Uitspraak Commissie van Beroep 2012-21 d.d. 6 december 2012
(prof. mr. F.R. Salomons, voorzitter, mr. A. Bus, mr. C.A. Joustra, mr. F.H.J. Mijnssen en mr. R.J.F. Thiessen, leden, en mr. M.J. Drijftholt, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Er is geen aanleiding voor nader medisch onderzoek, nu belanghebbende onvoldoende heeft duidelijk gemaakt waarom de voorhanden medische informatie kan wijzen op toename van arbeidsongeschiktheid. Dat vanaf zekere leeftijd niet langer de bij het aangaan van de verzekering opgegeven en nadien ook daadwerkelijk gewerkte wekelijkse uren bepalend zijn voor de mate van arbeidsongeschiktheid, is niet tussen partijen overeengekomen. Evenmin volgt het uit de aard van de verzekering (sommenverzekering).

Bekijk de uitspraak in eerste aanleg.

1. De procedure in hoger beroep

1.1 Belanghebbende heeft bij een op 23 januari 2012 door de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (verder: Beroepscommissie) ontvangen beroepschrift met bijlage een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) van 16 januari 2012 op de voet van artikel 43.1 van het Reglement Ombudsman & Geschillencommissie Financiële Dienstverlening in verbinding met artikel 5.1 van het Reglement Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (verder: Reglement Beroepscommissie) ter toetsing voorgelegd.

1.2 Belanghebbende heeft zijn beroep bij brieven van 24 februari 2012 en 21 maart 2012 nader onderbouwd. Bij laatstbedoelde brief heeft belanghebbende stukken overgelegd.

1.3 Namens verzekeraar is een op 4 mei 2012 gedateerd verweerschrift met bijlagen ingediend. Het verweer van verzekeraar strekt ertoe dat de Beroepscommissie de klachten van belanghebbende niet-ontvankelijk zal verklaren dan wel zal afwijzen.

1.4 De Beroepscommissie heeft het hoger beroep mondeling behandeld op 17 september 2012. Partijen hebben hun standpunt nader toegelicht en vragen van de Beroepscommissie beantwoord. Beide partijen hebben een pleitnota in het geding gebracht.

2. De procedure in eerste aanleg

Voor het verloop van de procedure in eerste aanleg verwijst de Beroepscommissie naar de aan deze uitspraak gehechte uitspraak van de Geschillencommissie.

3. Inleiding op de beoordeling van het beroep

3.1 De Beroepscommissie gaat op grond van:
- hetgeen de Geschillencommissie onbestreden heeft vastgesteld,
- de niet of niet voldoende weersproken inhoud van de stukken van het geding en
- hetgeen bij de mondelinge behandeling is gebleken,

uit van het volgende.

(i) Belanghebbende heeft bij een rechtsvoorganger van verzekeraar met ingang van 1 februari 1997 een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Verzekerd werd 'het risico van inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid'. In de polis is als beroep van belanghebbende vermeld: ingenieur. De verzekering kende als eindleeftijd 65 jaar. In verband daarmee is de verzekering op 1 januari 2012 geëindigd.

(ii) Op de verzekering waren van toepassing de 'Algemene voorwaarden arbeids-ongeschiktheidsverzekering voor ingenieurs 9605'. Artikel 1.4 van deze voorwaarden luidt: 'Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% beperkt is om de beroepsbezigheden, verbonden aan het in de polis omschreven beroep, zoals door verzekerde op het aanvraag-formulier opgegeven, te verrichten'.

(iii) Een op 21 september 2005 door verzekeraar afgegeven polis vermeldt dat op de verzekering de algemene voorwaarden 'Beroeps-AOV 0101' van toepassing zijn. In artikel 1.4 van deze algemene voorwaarden is bepaald: 'Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25 procent beperkt is om de beroepsbezigheden, verbonden aan het laatst bij de maatschappij bekende beroep te verrichten'.

(iv) De onder (ii) en onder (iii) bedoelde algemene voorwaarden bepalen in artikel 3.2: 'De verzekerde uitkering bedraagt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

25 tot en met 34%	30% van de verzekerde uitkering
35 tot en met 44%	40% van de verzekerde uitkering
45 tot en met 54%	50% van de verzekerde uitkering
55 tot en met 64%	60% van de verzekerde uitkering
65 tot en met 79%	75% van de verzekerde uitkering
80 tot en met 100%	100% van de verzekerde uitkering'.

(v) Belanghebbende heeft in december 1999 aan verzekeraar meegedeeld dat hij vanaf maart 1999 gedeeltelijk arbeidsongeschikt is door tinnitus auris. In januari 2005 heeft hij een toename van zijn arbeidsongeschiktheid aan verzekeraar gemeld.

(vi) Op verzoek van de Geschillencommissie heeft dr. S.T. Govers, klinisch fysicus-audioloog en hoofd van het Audiologisch Centrum VUMC onderzoek uitgevoerd naar de gezondheidstoestand van belanghebbende. Dr. Govers heeft bij zijn onderzoek drs. M.J. van Til, bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige audiologie bij het VUMC betrokken. In hun rapport van 14 april 2011 rapporteren beide artsen het plausibel te achten dat de in november 1999 bij belanghebbende vastgestelde gehoorstoornissen en tinnitus al vanaf 1 maart 1999 bestonden en dat belanghebbende als gevolg van deze klachten niet in staat was om meer dan 20 uur per week zijn werkzaamheden als projectmanager/milieuadviseur te verrichten. Voorts bevat hun rapport onder meer de volgende passages:

- *'Wij hebben uitgelegd dat onze expertise zich bij uitstek richt op het vaststellen van de gevolgen van gehoorproblemen voor het kunnen verrichten van het (eigen) werk inclusief de daarbij dikwijls voorkomende psychosociale problemen als gevolg van de gehoorstoornis en tinnitus.'*
- *'Uit de gehoortesten van dit onderzoek blijkt overigens dat de gehoorstoornissen ook niet zijn verslechterd in de afgelopen 10 jaar.'*
- *'Uit de stukken in het dossier komt ook naar voren dat het UWV wel een verslechtering van het arbeidsvermogen en verdienvermogen heeft geconstateerd (…). Deze verslechtering kan niet rechtstreeks het gevolg geweest zijn van een achteruitgang van het gehoor en in hoeverre een verslechtering van de tinnitus hieraan heeft bijgedragen of een andere oorzaak van de (psychische) klachten valt niet uit de stukken op te maken'.*
- *'[Belanghebbende] heeft (…) aangegeven dat mocht[en] er bij uw commissie vragen blijven over de toename van de medische beperkingen in de periode vanaf 01-01-2005 er medische gegevens kunnen worden opgevraagd bij de toenmalig behandelend specialisten. Wij vinden het niet op onze weg liggen dat te doen, omdat onze expertise zich beperkt tot gehoorproblemen en hun directe en indirecte gevolgen voor de beperkingen ten aanzien van het vervullen van arbeid.'*
- *'Omdat wij concluderen dat de beperkingen van betrokken[e] primair liggen op het gebied van KNO afwijkingen namelijk: de gehoorstoornissen en de tinnitus en secundair op het gebied van het cognitief en emotioneel functioneren als gevolg van de KNO afwijkingen, is verder onderzoek door een andere medisch deskundige niet nodig.'*

3.2 Belanghebbende heeft in eerste aanleg gevorderd dat verzekeraar hem de volgende bedragen uitkeert:

- uitkering volgens de polis	€ 525.000,-
- aanvulling WAZ-uitkering	€ 25.000,-
- oneigenlijk geïnde premie	€ 40.000,-
- onkostenvergoeding	€ 1.000,-
- rentederving	€ 19.000,-.

Aan zijn vordering heeft belanghebbende, kort samengevat, ten grondslag gelegd dat hij in maart 1999 65 – 80% en in het voorjaar van 2005 volledig arbeidsongeschikt is geworden.

3.3 De Geschillencommissie heeft geoordeeld dat op grond van het in 3.1 onder (vi) bedoelde rapport van dr. Govers en drs. Van Til, gevoegd bij de voordien reeds omtrent de gezondheidsklachten van belanghebbende voorhanden medische informatie, voldoende is komen vast te staan dat belanghebbende sinds 1 maart 1999 niet in staat is om meer dan 20 uur per week zijn werkzaamheden als project-manager/milieuadviseur te verrichten. Voorts heeft de Geschillencommissie geoordeeld dat op grond van nader door haar bij artsen en zorgverleners die belang-hebbende in de periode vanaf 1 januari 2005 hebben behandeld, ingewonnen medische informatie niet blijkt dat diens arbeidsongeschiktheid vanaf begin 2005 in een relevante mate is toegenomen. De Geschillencommissie heeft beslist dat verzekeraar aan belanghebbende over de periode vanaf van 1 maart 1999 tot 1 januari 2012 uitkering dient te doen ter zake van zijn arbeidsongeschiktheid, berekend naar arbeidsongeschikheidsklasse 65%-79% in de periode 1999 tot 2001, arbeidsongeschiktheidsklasse 55%-64% voor de periode 2001 tot 2006 en arbeidsongeschiktheidsklasse 45%-54% in de periode 2006 tot ultimo 2011. Voorts heeft de Geschillencommissie beslist dat verzekeraar, uitgaande van dezelfde gegevens, aan belanghebbende een uitkering dient te doen ter zake van aanvulling WAZ-uitkering en dient over te gaan tot vaststelling van premievrijstelling, een en ander onder verrekening van reeds gedane voorschotuitkeringen en vergoeding van de wettelijke rente over de aldus te laat betaalde uitkeringsbedragen tot de dag van de voldoening.

3.4 In hoger beroep heeft belanghebbende twee grieven aangevoerd tegen de bestreden beslissing. In de eerste plaats voert belanghebbende aan dat de Geschillencommissie onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar de toename van zijn medische beperkingen per 2005 ten gevolge van evenwichtsstoornissen, neurologische problemen en psychische problemen. In de tweede plaats acht belanghebbende het onjuist dat de Geschillencommissie de mate van zijn arbeidsongeschiktheid voor jaren vanaf 2001 heeft vastgesteld door de twintig uren die hij ondanks zijn beperkingen nog kon werken niet af te zetten tegen een veronderstelde arbeidsduur van zestig uren indien hij niet arbeidsongeschikt was geweest.

3.5 Verzekeraar heeft de bestreden beslissing aanvaard en daaraan inmiddels uitvoering gegeven. Op het verweer van verzekeraar tegen de door belanghebbende aan-gevoerde grieven zal in het navolgende, voor zover nodig, worden ingegaan.

4. Beoordeling van het beroep

4.1.1 Met betrekking tot de eerste grief van belanghebbende overweegt de Commissie van Beroep als volgt. In hun rapport van 14 april 2011 hebben dr. Govers en drs. Van Til vastgesteld dat voor belanghebbende in verband met zijn arbeid beperkingen gelden ten aanzien van het concentreren van de aandacht, het verdelen van de aandacht, het hanteren van emotionele problemen van anderen en het omgaan met conflicten,

alsmede ernstige beperkingen in spraakverstaan en herkennen van geluiden. Voorts stellen zij vast dat belanghebbende niet mag werken in een omgeving met lawaai-belasting en dat betrokkene niet meer dan ongeveer 4 uren per dag en ongeveer 20 uren per week kan werken. In zijn commentaar op een conceptversie van het rapport heeft belanghebbende uiteengezet dat hij vanaf 2005 geconfronteerd was met een toename van medische beperkingen, veroorzaakt door evenwichtsstoornissen, psychische en neurologische problemen, samenhangend met de gesignaleerde audiologische problemen. De Geschillencommissie heeft naar aanleiding van de door belanghebbende gestelde toename van medische beperkingen informatie ingewonnen bij artsen en zorgverleners die belanghebbende vanaf 2005 hebben behandeld. Uit die informatie bleek volgens belanghebbende dat hij vanaf 2005 inderdaad bijkomende gezondheidsproblemen had die zijn arbeidsongeschiktheid deden toenemen. Hij verzocht om, voor zover bij de Geschillencommissie nog twijfel bestond over de mate waarin zijn arbeidsongeschiktheid was toegenomen, alsnog dr. Sleeboom-Van Raaij, een specialist op het gebied van aan gehoorproblemen gerelateerde psychische en neurologische problemen, te horen.

4.1.2 Verzekeraar heeft naar aanleiding van de nadere medische informatie als volgt gereageerd:
'1. Uit de toegezonden informatie blijkt dat belanghebbende eind 2007 door de huisarts naar een psychiater werd verwezen. In de periode december 2007 tot november 2008 vonden vijf gesprekken met de psychiater plaats. De behandeling heeft bestaan uit inventariserende en beschouwende gesprekken, geen medicatie. Na november 2008 werd belanghebbende niet meer gezien door de psychiater. Uit deze informatie kan niet worden afgeleid dat er sprake is van ziekte en of de behandeling van ziekte;
2. In de periode tussen 2002 en 2009 werd belanghebbende diverse keren behandeld in verband met huidafwijkingen. De hieromtrent verkregen informatie geeft geen aanleiding voor het aannemen van langdurige of blijvende beperkingen voor arbeid in verband met deze afwijkingen dan wel de behandeling daarvan;
3. In mei 2008 werd belanghebbende gezien in verband met voetklachten. Er bleek sprake van een klapvoet, die in januari 2008 is ontstaan. Vanaf maart/april 2008 waren de klachten verminderd. Bij onderzoek in mei 2008 werd de diagnose klapvoet gesteld, maar was het looppatroon normaal en wikkelde de voet goed af. Er werd geen nader onderzoek of behandeling ingesteld. Op basis van het geconstateerde looppatroon en de afwikkeling van de voet is niet aannemelijk dat de voetklacht tot langdurige of blijvende beperkingen voor arbeid hebben geleid.(…) Er is wel sprake van enige nieuwe klachten die eerder niet bekend waren, maar die zijn van tijdelijke aard. Uit de nadere stukken blijkt voorts dat het gehoor van belanghebbende in de desbetreffende periode enigszins is afgenomen. Dit echter in een zo beperkte mate, dat dit op zichzelf geen invloed heeft op de eerdere reeds vastgestelde beperkingen als gevolg van de gehoorklachten.'

4.1.3 In de bestreden beslissing heeft de Geschillencommissie geoordeeld dat uit de nader ingewonnen informatie niet blijkt dat de arbeidsongeschiktheid van belanghebbende vanaf begin 2005 in een relevante mate is toegenomen.

4.1.4 Belanghebbende voert in hoger beroep aan dat uit de hiervoor bedoelde informatie duidelijk blijkt dat er vanaf 2005 daadwerkelijk ernstige aanvullende medische problemen zijn opgetreden. Belanghebbende laat in dit verband echter na om zijn standpunt te onderbouwen. In het bijzonder laat hij na om de hiervoor onder 4.1.2 weergegeven reactie van verzekeraar gemotiveerd te weerspreken. Het had op de weg van belanghebbende gelegen om aan de hand van de aan de Geschillencommissie verstrekte medische informatie en de reactie daarop van verzekeraar duidelijk te maken waarom er naar zijn oordeel sprake was van een toename van zijn arbeidsongeschiktheid. Ook naar het oordeel van de Beroepscommissie blijkt uit de voorhanden medische informatie niet dat de arbeidsongeschiktheid van belanghebbende vanaf begin 2005 in relevante mate is toegenomen.

4.1.5 Ter zitting heeft belanghebbende naar aanleiding van vragen van de zijde van de Beroepscommissie meegedeeld dat hij beschikt over een rapport, opgesteld door dr. Sleeboom-Van Raaij, waaruit zijn toegenomen arbeidsongeschiktheid zou blijken. Het staat belanghebbende echter niet vrij – zo heeft hij meegedeeld – om dit rapport over te leggen omdat dr. Sleeboom-Van Raaij in deze procedure slechts bereid is op te treden als onafhankelijk deskundige en niet als partijdeskundige. Nu belanghebbende evenwel ook heeft nagelaten om, niet door overlegging maar wel met gebruikmaking van de informatie uit het rapport van dr. Sleeboom-Van Raaij, duidelijk te maken waarom de voorhanden medische informatie wel degelijk kan wijzen op toegenomen arbeidsongeschiktheid, ziet de Beroepscommissie geen aanleiding voor het opdragen van nader onderzoek aan een medisch deskundige. De eerste grief faalt derhalve.

4.1.6 Belanghebbende heeft ook nog aangevoerd dat er – zoals gebruikelijk in dit soort zaken betreffende arbeidsongeschiktheid – een arbeidsdeskundige had moeten worden geraadpleegd om zijn belastbaarheid vast te stellen; zonder een dergelijk onderzoek – zo begrijpt de Beroepscommissie het betoog van belanghebbende – kan het percentage arbeidsongeschiktheid in relatie tot het beroep dat belanghebbende uitoefende, niet worden vastgesteld.

4.1.7 Verzekeraar heeft erkend dat een onderzoek door een arbeidsdeskundige in dit soort zaken gebruikelijk is en dat zij aanvankelijk hierop ook heeft aangedrongen. Echter, de wijze waarop dr. Govers en drs. Van Til hun medisch onderzoek hebben uitgevoerd, maakt nader arbeidsdeskundig onderzoek overbodig. Uit dat rapport blijkt immers dat de door deskundigen vastgestelde urenbeperking de resultante is van de medische beperkingen in relatie tot de bij het verzekerde beroep behorende werkzaamheden en dat de conclusie van de deskundigen dus inhoudt dat de mate van

arbeidsongeschiktheid rechtstreeks uit de vastgestelde urenbeperking is af te leiden, aldus verzekeraar.

4.1.8 De Beroepscommissie is met de verzekeraar van oordeel dat het deskundigenrapport van dr. Govers en drs. Van Til nader onderzoek door een arbeidsdeskundige overbodig maakt. Belanghebbende heeft niet voldoende toegelicht waarom hij niettemin nog belang heeft bij het uitvoeren van een dergelijk onderzoek.

4.2.1 De tweede grief van belanghebbende betreft de omstandigheid dat uitgaande van een arbeidsinspanning van maximaal twintig uren per week zijn arbeidsongeschiktheid niet is vastgesteld door vergelijking met de zestig uren arbeid per week die hij op het aanvraagformulier voor de verzekering had vermeld en die ook overeenkwam met het aantal uren dat hij voorafgaand aan zijn arbeidsongeschiktheid arbeid verrichtte. Door in plaats daarvan uit te gaan van een werkweek van vijftig uur vanaf het tijdstip dat hij de leeftijd van 55 jaar bereikte en van een werkweek van veertig uur vanaf de leeftijd van 60 jaar, wordt volgens belanghebbende een onbegrijpelijke en niet uit de verzekeringsvoorwaarden volgende leeftijdskorting toegepast.

4.2.2 Voor de beoordeling van deze grief is van belang dat de in 3.1, onder (ii) aangehaalde verzekeringsvoorwaarden het begrip arbeidsongeschiktheid relateren aan medisch vast te stellen stoornissen waardoor de verzekerde beperkt is in het verrichten van ‘de beroepsbezigheden, verbonden aan het in de polis omschreven beroep, zoals door verzekerde op het aanvraagformulier opgegeven’. Belanghebbende heeft gesteld en door verzekeraar is niet bestreden dat belanghebbende in het aanvraagformulier werkzaamheden voor zestig uur per week heeft opgegeven en dat belanghebbende voorafgaand aan zijn arbeidsongeschiktheid in maart 1999 daadwerkelijk zestig uren per week placht te werken.

4.2.3 Van belang is verder dat de in 3.1, onder (ii) bedoelde verzekeringsvoorwaarden geen bepaling inhouden waaruit valt af te leiden dat verzekeraar bij een verzekerde met een leeftijd vanaf 55 jaar mag rekenen met een werkweek van (ten hoogste) vijftig uur en bij verzekerden met een leeftijd vanaf 60 jaar met een werkweek van (ten hoogste) veertig uur.

4.2.4 Ter zitting heeft verzekeraar erop gewezen dat in 2005 de verzekeringsvoorwaarden zijn gewijzigd en dat bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid op basis van de nieuwe, in 3.1 onder (iii) bedoelde, polisvoorwaarden rekening wordt gehouden met ‘de beroepsbezigheden, verbonden aan het laatst bij de maatschappij bekende beroep’. In verband daarmee vermeldt het polisblad van 21 september 2005 niet slechts het beroep van belanghebbende (ingenieur) maar ook de indeling van dat beroep in beroepsklasse 5. Op basis van deze nieuwe verzekeringsvoorwaarden geldt volgens verzekeraar dan ook als uitgangspunt wel degelijk de arbeidsduur zoals die vanaf een zekere leeftijd gebruikelijk is voor een beoefenaar van het desbetreffende beroep.

4.2.5 Ter zitting is met verzekeraar besproken of het haar wel vrijstaat niet slechts de verzekeringsvoorwaarden maar ook de op de polisblad vermelde beroepsgegevens van belanghebbende eenzijdig te wijzigen en voorts of aan een beroep op de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden niet in de weg staat dat deze niet eerder dan in september 2005 van toepassing zijn verklaard, op een moment dat belanghebbende al geruime tijd arbeidsongeschikt was en bovendien de leeftijd van 55 jaar al had bereikt. Verzekeraar heeft vervolgens het beroep op de nieuwe verzekeringsvoorwaarden ingetrokken en te kennen gegeven dat de tweede grief beoordeeld kan worden op grond van de oude verzekeringsvoorwaarden. Verzekeraar heeft voorts nog meegedeeld dat zij in recente verzekeringsvoorwaarden een uitdrukkelijke regeling hanteert voor het aantal arbeidsuren waarmee in verband met de leeftijd van de verzekerde ten hoogste rekening wordt gehouden.

4.2.6 De tweede grief slaagt. Op grond van de in 3.1 onder (ii) bedoelde verzekeringsvoorwaarden is voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid van belanghebbende bepalend in hoeverre hij door de vastgestelde beperkingen de bezigheden, verbonden aan het door hem in het aanvraagformulier opgegeven beroep, niet langer kan verrichten. Dat vanaf zekere leeftijd niet langer de bij het aangaan van de verzekering opgegeven en nadien ook daadwerkelijk gewerkte wekelijkse uren bepalend zijn voor de mate van arbeidsongeschiktheid, is niet tussen partijen overeengekomen. Evenmin volgt dit uit de aard van de verzekering. De arbeidsongeschiktheidsverzekering zoals tussen partijen gesloten is immers geen schadeverzekering maar een sommenverzekering, aangezien het voor een aanspraak op uitkering op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen verschil maakt of en in hoeverre met de uitkering schade wordt vergoed (artikel 7:964 BW). Zie ook HR 3 oktober 2008, BD5828, NJ 2009/80.

4.2.7 Ten overvloede overweegt de Beroepscommissie nog dat uit de door verzekeraar overgelegde notitie van J.P.H.M. Verhoeven, getiteld ‘De redelijke arbeidsurenbelasting van de zelfstandige ondernemer’ niet zonder meer volgt dat het ook in een geval als het onderhavige gebruikelijk zou zijn om bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid rekening te houden met de leeftijd van de verzekerde op de wijze zoals verzekeraar heeft gedaan. Uit de notitie volgt immers dat deze geen betrekking heeft op situaties waarin, zoals in de onderhavige zaak het geval is, tussen partijen geen onduidelijkheid bestaat over het aantal bij het aangaan van de verzekering opgegeven aantal arbeidsuren per week, noch over het aantal arbeidsuren per week dat belanghebbende voorafgaand aan zijn arbeidsongeschiktheid daadwerkelijk verrichtte.

4.3 Het voorgaande brengt mee dat belanghebbende over de periode vanaf 1 maart 1999 tot 1 januari 2012 aanspraak heeft op:
- uitkering ter zake van zijn arbeidsongeschiktheid,
- een aanvulling WAZ-uitkering als bedoeld in artikel 5 van de in 3.1 onder (iii) bedoelde verzekeringsvoorwaarden,
- premievrijstelling op grond van artikel 10 van de in 3.1 onder (iii) bedoelde verzekeringsvoorwaarden en terugbetaling van teveel betaalde premies,

alle bedragen te berekenen overeenkomstig arbeidsongeschiktheidsklasse 65% - 79% (uitkeringspercentage 75%), onder verrekening van de bedragen die verzekeraar ter zake van deze aanspraken reeds heeft voldaan en met vergoeding van de wettelijke rente over de periode vanaf het tijdstip dat die bedragen of delen daarvan opeisbaar zijn geworden tot aan de dag van de voldoening ervan.

5. Slotsom

De slotsom luidt dat het beroep van belanghebbende gedeeltelijk slaagt. De bestreden beslissing kan niet in stand blijven. De Beroepscommissie zal na te melden beslissing voor de bestreden beslissing in de plaats stellen.

6. Beslissing

De Beroepscommissie stelt bij bindend advies de volgende beslissing in de plaats van de beslissing van de Geschillencommissie:
- verzekeraar dient binnen een termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd aan belanghebbende uit te keren hetgeen waartoe zij volgens het hierboven onder 4.3 geoordeelde gehouden is.
- verzekeraar dient aan belanghebbende een bedrag te vergoeden van € 500,- ter zake van de door hem betaalde bijdrage voor beroep.