Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0600

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	28 juli 2025
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft dekking verleend, omdat de consument depressieve klachten had. Nadat uit een onderzoek van een psychiater bleek dat de consument geen psychiatrische stoornis meer had, heeft de verzekeraar de uitkeringen afgebouwd. Hier was de consument het niet mee eens, omdat hij nog altijd vermoeidheids-klachten had. Na een *second opinion* verricht door een andere psychiater is de verzekeraar bij zijn standpunt gebleven. De commissie oordeelt dat de consument geen recht heeft op uitkering, omdat niet is voldaan aan artikel 1.10 van de algemene voorwaarden. De verzekeraar heeft het standpunt kunnen innemen dat de beperkingen die de consument ervaart, niet medisch objectiveerbaar zijn. De vordering van de consument 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 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

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 heeft via een tussenpersoon een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering) gesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar.

Zowel onder rubriek A (het eerstejaarsrisico) als rubriek B (het na-eerstejaarsrisico) geldt een verzekerde jaarrente van € 54.051,-. Voor rubriek A geldt een eigen risicotermijn van 180 dagen. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden betreffen model 193, 21 325 019 (hierna: de voorwaarden).

2.2 Op 8 december 2021 heeft de consument zijn werk gestaakt. Op 13 december 2021 heeft de tussenpersoon bij de verzekeraar gemeld dat de consument arbeidsongeschikt is vanwege een depressie. De verzekeraar heeft arbeidsongeschiktheid in de klasse van 65-80% aangenomen en heeft uitkeringen verstrekt.

2.3 De consument is op 15 april 2022 in opdracht van de verzekeraar onderzocht door arts [naam 1]. In diens rapport van dezelfde dag staat dat sprake is van verbetering van de stemming/paniekgevoelens maar ook dat de consument nog klachten van forse vermoeidheid heeft. In het rapport staat voorts dat de consument onder behandeling is bij een psycholoog en dat hij medicijnen ontvangt van de huisarts. De arts acht het zinvol om begeleiding op te zetten met het oog op terugkeer naar werk.

2.4 Op advies van een arbeidsdeskundige van de verzekeraar is [naam bedrijf] ingezet. [naam bedrijf] is een bedrijf dat adviseert bij ziekteverzuim.

2.5 Van de stukken in het dossier bij Kifid maken deel uit rapportages van [naam bedrijf] van 17 oktober 2022 en 10 januari 2023. De consument heeft van (een psycholoog werkzaam bij) [naam bedrijf] begeleiding naar werk ontvangen. In de tussenrapportage van 10 januari 2023 staat dat de consument heeft aangegeven op 22 december 2022 een terugval te hebben gehad en dat hij zich afvraagt of het haalbaar is dat hij binnen vier maanden in staat is om werkzaamheden te verrichten.

2.6 Omdat begin 2023 sprake was van een terugval bij de consument, heeft de verzekeraar besloten om een psychiater een onderzoek te laten uitvoeren.

2.7 In het rapport van psychiater [naam 2] van 25 mei 2023 staat het volgende:

> *"(...) Betrokkene meldde zich in december 2021 arbeidsongeschikt in verband met klachten geduid in het kader van overbelasting. Een en ander werd geluxeerd door jarenlang te hard werken in diverse bedrijven. De huidige klachten bestaan hoofdzakelijk uit vermoeidheid en concentratieproblemen. In het verlengde hiervan ervaart betrokkene subjectieve beperkingen ten aanzien van het beroepsmatig functioneren, meer specifiek ten gevolge van energetische beperkingen en concentratieproblemen. Bij het psychiatrisch onderzoek als zodanig worden behoudens een uitgebreide en gedetailleerde klachtenpresentatie en een matig tot redelijk ziekte-inzicht geen afwijkingen gevonden. (...)"*

De diagnose van psychiater [naam 2] is dat *"[i]n termen van de DSM-classificatie er aldus sprake is van een depressieve stoornis, die momenteel in remissie is."*

2.8 De medisch adviseur van de verzekeraar heeft op 8 juni 2023 telefonisch aan de consument medegedeeld dat hij geen recht meer heeft op uitkering, omdat uit het rapport van psychiater [naam 2] is gebleken dat er geen sprake meer is van een psychiatrische aandoening. Om de consument de tijd te gunnen zijn werkzaamheden weer op te bouwen, heeft de verzekeraar uit coulance de uitkering niet in één keer gestopt maar in vijf maanden van 100% naar 0% afgebouwd. De verzekeraar heeft dit bevestigd in zijn brief van 20 juni 2023.

2.9 De consument heeft geklaagd over de afbouw van de uitkering, omdat hij nog altijd beperkingen en klachten ervaarde. Ter onderbouwing hiervan heeft hij de verzekeraar informatie van zijn behandelaren toegestuurd, namelijk van een osteopaat, een levenscoach en een specialist energetische anatomie. De verzekeraar heeft per brief van 11 augustus 2023 aan de consument bericht de afbouw van de uitkering te handhaven.

2.10 Op 22 september 2023 heeft de verzekeraar het laten verrichten van een *second opinion* aangeboden. De consument, bijgestaan door een advocaat, is hiermee akkoord gegaan.

2.11 Psychiater prof. dr. [naam 3] heeft de *second opinion* uitgevoerd. In zijn definitieve rapport van 9 december 2024 staat *"Actueel lijkt er gedurende langere tijd geen sprake meer van een depressieve stemmingsstoornis*" (pagina 14) en "*Er komen geen aanwijzingen naar voren dat sprake is van een somatisch substraat die een verklaring vormt [voor] de ernstige vermoeidheidsklachten op dit moment"* (pagina 15). Ook staat er (pagina 15):

> *"Voorts is overwogen of er bij betrokkene sprake kan zijn van een somatische symptoomstoornis met als voornaamste klacht de extreme vermoeidheid. Hiervoor waren echter verder onvoldoende aanwijzingen in classificerende terminologie. Er is geen sprake van overwaardige denkbeelden, noch van overmatige zorgconsumptie en er is sprake van een beperkt klachtenpatroon."*

Psychiater [naam 3] komt in zijn rapport tot de slotsom *"Depressieve stoornis, licht tot matig van ernst in remissie"*. Op p. 16 van zijn rapport schrijft hij: *"In classificerende terminologie en in beschrijvende zin is er geen sprake van een psychiatrisch ziektebeeld. Hier vanuit kunnen dan ook geen belemmeringen worden aangegeven ten aanzien van het uitvoeren van werkzaamheden. Dit neemt niet weg dat betrokkene zelf klachten ervaart en tracht een betere balans te vinden om hiermee zo goed mogelijk te functioneren op de belangrijkste levensterreinen."*

2.12 In het rapport van psychiater [naam 3] staat ook een toelichting van de bevindingen van de onder 2.9 hiervoor genoemde behandelaren van de consument. Op pagina 17 van zijn rapport heeft psychiater [naam 3] hierover opgemerkt dat, vanuit zijn vakgebied bezien, de interventies van de betreffende behandelaren geen toegevoegde waarde hebben.

2.13 Bij brief van 31 december 2024 heeft de verzekeraar de advocaat van de consument bericht dat (uit het onderzoek van psychiater [naam 3] volgt dat) er geen medisch objectiveerbare beperkingen bij de consument zijn vastgesteld.

Dit betekent volgens de verzekeraar dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polisvoorwaarden en dat er geen recht op uitkering bestaat.

2.14 De consument heeft een klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

2.15 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte zijn uitkering heeft stopgezet. Hij vordert een bedrag van € 15.384,- aan gemiste uitkeringen, omdat hij tot december 2024 voor slechts 50% arbeidsgeschikt was, in verband met zijn vermoeidheidsklachten. De consument voert aan dat niet zijn depressie, maar de daarmee gepaard gaande vermoeidheid ertoe heeft geleid dat hij langere tijd niet voldoende werkzaam kon zijn.

2.16 De consument is van mening dat de verzekeraar de voorwaarden niet juist heeft toegepast. Uit de verklaringen van de door de consument geraadpleegde deskundigen blijkt dat hij arbeidsongeschikt was. Dat deze deskundigen worden bestempeld als alternatief, is geen reden hen niet serieus te nemen. Hulp uit de reguliere sector heeft destijds onvoldoende geholpen, waardoor de consument op advies van zijn huisarts alternatieven is gaan zoeken.

Het verweer

2.17 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Waar gaat het in deze zaak over?

3.1 De vraag die voorligt, is of de verzekeraar de uitkeringen mocht stoppen. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en legt haar oordeel hierna uit.

De uitgangspunten bij de beoordeling

3.2 Bij de beoordeling van de vraag of de consument recht heeft op voortzetting van de uitkering, gelden de voorwaarden als uitgangspunt. Daarin staat immers wat partijen met elkaar hebben afgesproken. Het staat een verzekeraar in beginsel vrij om de grenzen te bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.[1]

3.3 Artikel 1.10 van de voorwaarden luidt als volgt:

> ***"Arbeidsongeschiktheid***
> *Onder arbeidsongeschiktheid verstaan we in deze voorwaarden:*
> - *Er is sprake van ziekte, orgaandonatie of een ongeval;*

[1] HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, r.o. 3.4.2, te vinden op www.rechtspraak.nl.

- *In relatie tot de ziekte of het ongeval bestaan er stoornissen;*
- *Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;*
- *Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;*
- *Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren;*
- *Door deze functiebeperking is de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren."*

De consument heeft geen recht op hervatting van de uitkering

3.4 Uit artikel 1.10 van de voorwaarden volgt dat van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden alleen dan sprake is als stoornissen bestaan door een ziekte, orgaandonatie of een ongeval. Deze stoornissen moeten door een arts objectief zijn vastgesteld en algemeen erkend zijn in de medische wetenschap. Vervolgens moeten die stoornissen de verzekerde voor minimaal 25% beperken in zijn beroep.

3.5 Beide psychiaters die de consument hebben onderzocht, hebben vastgesteld dat hij actueel geen psychiatrische stoornis meer heeft. Daarom hebben zij ook niet daaruit voortkomende beperkingen kunnen vaststellen. Ook hebben zij of een andere *arts* geen objectieve medische reden voor de vermoeidheidsklachten van de consument kunnen vaststellen. Dit betekent dat er geen sprake is van *door een arts objectief vastgestelde stoornissen in relatie tot ziekte*. De klachten van de consument voldoen hierdoor niet aan de definitie van arbeids-ongeschiktheid in artikel 1.10 van de voorwaarden. Hij heeft daarom geen recht op uitkering onder de verzekering voor zijn vermoeidheidsklachten.

3.6 De bevindingen uit het alternatieve circuit zijn meegenomen bij de second opinion. Zij hebben er niet toe geleid dat een stoornis in relatie tot ziekte kon worden vastgesteld. De bevindingen uit het alternatieve circuit voldoen bovendien niet aan de vereisten voor arbeidsongeschiktheid in de voorwaarden. De stoornissen moeten namelijk door een *arts* objectief worden vastgesteld en algemeen erkend zijn door de medische wetenschap.

Ambtshalve toetsing

3.7 Voor de beoordeling van de klacht is beding 1.10 van de voorwaarden van belang. Dit beding is door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht het beding niet in strijd met deze regelgeving.

Slotsom

3.8 De verzekeraar mocht de uitkeringen stoppen. De klacht van de consument is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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 de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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