Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-204 d.d. 3 mei 2016
(prof. mr. M.M. Mendel, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse en dr. B.C. de Vries, leden en mr. S. van der Hoorn, secretaris

Samenvatting

Consument vordert van Verzekeraar een maandelijkse uitkering uit zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering vanaf het moment dat Verzekeraar de uitkering heeft beëindigd, 15 februari 2013, tot het moment dat een deugdelijk en onafhankelijk arbeidskundig onderzoek naar zijn arbeids(on)geschiktheid heeft plaatsgevonden. Consument stelt dat Verzekeraar de uitkering per 15 februari 2013 heeft beëindigd op grond van de uitkomsten van een ondeugdelijk arbeidskundig onderzoek. Daarbij stelt Consument zich op het standpunt dat hij geen voorwaarden heeft ontvangen en deze niet op de verzekering van toepassing zijn. In het aanvraagformulier, het polisblad en in de door Consument ontvangen brochure en financiële bijsluiter is nadrukkelijk gewezen op het bestaan van algemene voorwaarden. Onder deze omstandigheden kan naar het oordeel van de Commissie in dit geval redelijkerwijze niet van Verzekeraar worden gevergd dat hij ondanks de eigen gedragingen van Consument overgaat tot (verdere) levering van het bewijs dat Consument de algemene voorwaarden die van toepassing waren op het moment van afsluiten van de verzekering, heeft ontvangen. De Commissie deelt het standpunt van Consument dat de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vanaf 15 februari 2010 niet vastgesteld kan worden op basis van de uitkomsten van het arbeidsdeskundig onderzoek en er een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek dient plaats te vinden om de mate van arbeidsongeschiktheid bij Consument vast te stellen. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar ervoor zorg draagt dat bij Consument een nieuw arbeidskundig onderzoek wordt uitgevoerd naar de mate van arbeidsongeschiktheid vanaf 15 februari 2013 en Consument bij een door de arbeidsdeskundige vastgesteld arbeidsongeschiktheidspercentage van minimaal 80% recht heeft op een vervolguitkering uit hoofde van de verzekering.

Consument,

tegen

de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, hierna te noemen Verzekeraar.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende klachtformulier en begeleidende brief met bijlagen van 8 mei 2015;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de spreekaantekeningen van Verzekeraar, overgelegd ter zitting.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen haar advies als bindend aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 25 januari 2016 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

2.1. Consument heeft op 1 februari 2007 via zijn tussenpersoon bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsuitkering (hierna genoemd: de verzekering) afgesloten. Consument is een verzekerd maandbedrag overeengekomen van € 2.000,-, met een maximale uitkeringstermijn van 60 maanden en een wachttijd van 30 dagen. De verzekering biedt dekking bij arbeidsongeschiktheid vanwege ziekte of een ongeval.

2.2. Op het door Consument op 9 januari 2007 ondertekende aanvraagformulier voor het aanvragen van de verzekering staat onder meer:
*"**Algemene slotverklaring en ondertekening***
Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaar ik tevens dat:
(…)
e) ik de brochure, vrijwillige financiële bijsluiter en polisvoorwaarden heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd."

2.3. Op het polisblad staat dat de verzekeringsvoorwaarden GF 01-2006 van toepassing zijn. In artikel 2 van deze voorwaarden staat:
*"**2. RECHT OP EEN UITKERING BIJ ZIEKTE OF EEN ONGEVAL***
(…)
Bent u langer dan twee jaar ziek voor eigen werkzaamheden, dan zal bij de beoordeling van het recht op een vervolguitkering worden gekeken of u werkzaamheden kunt verrichten waartoe u gezien uw ervaring, opleiding of scholing in staat bent. Zolang u in het geheel niet in staat bent te werken blijft uw recht op een vervolguitkering bestaan.
(…)
2.4 Maximale uitkeringsduur
Bij ziekte of een ongeval is de maximale uitkeringsduur 60 perioden van 30 dagen per claim."

2.4. Bij het afsluiten van de verzekering heeft Consument van zijn tussenpersoon de brochure "Lekker slapen met de TAF Maandlastbeschermer" (hierna genoemd: de brochure) en "Vrijwillige financiële bijsluiter TAF Maandlastbeschermer" (hierna genoemd: de financiële bijsluiter) ontvangen. In de brochure is onder meer opgenomen:

*"**Ik ben eigen baas. Kan T@F ook mijn maandlasten beschermen?***
(…)
Let wel: de T@F Maandlastbeschermer is géén onbeperkte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Lees de voorwaarden en laat u adviseren door uw tussenpersoon.
(…)
Meer weten?

(…) Op onze website vindt u eveneens meer informatie, waaronder de complete polisvoorwaarden en vrijwillige financiële bijsluiter."
In de financiële bijsluiter is onder meer opgenomen:
*"**Over de financiële bijsluiter***
(…)
Voor de exacte en actueel geldende condities verwijzen we u naar de polisvoorwaarden en raden u aan deze zorgvuldig door te nemen.
(…)
Recht op uitkering
(…)
VERGELIJKING
U ontvangt bij ziekte/ongeval bij [Verzekeraar] altijd 100% van het verzekerde bedrag. Ook al kunt u uw werk gedeeltelijk verrichten. (…)"

2.5. Op 10 oktober 2008 heeft Consument aan Verzekeraar schriftelijk toestemming gegeven om de verzekering met ingang van 1 november 2008 om te zetten van TAF-Genworth naar TAF-Quantum Leben. Op 5 november 2008 is hiervoor een nieuw polisblad opgesteld. Op het polisblad staat onder meer dat de dekkingscode BasisP80 is en de van toepassing zijnde polisvoorwaarden QL GF 06-2008 zijn bijgevoegd. Ook staat de website genoemd waarop deze voorwaarden te downloaden zijn.

2.6. In artikel 3.4 lid 1 van de voorwaarden QL GF 06-2008 is bepaald:
"3.4 Maximale uitkeringsduur en hoogte bij ziekte
(…)
1. BasisP80: De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per ziekteclaim. Na twee jaar ziekte blijft het recht op een volledige uitkering bestaan indien het afkeuringspercentage 80% of hoger is op basis van passende arbeid."

2.7. Op 18 december 2010 heeft Consument Verzekeraar gemeld dat hij op 29 november 2010 als gevolg van reumatologische klachten volledig arbeidsongeschikt is geraakt.

2.8. Consument heeft per 29 december 2010 uit hoofde van de verzekering een uitkering ontvangen van € 2.000,- per maand.

2.9. Op verzoek van Verzekeraar is op 15 februari 2013 een arbeidsdeskundig onderzoek bij Consument uitgevoerd. Dit onderzoek is verricht door mevrouw V. Op 25 februari 2013 heeft zij van het arbeidskundig onderzoek een rapportage opgesteld, waarin onder meer is geschreven:

*"**7. Bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid***
7.1 Mate van arbeidsongeschiktheid voor het oorspronkelijk uitgeoefende beroep.
Vergelijking van de functiebelasting per deeltaak met de aangegeven belastbaarheid laat zien dat verzekerde niet geschikt is voor de eigen werkzaamheden als fulltime timmerman.

7.2 Mate van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.
Vergelijking van de beperkingen en belastbaarheid met de norm van 50 uur uit de polis geeft geen reden om aan te nemen dat verzekerde niet in staat is om tenminste 10 uur per week arbeid te verrichten."

2.10. Bij brief van 25 maart 2013 heeft Verzekeraar aan Consument onder meer het volgende geschreven:
"(…)

Op grond van artikel 3.4 van de polisvoorwaarden QL-GF 06-2008 hangt het recht op een uitkering af van de door u gekozen dekking bij het afsluiten van deze verzekering. U heeft gekozen voor de dekking Basis Passend 80%. Bij deze dekking bestaat er alleen recht op een uitkering na 2 jaar ziekte indien het afkeuringspercentage voor passende arbeid 80% of hoger is. (…)
[Mevrouw V.] heeft dus geoordeeld dat u minder dan 80% arbeidsongeschikt bent voor het verrichten van passende arbeid. Dat betekent dat u niet langer recht heeft op een uitkering. Om die reden beëindigen wij uw claim per 15 februari 2013. Wij hadden u in afwachting van de uitkomst van het arbeidsdeskundig onderzoek reeds een uitkering verstrekt tot en met 31 januari 2013. Wij zullen de uitkering van 1 februari 2013 tot en met 14 februari 2013 aan u overmaken. (…)"

2.11. Tegen de beslissing van Verzekeraar om de uitkering van Consument te beëindigen, heeft Consument een klacht ingediend bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening. De Ombudsman heeft advies ingewonnen bij zijn arbeidsdeskundige de heer S. De heer S. heeft op 2 februari 2015 een deskundigenrapport opgesteld. Hierin staat onder meer:
"(…)

5. Conclusie
(…)
a) De arbeidsdeskundige heeft een zeer globale inschatting gemaakt van de mate van arbeidsongeschiktheid van [Consument]. Zij heeft zich daarbij laten leiden door minimale informatie en aangenomen beperkingen op basis van de term 'gewrichtssparende werkzaamheden', die niet volstaat om tot een objectiveerbaar, toetsbaar en volledig oordeel te komen omtrent de gevolgen van arbeidsongeschiktheid. De beoordeling is om die reden niet volledig en vergt zeker gelet op de meerdere veronderstellingen door de arbeidsdeskundige, waaronder ook het feit dat volledige arbeidsongeschiktheid in vergelijkbare situaties werd aangetroffen, heronderzoek op basis van een door een medisch adviseur op te stellen volledig belastbaarheidspatroon.
(…)"

2.12. Bij e-mailbericht van 24 februari 2015 heeft Verzekeraar aan de advocaat van Consument onder meer geschreven:
"Zoals ik u eerder schreef, zijn wij bereid om de aanbeveling van de Ombudsman op te volgen en nieuw medisch en arbeidsdeskundig onderzoek te laten doen. U geeft aan dat u inspraak wilt hebben in de deskundigen die deze onderzoeken gaan verrichten. (…)
Wij stellen de volgende verzekeringsgeneeskundigen voor: (…). Graag vernemen wij van u waar de voorkeur van [Consument] naar uitgaat. (…)"

2.13. Bij e-mailbericht van 11 maart 2015 heeft de advocaat van Consument aan verzekeraar onder meer geschreven:
"Op dit moment zijn wij nog met client in overleg over de eventueel te nemen vervolgstappen inzake de onderhavige kwestie. (…)"

3. De vordering en grondslagen

3.1. Consument vordert dat Verzekeraar aan hem vergoedt de maandelijkse uitkering van € 2.000,- uit hoofde van de verzekering van 15 februari 2013 tot heden, te weten in totaal een bedrag van € 53.000,- vermeerderd met wettelijke rente vanaf 15 februari 2013. Voorts vordert Consument uitkering uit de verzekering van heden tot het moment dat een deugdelijk en onafhankelijk medisch en arbeidskundig onderzoek naar zijn arbeids(on)geschiktheid heeft plaatsgevonden, te weten in totaal een bedrag van € 16.000,- (gedurende 8 maanden een bedrag van € 2.000,- per maand). Daarnaast vordert Consument een duidelijke uitleg over de inhoud van de verzekering.

3.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:

a) Consument is sinds 29 november 2010 als gevolg van reumatische klachten arbeidsongeschikt in de zin van de verzekering. Hierdoor heeft hij gedurende de maximale uitkeringsduur van 60 maanden, te rekenen vanaf 30 december 2010, recht op uitkeringen van € 2.000,- per maand.
b) Verzekeraar heeft de uitkering aan Consument op ondeugdelijke grondslag beëindigd, omdat het arbeidsdeskundigonderzoek van mevrouw V. waarop Verzekeraar haar standpunt heeft ingenomen, ondeugdelijk was.
c) Verzekeraar kan geen beroep doen op de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden GF 01-2006 en QL GF 06-2008, omdat Consument deze nimmer heeft ontvangen. De verklaring op het aanvraagformulier van de verzekering (genoemd onder r.o.2.2) komt geen enkele betekenis toe. De verklaring is een algemene voorwaarde op grond van artikel 6:231 sub a BW. De inhoud van deze algemene voorwaarde heeft tot doel om de bewijslast inzake de wettelijke informatieplicht van Verzekeraar om te keren ten nadele van Consument. Hierdoor is de algemene voorwaarde onredelijk bezwarend in de zin van artikel 6:236 sub k BW. Gelet op het voorgaande vernietigt Consument de inhoud van de bedingen uit de voornoemde verzekerings-voorwaarden op grond van artikel 6:233 sub b BW (vgl. Rechtbank Utrecht 2 september 2009, ECLI:NL:RBUTR:2009:BJ7081 en 6 juni 2012, ECLI:NL:RBUTR:2012:BX0526).
d) Consument heeft van de verzekeringsvoorwaarden geen kennis kunnen nemen waardoor een beroep op de daarin opgenomen kernbedingen naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is op grond van artikel 6:248 lid 2 BW.
e) Artikel 7:925 lid 1 BW vereist niet dat verzekeringsvoorwaarden op een overeenkomst van toepassing moeten zijn om de overeenkomst aan te merken als verzekering.
f) De inhoud van de brochure en financiële bijsluiter zijn bepalend voor de omvang van de dekking. Uit de brochure en financiële bijsluiter blijkt dat Consument recht heeft op uitkering uit de verzekering indien hij niet in staat is om zijn werk uit te voeren als gevolg van beperkingen die voortvloeien uit zijn medische situatie.

g) De verzekering is een sommenverzekering, waarbij een ruime uitleg van de dekking op zijn plaats is (vgl. Hoge Raad 30 maart 2012, NJ 2012/687).
h) Consument heeft nimmer het polisblad ontvangen van de verzekering die op 1 november 2008 is overgezet naar Quantum Leben.
i) Verzekeraar geeft een onjuiste uitleg van de inhoud van de verzekering wat betreft de dekkingsomvang, de functie van de verzekering, de verwachtingen van verzekerde en de uitleg van het begrip arbeidsongeschiktheid.

3.3. Verzekeraar heeft het volgende als verweer aangevoerd:

Tot 1 november 2008 waren de voorwaarden GF 01-2006 van toepassing op de verzekering en vanaf 1 november 2008 zijn de voorwaarden QL GF 06-2008 van toepassing, omdat:
- Verzekeraar de voorwaarden GF 01-2006 voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering ter hand heeft gesteld aan de tussenpersoon van Consument (vgl. Rechtbank Amsterdam 7 maart 2012, ECLI:NL:RBAMS:2012:BW1436 en Rechtbank Utrecht van 20 april 2011, ECLI:RBUTR:2011:BQ0997);
- Consument met het ondertekenen van het aanvraagformulier heeft verklaard de voorwaarden te hebben gelezen en ontvangen, waardoor een beroep op vernietiging niet mogelijk is (vgl. Hoge Raad 11 juli 2008, NJ 2008/416);
- in de brochure en financiële bijsluiter die aan Consument zijn overhandigd bij het afsluiten van de verzekering wordt verwezen naar de voorwaarden, dus Consument had hiervan op de hoogte kunnen zijn. In deze documenten staan niet de volledige voorwaarden voor dekking vermeld, waardoor een beroep op slechts de inhoud van de brochures niet kan worden gehonoreerd;
- op verzoek van Consument de verzekering ongewijzigd per 1 november 2008 is overgezet naar Quantum Leben, waardoor Verzekeraar ervan uit mocht gaan dat zijn tussenpersoon hem hierbij heeft geadviseerd en de bijbehorende voorwaarden QL GF 06-2008 heeft overhandigd.

Op grond van artikel 3.4 lid 1 van de voorwaarden QL GF 06-2008 mocht Verzekeraar na twee jaar arbeidsongeschiktheid van Consument de mate van arbeidsongeschiktheid opnieuw laten beoordelen en mocht Verzekeraar op grond van dit artikel de uitkering beëindigen aangezien de arbeidsdeskundige had vastgesteld dat Consument minder dan 80% arbeidsongeschikt was. De voorwaarde dat Verzekeraar na twee jaar de arbeidsongeschiktheid opnieuw mag laten onderzoeken staat ook vermeld in de financiële bijsluiter.

Voor zover de voorwaarden GF 01-2006 op de claim van Consument van toepassing zijn, heeft Consument geen aanspraak op een uitkering bij beperkte arbeidsongeschiktheid. In artikel 2 van deze voorwaarden staat dat alleen bij gehele arbeidsongeschiktheid aanspraak is op uitkering van het volledige verzekerde bedrag.

Verzekeraar heeft zich bereidwillig opgesteld om naar aanleiding van de aanbeveling van de Ombudsman een nieuw medisch en arbeidskundig onderzoek te laten verrichten, maar Consument heeft hieraan niet meegewerkt. Verzekeraar is dan ook niet gehouden om de uitkering te hervatten.

4. Beoordeling

4.1. De onderhavige kwestie spitst zich toe op het beantwoorden van de vraag of Verzekeraar jegens Consument toerekenbaar te kort is geschoten uit hoofde van zijn verplichtingen die voortvloeien uit de verzekering door de uitkering ten behoeve van Consument per 15 februari 2013 te beëindigen. Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden dient de Commissie te oordelen over de kwestie of Verzekeraar een beroep kan doen op de verzekeringsvoorwaarden QL GF 06-2008, dan wel GF 01-2006.

4.2. Consument stelt dat hij de beide in r.o. 4.1 genoemde verzekeringsvoorwaarden nimmer heeft ontvangen. Art. 6:234 lid 1 BW brengt mee dat Verzekeraar Consument voor of bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst de algemene voorwaarden die op de verzekeringsovereenkomst van toepassing zijn ter beschikking moet stellen. Op grond van vaste rechtspraak – zie onder andere HR 11 juli 2008, NJ 2008/416 – rust op Verzekeraar de bewijslast van het feit dat aan onderhavige informatieverplichting is voldaan.

4.3. In het kader van de in r.o. 4.2 genoemde informatieverplichting heeft Verzekeraar gewezen op een passage op het door Consument ondertekende aanvraagformulier. Daar staat vermeld dat verzekerde de van toepassing zijnde voorwaarden ontvangen, gelezen en begrepen heeft. Consument stelt dat hieraan geen betekenis toekomt op grond van twee uitspraken van de Rechtbank Utrecht (genoemd onder r.o. 3.2. sub c). In de voornoemde uitspraken van de Rechtbank Utrecht heeft de rechtbank bepaald dat een verklaring op het aanvraagformulier waarin is vermeld dat de verzekerde kennis heeft genomen van de algemene voorwaarden en daar een exemplaar van heeft ontvangen, een onredelijk bezwarende bepaling is in de zin van artikel 6:236 sub k BW, omdat daarmee wordt beoogd de bewijslast ter zake van de wettelijke informatieplicht ten nadele van de verzekerde om te keren. Verzekeraar betwist dit en stelt dat er wel betekenis aan deze verklaring toekomt en verwijst hierbij naar een uitspraak van de Hoge Raad (genoemd onder r.o 3.3.). De Hoge Raad liet in deze zaak het oordeel van het Hof Arnhem in stand dat een door verzekerde ondertekende verklaring waarin staat dat hij de algemene voorwaarden heeft gelezen en ontvangen, voor verzekeraar voldoende bewijs is dat deze voorwaarden verzekerde zijn verstrekt. De Hoge Raad wees er op dat er in cassatie niet over was geklaagd dat de uitleg van de verklaring door het Hof onbegrijpelijk was.

4.4. De Commissie laat in het midden of de in r.o. 4.3 genoemde verklaring al dan niet in strijd is met art. 6:236 sub k BW nu de Commissie van oordeel is dat op grond van andere feiten mag worden aangenomen dat Verzekeraar aan onderhavige informatieverplichting heeft voldaan. Allereerst kan worden genoemd het feit dat Consument zich heeft beroepen op de door hem van de tussenpersoon ontvangen brochure en financiële bijsluiter. Daarin wordt met nadruk geattendeerd op het bestaan van algemene voorwaarden (onder andere: “Let wel de (...) Maandlastbeschermer is géén onbeperkte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Lees de voorwaarden en laat u adviseren door uw tussenpersoon.”). Waarom hij deze indringende signalering naast zich neer zou hebben gelegd is door Consument niet verklaard. Verder kan worden genoemd het feit dat ook in het polisblad dat Consument bij het afsluiten van de verzekering heeft ontvangen en in het door hem ondertekende aanvraagformulier naar de algemene voorwaarden wordt verwezen.

De stelling van Consument dat hij nimmer het polisblad behorend bij de voorwaarden GF 01-2006 heeft ontvangen (zie hierboven onder 3.2. onder h), acht de Commissie niet geloofwaardig gelet op de repliek van Consument van 17 november 2014 bestemd voor de Ombudsman en de vermelding hiervan door de Ombudsman op pagina 3 van zijn uitspraak van 13 februari 2015. Onder deze omstandigheden kan naar het oordeel van de Commissie in dit geval redelijkerwijze niet van Verzekeraar worden gevergd dat hij ondanks de eigen gedragingen van Consument overgaat tot (verdere) levering van het bewijs dat Consument de algemene voorwaarden GF 01-2006 die van toepassing waren op het moment van afsluiten van de verzekering, heeft ontvangen. Verzekeraar kan derhalve een beroep doen op de algemene voorwaarden GF 01-2006.

4.5. De vraag of in dezen Verzekeraar een beroep kan doen op de voorwaarden QL GF 06-2008 is voor het onderhavige geschil niet van belang. Op grond van de voorwaarden GF 01-2006 heeft Consument recht op uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid. Op grond van de voorwaarden QL GF 06-2008 is het arbeidsongeschiktheidspercentage verlaagd naar minimaal 80%. Evenals de Ombudsman (zie zijn uitspraak op pagina 5) is de Commissie van oordeel dat het uitgangspunt dat sprake moet zijn van volledige arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid, moet worden vervangen door het uitgangspunt dat het afkeuringspercentage 80% of hoger voor passende arbeid moet zijn. Dit omdat tijdens het schadebehandelingstraject steeds van die 80% is uitgegaan.

4.6. De Commissie deelt het standpunt van Consument dat de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vanaf 15 februari 2010 niet vastgesteld kan worden op basis van de beoordeling van mevrouw V. en er een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek dient plaats te vinden om de mate van arbeidsongeschiktheid bij Consument vast te stellen. De arbeidsdeskundig adviseur van Kifid, de heer S., heeft geconstateerd dat mevrouw V. haar beoordeling heeft gebaseerd op minimale informatie die niet volstaat om tot een objectiveerbaar, toetsbaar en volledig oordeel te komen aangaande de gevolgen van arbeidsongeschiktheid. Gelet op deze constatering is de Commissie van oordeel dat een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek uitgevoerd moet worden om de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vanaf 15 februari 2013 vast te stellen.

4.7. Het risico dat bij een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument op 15 februari 2013 niet meer vast te stellen is, komt voor rekening van Consument. Vast staat dat Verzekeraar na het oordeel van de Ombudsman bij e-mailbericht van 24 februari 2015 Consument heeft aangeboden om een nieuw arbeidskundig onderzoek te laten uitvoeren. Uit de stukken blijkt dat Consument hieraan tot dusver niet zijn medewerking heeft verleend om dit mogelijk te maken. Derhalve is het Verzekeraar niet toe te rekenen dat er na het oordeel van de Ombudsman nog geen nieuw arbeidskundig onderzoek heeft plaatsgevonden en is Verzekeraar niet verantwoordelijk voor de consequenties daarvan.

4.8. Gelet op het bovenstaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar ervoor zorg draagt dat bij Consument een nieuw arbeidskundig onderzoek wordt uitgevoerd naar de mate van arbeidsongeschiktheid vanaf 15 februari 2013 en Consument bij een door de arbeidsdeskundige vastgesteld arbeidsongeschiktheidspercentage van minimaal 80% recht heeft op een vervolguitkering uit hoofde van de verzekering.

5. Beslissing

Verzekeraar dient binnen een termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, Consument een aantal namen van verzekeringsgeneeskundigen toe te sturen waaruit Consument zijn keuze kan maken. Verzekeraar dient vervolgens de door Consument gekozen verzekeringsgeneeskundige de opdracht te geven om een arbeidskundig onderzoek bij Consument uit te voeren naar de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vanaf 15 februari 2013. De Commissie wijst het meer of anders gevorderde af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor https://www.kifid.nl/consumenten/klacht-voor-1-oktober-2014-bij-kifid-ingediend.