Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0599

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	28 juli 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering gedeeltelijk toegewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Partijen zijn het voor de tweede keer oneens over de wijze waarop een second opinion is uitgevoerd. De commissie is van oordeel dat de second opinion door de verzekeringsgeneeskundige lacunes vertoont ten aanzien van het beoordelingsmoment en dat de verzekeringsgeneeskundige niet ex tunc (vanaf een moment in het verleden) heeft getoetst. De verzekeraar mag de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid daarom niet hierop op baseren. De vordering wordt in zoverre toegewezen dat er een nieuwe second opinion door een onafhankelijke verzekerings-geneeskundige moet worden uitgevoerd. De vordering tot uitkering(en) onder de verzekering dan wel een schadevergoeding vanwege kansschade wijst de commissie af, omdat het dossier hiervoor onvoldoende aanknopingspunten biedt.

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 correspondentie tussen partijen over de uitvoering van een second opinion; 3) de namens de consument ingediende brief van 22 oktober 2024; 4) de aanvulling daarop; 5) het advies van de medisch adviseur van de verzekeraar; 6) de namens de consument ingediende brief van 17 februari 2025; 7) het verweerschrift van de verzekeraar en 8) het ter zitting namens de consument ingediende aanvullende document.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 1 juli 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn echtgenote [naam 1] en zijn vertegenwoordiger [naam 2], jurist bij Stichting Achmea Rechtsbijstand. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door mr. [naam 3], advocaat, [naam 4], klachtbehandelaar Claimbehandeling AOV en [naam 5], medisch adviseur.

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 bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering). Op het polisblad staat als verzekerd beroep *"Automatiserings adviseur"*. De consument is verzekerd voor passende arbeid en de verzekeraar keert uit vanaf 45% arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde inkomen is € 68.000,- en de eigenrisicoperiode is zes maanden. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hebben nummer 43007.

2.2 De consument heeft zich vanaf 11 oktober 2020 bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege mentale en/of cognitieve klachten. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en dekking verleend. Na enige tijd is de consument door [naam bedrijf] begeleid. Omdat de inzet van [naam bedrijf] niet leidde tot een betere belastbaarheid van de consument, heeft er een psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden dat is uitgevoerd door psychiater [naam psychiater 1]. Uit het psychiatrisch onderzoek van 28 oktober 2022 kwam naar voren dat de consument lijdt aan een ongespecificeerde aanpassingsstoornis. Naar aanleiding hiervan is er een medisch advies uitgebracht. In het medisch advies van 8 november 2022 is beoordeeld dat er alleen een beperking voor geluidshinder was. In het hieropvolgende arbeidsdeskundig onderzoek is vastgesteld dat er geen sprake (meer) was van arbeidsongeschiktheid, omdat er bij het verzekerde beroep van de consument geen sprake is van geluidsbelasting. Hierop heeft de verzekeraar de uitkering afgebouwd en per 1 februari 2023 gestopt.

2.3 De consument heeft bezwaar aangetekend tegen het standpunt van de verzekeraar, omdat hij vond dat zijn gehoorklachten (tinnitus) onvoldoende waren meegenomen bij de beoordeling van zijn arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar heeft hierop aangeboden om een second opinion te laten uitvoeren. Het voorstel van de verzekeraar hield in dat het onderzoek zich zal richten op het psychiatrisch onderzoek van 28 oktober 2022 en niet op de situatie daarna. De uitkomst van de second opinion zou beslissend zijn. De consument is hiermee akkoord gegaan met de kanttekening dat zijn tinnitus bij de second opinion serieus zal worden genomen en dat de impact en samenhang met zijn andere klachten zal worden uitgediept.

2.4 Bij brief van 10 februari 2023 heeft de medisch adviseur van de verzekeraar onder andere aan de tweede psychiater gevraagd of zij zich kon verenigen met de conclusies van [naam psychiater 1]. De verzekeraar heeft daarbij de vragen die hij aan [naam psychiater 1] had gesteld geciteerd. Vraag 2 was: *"Welke diagnose(s) stelt u (DSM 5)?"* Vraag 3 was: *"Welke beperkingen komen hieruit voort?"*. Psychiater [naam psychiater 2] heeft de second opinion uitgevoerd. In haar rapport van 26 april 2023 concludeert zij dat de consument een ongespecificeerde aanpassingsstoornis heeft en dat er hieruit voortkomende beperkingen zijn in het persoonlijk en sociaal functioneren. Zij stelt vast dat de consument een lichte beperking heeft ten aanzien van het concentreren van de aandacht en het herinneren. Daarnaast stelt zij vast dat hij licht beperkt is in het uiten van de eigen gevoelens.

2.5 Hierop heeft de verzekeraar een verzekeringsgeneeskundig onderzoek laten plaatsvinden door internist/verzekeringsarts [naam arts 1]. In zijn rapport van 4 juli 2023 staat dat hij de consument in volle omvang belastbaar acht zonder beperkingen op basis van de diagnose ongespecificeerde aanpassingsstoornis. Bij brief van 14 juli 2023 heeft de verzekeraar de consument hierover geïnformeerd en onverplicht een aanvullende uitkering aangeboden van 50% vanaf 1 februari 2023, 40% vanaf 1 maart 2023, 30% vanaf 1 april 2023 en 0% vanaf 1 mei 2023.

2.6 Bij e-mail van 30 augustus 2023 heeft de consument bezwaar aangetekend tegen het standpunt van de verzekeraar. De consument vond dat de verzekeraar zich niet aan de afspraak heeft gehouden door het onderzoek van psychiater [naam psychiater 2] niet bindend op te volgen. Bij brief van 21 september 2023 heeft de verzekeraar hierop gereageerd en aangegeven dat de lichte beperkingen die [naam psychiater 2] heeft vastgesteld, niet zijn beoordeeld door een verzekeringsarts en dat er daardoor geen beperkingen in maat en getal zijn beschreven die een arbeidsdeskundige nodig heeft voor het beoordelen van de mate van arbeidsongeschiktheid. Daarom was het volgens de verzekeraar nodig dat de beperkingen in maat en getal door een verzekeringsarts zouden worden vastgesteld.

2.7 De consument heeft met behulp van een vertegenwoordiger een klacht bij Kifid ingediend. Met tussenkomst van Kifid hebben partijen afgesproken dat een nieuwe second opinion door een verzekeringsgeneeskundige zou worden uitgevoerd. De consument heeft verzocht om bij dit nieuwe onderzoek *ex tunc* (vanaf een moment in het verleden) te toetsen en rekening te houden met de diagnose tinnitus-syndroom die KNO-arts [naam arts 2] heeft vastgesteld. Bij brief van 4 maart 2024 heeft de verzekeraar onder meer laten weten dat *ex tunc* precies is waar hij zich op richt bij de second opinion.

2.8 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek is uitgevoerd door verzekeringsarts [naam arts 3]. Diens rapport van 15 juli 2024 vermeldt als diagnose tinnitus en dat hij zich kan vinden in het oordeel van [naam arts 1] dat er geen objectieve beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek zijn. Wel meent hij dat ter beperking van de subjectief ervaren last, de consument zijn werkzaamheden met enige afwisseling zou moeten kunnen inrichten. Daarbij gelden geen beperkingen in de arbeidsduur. Aan het eind van het rapport gaat [naam arts 3] in op de vragen die de consument naar aanleiding van het conceptrapport heeft gesteld. Hij schrijft dat hij zich heeft gehouden aan de vraagstelling en dat daarin niet te lezen is dat hij de situatie in oktober 2022 (*ex tunc*) in kaart moet brengen. Daarnaast is volgens [naam arts 3] van geen belang dat hij in zijn rapport niet het tinnitus-*syndroom* noemt, omdat hij behalve het oorsuizen ook de overige klachten en belemmeringen die daarmee volgens de consument samenhangen heeft beoordeeld.

2.9 De consument heeft vanwege zijn bezwaren tegen het rapport van [naam arts 3] opnieuw bij Kifid geklaagd.

De klacht en vorderingen

2.10 De consument vindt dat de verzekeraar zich niet heeft gehouden aan de afspraken voor de second opinion. Hij vordert primair nakoming van de verzekering én dat de verzekeraar wordt veroordeeld tot het doen van een uitkering met terugwerkende kracht van de schade door het verlies aan verdienvermogen vanaf het moment van ziekmelden tot hij weer arbeidsgeschikt is in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. Subsidiair vordert hij dat de verzekeraar wordt veroordeeld tot het betalen van een schadevergoeding voor de verloren kans dat een juiste uitvoering van het second opinion onderzoek wél had geleid tot uitkering door de verzekeraar. Meer subsidiair vordert de consument de verzekeraar te veroordelen tot het doen van een second opinion onderzoek waarbij de klachten en het arbeids-vermogen zoals die waren op 28 oktober 2022 worden beoordeeld en waarbij de diagnose tinnitus-syndroom op zorgvuldige wijze wordt betrokken. Ter onderbouwing van zijn vorderingen voert de consument het volgende aan.

2.11 De verzekeraar houdt zich herhaaldelijk niet aan de afspraken. Doordat de verzekeraar geen juiste uitvoering heeft gegeven aan de afspraken bij de eerste second opinion, zou er een tweede second opinion worden uitgevoerd. De afspraken bij de tweede second opinion waren dat er alsnog een toetsing *ex tunc* zou plaatsvinden en dat het reeds vastgestelde ziektebeeld van de consument met de noodzakelijke zorgvuldigheid bij de beoordeling zou worden betrokken. Uit het conceptrapport van [naam arts 3] blijkt echter dat hij niet *ex tunc* heeft getoetst en de diagnose tinnitus in plaats van de diagnose tinnitussyndroom heeft gehanteerd. Op het moment van het onderzoek door [naam arts 3] ging het al een heel stuk beter met de consument. [naam arts 3] heeft niet gevraagd naar de situatie *ex tunc*.

2.12 De consument heeft recht op uitkering onder de verzekering. Voorafgaand aan de eerste second opinion hebben partijen afgesproken dat deze bindend zou zijn voor partijen. Uit deze eerste second opinion in samenhang met de diagnose van de KNO-arts blijkt dat de consument beperkingen had en daarom heeft hij recht op uitkering onder de verzekering.

2.13 Inmiddels is er zoveel tijd verstreken tussen de peildatum en nu, dat het onwaarschijnlijk is dat een arts nog doorslaggevend kan oordelen over de situatie *ex tunc*. Door toedoen van de verzekeraar heeft de consument geen mogelijkheid meer om nog een onderzoek te doen om zijn arbeidsongeschiktheid op 28 oktober 2022 vast te stellen. De consument biedt aan om een medisch specialist naar het dossier te laten kijken om te beoordelen hoe groot de kans is dat hij met het vastgestelde ziektebeeld arbeidsongeschikt zou zijn bevonden per 28 oktober 2022.

Het verweer

2.14 De verzekeraar voert de volgende verweren.

2.15 De verzekeraar heeft de klachten van de consument uitgebreid en zorgvuldig onderzocht en heeft daarvoor de juiste artsen ingeschakeld aan wie de juiste vragen zijn gesteld. Bovendien is genoeg aandacht besteed aan de *ex tunc* situatie. Zijn medisch adviseur bevestigt dit.

Alle door de consument gemelde klachten zijn meegewogen in de expertise-onderzoeken en overwegingen. [naam arts 3] heeft alle klachten van de consument en het rapport van [naam arts 2] meegenomen bij zijn beoordeling. Er is geen verschil tussen de diagnose tinnitus en tinnitus-syndroom. De volgende stap in het onderzoek naar de arbeids-ongeschiktheid van de consument zou een arbeidsdeskundig onderzoek moeten zijn.

2.16 [naam psycholoog 2] stelde alleen lichte beperkingen vast. Gezien de uitkeringsdrempel van 45% en passende arbeid als arbeidsongeschiktheidscriterium moet er sprake zijn van aanzienlijk meer of zwaardere beperkingen voordat de consument in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het is bovendien de verzekeringsarts die bepaalt of er beperkingen zijn. [naam psycholoog 2] is geen verzekeringsarts.

2.17 De verzekeraar is heel coulant geweest door de uitkering tot twee keer toe af te bouwen, twee psychiatrische onderzoeken en twee verzekeringsgeneeskundige onderzoeken te laten uitvoeren.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de verzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekering. De commissie zal allereerst deze vraag beantwoorden en vervolgens de vordering van de consument bespreken in de volgorde zoals onder 2.10 weergegeven.

Is er sprake van een tekortkoming?

3.2 De commissie stelt vast dat er tussen partijen een duidelijke afspraak is gemaakt dat [naam arts 3] een *ex tunc* onderzoek zou verrichten en dat ook het tinnitus-syndroom onderdeel zou zijn van het onderzoek. [naam arts 3] schrijft in zijn rapport van 15 juli 2024 dat hij op basis van de vraagstelling van de verzekeraar het onderzoek niet *ex tunc* heeft uitgevoerd. Dit betekent dat er lacunes zijn in de door [naam arts 3] uitgevoerde second opinion ten aanzien van het beoordelingsmoment en dat hij niet *ex tunc* heeft getoetst. De verzekeraar mag zich daarom niet op diens rapport baseren bij de verdere beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument.

3.3 De stelling van de consument dat er ook een lacune in het rapport van [naam arts 3] is, omdat hij als diagnose tinnitus heeft aangehouden in plaats van tinnitus-syndroom, vindt de commissie niet overtuigend. De klachten die de consument ervaart vanwege het tinnitus-syndroom zijn immers wel meegenomen in het onderzoek van [naam arts 3]. Niet relevant is welke klachten een persoon die aan dit syndroom lijdt in algemene zin kan hebben.

3.4 Het bovenstaande brengt mee dat sprake is van een tekortkoming doordat de verzekeraar voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid vasthoudt aan het rapport van [naam arts 3].

De vordering tot uitkering(en) onder de verzekering

3.5 Bij de beoordeling van de vraag of de consument recht heeft op uitkering(en) onder de verzekering, gelden de voorwaarden als uitgangspunt. Daarin staat immers wat partijen met elkaar hebben afgesproken. Het staat een verzekeraar in beginsel vrij om de grenzen te bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.[1]

3.6 De consument heeft een beroep gedaan op zijn verzekering. Het ligt daarom op zijn weg om te stellen, en bij gemotiveerde betwisting door de verzekeraar te bewijzen, dat sprake is van een verzekerde gebeurtenis.[2]

3.7 In artikel 7 van de verzekeringsvoorwaarden staat het volgende:

> *"**Wanneer bent u voor deze verzekering arbeidsongeschikt?***
> ***Als u uw beroep geheel of gedeeltelijk niet meer kunt doen.***
> - *Er sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis.*
> - *En de oorzaak is ziekte of een ongeval.*
> - *En u bent hiervoor bij een arts geweest.*
> - *De dag nadat u de arts bezocht, is de 1e dag van arbeidsongeschiktheid.*
> - *En u bent 25% of meer arbeidsongeschikt.*
> - *Niet: als wij de oorzaak van uw arbeidsongeschiktheid niet verzekeren (uitsluitingen). U vindt deze oorzaken op uw verzekeringsbewijs."*

3.8 Voor de consument geldt bovendien dat hij verzekerd is voor passende arbeid en dat er sprake moet zijn van 45% arbeidsongeschiktheid of meer om een uitkering te krijgen. Op grond van artikel 12 van de verzekeringsvoorwaarden wordt bij passende arbeid door een deskundige beoordeeld welke beroepen de verzekerde nog geheel of gedeeltelijk kan uitoefenen en die bij de opleiding en ervaring van de verzekerde passen.

3.9 De commissie is van oordeel dat het dossier onvoldoende aanknopingspunten biedt om te kunnen oordelen dat de consument voldoet aan de voorwaarden voor dekking onder de verzekering en dat hij dus recht heeft op uitkering(en). Om dit te kunnen vaststellen dient behalve een specialistisch en verzekeringsgeneeskundig onderzoek ook een arbeids-deskundig onderzoek plaats te vinden. Dit is tot op heden nog niet uitgevoerd. De commissie kan daarom niet vaststellen dat de consument recht heeft op uitkering(en) onder de verzekering.

---

[1] HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, r.o. 3.4.2, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[2] Artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

De vordering tot schadevergoeding vanwege kansschade

3.10 De commissie is van oordeel dat de consument op dit moment onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij recht heeft op een schadevergoeding voor de verloren kans dat een juiste uitvoering van het second opinion onderzoek wél had geleid tot uitkering door de verzekeraar. Het ligt op de weg van de consument om aan te tonen wat de hypothetische situatie was zonder de fout, om voor de vergoeding van kansschade in aanmerking te komen. Hier heeft hij geen begin mee gemaakt en daarom kan de commissie ook deze vordering niet toewijzen.

De vordering tot het doen van een nieuw second opinion onderzoek

3.11 De commissie heeft onder 3.2-3.4 overwogen dat bij de second opinion in strijd met de afspraken niet *ex tunc* is getoetst. Zij is daarom van oordeel dat de second opinion opnieuw moet worden uitgevoerd.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering in zoverre toe dat een nieuwe second opinion moet worden uitgevoerd door een onafhankelijke verzekeringsarts die op basis van de stukken de aard van de beperkingen van de consument vaststelt over de periode 28 oktober 2022 tot nu en zich daarbij baseert op het hele medische dossier. Partijen dienen onderling af te stemmen wie het onderzoek gaat uitvoeren en de verzekeraar moet de kosten voor het onderzoek betalen. De verzekeraar dient binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd een voorstel te doen aan (de vertegenwoordiger van) de consument voor één of meer onafhankelijke verzekeringsartsen die het onderzoek kunnen uitvoeren. Voor het overige wijst de commissie de vordering 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 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl