld dat de consument per die datum 100% arbeidsongeschikt is. De consument legt de voorwaarden zo uit dat voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet relevant is of daadwerkelijk sprake was van uitval. Het betreft bovendien een sommenverzekering. De commissie oordeelt dat uit de voorwaarden volgt dat de mate van uitval wel van belang is. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de namens de consument ingediende brief van 20 april 2024; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) de namens de consument aangepaste vordering.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 12 september 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met [naam 1], partner en zijn vertegenwoordiger [naam 2], rechtshulpverlener bij Stichting Univé Rechtshulp. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door mr. [naam 3], jurist.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft sinds 2015 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar (hierna: de verzekering). Het verzekerde beroep is osteopaat. Er geldt een eigenrisicotermijn van 30 dagen. Het verzekerde dagbedrag in 2021 was € 159,72. De toepasselijke voorwaarden zijn Reaal UNIM Plus AOV 0510 (hierna: de voorwaarden).

2.2 Op 5 oktober 2021 heeft de consument zich met een meldingsformulier arbeidsongeschikt gemeld per 6 april 2021. In het meldingsformulier gaf de consument aan nog 29 van de 44 uur te werken.

2.3 Op 5 november 2021 heeft een intakegesprek plaatsgevonden met een re-integratieadviseur van de verzekeraar. In dat gesprek heeft de consument aangegeven dat sprake was van uitval van 34% (15 van de 44 uur) vanaf 6 april 2021. Bij brief van 11 november 2021 heeft de verzekeraar de afspraken die in het gesprek zijn gemaakt en het door de consument genoemde arbeidsongeschiktheidspercentage bevestigd. Doordat de consument zijn arbeidsongeschiktheid te laat heeft gemeld moet hij aan een aantal voorwaarden voldoen om recht te hebben op dekking. Twee van die voorwaarden zijn dat hij arbeidsongeschikt was volgens de voorwaarden en dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid over de periode vóór 5 oktober 2021 goed kan vaststellen.

2.4 Op 27 december 2021 heeft de consument op initiatief van de verzekeraar telefonisch met een arbeidsdeskundige gesproken. Naar aanleiding van het gesprek is een rapport opgemaakt met dezelfde datum. Hierin staat dat de consument gemiddeld 45 uur per week behandelingen deed en dat hij al langer klachten had maar trachtte zich te handhaven en dat hij bang was dat het om chronische klachten zou kunnen gaan. Vanaf 6 april 2021 ervaarde hij substantieel verzuim. In augustus 2021 heeft hij zelfs een aantal weken niet gewerkt. Wat het verzuim gemiddeld per week is geweest, is niet duidelijk vast te stellen. De partner van de consument – die de administratie van zijn werk verzorgt – zou dit onderzoeken en de arbeidsdeskundige hier later over informeren. In het rapport staat dat vanuit de arbeidsongeschiktheidsmelding en het intakegesprek het verzuim van de consument op 34% werd geschat, maar dat de consument zelf dacht dat dit feitelijk wel eens meer zou kunnen zijn, namelijk rond de 50%. Op basis van de door de consument gegeven informatie heeft de arbeidsdeskundige geadviseerd om een mate van uitval van 34% passend bij de klasse 25-35% aan te houden. Dit percentage kon mogelijk nog worden aangepast nadat hij de aanvullende informatie had ontvangen. Bij brief van 4 januari 2022 heeft de verzekeraar het rapport van de arbeidsdeskundige aan de consument toegestuurd. In die brief staat dat de medisch adviseur op informatie wachtte. Zodra deze was ontvangen zou de verzekeraar de consument informeren over het recht op uitkering.

2.5 Met een e-mailbericht van 1 maart 2022 heeft de consument bij de verzekeraar aangegeven dat hij na vijf maanden wilde weten waar hij aan toe was en dat de arbeidsongeschiktheid van ruim 37% behoorlijke impact had, zowel op het inkomen als op zijn lichaam. Hierop heeft de verzekeraar de uitkering opgestart per 5 oktober 2021, de datum van melding, op basis van 40% (klasse 35-45%).

2.6 Op 10 november 2022 heeft een verzekeringsgeneeskundige expertise plaatsgevonden. Naar aanleiding hiervan is een verzekeringsgeneeskundige rapportage opgesteld. In deze rapportage van 6 december 2022 staat onder meer dat er geen wezenlijk verschillende belastbaarheid te bepalen is per 6 april 2021 en per 10 november 2022 (de dag van het onderzoek). De consument had per 6 april 2021 al gewrichtsklachten, die volgens de informatie van de reumatoloog zijn te kaderen in een polyartrosebeeld. Dit geeft en gaf beperkingen ten aanzien van de fysieke belasting. De opgestelde functionele mogelijkhedenlijst (hierna: FML) is daarom voor beide data geldig.

2.7 Het vervolgrapport van de arbeidsdeskundige van 11 januari 2023 beschrijft onder andere dat de consument zich min of meer gedwongen voelde om de praktijk nog overeind te houden door het uitblijven van een uitslag vanuit de verzekeraar. In de maanden november en december 2022 heeft hij slechts vijf dagen gewerkt en geen volle dagen. Vanaf de week van 10 januari 2023 wilde hij weer proberen meer te werken. In het rapport staat ook dat de consument en zijn partner verdrietig waren over de huidige situatie en in het gesprek meermaals emotioneel zijn geworden. Zij hadden gehoopt dat met de inzet van de verzekeringsarts, van wie zij de conceptrapportage hadden ontvangen, de procedure afgerond zou kunnen worden en het arbeidsongeschiktheidspercentage vanaf april 2021 kon worden vastgesteld. Zij vonden het frustrerend dat er gewacht moest worden. De arbeidsdeskundige heeft in het rapport geadviseerd om vanaf 1 november 2022 uit te gaan van >80% uitval, passend bij de klasse 80-100% en per 9 januari 2023 uit te gaan van ongeveer 64% uitval, passend bij de klasse 55-65%. Bij brief van 23 januari 2023 heeft de verzekeraar aangegeven dat de consument vanaf 1 november 2022 100% uitkering krijgt en vanaf 9 januari 2023 60%.

2.8 Bij brief van 26 januari 2023 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat zijn medisch adviseur het nodig vond dat er een specialistisch onderzoek zou plaatsvinden door een reumatoloog.

2.9 Naar aanleiding van de expertise door de reumatoloog is er op 30 mei 2023 een aanvullend rapport door de verzekeringsgeneeskundige opgesteld. De conclusie in dit rapport luidt dat de informatie van de reumatoloog geen aanleiding geeft om de eerdere FML aan te passen.

2.10 Op 24 juli 2023 is de consument opnieuw bezocht door een arbeidsdeskundige om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. In het rapport van 27 juli 2023 staat dat de partner van de consument in een telefoongesprek op 3 juli 2023 heeft aangegeven dat de consument op dat moment niet meer dan 5 uur per week werkte en daarom uitval claimde in de klasse 80-100%.

In het rapport staat onder meer dat de consument niet in staat wordt geacht om structureel en op constante basis behandelingen uit te voeren en dat zijn belastbaarheid dusdanig wordt overschreden op alle voornoemde aspecten en situaties dat van meer dan 20% arbeidsinzet geen sprake kan zijn. De consument is daarom voor meer dan 80% arbeidsongeschiktheid te beschouwen voor zijn verzekerde beroep en dat deze beoordeling in lijn is met de beschouwing van de verzekeringsarts die verzekerde in staat acht tot fysiek lichte arbeid waarbij de handen niet zwaar te belasten zijn.

2.11 Bij brief van 4 augustus 2023 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij op basis van het arbeidsdeskundige rapport van 27 juli 2023 vanaf 3 juli 2023 een uitkering van 100% van het verzekerde bedrag krijgt.

2.12 Op 7 augustus 2023 heeft de verzekeraar een aanvullende brief gestuurd. Daarin staat dat is geadviseerd om 6 april 2021 als eerste dag van arbeidsongeschiktheid aan te nemen. Omdat na het eerste gesprek met de arbeidsdeskundige was overeengekomen dat sprake was van 40% uitval heeft de verzekeraar besloten vanaf 6 april 2021 uitkering te verlenen van 40% van het verzekerde bedrag. De consument zou daarom van 6 april tot 5 november 2021 een aanvullende uitkering ontvangen. Daarbij zou de verzekeraar rekening houden met een eigen risico termijn van 30 dagen.

2.13 Bij brief van 22 augustus 2023 heeft de vertegenwoordiger namens de consument bezwaar ingediend tegen het besluit van de verzekeraar. Het bezwaar komt er in het kort op neer dat de verzekeraar op basis van de FML die al vanaf 6 april 2021 geldt, dient uit te keren op basis van 100% arbeidsongeschiktheid.

2.14 Bij brief van 22 september 2023 heeft de verzekeraar op het bezwaar gereageerd. De verzekeraar had geen melding van volledige uitval ontvangen. Volgens hem bleek uit de gesprekken die met de consument zijn gevoerd dat hij ondanks de door hem ervaren belemmeringen nog werkzaamheden uitvoerde. De verzekeraar mocht hier bij het bepalen van de hoogte van de uitkering rekening mee houden. Om de consument tegemoet te komen heeft de verzekeraar aangeboden de feitelijke arbeidsinzet van de consument te onderzoeken op basis van de jaarcijfers van 2020, 2021 en 2022 en het uitkeringspercentage, indien nodig, hierop aan te passen.

2.15 De consument heeft de jaarcijfers niet willen overleggen, omdat deze niet relevant zouden zijn voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Op basis van de verzekerings-voorwaarden zou namelijk sprake zijn van een theoretische beoordeling van het arbeids-ongeschiktheidspercentage. De verzekeraar heeft hierop aangegeven dat op basis van de jaarcijfers kan worden beoordeeld of er sprake is van meer uitvaluren. Partijen zijn verdeeld gebleven over de juistheid van de hoogte van de uitkering en de vraag of de consument jaarcijfers moet overleggen en dat heeft ertoe geleid dat hij een klacht bij Kifid heeft ingediend.

De klacht en vordering

2.16 De consument vindt dat de verzekeraar tekortschiet in de nakoming van de verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Hij vordert een verklaring voor recht dat hij vanaf 6 april 2021 recht heeft op een uitkering van 100% van het verzekerde bedrag minus de eigenrisicotermijn. De consument vordert ook wettelijke rente. Ter onderbouwing van zijn vorderingen voert hij het volgende aan.

2.17 Volgens de door de verzekeraar ingeschakelde artsen en deskundigen was de belastbaarheid van de consument per 6 april 2021 zodanig dat hij meer dan 80% arbeidsongeschikt was. Op geen enkele wijze blijkt uit de voorwaarden dat de arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op basis van de uitval en de voorwaarden kunnen ook niet in redelijkheid op deze wijze worden uitgelegd. De uitleg die de verzekeraar geeft aan het begrip 'beperken' in artikel 4.2 van de voorwaarden en aan de term 'uitval', ziet niet op zijn situatie. Artikel 4.2 van de voorwaarden ziet op de uitleg van arbeidsongeschiktheid als sprake is van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte, ongeval of orgaandonatie, en op de drempel van 25%. En dus niet op arbeidsongeschiktheid wegens bijvoorbeeld ouderdom, gevangenschap of een atoomkernreactie. Artikel 4.6 van de voorwaarden gaat over de wijze waarop wordt vastgesteld of sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis, namelijk aan de hand van gegevens van artsen en/of andere deskundigen. Artikel 5.1 van de voorwaarden bepaalt de uitkering die bij een vastgesteld arbeidsongeschiktheidspercentage hoort. Inkomensgegevens spelen geen rol en kunnen geen rol spelen. De verzekering is bovendien een sommenverzekering. De jaarcijfers of dat sprake is van (inkomens)schade is daarom niet van belang. Er is geen sprake van toename van klachten. De arbeids-ongeschiktheid is vanaf 6 april 2021 ongewijzigd. In geval van twijfel over de uitleg van een polisbeding prevaleert de meest gunstige uitleg voor de consument.

2.18 De informatieverstrekking en het verwachtingsmanagement van de verzekeraar is niet op orde. De consument heeft steeds begrepen dat het een voorlopige uitkering was. Zolang de onduidelijkheid voortduurde, was hij als kostwinner genoodzaakt zoveel mogelijk door te werken, of dat nu ging of niet. Vanaf de ziektemelding was de verzekeraar bekend met de polyartrose van de consument. Telefonische contactpogingen hebben niet tot enige actie geleid en daarom heeft de consument de verzekeraar op 1 maart 2022 gemaild. Pas daarna heeft de verzekeraar voor het eerst uitkeringen gedaan.

2.19 Er is sprake van een oneerlijk beding als de verzekeraar pas vanaf 3 juli 2023 hoeft uit te keren op basis van 100% arbeidsongeschiktheid. Een verzekeraar wordt in dat geval namelijk gestimuleerd om het recht op uitkering uiterst traag te beoordelen. Dit doet afbreuk aan het doel van de verzekering en conflicteert met de uitleg die aan artikel 5.6 van de voorwaarden over *Eigenrisicotermijn,* moet worden gegeven.

Het verweer

2.20 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De vraag ligt voor of de consument recht heeft op 100% uitkering onder de verzekering vanaf 6 april 2021. De commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en licht haar oordeel hierna toe.

3.2 De discussie tussen partijen gaat over de uitleg van de voorwaarden. De commissie zal daarom eerst het juridische kader schetsen en daarna de relevante artikelen citeren. Daarna zal zij deze voorwaarden beoordelen.

Juridisch kader

3.3 Het gaat in deze zaak over de vraag hoe de bepalingen in een schriftelijk contract, in dit geval de verzekeringsvoorwaarden, uitgelegd moeten worden. Daarvoor zijn in de uitspraken van de hoogste rechter, de Hoge Raad, richtlijnen te vinden.[1] Deze richtlijnen houden kort samengevat in dat voor een uitleg van de voorwaarden moet worden gekeken naar alle omstandigheden die een rol hebben gespeeld toen de partijen het contract sloten. Of, juridisch gesproken: van beslissende betekenis zijn alle omstandigheden van het concrete geval, gewaardeerd naar wat de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen.

3.4 In dit geval gaat het om de uitleg van de voorwaarden in een consumentenverzekerings-overeenkomst. Kenmerkend voor zo'n overeenkomst is dat de partijen meestal niet onderhandelen over de afspraken; die zijn simpelweg bepaald door de verzekeraar. Bij verschil van mening over de uitleg van dergelijke eenzijdig opgelegde bepalingen, geldt daarom de volgende regel. Er moet dan worden gekeken naar objectieve factoren zoals de letterlijke bewoordingen van de tekst, gelezen in het licht van de verzekeringsvoorwaarden als geheel.[2]

3.5 Verder is van belang dat verzekeraars bepalingen in consumentenovereenkomsten duidelijk en begrijpelijk moeten opstellen. Bij twijfel over de betekenis van een bepaling gaat daarom de voor de consument meest gunstige uitleg voor.

---

[1] Zie rechtsoverweging 3.6 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 25 november 2016 (ECLI:NL:HR:2016:2687), te vinden op www.rechtspraak.nl.

[2] HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601 en HR 16 mei 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC2793, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Dit is de zogenoemde contra proferentem-regel, die is opgenomen in artikel 6:238 lid 2, tweede zin, Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

Wat staat in de relevante voorwaarden?

3.6 Artikel 4.2 van de voorwaarden beantwoordt de vraag: "*Wanneer bent u arbeidsongeschikt?*". De bepaling luidt als volgt:

> *"Als wij in deze voorwaarden over arbeidsongeschiktheid spreken, bedoelen we daarmee dat:*
> - *Er sprake moet zijn van ziekte of ongeval. En*
> - *Er als direct gevolg daarvan stoornissen bestaan:*
> - *Die een arts op basis van medisch onderzoek heeft vastgesteld.*
> - *Die algemeen erkend zijn door de medische wetenschap. En*
> - *Die u voor minimaal 25% beperken om uw beroepswerkzaamheden uit te voeren.*
>
> *(...)"*

3.7 Vervolgens wordt in artikel 4.6 van de voorwaarden de vraag: "*Hoe bepalen wij de mate van arbeidsongeschiktheid*" als volgt beantwoord:

> *" Wij bepalen de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarover u een uitkering ontvangt. Dat doen wij aan de hand van gegevens van artsen en/of andere deskundigen die wij daarvoor benoemen. Als wij de mate en de periode van arbeidsongeschiktheid hebben bepaald, informeren wij u schriftelijk hierover.*
> *Voor het beoordelen van de mate van arbeidsongeschiktheid gaan wij uit van een maximale werkweek van zestig uur. Werkte u voor u arbeidsongeschikt werd meer dan zestig uur per week? Dan houden wij daar geen rekening mee als wij de mate van uw arbeidsongeschiktheid beoordelen."*

Hoe beoordeelt de commissie de voorwaarden?

3.8 Uit de hiervoor geciteerde bepalingen volgt dat uitsluitend sprake is van arbeidsongeschiktheid als sprake is van ziekte of ongeval met als direct gevolg stoornissen die kort gezegd medisch objectiveerbaar zijn *én* waardoor de verzekerde voor minimaal 25% beperkt is om zijn beroepswerkzaamheden uit te voeren (artikel 4.2). Vervolgens beschrijven de voorwaarden dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid bepaalt aan de hand van gegevens van artsen en/of andere deskundigen en dat daarbij rekening wordt gehouden met een maximale werkweek van zestig uur (artikel 4.6). De commissie maakt uit deze twee artikelen in onderling verband en samenhang op dat of een verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van de voorwaarden en in welke mate, mede wordt bepaald door hoe de medisch objectiveerbare stoornissen met als gevolg beperkingen leiden tot uitval en dus effect hebben op het aantal werkuren dat de verzekerde vóór ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheid werkte (namelijk maximaal zestig uur per week) en daarná. Dit betekent dat voor het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid de daadwerkelijke uitval een relevante omstandigheid is.

3.9 Het voorgaande brengt mee dat ook als zou kunnen worden vastgesteld dat, zoals de consument stelt, hij medisch gezien ten onrechte heeft gewerkt, dat niet betekent dat voor de beoordeling van de mate van zijn arbeidsongeschiktheid geen rekening meer hoeft te worden gehouden met de mate waarin hij feitelijk heeft doorgewerkt. Dat de consument heeft doorgewerkt staat tussen partijen niet ter discussie en daarmee staat dit vast. Dit geldt ook voor de omstandigheid dat sprake is van een sommenverzekering. Bij een sommen-verzekering is, in tegenstelling tot een schadeververzekering, niet relevant of met de uitkering schade wordt vergoed. Dat het hier om een sommenverzekering gaat betekent echter niet dat daarom de mate van uitval niet relevant is voor de beoordeling van het recht op uitkering. Dat de mate van uitval meespeelt bij die beoordeling volgt uit de voorwaarden. Het staat de verzekeraar vrij om de grenzen aan te geven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.[3] Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de mate van uitval relevant is om het arbeidsongeschiktheidspercentage vast te stellen. Op grond van artikel 5.1 van de voorwaarden wordt op basis van het percentage arbeidsongeschiktheid de hoogte van de uitkering bepaald. Of hiermee daadwerkelijk schade wordt vergoed en in welke mate, staat hier los van. De lezing die de vertegenwoordiger van de consument aan de voorwaarden geeft, volgt niet uit de voorwaarden en is daarom ook geen redelijke lezing.

De behandeling van de claim

3.10 De commissie is van oordeel dat de wijze waarop de verzekeraar de claim heeft behandeld er niet toe kan leiden dat de consument recht heeft op een aanvullende uitkering onder de verzekering. Dat de verzekeraar niet direct met terugwerkende kracht is gaan uitkeren, is niet onredelijk. Bovendien heeft hij hiermee gehandeld volgens de voorwaarden. Op grond van artikel 4.6 van de voorwaarden dient de mate van arbeidsongeschiktheid te worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens gebaseerd op onderzoek door artsen en/of deskundigen.
Op 27 december 2021 adviseerde de arbeidsdeskundige de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen op 34%, op basis van de opgave van de consument over het aantal uren dat hij nog werkte. Met de arbeidsdeskundige is afgesproken dat de partner van de consument later nog zou laten weten hoeveel de consument gemiddeld per week werkte en dat de arbeidsdeskundige daarna zou beoordelen of het percentage moest worden bijgesteld. De verzekeraar is uitgegaan van 37% na een bericht op 1 maart 2022 waarin de consument zelf dat percentage noemde. De verzekeraar heeft uitgekeerd met terugwerkende kracht vanaf 5 oktober 2021, de datum van melding, op basis van 40% (klasse 35-45%).[4] Pas op 3 juli 2023 is door de partner van de consument kenbaar gemaakt dat de consument niet in staat was om meer dan 5 uur per week (<20%) te werken. Daarmee was dus voor het eerst bezwaar gemaakt tegen de hoogte van de uitkering. De verzekeraar heeft daarop opnieuw een arbeidsdeskundige ingeschakeld en diens rapport was aanleiding om de uitkering vanaf 3 juli 2023 te verhogen tot 100%.

[3] Zie HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[4] Zie voor dit alles 2.4 en 2.5.

Bij handhaving van het bezwaar tegen de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid biedt artikel 4.8 van de voorwaarden (zie bijlage) de mogelijkheid van een second opinion.

3.11 Zoals de verzekeraar ter zitting heeft aangegeven dient de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument in de periode 6 april 2021 tot 3 juli 2023 waarin hij geen uitkering heeft gekregen op basis van 100% van het verzekerde bedrag, nader te worden bepaald door aanvullend arbeidsdeskundig onderzoek naar de uitval van de consument in die periode. Dit onderzoek naar de uitval dient mede te gebeuren door het aantal uren dat de consument voor ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheid daadwerkelijk heeft gewerkt te vergelijken met het aantal uren dat hij in de die periode heeft gewerkt, waarin wordt meegenomen hoe effectief de consument was in de uren die hij heeft gewerkt. Overigens is nog niet duidelijk hoeveel uur de consument voor aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid werkte. Bij de melding van zijn arbeidsongeschiktheid heeft hij aangegeven dat hij een werkweek van 44 uur had, terwijl in verschillende arbeidsdeskundigenrapporten staat dat hij 45 uur werkte, zonder dat hiervoor een verklaring is gegeven. Het voorstel tot verdere behandeling van de claim heeft de verzekeraar overigens ook gedaan in zijn e-mailbericht van 9 april 2024 en zijn brief van 23 mei 2024. Daarbij is de consument ook steeds in de gelegenheid gesteld om de mate van arbeidsongeschiktheid te bewijzen als hij het niet eens is met de vaststelling door de verzekeraar.

Ambtshalve toetsing

3.12 Voor de beoordeling van de klacht zijn de bedingen in artikel 4.2 en 4.6 van de voorwaarden van belang. Deze bedingen zijn door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht de bedingen niet in strijd met deze regelgeving.

Slotsom

3.13 Het voorgaande brengt mee dat de klacht van de consument ongegrond is. Hij heeft daarom ook geen recht op toekenning van wettelijke rente.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsovereenkomst

Reaal UNIM Plus AOV 0510

4 Uw arbeidsongeschiktheidsverzekering

4.1 Waarvoor bent u verzekerd

Wij betalen een uitkering als u arbeidsongeschikt wordt. Er moet wel aan de voorwaarden van deze verzekering zijn voldaan. Wat wij onder arbeidsongeschiktheid verstaan, leest u hierna.

4.2 Wanneer bent u arbeidsongeschikt?

Als wij in deze voorwaarden over arbeidsongeschiktheid spreken, bedoel wij daarmee dat:

- Er sprake moet zijn van ziekte of ongeval. En
- Er als direct gevolg daarvan stoornissen bestaan:
  - Die een arts op basis van medisch onderzoek heeft vastgesteld.
  - Die algemeen erkend zijn door de medische wetenschap. En
- Die u voor minimaal 25% beperken uw beroepswerkzaamheden uit te voeren.

Bent u voor minimaal 24% beperkt om uw beroepswerkzaamheden uit te voeren als gevolg van orgaandonatie. Dan zien wij dit ook als arbeidsongeschiktheid in de betekenis van deze verzekering.

(...)

4.6 Hoe bepalen wij de mate van arbeidsongeschiktheid?

Wij bepalen de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarover u een uitkering ontvangt. Dat doen wij aan de hand van gegevens van artsen en/of deskundigen die wij daarvoor benoemen. Als wij de mate en de periode van arbeidsongeschiktheid hebben bepaald, informeren wij u schriftelijk hierover.
Voor het beoordelen van de mate van arbeidsongeschiktheid gaan wij uit van een maximale werkweek van zestig uur. Werkte u voor uw arbeidsongeschikt werd meer dan zestig uur per week? Dan houden wij daar geen rekening mee als wij de mate van uw arbeidsongeschiktheid beoordelen.

4.7 Wat kunt u doen als u het niet eens bent met de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid?

Bent u het niet eens met de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid? Dan moet u ons binnen zes maanden na onze beslissing schriftelijk laten weten welke bezwaren u heeft. Na behandeling van uw bezwaar, informeren wij u over ons standpunt.

4.8 Second Opinion

Bent u het na de behandeling van uw bezwaar nog steeds niet met ons eens? Dan zijn er twee mogelijkheden om tot een oplossing te komen.

- Wij kunnen in overleg met u besluiten om een deskundige in te schakelen voor een second opinion. Deze deskundige kiezen wij in overleg met u. De uitslag van de beoordeling is voor u en voor ons bindend. Wij vergoeden de kosten van deze second opinion.
- U kunt zelf een deskundige inschakelen voor een second opinion. De uitslag van de beoordeling is niet bindend. Wij vergoeden de kosten van de second opinion voor zover de inschakeling van de deskundige en de daaraan verbonden kosten redelijk zijn. Reaal zal de uitslag van de second opinion beoordelen. Hierna zullen wij u informeren over ons standpunt.

Bent u het niet eens met ons besluit na de second opinion? Dan kunt u een klacht indienen bij Reaal Klachtenservice.

5 Uitkering

5.1 Hoe berekenen wij uw uitkering?

Met deze verzekering verzekert u een bedrag per dag. Dit noemen wij het verzekerde dagbedrag. Hiermee berekenen wij de hoogte van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid. Bent u gedeeltelijk arbeidsongeschikt? Dan krijgt u een gedeelte van het verzekerde dagbedrag.
Hierover leest u welke uitkering u krijgt bij welk percentage van arbeidsongeschiktheid.

Percentage Arbeidsongeschiktheid	**Uitkering**
0 tot en met 24%	0% van het verzekerde dagbedrag
25 tot en met 34%	30% van het verzekerde dagbedrag
35 tot en met 44%	40% van het verzekerde dagbedrag
45 tot en met 54%	50% van het verzekerde dagbedrag
55 tot en met 64%	60% van het verzekerde dagbedrag
65 tot en met 79%	75% van het verzekerde dagbedrag
80 tot en met 100%	100% van het verzekerde dagbedrag

Voorbeeld

U raakt voor 85% arbeidsongeschikt. U krijgt dus 100% van het verzekerde dagbedrag. Na verloop van tijd gaat het wat beter met u. Stel dat u dan nog 62% arbeidsongeschikt bent. Uw uitkering wordt dan verlaagd naar 60% van het verzekerde dagbedrag. Het gaat steeds beter met u, waardoor u nog maar 15% arbeidsongeschikt bent. U bent dus minder dan 25% arbeidsongeschikt. U heeft dan geen recht meer op een uitkering.