Uitspraak Commissie van Beroep Kifid nr. 2025-0059

mr. S.C.H Molin, voorzitter, prof.mr. D. Busch, F.R. Valkenburg AAG RBA, J.C.H. Kars AAG CERA, mr. E.E. van Tuyll van Serooskerken-Röel, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris

Datum uitspraak	29 september 2025
Beroep ingediend door	De consument
Tegen	Movir N.V., verweerster in beroep, verder de noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Beroep ongegrond

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument vordert een verklaring voor recht dat hij recht heeft op een uitkering van 100% van het verzekerde bedrag op basis van de functionele mogelijkhedenlijst (FML). De consument legt de polisvoorwaarden zo uit dat voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet relevant is of daadwerkelijk sprake was van uitval. De Geschillencommissie heeft de vordering van de consument afgewezen. De Commissie van Beroep bevestigt die uitspraak.

1. De procedure in beroep

1.1 Bij een op 6 februari 2025 ontvangen beroepschrift met bijlagen heeft de consument bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (hierna: de Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen een uitspraak van de Geschillencommissie Kifid (hierna: de Geschillencommissie) van 27 december 2024 (dossiernummer [nummer]), gepubliceerd onder nummer 2024-1131).

1.2 De verzekeraar heeft op 20 maart 2025 een verweerschrift ingediend.

1.3 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 30 juni 2025. De consument was daarbij aanwezig, samen met zijn partner. De consument werd vertegenwoordigd door mr. R. Timmer, rechtshulpverlener bij Stichting Univé Rechtshulp. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. S. van den Berg, jurist, mr. H.L.G. Wong, junior jurist, en [naam], expert claims expertise team. Partijen hebben hun standpunt toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord. De consument heeft spreekaantekeningen overgelegd.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop van de procedure bij de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie van 27 december 2024.

3. De feiten

3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in de uitspraak onder randnummers 2.1 t/m 2.15. Deze feiten zijn niet betwist en worden voor zover nodig aangevuld met enkele andere feiten die tussen partijen vaststaan. Het gaat kort gezegd om het volgende.

3.2 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. De toepasselijke voorwaarden zijn Reaal UNIM Plus AOV 0510 (hierna: de polisvoorwaarden). De polisvoorwaarden bevatten onder meer de volgende bepalingen:

> *"**4.2 Wanneer bent u arbeidsongeschikt?***
>
> *Als wij in deze voorwaarden over arbeidsongeschiktheid spreken, bedoelen 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 om uw beroepswerkzaamheden uit te voeren.*
>
> *(...)*
>
> ***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 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."*

3.3 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.

3.4 Op 5 november 2021 heeft een intakegesprek plaatsgevonden met een re-integratieadviseur van de verzekeraar. In dat gesprek heeft de consument vermeld 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 onder meer het door de consument genoemde arbeidsongeschiktheidspercentage bevestigd.

3.5 Op 27 december 2021 heeft de arbeidsdeskundige met de consument gesproken en naar aanleiding daarvan een rapport opgemaakt. Op basis van 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. 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.

3.6 Bij e-mail van 1 maart 2022 heeft de consument bij de verzekeraar aangegeven te willen 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%).

3.7 Op 10 november 2022 heeft een verzekeringsgeneeskundige expertise plaatsgevonden en 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), zodat de opgestelde functionele mogelijkhedenlijst (hierna: FML) voor beide data geldig was.

3.8 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. Volgens het rapport heeft de consument in de maanden november en december 2022 slechts vijf dagen (deels) gewerkt, en wilde de consument vanaf 10 januari 2023 weer proberen meer te werken. 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%.

3.9 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.

3.10 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.

3.11 Op 27 juli 2023 is een nieuw arbeidsdeskundig rapport opgesteld. Daarin staat onder meer dat de partner van de consument 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 basisbehandelingen 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 volgens de arbeidsdeskundige voor meer dan 80% arbeidsongeschikt te beschouwen.

3.12 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. Bij brief van 7 augustus 2023 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat is besloten om vanaf 6 april 2021 (tot 5 november 2021) uitkering te verstrekken van 40% van het verzekerde bedrag.

3.13 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.

3.14 Bij brief van 22 september 2023 heeft de verzekeraar het bezwaar afgewezen. 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. De consument heeft de jaarcijfers niet verstrekt omdat deze volgens hem niet relevant zijn omdat krachtens de polisvoorwaarden sprake is van een theoretische beoordeling van het arbeidsongeschiktheidspercentage.

4. De klacht en de uitspraak van de Geschillencommissie

4.1 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, te vermeerderen met wettelijke rente.

4.2 De Geschillencommissie heeft de vordering van de consument afgewezen.

5. De beoordeling van het beroep

5.1 Het bezwaar van de consument tegen de uitspraak van de Geschillencommissie richt zich op de uitleg die de Geschillencommissie heeft gegeven van de polisvoorwaarden die bepalen wanneer sprake is van arbeidsongeschiktheid. De consument bestrijdt niet de juistheid van het juridisch kader dat de Geschillencommissie bij de uitleg heeft gehanteerd (randnummers 3.3-3.5 van de uitspraak van de Geschillencommissie).

5.2 De Commissie van Beroep overweegt dat uit artikel 4.2 van de polisvoorwaarden volgt dat voor arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering niet alleen sprake moet zijn van een medisch objectiveerbare stoornis maar ook dat deze stoornis de verzekerde moet beperken om zijn beroepswerkzaamheden uit te oefenen. Daaruit volgt dat de mate waarin de verzekerde daadwerkelijk in staat is zijn beroepswerkzaamheden uit te voeren een belangrijke factor is bij de beoordeling of sprake is van arbeidsongeschiktheid. Deze mate van daadwerkelijke inzetbaarheid kan in beginsel worden afgeleid uit het aantal uren waarin de verzekerde zijn beroepswerkzaamheden heeft verricht. De polisvoorwaarden bieden geen aanknopingspunt voor een uitleg die inhoudt dat de voorwaarde van beperkingen in de uitvoering van de beroepswerkzaamheden in artikel 4.2 slechts betrekking heeft op de belastbaarheidsbeperkingen die volgens de verzekeringsarts voortvloeien uit de vastgestelde medische stoornis, en niet (mede) op de mate waarin een verzekerde door die belastbaarheidsbeperkingen in de praktijk ook daadwerkelijk wordt belemmerd om zijn beroepswerkzaamheden uit te oefenen. Een dergelijke uitleg strookt ook niet met het doel van een arbeidsongeschiktheidsverzekering, namelijk om de verzekerde te beschermen tegen het risico dat hij niet meer (volledig) door eigen arbeid in zijn inkomen kan voorzien.

5.3 Ook uit het bepaalde in artikel 4.6 van de polisvoorwaarden, met name dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid bepaalt aan de hand van gegevens van artsen en/of andere deskundigen, volgt niet dat hierbij gegevens over de mate waarin de verzekerde zijn beroep daadwerkelijk uitoefent – waarover bijvoorbeeld de arbeidsdeskundige mede rapporteert – niet relevant zijn of dat de verzekeraar verplicht is het oordeel over de arbeidsongeschiktheid uitsluitend te baseren op de belastbaarheidsgegevens van de (verzekerings)arts. Ten slotte leidt het bepaalde in artikel 5.6 van de polisvoorwaarden, anders dan de consument betoogt, niet tot een ander inzicht over het bepaalde in artikel 4.2.

5.4 Uit het voorgaande volgt dat het feit dat de verzekerde in werkelijkheid tot meer in staat was dan op basis van de onderzochte belastbaarheid te verwachten viel, nog niet met zich meebrengt dat de arbeidsongeschiktheid dient te worden bepaald op basis van de aldus vastgestelde theoretische belastbaarheid, en de daadwerkelijke uitoefening van de werkzaamheden buiten beschouwing moet blijven. Dat zou anders kunnen zijn wanneer de verzekerde met zijn inzet de grenzen van zijn daadwerkelijke belastbaarheid overschrijdt of dit anderszins leidt tot een onverantwoorde uitoefening van zijn werkzaamheden. Uit de verschillende arbeidsdeskundige en verzekeringsgeneeskundige rapportages blijkt echter

niet dat daarvan bij de consument sprake is geweest voorafgaand aan de melding van de zijde van de consument op 3 juli 2023 dat hij op dat moment nagenoeg volledig was uitgevallen.

5.5 De consument voert verder aan dat de informatievoorziening van de verzekeraar matig was, dat de verzekeraar zijn claim niet voortvarend genoeg heeft afgehandeld, en dat hij in de veronderstelling was dat hij met voorlopige beoordelingen te maken had in afwachting van een beslissing over het definitieve arbeidsongeschiktheidspercentage. Wat hier ook van zij, deze door de consument gestelde feiten kunnen er niet toe leiden dat hij aanspraak kan maken op een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering sinds 6 april 2021, zoals hij vordert. Zijn stelling dat de verzekeraar zich niet heeft gehouden aan het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen heeft de consument niet toegelicht of onderbouwd, zodat de Commissie van Beroep deze stelling passeert.

5.6 De conclusie is dat de bestreden uitspraak van de Geschillencommissie juist is en dient te worden bevestigd. De Commissie van Beroep ziet geen aanleiding aan de consument een vergoeding voor proceskosten toe te kennen.

6. De beslissing

De Commissie van Beroep bevestigt de uitspraak van de Geschillencommissie.

Deze uitspraak is op bovenvermelde datum tot stand gekomen met inachtneming van de bepalingen van het Reglement Commissie van Beroep financiële dienstverlening.