Uitspraak Geschillencommissie Kifid, nr. 2025-1008

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. J.L.M. Luiten, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. S.M. Oei, secretaris)

Datum uitspraak	15 december 2025
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. Loyalis Schade, gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden en relevante passages uit de adviezen van de bezwaarverzekeringsarts van de verzekeraar

Samenvatting

Collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft na medisch en arbeidsdeskundig onderzoek het arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld op 30,3% waardoor de consument geen recht heeft op uitkering onder de verzekering. De consument is het hier niet mee eens en stelt dat bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn medische situatie is onderschat en er onvoldoende beperkingen zijn geduid in de FML. Hierdoor heeft de arbeidsdeskundige niet-passende functies geduid. De commissie oordeelt dat er geen goede gronden bestaan om te twijfelen aan de juistheid van de constateringen en conclusies van de door de verzekeraar ingeschakelde verzekeringsarts. Niet gebleken is dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid (30,3%) onjuist heeft vastgesteld. Nu onder de verzekering pas recht op uitkering bestaat bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van 35% of hoger, mocht de verzekeraar uitkering weigeren. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 12 november 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mevrouw mr. V.C.D. Klaassen, advocaat, kantoorhoudende te Den Haag. Namens de verzekeraar waren aanwezig de heer [naam 1], medisch adviseur, en de heer [naam 2], jurist.

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 De consument is verzekerde onder een verzekering met de naam 'Loyalis ASU PO/VO' (hierna: 'de verzekering'). Dit is een collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering die door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap is gesloten bij de verzekeraar ten behoeve van (ex-)werknemers uit de sector primair of voortgezet onderwijs. De verzekering dekt de arbeidsongeschiktheid van deze (ex-)werknemers voor zover zij na hun WW-periode een aansluitende uitkering hebben genoten op basis van het Besluit boven-wettelijke uitkeringen bij werkloosheid voor de sector Rijk (BBWO) of de Werkloosheids-regeling onderwijspersoneel voortgezet onderwijs (Wovo) en tijdens deze aansluitende periode arbeidsongeschikt zijn geworden. Er bestaat dan geen recht op een wettelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

2.2 Op de verzekering zijn de 'Polisvoorwaarden Loyalis ASU PO/VO Collectieve Arbeids-ongeschiktheidsverzekering' (hierna: 'de voorwaarden') van toepassing. Voor een recht op uitkering moet het arbeidsongeschiktheidspercentage 35% of hoger zijn. De relevante bepalingen uit de voorwaarden zijn in de bijlage opgenomen.

2.3 De consument heeft zich per 27 juli 2016 volledig ziekgemeld en heeft sindsdien niet meer gewerkt.

2.4 In januari 2023 heeft de consument een claim ingediend onder de verzekering. De consument is op 16 mei 2023 in opdracht van de verzekeraar onderzocht door een verzekeringsarts. Deze heeft zijn bevindingen neergelegd in een rapport van mei 2023 en daarbij een Functionele Mogelijkheden Lijst (hierna: FML) opgesteld. Vervolgens heeft een arbeidsdeskundige op basis van de FML in zijn rapport van 5 juli 2023 geconcludeerd dat de mate van arbeidsongeschiktheid 30,3% bedraagt.

2.5 Bij brief van 6 juli 2023 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat uit medisch en arbeidsdeskundig onderzoek blijkt dat hij voor minder dan 35% arbeidsongeschikt is en er daarom geen recht op uitkering bestaat onder de verzekering. Op 17 augustus 2023 heeft de vertegenwoordiger van de consument hiertegen bezwaar gemaakt, omdat de medische situatie van de consument zou zijn onderschat en er onvoldoende beperkingen zouden zijn aangenomen door de verzekeringsarts. Bij brief van 18 september 2023 heeft de vertegenwoordiger het bezwaar nader onderbouwd.

2.6 Naar aanleiding van het bezwaar heeft er een heroverweging plaatsgevonden door een bezwaarverzekeringsarts en een bezwaararbeidsdeskundige van de verzekeraar. Deze heroverweging heeft niet tot een wijziging van het standpunt geleid. De verzekeraar heeft dit aan de consument toegelicht in een brief van 21 december 2023.

2.7 De vertegenwoordiger van de consument heeft vervolgens bij brief van 11 juni 2024 bij de directie van de verzekeraar bezwaar gemaakt. Ook hierop heeft de verzekeraar afwijzend gereageerd.

De klacht en vordering

2.8 De consument is het niet eens met het door de verzekeraar vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage van 30,3%. Hij meent dat het arbeidsongeschiktheidspercentage hoger is en vordert dan ook (volledige) uitkering op grond van de verzekering, met toekenning van een vergoeding voor de kosten van rechtsbijstand. Als onderbouwing van zijn vordering voert de consument kortweg het volgende aan.

2.9 De consument kampt met lichamelijke en psychische klachten en slaapproblematiek. Door de door de verzekeraar ingeschakelde verzekeringsartsen is onvoldoende rekening gehouden met de volgende aspecten:

1. De impact van chronische pijn en vermoeidheid. De consument kampt met chronische pijn door zenuwpijnen en tintelingen, die voortdurend aanwezig zijn. De vermoeidheid die hierdoor wordt veroorzaakt, in combinatie met de chronische vermoeidheid als gevolg van de doorgemaakte coronabesmetting, maakt het voor de consument onmogelijk om normale dagelijkse activiteiten te verrichten. De verzekeringsartsen lijken dit niet voldoende te hebben meegewogen.
2. Slaapproblemen en de wisselwerking van klachten. De consument ervaart ernstige slaapproblemen die direct worden beïnvloed door zijn pijnklachten. Hij wordt 's nachts vaak wakker vanwege rusteloze benen en pijn, wat ervoor zorgt dat hij nooit voldoende rust krijgt. Dit versterkt zijn vermoeidheid en vermindert zijn algehele belastbaarheid. De verzekeringsartsen lijken deze voortdurende wisselwerking tussen zijn fysieke pijn, slaapstoornissen, en vermoeidheid te hebben onderschat. Deze klachten versterken elkaar, waardoor de consument nog verder wordt beperkt in zijn functioneren.
3. Psychische klachten en stress. De burn-out en chronische depressie van de consument zorgen ervoor dat hij mentaal uitgeput is en niet kan herstellen. De stressklachten die hij ervaart, dragen bij aan zijn fysieke vermoeidheid, wat een negatieve vicieuze cirkel creëert. Ook deze wisselwerking tussen fysieke en psychische klachten is door de verzekeringsartsen onvoldoende erkend in de beoordeling.

2.10 Verder voert de consument aan dat gelet op voornoemde tekortkomingen in de beoordeling van de medische situatie onvoldoende beperkingen zijn opgenomen in de FML. De volgende aanvullende beperkingen hadden in de FML opgenomen moeten worden:

1. Hoog handelingstempo. Het is van algemene bekendheid dat het hebben van pijn een zeer vermoeiende aangelegenheid is en het is daarbij ook bekend dat mensen met een depressie ten gevolge daarvan moe en energieloos zijn. Deze gegevens in combinatie met het feit dat de consument ook slecht slaapt, rechtvaardigen deze beperking.

2. Beroepsmatig vervoer. De medicatie die de consument gebruikt zorgt voor bijwerkingen die hem suf maken.
3. Tocht. De pijnklachten van de consument worden beïnvloed door verandering van temperaturen. Tocht valt hier ook onder.
4. Het uiten van zijn eigen gevoelens. Door de somberheidsklachten en zijn moeilijke jeugd, is de consument niet altijd in staat om zijn gevoelens adequaat te uiten.
5. Het dragen van beschermende middelen, trillingsbelasting, hand- en vingergebruik, klimmen, knielen of hurken, zitten, staan en gebogen of getordeerd actief zijn. De consument ervaart van top tot teen pijnklachten welke verergeren bij belasting. Hij is niet in staat om tijdens het uitvoeren van werkzaamheden intensief te bewegen.

2.11 Doordat er onvoldoende beperkingen zijn opgenomen in de FML zijn er door de arbeidsdeskundige niet-passende functies geduid.

2.12 Verder is er onvoldoende gewicht toegekend aan het structurele gebruik van zware medicatie en de voortdurende behoefte aan medische begeleiding. Deze omstandigheden onderstrepen dat sprake is van een ernstig en aanhoudend ziektebeeld en dat de belastbaarheid van de consument structureel en in aanzienlijke mate beperkt is.

2.13 Voor zover de verzekeraar zich baseert op een interne medische beoordeling, ontbreekt volgens de vertegenwoordiger iedere verwijzing naar een onafhankelijke verzekeringsgeneeskundige rapportage. De beoordeling voldoet niet aan de vereisten van zorgvuldigheid en objectiviteit zoals die gelden binnen de context van inkomensverzekeringen. Daartegenover staat het medisch dossier van de consument, dat is voorzien van verklaringen van de behandelend specialisten en andere medische professionals, waarin de blijvende en significante beperkingen ondubbelzinnig zijn bevestigd.

2.14 De verzekeraar stelt dat de consument in staat zou zijn tot re-integratie, zonder dat dit medisch is onderbouwd. De overgelegde medische documentatie maakt juist duidelijk dat sprake is van langdurige arbeidsongeschiktheid en dat re-integratie medisch niet tot de mogelijkheden behoort.

Het verweer

2.15 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie moet de vraag beantwoorden of de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid (30,3%) juist heeft vastgesteld en uitkering mocht weigeren. De commissie oordeelt dat dit het geval is en zal dit hierna toelichten.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

3.2 De consument meent dat de door de verzekeraar ingeschakelde verzekeringsartsen onvoldoende rekening hebben gehouden met de onder 2.9 en 2.12 genoemde aspecten en onvoldoende beperkingen hebben opgenomen in de FML zoals uiteengezet onder 2.10. De verzekeraar stelt dat alle door de consument genoemde medische aspecten en zijn medicijngebruik door de verzekeringsarts zijn betrokken bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van mei 2023 en zijn meegenomen in de lijst van diagnosen als onderbouwing voor de in de FML verdisconteerde beperkingen. Dit is ook verder toegelicht in het rapport van de bezwaarverzekeringsarts van 27 september 2023 en zijn adviezen van 23 juli 2024 en 7 mei 2025. De relevante passages hieruit zijn opgenomen in de bijlage. De verzekeraar meent dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek van mei 2023 en het daarop voortbouwende arbeidsdeskundig onderzoek dat aan zijn standpunt ten grondslag ligt, daarmee zorgvuldig, adequaat en conform de van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn uitgevoerd.

3.3 De commissie is van oordeel dat de consument niet (voldoende) concreet heeft onderbouwd dat en waarom de verzekeringsarts onvoldoende rekening heeft gehouden met zijn medische situatie en medicijngebruik en dat hij meer beperkingen had dan door de verzekeringsarts zijn vastgesteld. De stellingen van de consument komen er in de kern op neer dat hij meent dat de geconstateerde medische situatie mede gelet op het medicijn-gebruik, anders gewogen had moeten worden. Dat is echter onvoldoende om aan te kunnen nemen dat de verzekeringsarts tot een onjuist oordeel is gekomen. Daarbij weegt mee dat de verzekeraar het oordeel van de verzekeringsarts heeft laten (her)beoordelen door een bezwaarverzekeringsarts. De bezwaarverzekeringsarts heeft de juistheid van het oordeel van de verzekeringsarts bevestigd en daarbij gemotiveerd uiteengezet waarom hij tot dat oordeel is gekomen, rekening houdend met de bezwaren van de consument. Hij heeft geconcludeerd dat zowel bij de fysieke als psychische klachten van de consument is stilgestaan en dat de daaruit vastgestelde beperkingen door de verzekeringsarts op adequate, wellicht zelfs ruimhartig te noemen, wijze zijn verdisconteerd in de FML en consistent zijn met de vastgestelde afwijkingen. Verder heeft de bezwaarverzekeringsarts geconcludeerd dat de door de consument benoemde medicatielijst niet een actuele lijst is, maar alle medicatie bevat die de consument ooit heeft gebruikt, en dat de medicijnen die hij nog wel gebruikt ten tijde van schademelding veel voorgeschreven medicijnen betreffen waaraan geen verdere consequenties hoeven te worden verbonden. De consument heeft daar te weinig tegenovergesteld. Met name ontbreekt een voldoende specifieke onderbouwing waarom de bevindingen van de bezwaarverzekeringsarts onjuist zouden zijn, bijvoorbeeld aan de hand van een expertiserapport dat de standpunten van de consument ondersteunt. Bij die stand van zaken bestaan er geen goede gronden te twijfelen aan de juistheid van de medische constateringen en conclusies van de verzekeringsarts en de door hem op basis daarvan opgestelde FML.

Onafhankelijkheid van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling

3.4 De consument stelt dat de rapportage(s) van de verzekeringsarts en de bezwaar-verzekeringsarts niet onafhankelijk zijn, nu deze artsen door de verzekeraar zijn ingeschakeld. Daardoor voldoet de beoordeling niet aan de zorgvuldigheids- en objectiviteitseisen.

3.5 De commissie stelt vast dat de verzekeraar een derde partij (Regiopoortwachters) heeft ingeschakeld voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid. Door deze derde partij zijn een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige aangewezen die de mate van arbeidsongeschiktheid hebben vastgesteld. Het enkele feit dat de verzekeraar aan de derde partij de opdracht heeft gegeven de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen, maakt niet dat de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige niet onafhankelijk zouden zijn en dat reeds daarom aan de juistheid van hun oordeel zou moeten worden getwijfeld. Bij gebrek aan nadere onderbouwing en nu de commissie ook anderszins geen aanwijzingen heeft dat sprake zou zijn van niet onafhankelijke rapportages, gaat de commissie hieraan voorbij.

De arbeidsdeskundige beoordeling

3.6 De consument stelt dat er door de arbeidsdeskundige niet-passende functies zijn geduid, omdat onvoldoende beperkingen zijn opgenomen in de FML. Nu hiervoor is geoordeeld dat uit mag worden gegaan van de juistheid van de FML van de verzekeringsarts en de arbeids-deskundige zich daarop heeft gebaseerd, behoeft deze stelling van de consument geen bespreking meer. De consument heeft immers niet aangevoerd dat de geduide functies door de arbeidsdeskundige ook niet passend zouden zijn als wel uitgegaan zou worden van de opgestelde FML door de verzekeringsarts.

Slotsom

3.7 Niet gebleken is dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid (30,3%) onjuist heeft vastgesteld. Dit betekent dat de verzekeraar zich terecht op het standpunt kon stellen dat geen sprake was van het op grond van artikel 3 van de voorwaarden voor het doen van een uitkering vereiste arbeidsongeschiktheidspercentage van 35% of hoger. De verzekeraar mocht dus uitkering weigeren. De klacht van de consument is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage – Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden en relevante passages uit de adviezen van de bezwaarverzekeringsarts van de verzekeraar

Algemene voorwaarden

Artikel 3 Voorwaarden voor het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering
Er moet sprake zijn van arbeidsongeschiktheid. Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte, aandoeningen of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde minder kan verdienen dan toen hij nog gezond was. Het verschil moet minstens 35% zijn. Al het algemeen geaccepteerde werk waarvoor verzekerde vaardigheden bezit of kan verwerven komt in aanmerking voor het bepalen van de restverdiencapaciteit. De mate van arbeidsongeschiktheid en de duurzaamheid daarvan wordt vastgesteld aan de hand van rapportages van door Loyalis aangewezen deskundigen, zoals bijvoorbeeld een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige.

Toelichting
De verzekeringsarts gaat na welke beperkingen de verzekerde door zijn ziekte of handicap heeft ten aanzien van werk. De verzekeringsarts onderzoekt ook of de medische situatie duurzaam is. De arbeidsdeskundige gaat na wat de verzekerde nog voor werk kan doen en wat hij hiermee kan verdienen. Al het algemeen geaccepteerde werk waarvoor de verzekerde vaardigheden bezit of kan verwerven komt in aanmerking. De arbeidsdeskundige put hiervoor uit een database met beroepen die in Nederland voorkomen. Het onderzoek is theoretisch. Of de verzekerde de arbeid daadwerkelijk kan verkrijgen, blijft buiten beschouwing. Bij de functieduiding wordt het niet of niet goed beheersen van de Nederlandse taal buiten beschouwing gelaten.

Artikel 5 Vaststelling van de verzekeringsuitkering
Zolang verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door Loyalis aan de hand van gegevens van door Loyalis aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens ten spoedigste na ontvangst daarvan aan verzekerde mededeling worden gedaan. lndien de verzekerde niet binnen 6 weken zijn bezwaren schriftelijk en gemotiveerd heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van Loyalis te aanvaarden.

Voor de vaststelling van de mate en de oorzaak van arbeidsongeschiktheid en eventuele wijzigingen daarvan zal zoveel mogelijk aansluiting worden gezocht bij de wettelijke regeling die geldt voor de toepassing van de Wet Werk en inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Hieronder wordt mede verstaan het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten.

Relevante passages uit de adviezen van de bezwaarverzekeringsarts van de verzekeraar

Rapport bezwaarverzekeringsarts d.d. 27 september 2023
(...)
5 Gegevens verkregen bij bezwaar

In het bezwaarschrift dd. 17-8-2023 wordt door cliënt het volgende naar voren gebracht: Cliënt is het niet eens met het genomen besluit.

In een aanvullend bezwaarschrift dd. 18-9-2023 van de advocaat van betrokkene wordt naar voren gebracht dat betrokkene bekend is met lichamelijke en psychische klachten, waarbij de advocaat van betrokkene de klachten en aandoeningen van betrokkene benoemd, zoals ook reeds vermeld in de van de huisarts van betrokkene ontvangen gegevens en in het door de verzekeringsarts [naam arts] opgestelde rapport. Onder verwijzing naar een lange lijst van medicatie, welke echter met name diverse medicatie betreft die betrokkene ooit in het verleden heeft genomen en welke deels al jaren niet meer actueel is, stelt de advocaat van betrokkene nu dat de beperkingen niet correct zijn vastgelegd en betrokkene meer beperkt is dan door de verzekeringsarts [naam arts] is aangegeven. In dat kader stelt de advocaat van betrokkene voorts dat ook een urenbeperking opgenomen had moeten worden vanwege de vermoeidheidsklachten en pijnklachten van betrokkene. Doordat de 'Functionele Mogelijkhedenlijst' (FML) onvoldoende recht doet aan de door betrokkene ervaren beperkingen, kan ook de functieduiding door de arbeidsdeskundige niet correct zijn, aldus de advocaat van betrokkene.
Tot slot verzoekt de advocaat van betrokkene nog om een nadere onderbouwing van het gehanteerde maatmanloon en de indexering daarvan.

6 Heroverweging

Allereerst dient te worden beoordeeld of er bij betrokkene wellicht sprake is van een situatie van 'Geen Benutbare Mogelijkheden'(GBM).
Op grond van de bevindingen bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet worden vastgesteld dat betrokkene niet voldoet aan de criteria voor 'Geen Benutbare Mogelijkheden'. Er is namelijk geen sprake van een langdurig onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren: Er is geen sprake van volledige onzelfredzaamheid op de volgende drie terreinen:
-de zelfverzorging in het dagelijks leven: verloopt zelfstandig en ongestoord
-het samenlevingsverband: is stabiel
-de sociale contacten buiten het gezin: zijn aanwezig.

Er is evenmin sprake van ADL-afhankelijkheid, bedlegerigheid langer dan drie maanden, of opname in ziekenhuis of inrichting, met een vermoedelijke duur van minstens drie maanden. Overigens geven ook de door betrokkene in de dagelijkse praktijk aangegeven activiteiten geen áanleiding tot het aannemen van een volledig ontbreken van alle mogelijkheden daartoe.
Gelet op het bovenstaande moet dan ook geconcludeerd worden dat betrokkene in principe beschikt over benutbare mogelijkheden tot het verrichten van arbeid. Vervolgens dient dan te worden bepaald of, en zo ja, in welke mate er bij het verrichten van arbeid rekening gehouden moet worden met beperkingen, welke als een rechtstreeks, objectief-medisch vast te stellen gevolg van ziekten en/of gebreken aangemerkt moeten worden. Deze beperkingen dienen dan vervolgens te worden verdisconteerd in een 'Functionele Mogelijkhedenlijst' (FML). De beoordeling/weging daarvan is onderworpen aan strikte criteria. Om die reden kunnen er bij betrokkene, bij wie immers geen sprake is van een 'Ernstige Psychiatrische Stoornis' (EPS), geen beperkingen worden aangenomen ten aanzien van het 'handelingstempo'. Wel heeft de verzekeringsarts [naam arts] betrokkene om preventieve redenen minder belastbaar geacht ten aanzien van het werken in stressvollere omstandigheden. Zo dient het werk enigszins voorspelbaar te zijn voor betrokkene, moet het werk verricht kunnen worden zonder veelvuldige storingen en onderbrekingen en mag er geen sprake zijn van veelvuldige deadlines of productiepieken. Ook in de rubriek 'Persoonlijk Functioneren' heeft de verzekeringsarts [naam arts] beperkingen aangenomen, waardoor het werk voldoende overzichtelijk en met voor betrokkene te hanteren diepgang blijft. Argumenten om hierin verdergaande beperkingen aan te nemen ontbreken. Ook bij de fysieke klachten is door de verzekeringsarts [naam arts] uitgebreid stilgestaan en zijn, hoewel er weinig tot geen concrete afwijkingen zijn aangetroffen, waaruit de door betrokkene subjectief als zodanig beleefde klachten en beperkingen kunnen worden begrepen, toch zodanige beperkingen in de FML opgenomen, dat het werk lichamelijk niet zwaar belastend zal zijn. De vastgestelde beperkingen zijn dan ook door de verzekeringsarts [naam arts] op adequate, wellicht zelfs ruimhartig te noemen wijze verdisconteerd in genoemde FML en consistent met de gevonden/vastgestelde afwijkingen.
Ten aanzien van het stellen van een verminderde arbeidsduur, geldt het verzekeringsgeneeskundig protocol 'Verminderde Arbeidsduur'. Een duurbeperking is dan aan de orde, indien er sprake is van een beschikbaarheidsprobleem (tgv tijdrovende, langdurige behandelingen), danwel indien er sprake is van een aandoening, waarbij de energetische belastbaarheid ernstig in het geding is. Een derde optie kan zijn het voorkomen van overbelasting in werk, maar dit is eerst aan de orde als er geen mogelijkheid (meer) is om in de FML-rubrieken I t/m VI-1 de arbeidsbelasting te reduceren.
Bij client is er geen sprake van een beschikbaarheidsprobleem, evenmin van een aandoening, waarbij de energetische belastbaarheid ernstig in het geding is. Indien in werksituaties rekening gehouden wordt met de in rubriek I t/m VI-1 gegeven beperkingen, is er geen aanleiding om overbelasting aan te nemen. E.e.a. maakt dat er geen indicatie is voor een urenbeperking. Ook het dagverhaal geeft geen aanleiding tot een beperking van de arbeidsduurbelastbaarheid.

De oordeelsvorming, door de verzekeringsarts [naam arts] uitvoerig in zijn rapport gedocumenteerd, is geheel conform de voorschriften in deze standaard en op correcte wijze verricht.
Gesteld moet worden dat door de verzekeringsarts [naam arts] een zondermeer adequaat verzekeringsgeneeskundig onderzoek is verricht en dat de conclusies worden geschraagd door de bevindingen bij dat onderzoek, evenals de op basis daarvan toegepaste verzekeringsgeneeskundige beoordelingscriteria bij het vaststellen van de uiteindelijke belastbaarheid.
(...)
8 Conclusie
Vanuit verzekeringsgeneeskundige optiek is er sprake van een adequate oordeelsvorming. Er zijn geen objectieve medische argumenten naar voren gekomen om het advies van de verzekeringsarts te herzien.

Advies bezwaarverzekeringsarts d.d. 23 juli 2024

(...)
Bij de vermoeidheidsklachten van betrokkene is zowel door de diverse behandelaars uitvoerig stilgestaan, als door de verzekeringsarts [naam arts], zodat een goed beeld van aard, omvang en impact van de vermoeidheidsklachten van betrokkene is verkregen. Buiten kijf staat dat betrokkene vermoeidheidsklachten ervaart. Mogelijk ook samenhangend met zijn post-COVID-klachten, de psychische klachten/het slechte slapen. Hieraan is noch door de verzekeringsarts [naam arts], noch door ondergetekende voorbij gegaan. In het dagverhaal is e.e.a. door de verzekeringsarts [naam arts] nauwgezet uitgevraagd en geanalyseerd, waarbij het slechte slapen van betrokkene op basis van zijn diverse klachten duidelijk naar voren is gekomen, maar tevens gebleken is dat dit niet leidt tot een verhoogde slaapbehoefte overdag leidt; weliswaar rust betrokkene overdag, maar dat beperkt zich dan tot wat lezen op de telefoon, dan wel TV-kijken. Voorts is door de aangegeven beperkingen in de FML en de op basis van daarvan geselecteerde functies ervoor zorg gedragen dat er bij betrokkene geen overmatige vermoeienissen op zullen treden bij de uitvoering van dit werk. Hiermee is dus reeds tegemoet gekomen aan de preventief te nemen maatregelen. Ook is het een misverstand dat een urenbeperkingen alleen al op basis van slechts het gediagnosticeerde ziektebeeld wordt aangenomen: dat is niet zo. Bepalend is wat de ziekte in de zin van concrete beperkingen op dat gebied in objectieve zin met zich meebrengt en dat wordt vervolgens verdisconteerd in de FML.
Zoals gezegd: de vermoeidheidsklachten van betrokkene staan als zodanig niet ter discussie, maar, buiten de beperking voor het verrichten van nachtdiensten en de beperkingen ten aanzien van mentale en fysieke belasting in werk, levert dat geen verdergaande beperkingen op in de vorm van ook nog een urenbeperking.
(...)

Deze klachten zijn als zodanig ook verder niet objectiveerbaar, zoals ook uit de bevindingen van de behandelaars van betrokkene blijkt, maar vormen wel een onderdeel van het gehéel aan klachten en beperkingen, zoals door betrokkene ervaren en bij het verzekerings-geneeskundig onderzoek vermeld. Dit betekent echter niet dat bij de beoordeling van de belastbaarheid aan deze klachten voorbij is gegaan. In de FML zijn, ondanks dat de klachten als zodanig niet direct objectiveerbaar zijn, toch aanmerkelijke beperkingen geduid, zodanig dat er sprake is van een beperkte fysieke en mentale belasting bij het verrichten arbeid. De long-covid-klachten zijn zowel door de verzekeringsarts [naam arts], als door ondergetekende expliciet benoemd in de lijst van diagnosen als onderbouwing voor de in de FML verdisconteerde beperkingen.
(....)

Advies bezwaarverzekeringsarts d.d. 7 mei 2025
(...)
Ten tijde van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek door de verzekeringsarts [naam arts], waarbij [naam arts] het medicatiegebruik nauwgezet heeft uitgevraagd, en, zoals gedocumenteerd in de ontvangen, actuele medische gegevens van de huisarts en apotheek van de heer [naam consument], bleek de heer [naam consument] ten tijde van de datum in geding de volgende medicatie te gebruiken:
- Amlodipine (voor de hypertensie)
- Ezetimibe (ter regulering van de cholesterolstofwisseling)
- Pantoprazol (tegen het maagzuur)
- Mirtazapine 15mg (laagste dosering, 1x daags, vóór de nacht; voorgeschreven in verband met de bijkomende slaapproblemen)
- Paracetamol (in verband met de pijnklachten)

Er is dus zeker geen sprake van een lange lijst met “zware medicatie”, zoals de advocate nu gesteld heeft. Dit betreffen met name vrij banale, veel voorgeschreven geneesmiddelen bij relatief banale, ook in de werkzame bevolking vrij algemeen voorkomende medische problematiek. Hieraan kunnen/hoeven verder ook geen bijzondere consequenties worden verbonden.

Ook bleek geen sprake van doorlopende/uitgebreide behandelingen van dien aard, dat deze aan het verrichten van arbeid (binnen de aangegeven mogelijkheden) in de weg staan. Wel heeft betrokkene in het verleden nog diverse behandelingen gehad, maar deze blijken ten tijde van de datum in geding, vaak al geruime tijd, afgesloten (zie ook de in het dossier voorhanden gegevens desbetreffend). Zo ook de laatste fysiotherapeutische behandeling, welke de dinsdag vóór het onderzoek was beëindigd (zie het rapport van de verzekeringsarts [naam arts]).
(...)