Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-1048
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A. Westerveld, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 25 januari 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 10 december 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlage	: Relevante artikelen van de bijzondere voorwaarden met nummer 1439

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument claimt uitkering onder de verzekering vanwege een ongeval. Nadat partijen waren overeengekomen dat een herbeoordeling van de klachten van de consument zou plaatsvinden, heeft de consument eenzijdig een expert benoemd. Deze expert komt, anders dan diverse andere (expertiserende) artsen die de consument hebben onderzocht, tot de conclusie dat de klachten die de consument heeft gehad het gevolg zijn van een Whiplash associated disorder (WAD). Hierdoor zou sprake zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld volgens de verzekeringsvoorwaarden. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar niet kan worden gebonden aan de conclusies van de door de consument benoemde expert. De adviezen van de medisch adviseur die aan de kant van de consument is ingeschakeld overtuigen evenmin dat de consument een WAD heeft doorgemaakt. De vordering 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 om: 1) de namens de consument ingediende klachtbrief; 2) de namens de consument ingediende aanvullende stukken; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 14 oktober 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig samen met zijn echtgenote en zijn vertegenwoordiger de heer mr. W.H. Beishuizen, jurist. De verzekeraar was eveneens aanwezig.

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 Met ingang van 1 januari 1987 heeft de consument een arbeidsongeschiktheidsverzekering met dekking voor ongevallen en ziekten inclusief psychische ziekten (hierna 'de verzekering') bij de verzekeraar. Het verzekerde beroep is landbouwer. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn de algemene voorwaarden met nummer 2200 en de bijzondere voorwaarden met nummer 1439. Relevante artikelen van de bijzondere voorwaarden gaan in de bijlage bij deze uitspraak.

2.2 Op 15 juli 2015 is de consument in Spanje betrokken geweest bij een auto-ongeluk. Naar aanleiding van dit ongeluk heeft de consument op 24 juli 2015 een claim bij de verzekeraar ingediend. In het schadeformulier heeft de consument vermeld dat hij als gevolg van het ongeval gekneusde ribben, schouder-, nek- en vermoeidheidsklachten had.

2.3 De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en de consument een uitkering verstrekt. Daarnaast heeft de verzekeraar medisch adviseur Medas B.V. ('Medas') ingeschakeld. Medas heeft medische informatie bij de consument en zijn artsen opgevraagd en de verzekeraar geadviseerd om verschillende expertises te laten uitvoeren.

2.4 De verzekeraar heeft meerdere expertises laten verrichten, onder meer door een psychiater. De psychiater schrijft in zijn rapport van 3 augustus 2017 dat hij de klachten niet kan verklaren vanuit een psychiatrisch ziektebeeld. Deels meent hij dat de klachten kunnen worden begrepen als een normale en invoelbare reactie op geschetste psychosociale stressfactoren. Echter de psychiater vindt de ernst van de klachten daarmee niet in verhouding staan. Daarom denkt hij dat Whiplash associated disorder (hierna 'WAD') een verklarende factor kan zijn. Hierbij tekent de psychiater aan dat dat hij hierover onvoldoende valide uitspraken kan doen. De sociobiografische anamnese werd door een psycholoog afgenomen.

2.5 Per brief van 1 februari 2018 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat geen recht meer bestaat op uitkering, omdat de expertiseartsen geen objectief medisch vast te stellen stoornissen op hun vakgebied hebben gevonden. In de brief heeft de verzekeraar de consument ook op zijn recht op herbeoordeling gewezen.

2.6 Hierna heeft de consument zich in de discussie met de verzekeraar laten bijstaan door jurist mr. W.H. Beishuizen (hierna 'de vertegenwoordiger').

2.7 Bij brief van 24 september 2018 schrijft de medisch adviseur van de vertegenwoordiger aan de vertegenwoordiger – voor zover relevant – het volgende:

"*Geenzins is komen vast te staan dat er geen sprake is van te objectiveren afwijkingen. De waargenomen afwijkende scores kunnen immers verklaard worden vanuit het beeld van de WAD, waarnaar de psychiater expert ook verwijst. Daarbij komt dat beide deskundigen consistent afwijkende bevindingen waarnemen bij observaties, de psychiater de klachtenpresentatie als reëel omschrijft en geen inconsistenties vast stelt, en een verminderde cognitieve flexibiliteit aanwezig acht. Van belang is op te merken dat in genoemd verzekeringsgeneeskundig protocol, zoals gezegd gebaseerd op bestaande wetenschappelijke evidence, te lezen valt dat een WAD gepaard kan gaan met cognitieve beperkingen.*"

In zijn brieven van 2019 en 2020 wijst de medisch adviseur van de vertegenwoordiger eveneens WAD aan als mogelijke oorzaak van de cognitieve klachten.

2.8 De vertegenwoordiger heeft bij herhaling aan de verzekeraar voorgesteld om een onafhankelijk onderzoek te laten verrichten door een verzekeringsarts. De verzekeraar heeft dit verzoek steeds afgewezen omdat in het geval er sprake is van cognitieve klachten, alleen door een neurologische of psychiatrische expertise tot objectivering van de klachten kan worden gekomen en niet door een verzekeringsgeneeskundige expertise.

2.9 Omdat de verzekeraar bij zijn standpunt bleef, heeft de consument een klacht bij Kifid ingediend.

2.10 Na tussenkomst van Kifid zijn partijen overeengekomen dat zij gezamenlijk neuroloog de heer [naam neuroloog 1] (hierna 'de neuroloog') zouden verzoeken om een herbeoordeling uit te laten voeren. Nadat het dossier bij Kifid is gesloten, bleek dat de neuroloog niet bereid was om de herbeoordeling uit te voeren en heeft de verzekeraar voorgesteld dat de medisch deskundigen van partijen met elkaar zouden overleggen over een nieuwe aan te wijzen expertisearts. Dit voorstel heeft de vertegenwoordiger afgewezen.

2.11 Bij brief van 24 januari 2019 heeft de vertegenwoordiger een voorstel gedaan voor een expertisearts en twee namen genoemd.

2.12 Bij brief van 27 februari 2019 heeft de verzekeraar uitgelegd dat zijn medisch adviseur zich niet kan vinden in de voorgestelde experts, omdat voor beiden geldt dat hun rapportages veelal tot discussies leiden en richtlijnen niet correct worden gehanteerd. In die brief heeft de verzekeraar ook een aantal andere artsen genoemd die de herbeoordeling zouden kunnen uitvoeren.

2.13 Bij brief van 1 april 2019 reageerde de vertegenwoordiger door mevrouw [naam neuroloog 2] (hierna 'neuroloog X') als alternatief voor te stellen.

2.14 Met een e-mailbericht van 4 april 2019 heeft de verzekeraar het voorstel afgewezen en voor de redenen verwezen naar zijn eerdere bericht. Daarnaast heeft de verzekeraar de vertegenwoordiger erop geattendeerd dat hij nog niet op zijn eerder voorgestelde artsen had gereageerd.

2.15 In reactie op een e-mailbericht van de vertegenwoordiger van 5 juli 2019 heeft de verzekeraar met een e-mail van 30 juli 2019 meegedeeld dat de medisch adviseur van de verzekeraar zich niet kan vinden in de vraagstelling zoals voorgesteld door de vertegenwoordiger, namelijk dat aan de expertiserend arts zal worden gevraagd of de klachten van de consument kunnen worden verklaard door een WAD. Volgens de medisch adviseur dient de expertiserend arts namelijk niet gestuurd te worden in zijn diagnose en is het daarom van belang de vraagstelling zo neutraal mogelijk te houden.

2.16 Na nog enkele contacten over en weer heeft de vertegenwoordiger op 13 december 2019 aan de verzekeraar geschreven dat de consument in overleg met hem had besloten de expertise door neuroloog X te laten verrichten. "*Het duurt ons allemaal veel te lang en daarom kiezen wij er nu voor om onze eigen weg te gaan.*" Neuroloog X zou veel ervaring hebben met en kennis van niet aangeboren hersenletsel.

2.17 Bij e-mailbericht van 23 december 2019 heeft de verzekeraar gereageerd met onder meer de mededeling dat het de consument vrij staat om een eenzijdig onderzoek te doen, maar dat hij van mening is dat er in het kader van een herbeoordeling een gezamenlijk akkoord moet zijn over de aan te wijzen deskundige, welk akkoord hier ontbreekt. "*Aegon zal een dergelijk rapport daarom in beginsel buiten beschouwing laten.*" Hij handhaaft voorts zijn voorstel om de medisch deskundigen van partijen met elkaar te laten spreken over een aan te wijzen expertisearts, dan wel om de zaak voor te leggen aan een van de artsen zoals genoemd in het e-mailbericht van 27 februari 2019.

2.18 De vertegenwoordiger heeft neuroloog X verzocht een expertise te verrichten. Eén van de vragen die ten behoeve van de expertise aan de expert is gesteld luidt: *"Er zijn na het doorgemaakte WAD NPO's verricht waaruit cognitieve beperkingen bleken. Kunt u aangeven of het waarschijnlijk is dat de betreffende beperkingen gevolg zijn van het doorgemaakte WAD?*" Het rapport van neuroloog X van 28 oktober 2020 vermeldt onder andere dat zij bij onderzoek van de consument geen bijzonderheden heeft geconstateerd.

Zij overweegt dat het verhaal van de consument en het beloop van de klachten meer past bij een WAD dan bij een postcommotioneel beeld[1]. Verder acht neuroloog X het aannemelijk dat de consument cognitief verminderd belastbaar is geweest vanaf datum ongeval tot aan september 2017. De vraag om een interpretatie te geven van de twee neuropsychologische onderzoeken beantwoordt neuroloog X met de opmerking dat dit lastig is omdat geen validatie heeft plaatsgevonden.

2.19 Met een e-mailbericht van 14 januari 2021 heeft de verzekeraar aan de vertegenwoordiger meegedeeld dat zijn medisch adviseur zich niet kan vinden in het onderzoek van de expert en licht hij de bezwaren van zijn medisch adviseur toe. Hij schrijft voorts dat hij zich niet gebonden acht aan een eenzijdig opgesteld rapport en dat hij dit naast zich neerlegt. Hij handhaaft zijn standpunt dat geen recht op uitkering bestaat. Omdat de consument zich hiermee niet kon verenigen, heeft hij opnieuw een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.20 De consument vordert uitkering onder de verzekering (periode juli 2015 – september 2017) vanwege de klachten die hij heeft (gehad) door het auto-ongeluk in 2015.

2.21 De consument heeft recht op uitkering omdat zijn klachten reëel zijn en naar alle waarschijnlijkheid voortvloeien uit een WAD. Dit wordt ook onderschreven door de medisch adviseur die de vertegenwoordiger van de consument heeft ingeschakeld die voor zijn standpunt onder ander verwijst naar de overwegingen van de onafhankelijke psychiater.

2.22 Partijen zijn niet tot overeenstemming gekomen over een te benoemen expert in het kader van de herbeoordeling. Iedere door de consument aangedragen deskundige is door de verzekeraar afgewezen omdat die de WAD-richtlijnen niet zou volgen. De consument heeft echter belang bij het benoemen van een deskundige die veel ervaring heeft met de problematiek van niet aangeboren hersenletsel. Door de opstelling van de verzekeraar was het feitelijk onmogelijk om gezamenlijk een deskundige te benoemen. De consument was hierdoor genoodzaakt zelf een deskundige in te schakelen.

2.23 De consument heeft door neuroloog X een expertise laten verrichten. Uit het rapport van deze expert blijkt duidelijk dat in de periode vanaf het ongeval tot september 2017 beperkingen zijn geweest die aan het ongeval zijn gerelateerd. Het rapport geldt in ieder geval als een contra-expertise. De bezwaren die de verzekeraar tegen de expert heeft, zijn ongefundeerd. Volgens de medisch adviseur van de vertegenwoordiger is het rapport van neuroloog X deugdelijk.

[1] Een postcommotioneel beeld houdt in dat er blijvende klachten na een hersenschudding zijn.

Er was een uitvoerige anamnese, een gericht neurologisch onderzoek, de medische informatie werd ingewonnen en de expert is inzichtelijk tot haar conclusie gekomen rond de diagnose. Dat de vraagstelling sturend zou zijn is niet aan de orde, noch van wezenlijk belang.

Het verweer

2.24 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.25 De consument heeft geen recht op uitkering onder de verzekering omdat niet een volgens artikel 5 en 12 van de voorwaarden aangewezen persoon heeft vastgesteld dat de consument arbeidsongeschikt is. De door de verzekeraar aangewezen onafhankelijke deskundigen hebben geen herkenbaar en benoembaar ziektebeeld vastgesteld en in het kader van de herbeoordeling is geen door partijen aangewezen onafhankelijke deskundige benoemd.

2.26 Voordat de consument neuroloog X heeft ingeschakeld, heeft de verzekeraar hem geïnformeerd over de bezwaren die de verzekeraar tegen deze expert heeft. De rapportages van neuroloog X leiden namelijk regelmatig tot discussies en ze past de geldende richtlijnen vaak niet toe. Anders dan alle andere artsen die zich over de casus hebben uitgelaten komt neuroloog X wel tot een diagnose. Door de wijze waarop de opdracht naar neuroloog X is gestuurd is zij in de richting van een WAD uitgestuurd, terwijl het aan een expert is om een diagnose te stellen. Daarnaast ontbreekt het in het rapport van deze expert aan overwegingen rond mogelijke andere oorzaken, is er een gebrek aan een neurologische objectivering en lijkt neuroloog X haar eigen richtlijnen niet aan te houden. Ook de bevindingen van de medisch adviseur van de vertegenwoordiger kunnen niet worden gevolgd. Hij vermoedt slechts dat sprake is van een WAD. Dit vermoeden is niet door een gespecialiseerde arts bevestigd. Daarnaast kan de medisch adviseur van de vertegenwoordiger niet als onafhankelijke deskundige worden beschouwd.

2.27 Partijen hadden overeenstemming bereikt over de te benoemen neuroloog. Deze bleek echter niet bereid om een herbeoordeling te doen. Het is daarom zaak dat een andere geschikte neuroloog wordt gevonden die de herbeoordeling kan uitvoeren. De verzekeraar betwist dat het onmogelijk was dat partijen gezamenlijk een nieuwe expert zouden aanwijzen. Dit was namelijk al eerder gelukt. Daarnaast is de vertegenwoordiger bij herhaling niet ingegaan op de verschillende artsen die de verzekeraar heeft voorgesteld en het voorstel om de medisch adviseurs van partijen te laten overleggen.

2.28 De consument heeft ook geen recht op uitkering omdat het arbeidsongeschiktheidspercentage niet is vastgesteld. Daarnaast is er geen herkenbaar en benoembaar ziektebeeld dat ertoe leidt dat de consument zijn eigen beroepswerkzaamheden niet kan uitvoeren.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De vraag die voorligt is of de consument voor het recht op uitkering voldoet aan het vereiste dat sprake was van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld volgens artikel 1 van de bijzondere voorwaarden. Alleen als dat zo is, dient na deze uitspraak door aanvullende onderzoeken te worden vastgesteld of de consument door het herkenbare en benoembare ziektebeeld beperkt was in het uitoefenen van zijn verzekerde beroep. De commissie oordeelt dat zij op basis van de stukken niet kan vaststellen dat de consument aan een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld leed. Zij zal dit hierna uitleggen.

Is het rapport van neuroloog X bindend?

3.2 De vordering van de consument moet in eerste instantie worden beoordeeld op basis van de tussen partijen gesloten verzekeringsovereenkomst en de op die overeenkomst toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Partijen zijn voorafgaand aan de expertise door neuroloog X namelijk overeengekomen dat op grond van de voorwaarden een herbeoordeling moest plaatsvinden.

3.3 Vast staat dat de verzekeraar geen instemming heeft verleend met de benoeming van neuroloog X. Het ontbreken van instemming door de verzekeraar heeft tot gevolg dat op grond van artikel 12 van de bijzondere voorwaarden niet is voldaan aan de vereisten van een herbeoordeling. Omdat neuroloog X alleen door de consument is benoemd en de verzekeraar hiervoor geen goedkeuring heeft gegeven, is de arbeidsongeschiktheid van de consument niet volgens artikel 5 van de bijzondere voorwaarden vastgesteld.

3.4 Los van de tussen partijen geldende verzekeringsvoorwaarden, zijn de partijen die gezamenlijk een expert benoemen, de vraagstelling vaststellen, overeenkomen welke informatie aan de expert wordt verstrekt en na het concept-rapport de gelegenheid krijgen om vragen te stellen en opmerkingen te maken (hoor en wederhoor), in principe aan het expertiserapport gebonden. Omdat de verzekeraar voorafgaand aan de benoeming van neuroloog X zijn bezwaren heeft geuit en heeft uitgelegd waarom hij het niet eens is met een vraagstelling waarin de diagnose WAD wordt genoemd, is niet aan de vereisten van een bindende expertise voldaan. Bovendien kan uit het procesdossier niet worden opgemaakt dat de verzekeraar ook in de gelegenheid is gesteld op het concept-rapport van neuroloog X te reageren. De commissie kan hierdoor niet vaststellen of het rapport met toepassing van hoor en wederhoor tot stand is gekomen. Dit betekent dat ook om deze reden de verzekeraar in beginsel niet is gebonden aan het rapport van neuroloog X.

Redelijkheid en billijkheid

3.5 De stelling van de consument die erop neerkomt dat hij geen andere keus had dan zelf een expert in te schakelen, leidt niet tot een ander oordeel. De commissie vindt het niet aannemelijk dat het in deze zaak onmogelijk was dat partijen het samen eens konden worden over een te benoemen deskundige. Het was partijen immers al eerder gelukt om een gezamenlijke deskundige aan te wijzen, maar die bleek niet bereid om een herbeoordeling uit te voeren. Bovendien heeft de verzekeraar meerdere deskundigen aangedragen en voorgesteld dat de beide medisch adviseurs met elkaar zouden overleggen om tot overeenstemming te komen. Ook heeft de verzekeraar zijn voorstellen verschillende keren herhaald. Aan de kant van de consument is evenwel niet inhoudelijk op de voorstellen van de verzekeraar gereageerd.

Heeft de consument voldoende bewijs aangeleverd?

3.6 Omdat neuroloog X niet door partijen gezamenlijk is benoemd, maar alleen door de consument, is deze expert een partijdeskundige en haar rapport dus een contra-expertise. Dit heeft tot gevolg dat de commissie moet beoordelen of gezien de inhoud van het rapport van de expert de klacht van de consument moet worden toegewezen. De commissie is van oordeel dat dit niet het geval is. Zij legt dit hierna uit aan de hand van een samenvatting van de medische gegevens.

3.7 Voordat neuroloog X de consument heeft onderzocht is de consument door diverse artsen en specialisten gezien en beoordeeld. De spoedeisende hulp arts in Spanje heeft de diagnose WAD gesteld. De huisarts schrijft de klachten toe aan een hersenkneuzing. Een traumachirurg stelt als diagnose "*een onverwerkt trauma*". De revalidatiearts vindt de oorzaak van de klachten onvoldoende duidelijk. De nekklachten zijn er dan niet meer. De eerste neuroloog heeft geen verklaring voor de klachten. Een neuropsychologisch onderzoek levert bij klinische observatie geen bijzonderheden op, wel leveren testresultaten "*aanwijzingen op voor cognitieve stoornissen, passend bij een commotio cerebri (hersenschudding)*". Echter de kwaliteit van dit onderzoek wordt door diverse expertise artsen als kwalitatief onvoldoende bestempeld. Dit betekent dat aan dit onderzoek geen conclusies mogen worden verbonden. Bij neurologische expertises is geen enkele aanwijzing gevonden dat het ongeval van juli 2015 invloed zou kunnen hebben op het cognitief functioneren van de consument. Vervolgens stelt een psycholoog de diagnose angststoornis en cognitieve klachten. De expertiserend psychiater kan geen diagnose stellen en meent dat dat de cognitieve klachten moeten worden geduid als uiting van ziektegedrag of coping. Hierbij heeft de psychiater het over een "*verminderde cognitieve flexibiliteit*". De psychiater overweegt dat bij de consument sprake is van een neurocognitieve stoornis, maar verwerpt dit op grond van een nieuw neuropsychologisch onderzoek. Dit nieuwe neuropsychologische onderzoek is door een andere psychiater en neuropsycholoog verricht. Beiden constateren bij het dagverhaal en bij de klinische observatie van de consument geen bijzonderheden of cognitieve stoornissen.

Dit nieuwe neuropsychologische onderzoek geeft aanwijzingen voor onderpresteren. De conclusie uit dat nieuwe onderzoek is dat cognitieve stoornissen bij de consument op geen enkele manier kunnen worden geobjectiveerd. Eind 2017 wordt de revalidatie behandeling van de consument beëindigd onder de diagnose "*(geobjectiveerde) cognitieve klachten na een verkeersongeval*". Een in niet-aangeboren hersenletsel gespecialiseerd expertiserend neurologe (neuroloog X) geeft aan dat meer sprake lijkt te zijn van klachten door een WAD dan van een commotio (hersenschudding), maar dat er ook wel mengbeelden zijn. De interpretatie van de neuropsychologische onderzoeken vindt zij "*lastig*".

3.8 Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat er een veelheid aan diagnoses bij de consument is vastgesteld en dat de cognitieve klachten niet zijn geobjectiveerd. Op basis van alleen subjectieve klachten kan geen postcommotionele cognitieve stoornis[2] worden gesteld, temeer daar uit het medische dossier blijkt dat de consument ten gevolge van het ongeval zijn bewustzijn niet is verloren. Ook voldoet de consument niet aan de criteria voor een WAD omdat hij geen nekklachten heeft. Dit leidt tot het oordeel dat de klachten die consument had niet leiden tot een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.

3.9 Het rapport van neuroloog X maakt dit niet anders, omdat zij niet deugdelijk onderbouwt waarom de klachten van de consument ondanks de uiteenlopende diagnoses door een WAD kunnen worden verklaard. Neuroloog X legt in haar rapport bovendien niet uit waarom de klachten van de consument ondanks het ontbreken van het vereiste van nekklachten toch door een WAD kunnen worden verklaard. Daarnaast legt zij de resultaten van de neuropsychologische onderzoeken geheel naast zich neer, terwijl volgens de geldende richtlijn de resultaten van die onderzoeken juist essentieel zijn om de klacht van een WAD te kunnen verklaren. De door neuroloog X aangedragen argumenten kunnen de door haar getrokken conclusies niet dragen. Het onder 2.4 beschreven rapport van de psychiater en de adviezen van de medisch adviseur van de vertegenwoordiger overtuigen evenmin dat de consument een WAD heeft (doorgemaakt), omdat zij slechts benoemen dat de klachten van de consument door een WAD *kunnen* worden verklaard. Het voorgaande brengt mee dat de commissie van oordeel is dat onvoldoende is komen vast staan dat de consument door het ongeval aan een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld leed.

Slotsom

3.10 De bovenstaande overwegingen leiden tot de slotsom dat de commissie de vordering van de consument zal afwijzen.

[2] Een postcommotionele cognitieve stoornis houdt in dat er sprake is van een cognitieve stoornis ten gevolge van een hersenschudding.

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 als 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 schriftelijk 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. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage - Relevante artikelen van de bijzondere voorwaarden met nummer 1439

1. Algemene begrippen

(…)

Wanneer bent u arbeidsongeschikt?

U bent arbeidsongeschikt als u aan de volgende drie kenmerken voldoet:

- *Er is sprake van een ziekte of een ongeval.*
- *U heeft door deze ziekte of het ongeval stoornissen.*
- *Deze stoornissen leiden ertoe, dat u uw eigen beroepswerkzaamheden helemaal niet of niet volledig kunt doen.*

Herkenbaar en benoembaar

Uw stoornis moet duidelijk genoeg zijn zodat een (gespecialiseerde) arts uw ziektebeeld kan herkennen en benoemen. Uw ziektebeeld moet erkend zijn in de gewone geneeskunde.

(…)

5. Stap 3: Bent u arbeidsongeschikt en in welke mate?

(….)

Wie stelt vast dat u arbeidsongeschikt bent en wat u niet meer kunt?

Wij wijzen hiervoor onafhankelijke deskundigen aan. Dit kunnen artsen, arbeidsdeskundigen of andere deskundigen zijn. Wij vertellen u vooraf welke deskundigen worden ingeschakeld en wat zij zullen onderzoeken.

(…)

12. Als u het niet eens bent met uw uitkering, wat dan?

Als u het niet eens bent met de vaststelling van uw uitkering dan kunt u dat aan ons melden. Geef uw bezwaar zo snel mogelijk aan ons door. Wij proberen samen met u een oplossing te vinden.

Komen wij er samen niet uit dan is een second opinion mogelijk, Een second opinion is een herbeoordeling. (…)

Wat is een herbeoordeling?

Bij een herbeoordeling wordt uw arbeidsongeschiktheid opnieuw vastgesteld. U kunt hiervoor zelf nieuwe, onafhankelijke deskundigen voordragen. Wij moeten hier wel mee instemmen. Als het voor de herbeoordeling van uw uitkering nodig is, kan het voorkomen dat u ook opnieuw wordt onderzocht.

(…)

De uitkomst van de herbeoordeling wordt door ons en door u gerespecteerd. U kunt daarna niet nog eens bezwaar maken bij ons.

Bent u het na de herbeoordeling nog niet eens met de uitkomst? Dan kunt u binnen drie maanden na uw herbeoordeling contact opnemen met Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening.(…) Als u hier geen gebruik van wilt maken dan kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.