Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-1071
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. R.J. Verschoof, drs. A. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 6 april 2020
Ingediend door	: Consument
Tegen	: ASR Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. de Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 22 december 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit de voorwaarden

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Medisch objectiveerbare stoornissen. Consument heeft een beroep gedaan op haar arbeidsongeschiktheidsverzekering in verband met psychische en fysieke klachten en stelt recht te hebben op dekking. Verzekeraar stelt op basis van een psychiatrische expertise en een verzekeringsgeneeskundig en arbeidskundig onderzoek dat enkel sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis voor de fysieke klachten, en dat de fysieke beperkingen zo gering zijn dat deze geen beperkingen opleveren voor de uitoefening van haar beroep en Consument geen recht heeft op uitkering. De Commissie oordeelt dat Verzekeraar de claim van Consument heeft mogen afwijzen. Consument heeft onvoldoende feiten en omstandigheden aangedragen die maken dat de wijze van totstandkoming van de rapportages of de inhoud daarvan zodanige gebreken vertoont dat deze niet kunnen dienen als grondslag voor het besluit van Verzekeraar. De enkele verwijzing naar de contra-expertise van Consument is onvoldoende omdat de contra-expert niet onafhankelijk was en de contra-expert de conclusies van de psychiatrische expertise niet in zijn rapport heeft betrokken, terwijl in de beoordeling door Verzekeraar wel de conclusies van de contra-expert betrokken zijn. De vordering van Consument wordt afgewezen.

1. De procedure

1.1 De Commissie beslist op basis van haar Reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het klachtformulier van Consument; 2) de aanvullende stukken van Consument; 3) het verweerschrift van Verzekeraar; 4) de repliek van Consument en 5) de dupliek van 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 Consument en Verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. De uitspraak is daarom bindend. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 Consument heeft op 24 februari 2017 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de 'Verzekering') gesloten. Het verzekerd beroep is 'directrice thuiszorginstantie'.

2.2 Op de Verzekering zijn de voorwaarden 'Flexibele AOV' (hierna: de 'Voorwaarden') van toepassing.

2.3 Consument heeft zich per 15 augustus 2018 arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten. Consument heeft eind augustus 2018 zelf opdracht gegeven aan de heer [naam GZ-psycholoog], GZ-psycholoog, (hierna: de 'contra-expert') voor een deskundigenonderzoek.

2.4 Verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en de heer [naam psychiater], psychiater in 2019, verzocht om een expertiserapport uit te brengen. In afwachting van de uitkomst van het onderzoek heeft Verzekeraar met terugwerkende kracht vanaf 15 augustus 2018 aan Consument een voorlopige maandelijkse uitkering van € 2.758,80 bruto verstrekt uitgaande van volledige arbeidsongeschiktheid.

2.5 De psychiatrische expertise is op 16 mei 2019 uitgebracht. De conclusie is dat er onvoldoende aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een psychiatrisch ziektebeeld en dat er geen objectiveerbare klachten zijn.

2.6 Bij brief van 28 mei 2019 heeft Verzekeraar Consument bericht als volgt:

Uitleg polisvoorwaarden
Het onderzoek vond plaats om vast te stellen of u volgens de polisvoorwaarden arbeidsongeschikt bent. In de polisvoorwaarden staat beschreven dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid als er door een ziekte of ongeval een medische stoornis is ontstaan waardoor u niet kunt werken. Anders gezegd, er moet dus sprake zijn van een medische aandoening, die leidt tot beperkingen waardoor u geheel of gedeeltelijk niet kunt werken.

Uitkomst specialistisch onderzoek
U hebt zich bij De Amersfoortse arbeidsongeschikt gemeld met psychische klachten. Om duidelijkheid te krijgen over de eventuele medische beperkingen waarmee rekening gehouden zou moeten worden, werd door ons een onafhankelijke psychiater ingeschakeld. Hij verrichtte een psychiatrische expertise. Voordat de opgestelde rapportage aan onze medisch adviseur werd gestuurd, kreeg u inzage. De conclusie van de psychiater is dat er geen sprake is van psychiatrische stoornissen.

Dit leidt er toe dat er geen recht op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid bestaat. Eerder is aan u aangegeven dat De Amersfoortse in afwachting van de uitslag van het specialistisch onderzoek een voorlopige uitkering zou verstrekken. Nu er geen beperkingen zijn vastgesteld gaan wij de uitkering beëindigen per 1 juni 2019.

2.7 Op 20 juni 2019 heeft de gemachtigde van Consument namens Consument bezwaar gemaakt tegen de beslissing van Verzekeraar omdat enkel met psychische klachten rekening zou zijn gehouden en niet met haar fysieke klachten. Consument heeft daarbij voor het eerst het contra-expertiserapport van de contra-expert van 27 maart 2019 overgelegd.

2.8 Verzekeraar heeft besloten een verzekeringsgeneeskundig onderzoek te laten verrichten. Partijen hebben in onderling overleg de vraagstelling opgesteld en overeenstemming bereikt over de mee te zenden bijlagen naar de verzekeringsarts. Deze heeft op 25 september 2019 een conceptrapportage uitgebracht waarin hij concludeert dat geen sprake is van een psychiatrisch ziektebeeld, maar wel van beperkingen vanwege fysieke en mentale klachten ten gevolge van stress, hypertensie en astma.

2.9 Consument is in de gelegenheid gesteld om te reageren op de conceptrapportage. Consument heeft dit gedaan bij e-mail van 16 oktober 2020 waarin zij aangeeft dat er onvoldoende rekening is gehouden met haar fysieke klachten. Daarnaast heeft Consument nog een drietal medische stukken overgelegd. Deze stukken heeft de verzekeringsarts betrokken bij zijn definitieve rapportage van 17 oktober 2019, waarin hij concludeert dat geen sprake is van psychische klachten, en wel van fysieke klachten. Op 20 november 2019 is een beperkingenlijst opgesteld.

2.10 Vervolgens is Consument op 12 december 2019 gezien door een arbeidsdeskundige om vast te stellen in hoeverre de beperkingen haar belemmeren in de uitvoering van haar beroep als directrice thuiszorginstantie. De arbeidsdeskundige concludeert in haar rapportage van 13 december 2019 dat de gestelde beperkingen niet leiden tot verminderde belastbaarheid en dat daarom geen sprake is van arbeidsongeschiktheid.

2.11 Op 17 december 2019 bericht Verzekeraar aan Consument dat de beperkingen niet leiden tot een arbeidsongeschiktheidspercentage van 25% of meer, dat er geen recht op uitkering bestaat en dat het dossier wordt gesloten.

De klacht en vordering

2.12 Consument vordert primair betaling van de niet-verstrekte uitkering per 1 juni 2019, vermeerderd met de wettelijke rente, en hervatting van de uitkering. Subsidiair vordert Consument een nieuw verzekeringsgeneeskundig onderzoek waarbij haar klachten en beperkingen opnieuw in kaart worden gebracht.

2.13 Namens Consument is aangevoerd dat de beslissing van Verzekeraar berust op een onzorgvuldige en onvoldoende onderbouwde expertise omdat onvoldoende rekening is gehouden met de fysieke en psychische klachten van Consument.

Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsclaim moet Verzekeraar gebruik maken van het door Consument overgelegde expertiserapport van de contra-expert. Uit die rapportage volgt dat sprake is van stoornissen die haar belemmeren bij het uitvoeren van haar werkzaamheden. Consument heeft dus recht op uitkering onder de Verzekering.

Het verweer

2.14 Verzekeraar blijft bij zijn standpunt dat er geen recht op uitkering bestaat en heeft aangevoerd dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zorgvuldig, adequaat en conform de van toepassing zijnde polisvoorwaarden is uitgevoerd.

3. De beoordeling

3.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar terecht uitkering onder de Verzekering heeft geweigerd. Voor de beantwoording van deze vraagt dient de Commissie te beoordelen of Verzekeraar op goede gronden tot de vaststelling is gekomen dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden van 25% of meer.

Arbeidsongeschiktheid volgens de verzekeringsvoorwaarden

3.2 In de Voorwaarden is bepaald dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is indien in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste het op het verzekeringsbewijs vermelde percentage (25%) ongeschikt is voor het verrichten van werkzaamheden die zijn verbonden aan het beroep of bedrijf.

De psychiatrische expertise

3.3 De Commissie oordeelt dat Verzekeraar op basis van de psychiatrische expertise van [naam psychiater] heeft mogen concluderen dat geen sprake is van medisch objectiveerbare psychiatrische stoornissen. De door [naam psychiater] opgestelde expertise voldoet aan de daaraan te stellen eisen als het gaat om de onderbouwing van de conclusie. Dat kan niet gezegd worden van de door Consument overgelegde contra-expertise. Daar komt bij dat de contra-expertise niet als onafhankelijk kan worden gekwalificeerd. De contra-expert en Consument kenden elkaar, hadden gedurende de AO periode frequent contact met elkaar en hebben in het verleden samengewerkt. Los daarvan stelt de Commissie vast dat Consument heeft nagelaten een contra-expertise van een psychiatrisch deskundige in te brengen met argumenten tegen de psychiatrische expertise van Verzekeraar. Verzekeraar heeft de claim voor arbeidsongeschiktheid vanwege psychische klachten op goede gronden afgewezen.

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek

3.4 Naar aanleiding van het bezwaar van Consument waarin zij aangeeft ook fysieke klachten te ervaren, heeft Verzekeraar een nieuw verzekeringsgeneeskundig onderzoek laten verrichten. Bij dit onderzoek is de contra-expertise betrokken.

3.5 De conclusie van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek is dat *"de aangeleverde informatie* [niet leidt] *tot nieuwe medische gegevens of aanvullende feiten die zouden moeten leiden tot een* (…) *andere inschatting van de belastbaarheid"*. Omdat het expertiserapport van de Verzekeringsarts van 28 augustus 2019 op gezamenlijk verzoek van partijen tot stand is gekomen, niet zijnde een bindende expertise in de zin van artikel 7:900 van het Burgerlijk Wetboek, heeft als uitgangspunt te gelden dat partijen in beginsel gebonden zijn aan de inhoud van een expertiserapport dat op hun gezamenlijk verzoek is opgesteld, tenzij er zwaarwegende en steekhoudende bezwaren zijn in te brengen tegen dit expertiserapport. Hiervan is, onder andere, sprake als het expertiserapport niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen van onpartijdigheid, consistentie, inzichtelijkheid en logica.[1]

3.6 Het is aan de Consument om feiten en omstandigheden aan te dragen die maken dat de wijze van totstandkoming van het rapport of de inhoud van het rapport zodanig gebreken vertoont dat het rapport niet kan dienen als grondslag voor het besluit van Verzekeraar. Van een consument die de juistheid van de constateringen en conclusies in een deskundigen-rapport bestrijdt mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt.

3.7 Omdat Verzekeraar een psychiatrische expertise heeft waaruit volgt dat geen sprake is van medisch objectiveerbare psychiatrische stoornissen en een verzekeringsgeneeskundige rapportage dat concludeert dat de fysieke klachten slechts tot lichte beperkingen leiden, mag van de gemachtigde van Consument worden verwacht dat hij met meer komt dan alleen de verwijzing naar het rapport van de contra-expert. Dat geldt te meer nu de verzekeringsarts bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ook geen psychische beperkingen heeft geduid, uitgebreid is ingegaan op de conclusies uit de contra-expertise en daarbij twijfels heeft geuit of de expertise wel door een onafhankelijk contra-expert is uitgevoerd.

3.8 De slotsom is dat wat Consument heeft aangevoerd geen aanleiding geeft tot twijfel aan de juistheid van de constateringen en conclusies van de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige.

---

[1] Zie onder meer Rb. Midden-Nederland 25 oktober 2016, ECLI:NL:RBMNE:2016:5718 Rb. Rotterdam 27 december 2017, ECLI:NL:RBROT:2017:9799, Rb Amsterdam 8 mei 2018, ECLI:NL:RBAMS:2018:4408, Rb. Limburg 12 september 2018, ECLI:NL:RBLIM:2018:8504.

3.9 De Commissie begrijpt dat de periode stressvol is geweest door het dreigende en inmiddels uitgesproken faillissement van de thuiszorginstantie waarvan Consument directrice is (geweest), maar stress is onvoldoende om te spreken van een objectief medisch vast te stellen stoornis zoals de voorwaarden vereisen.

Arbeidsdeskundig onderzoek

3.10 Tot slot oordeelt de Commissie dat Verzekeraar bij de vaststelling van het percentage arbeidsongeschiktheid, heeft mogen uitgaan van de constateringen en conclusies van de arbeidsdeskundige. Consument heeft geen feiten en omstandigheden aangedragen waardoor moet worden getwijfeld aan de juistheid van de rapportage.

Slotsom

3.11 Onder deze omstandigheden wordt ervan uitgegaan dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft vastgesteld dat geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen die leiden tot beperkingen waardoor Consument ten minste 25% arbeidsongeschikt is in haar beroep als directrice thuiszorginstantie. Niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Verzekeraar heeft de uitkering onder de Verzekering mogen beëindigen, nu met de verschillende rapportages gemotiveerd is onderbouwd dat Consument vanaf 15 augustus 2018 voor minder dan 25% arbeidsongeschikt is. De klacht van Consument is ongegrond.

4. De beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening wanneer wordt voldaan aan de vereisten van 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. Het Reglement van de Commissie van Beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de Geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage

Relevante bepalingen uit de voorwaarden 'Flexibele AOV'

1.9 Arbeidsongeschiktheid

Onder arbeidsongeschiktheid verstaan we in deze voorwaarden:

- Er is sprake van ziekte, orgaandonatie of ongeval;
- In relatie tot de ziekte of het ongeval bestaan er stoornissen;
- Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;
- Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;
- Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren;
- Door deze functiebeperking is de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.

Met werkzaamheden bedoelen we:
De werkzaamheden die horen bij het beroep of de onderneming van de verzekerde. Het beroep van de verzekerde staat op het polisblad. De werkzaamheden zijn opgegeven en geaccepteerd via het aanvraagformulier. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid kijken we ook of er aanpassingen van het werk en werkomstandigheden mogelijk zijn. Ook kijken we in overleg met de verzekerde of het mogelijk is taken binnen de onderneming van de verzekerde anders te verdelen of aan te passen.
Het gaat om werkzaamheden die in redelijkheid van de verzekerde verlangd kunnen worden.

1.10 Medisch adviseur

De medisch adviseur is een arts, die in dienst van De Amersfoortse, of in opdracht van De Amersfoortse, werkt. De medisch adviseur geeft een onafhankelijk deskundig advies over de gezondheid van de verzekerde en de gevolgen daarvan op het werk van de verzekerde. De deskundigheid van de medisch adviseur blijkt uit de gevolgde opleidingen en de ervaring.

1.11 Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige is een specialist die in dienst van De Amersfoortse, of in opdracht van De Amersfoortse werkt. De arbeidsdeskundige is specialist in de vakgebieden mens, werk en inkomen. De arbeidsdeskundige geeft onafhankelijk advies en beoordeelt de mogelijkheden tot werkhervatting. De arbeidsdeskundige geeft advies over de mate van arbeidsongeschiktheid, het voorkomen van arbeidsongeschiktheid en de financiële gevolgen van de arbeidsongeschiktheid.

(…)

3 Duur en einde van uw verzekering

3.3 Wanneer kunnen we uw verzekering opzeggen?

We kunnen uw verzekering niet zomaar opzeggen, ook niet per de contractvervaldatum. Wel kunnen we uw verzekering opzeggen als:

- u en/of de verzekerde ons bij de aanvraag niet alle of niet de juiste informatie heeft gegeven. En als we de verzekering niet hadden gesloten als we die informatie wel hadden gehad;
- u en/of de verzekerde fraude heeft gepleegd of ons opzettelijk heeft misleid. Over fraude leest u meer in hoofdstuk 15;
- u de premie niet volledig betaalt, niet op tijd betaalt of weigert te betalen nadat we u een herinnering hebben gestuurd. Over het betalen van premie leest u meer in hoofdstuk 9;
- het risico van uw verzekering wijzigt en we het nieuwe risico niet willen verzekeren. Over deze wijzigingen leest u meer in hoofdstuk 4.

(…)

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

4 Uw verzekering actueel houden

4.2 Wijzigingen waardoor we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigen

In de volgende situaties beëindigen we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering:

- De onderneming van u en/of de verzekerde is failliet verklaard.
- U of de verzekerde heeft via de rechter surseance van betaling aangevraagd.
- U, de verzekerde of een van uw schuldeisers heeft het faillissement van uw onderneming aangevraagd bij de rechter.
- U of de verzekerde heeft een 'schuldsanering voor natuurlijke personen' aangevraagd of opgelegd gekregen.
- U of de verzekerde beëindigt de bedrijfsactiviteiten.
- De verzekerde stopt (tijdelijk) met de werkzaamheden, die horen bij zijn beroep.
- De verzekerde gaat langer dan zes maanden naar het buitenland.

Als één van deze situaties zich voordoet, dan ontvangen we de informatie daarover graag zo snel mogelijk van u, in ieder geval binnen een maand nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. We beëindigen uw arbeidsongeschiktheidsverzekering dan per de datum waarop de gebeurtenis plaatsvond.

(...)

5 De dekking van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering

5.1 Wanneer hebt u recht op een uitkering?

U hebt recht op een uitkering als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- de verzekerde is ten minste 25% arbeidsongeschikt. Of vanaf het hogere percentage als u met ons een andere uitkeringsdrempel hebt afgesproken;
- de arbeidsongeschiktheid is begonnen op of na de ingangsdatum van de verzekering;
- het eigen risico is voorbij;
- er is aan deze polisvoorwaarden voldaan.

5.2 Hoe wordt de arbeidsongeschiktheid vastgesteld?

- **Is de arbeidsongeschiktheid eenvoudig vast te stellen?**
  We stellen in overleg met de verzekerde vast in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is. Daarnaast stellen we vast hoe lang de arbeidsongeschiktheid waarschijnlijk gaat duren.
- **Is de arbeidsongeschiktheid niet eenvoudig vast te stellen?**
  Dan vragen we aanvullende informatie op:
  - We kunnen een huisarts of specialist vragen de verzekerde te onderzoeken. Dit zal niet uw eigen arts zijn. De huisarts of specialist geeft aan onze medisch adviseur door wat de verzekerde heeft en welke beperkingen de verzekerde heeft.
  - We vragen de verzekerde om zijn/haar behandelend(e) arts(en) toestemming te geven om onze medisch adviseur te informeren over de ziekte of ongevalsgevolgen waarvoor de verzekerde zich arbeidsongeschikt heeft gemeld.
  - We kunnen een arbeidsdeskundige vragen de verzekerde te bezoeken. De arbeidsdeskundige bespreekt met de verzekerde, welke werkzaamheden voor de verzekerde mogelijk zijn binnen het eigen beroep of de onderneming van de verzekerde. De arbeidsdeskundige bespreekt de mogelijkheid voor werkaanpassingen en aanpassingen in de werkomstandigheden.

We melden u zo snel mogelijk in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is en welke uitkering daarbij hoort.

5.3 Wat moet u doen als u het niet met ons standpunt eens bent?

U meldt ons binnen een maand dat u het niet met ons een bent. We zoeken samen met u naar een oplossing. U kunt ons vragen om een herbeoordeling ("second opinion") te doen. We overleggen dan met u hoe we uw herbeoordeling het beste kunnen uitvoeren. De kosten voor de uitvoering van de herbeoordeling worden door ons vergoed. Alleen als uw wensen voor diegene die de herbeoordeling moet uitvoeren onredelijk zijn kunnen we besluiten de kosten voor de herbeoordeling niet of niet volledig te vergoeden.

Bent u niet tevreden met ons oordeel? Heeft uw overleg met ons geen bevredigend resultaat opgeleverd? Dan kunt u een klacht bij de klachtenservice van De Amersfoortse indienen. Over klachten leest u meer in hoofdstuk 17.

Meldt u zich niet binnen een maand na ontvangst van ons standpunt, dan gaan we ervan uit dat u het met ons eens bent.