Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0550

(mr. prof. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. D. van der Linden, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	18 juli 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Ongevallenverzekering. Expertise. Mate van blijvende invaliditeit. De consument heeft een beroep gedaan op de collectieve ongevallenverzekering van zijn werkgever na een ongeval tijdens zijn werk. Op basis van twee medische rapporten wijst de verzekeraar dekking af. De consument stelt dat de verzekeraar op basis van het medisch rapport geen afwijzend dekkingsstandpunt kan innemen omdat het medisch rapport incorrect en onjuist is en de medische experts onjuist hebben gehandeld. De commissie oordeelt dat de verzekeraar in beginsel mag uitgaan van de juistheid van een expertise, tenzij de consument feiten en omstandigheden aanvoert die aantonen dat het rapport ernstige gebreken bevat. Dit kan bijvoorbeeld door een contra-expertise te overleggen waaruit dit blijkt. De consument heeft ondanks herhaalde verzoeken van de verzekeraar geen contra-expertise of andere feiten en omstandigheden aangedragen waaruit blijkt dat aan de medische expertises ernstige gebreken kleven. 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 aanvullende reactie van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

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 een beroep gedaan op de door zijn werkgever gesloten ongevallenverzekering omdat hem op 24 januari 2017 tijdens zijn werk een ongeval is overkomen. De werkgever van de consument heeft de verzekering via de gevolmachtigde WA Hienfeld B.V. (hierna: de gevolmachtigde) gesloten. Op de verzekering zijn de voorwaarden 'MO 140-03 Ongevallenverzekering' (hierna: de voorwaarden) van toepassing. Daarin staat voor zover relevant voor de beoordeling:

> *"5.2 Betreft het geschil een medische aangelegenheid, dan heeft (hebben) verzekerde of de begunstigde(n) het recht - voor eigen rekening - een geneeskundige aan te stellen. De aldus door verzekerde en verzekeraars benoemde geneeskundigen benoemen bij verschil van mening in gezamenlijk overleg een derde geneeskundige. Deze derde geneeskundige zal - na inzicht te hebben verkregen in de benodigde stukken - een uitspraak doen, welke voor alle partijen als bindend zal worden beschouwd. De kosten van deze derde geneeskundige worden gezamenlijk door beide partijen gedragen, tenzij door de derde geneeskundige het standpunt van de door verzekeraars ingeschakelde arts als onjuist wordt beoordeeld, in welk geval de kosten van de derde arts, alsmede die van de door verzekerde ingeschakelde arts volledig voor rekening van verzekeraars komen, tezamen tot maximaal tweemaal de kosten van de door verzekeraars ingeschakelde arts."*

2.2 De gevolmachtigde heeft de claim in behandeling genomen en Medas opdracht gegeven voor opstellen van een medisch rapport. Medas heeft op 21 december 2020 advies uitgebracht:

> *"Gezien de verkregen informatie is er wat mij betreft geen ingang voor het toekennen van ongevalsgerelateerde BI."*

2.3 Bij brief van 30 december 2020 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over het afwijzend dekkingsstandpunt. De consument heeft hiertegen bezwaar gemaakt en partijen hebben in onderling overleg een orthopedisch chirurg gevraagd om een aanvullende expertise. De orthopedisch chirurg heeft zijn bevindingen met de consument gedeeld in het rapport van Medas van 31 maart 2021:

> *"De expert geeft aan dat de actuele klachten en afwijkingen die op orthopedisch terrein worden vastgesteld niet zijn te zien als een rechtstreeks en uitsluitend gevolg van het ongeval. Betrokkene had reeds een uitgebreide voorgeschiedenis."*

2.4 De consument is het oneens met het afwijzend dekkingsstandpunt en heeft zijn klacht voorgelegd aan het Kifid.

De klacht en vordering

2.5 De consument stelt dat hij als gevolg van het ongeval blijvend invalide is en dat hij recht heeft op uitkering onder de verzekering. De consument vordert dat er een medische expertise door dr. [naam] wordt verricht en dat de verzekeraar hiervoor de kosten draagt. Of dat de verzekeraar een bedrag van € 25.000,00 met wettelijke rente over dit bedrag vanaf 1 januari 2019 aan de consument betaalt. Ter onderbouwing van zijn vordering voert de consument de volgende argumenten aan.

2.6 De consument stelt dat het eerdere medisch rapport niet kan dienen als onderbouwing van het dekkingsstandpunt van de verzekeraar. Dit omdat de conclusies uit medisch rapport van Medas onjuist en incorrect is. Het rapport is suggestief met betrekking tot het ongeval door te schrijven over 'een enigszins onduidelijk incident'. Het is niet duidelijk hoe Medas hierbij komt. Het ongeval vond plaats op het werk, er was een collega bij en in de medische verslagen staat dat het gaat om een ongeval en ongeval letsel.

2.7 De conclusies van de vervolgens ingeroepen medisch expert kloppen volgens de consument ook niet. Er is geen sprake van blijvende invaliditeit van 100% vóór het ongeval. Bovendien is slechts een deel van het conceptrapport met de consument gedeeld en daarop heeft de consument akkoord gegeven. Had hij geweten dat dit slechts een deel van het rapport was dan had hij van zijn blokkeringsrecht gebruik gemaakt. De door de medisch expert getrokken conclusies worden niet ondersteund door de medische stukken en hadden dus nooit mogen worden getrokken. Nu de medisch expert een hulppersoon van de verzekeraar is, kan dit ook aan de verzekeraar worden verweten. De consument wijst daarbij op een uitspraak van de Hoge Raad.[1]

Het verweer

2.8 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

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de verzekeraar op basis van de expertises de dekking mocht afwijzen.

3.2 In de voorwaarden is in artikel 2.2.1 van de voorwaarden bepaald dat sprake is van blijvende invaliditeit als de verzekerde geheel of gedeeltelijk blijvend invalide is geworden als gevolg van een ongeval.

[1] Hoge Raad van 18 juni 2010, LJN: BL9596 en BL9690.

In artikel 2.2.5 van de voorwaarden is verder bepaald dat als al sprake is van blijvende invaliditeit bij de berekening van de uitkering wordt gekeken naar het percentage blijvende invaliditeit vóór en blijvende invaliditeit ná het ongeval. De verzekeraar heeft dekking afgewezen met een beroep op artikel 2.2.5 van de voorwaarden, omdat uit de medische rapporten volgt dat de consument al 100% blijvend invalide was van zijn enkel tot zijn knie vóór het ongeval. De consument stelt daartegenover dat dit niet zo is, dat het medisch rapport incorrect is en dat de medisch expert onbehoorlijk heeft gehandeld.

3.3 De commissie stelt voorop dat het op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering aan de consument, die stelt recht te hebben op dekking, is om ter onderbouwing hiervan voldoende feiten en omstandigheden aan te voeren Te meer gezien de verzekeraar gemotiveerd betwist dat de consument recht heeft op dekking. De commissie is van oordeel dat de consument niet geslaagd is om dit bewijs te leveren en licht haar oordeel toe.

3.4 Het is vaste lijn van de commissie dat in beginsel moet worden uitgegaan van de juistheid van een expertise, tenzij de consument feiten en omstandigheden kan aandragen waaruit blijkt dat het expertiserapport op onzorgvuldige manier tot stand is gekomen of zodanige gebreken vertoont dat de verzekeraar zijn standpunt hier niet op mocht baseren.[2] Van een consument die de juistheid van de constateringen en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt, mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt.

3.5 De enkele stelling dat het medische rapport van Medas onjuistheden bevat, is hiertoe onvoldoende. Dat volgens het rapport onduidelijkheid is over de datum van het ongeval, is geen zodanig gebrek dat hierdoor de conclusies in het medisch rapport onderuit worden gehaald. Dat de consument de conclusies in het medisch rapport in twijfelt trekt, is ook onvoldoende. De consument heeft immers geen medische kennis. Had de consument de conclusie in het medisch rapport willen laten toetsen op juistheid dan had hij op grond van artikel 5.2 van de voorwaarden de mogelijkheid om op eigen kosten een contra-expert in te schakelen.

3.6 Ook de stelling van de consument dat de later ingeroepen medisch expert niet juist heeft gehandeld, is niet voldoende onderbouwd. De consument heeft geen concrete feiten en omstandigheden aangedragen waaruit blijkt dat de medisch expert verwijtbaar heeft gehandeld. Zo heeft de consument zijn stelling dat hij slechts een deel van het rapport van de medisch expert heeft ontvangen, niet nader onderbouwd met bijvoorbeeld een mail waarin dit rapport is toegestuurd en heeft de verzekeraar zijn stelling weersproken. Ook heeft de consument het handelen van de medisch expert niet laten toetsen door de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg.

[2] Zie ook Geschillencommissie Kifid nrs. 2021-0997, 2020-1071 en 2020-328.

3.7 De commissie oordeelt dat de verzekeraar op basis van de medische rapporten heeft mogen concluderen dat geen sprake is van toegenomen blijvende invaliditeit als gevolg van het ongeval en dus geen recht op dekking bestaat. De klacht is ongegrond en de vorderingen wordt afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst 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 2022, 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 2022, 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

150 Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.