Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-067
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. K. Engel, J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 6 maart 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 21 januari 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim van Consument afgewezen. De Commissie is van oordeel dat dit terecht is. Consument heeft weliswaar geobjectiveerde stoornissen, maar die kunnen niet worden toegeschreven aan een geobjectiveerd (neurologisch) ziektebeeld. De geobjectiveerde stoornissen zijn geduid als overbelasting en ingevolge het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden dan uitgesloten van dekking. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken met de daarbij behorende bijlagen:

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de klachtbrief van Consument;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 4 december 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1962, van beroep intern begeleider in het basisonderwijs, heeft op 13 december 2004 een verzekering Hypotheek Opvang Polis bij Verzekeraar aangevraagd. De verzekering is ingegaan op 15 april 2005.

Gedekt is het risico van arbeidsongeschiktheid. Toetsingscriterium: vaststelling UWV-keuring (gangbare arbeid). Eigen risicoperiode: 365 dagen. Verzekerd maandbedrag: € 400,-. Looptijd: 240 maanden. Einddatum: 14 april 2025. Er zijn geen bijzondere clausules van toepassing verklaard. Consument heeft een (fiscaal aftrekbare) koopsom-premie van € 3.630,72 betaald.

2.2 Op de verzekering zijn de Algemene verzekeringsvoorwaarden HOP1101w van toepassing. Deze bepalen, voor zover hier relevant:

"***Bijzondere bepalingen inzake module 1: arbeidsongeschiktheid***

Art. 1 Verzekerde dekking:
(…) Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, mits verzekerde op de dag van de vaststelling van arbeidsongeschiktheid voor ten minste 18 uren per week betaald en actief aan het arbeidsproces deelnam. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.

Art, 2 Verzekeringsuitkering:
a) Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid conform artikelen 1 en 5 van de Bijzondere bepalingen bestaat, met inachtneming van de eigen risico periode zoals vermeld op het polisblad:
   1. (…)
   2. nadat verzekerde gekeurd is in het kader van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en hierbij voor tenminste 45% arbeidsongeschikt is verklaard. In dat geval zal de verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform artikel 3 van deze Bijzondere Bepalingen.

(…)

Art. 5 Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid:
Geen recht op uitkering bestaat indien:
(…)
d) de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van psychologische, psychosociale of neuropsychiatrische aandoeningen, behalve het begin van belangrijke psychiatrische ziektebeelden zoals geestesstoornissen (psychosen exclusief randpsychotische beelden of borderline problematiek) en stemmingsstoornissen met uitgesproken op een psychose berustende kenmerken (dus met uitzondering van de aanduidingen "atypisch" of "ernst: licht, matig" van DSM IV). Voor de genoemde ingesloten ziektebeelden dient de oorzaak te liggen in de periode na de ingangsdatum van deze module;"

2.3 Consument heeft op 26 november 2018 een arbeidsongeschiktheidsclaim ingediend wegens niet aangeboren hersenletsel (NAH) ten gevolge van een val op haar hoofd in januari 2013.

2.4 Naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding heeft de medisch adviseur van Verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de behandelaars van Consument. Op grond van die informatie is de medisch adviseur tot de conclusie gekomen dat er, ondanks een uitgebreid klachtenbeeld dat door diverse artsen wordt erkend als "postcommotionele klachten" of "status na contusio cerebri" (hersenkneuzing), bij lichamelijk en uitgebreid aanvullend onderzoek geen objectieve afwijking is aangetoond. De medisch adviseur acht het opvallend dat slecht gescoord is bij een neuro-psychologisch onderzoek en dat Consument door het UWV volledig arbeidsongeschikt wordt geacht. Dit past volgens haar niet bij een subjectief klachtenbeeld na een schedel-trauma zonder objectieve afwijkingen in de hersenen. Zij acht dit beeld vanwege het ontbreken van een geobjectiveerde aandoening niet herkenbaar en benoembaar, ook omdat er een evidente discrepantie bestaat tussen de ervaren klachten en de geobjectiveerde afwijkingen.

2.5 Verzekeraar heeft de claim van Consument bij brief van 15 januari 2019 afgewezen; de claim valt volgens hem niet onder de verzekerde dekking vanwege het ontbreken van de vereiste objectiveerbaarheid van de klachten.

2.6 Per e-mail van 28 februari 2019 heeft Verzekeraar aan Consument het volgende medegedeeld:

Uw klachten zijn niet medisch geobjectiveerd
Artikel 1 van de Bijzondere bepalingen inzake module 1: arbeidsongeschiktheid beschrijft de verzekerde dekking. Hierin staat ook vermeld dat er sprake moet zijn van medisch objectiveerbare klachten.

Namelijk: 'Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden…'. Uit de medische informatie die wij ontvingen, blijkt dat er geen enkele aanwijzing is voor het bestaan van een geobjectiveerd hersenletsel of een neuropsychiatrische aandoening. Er is lichamelijk en uitgebreid aanvullend onderzoek (dus niet alleen MRI onderzoek) nooit een objectieve afwijking aangetoond.

Alleen de toekenning van het UWV is onvoldoende
U geeft ook aan dat wij volgens de voorwaarden het advies van het UWV volgen. Wij doet dit inderdaad voor mate van arbeidsongeschiktheid. Dus het arbeidsongeschiktheidspercentage dat door het UWV is vastgesteld. Maar dat geldt alleen voor klachten die binnen de dekking van de verzekering vallen. Dat is bij u helaas niet het geval."

2.7 Consument heeft bezwaar gemaakt tegen het standpunt van Verzekeraar. Dit bezwaar heeft niet tot een herziening van het standpunt geleid.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Verzekeraar heeft de claim afgewezen omdat op de gemaakte MRI-scan geen afwijkingen zijn te zien. Zowel de psycholoog als de neuropsycholoog hebben evenwel aangegeven dat de klachten passen binnen het beeld van NAH. Volgens de revalidatiearts passen de bevindingen van het NPO (neuropsychologisch onderzoek) bij een status na schedeltrauma. Hij heeft tot een cognitief aandoende sensorische integratie problematiek geconcludeerd. Op grond van de verzekerings-voorwaarden is de verzekerde arbeidsongeschikt als hij door een ongeval niet kan werken. De klachten moeten herkenbaar en benoembaar zijn. De verzekerde moet hiervoor worden behandeld door een arts. Consument heeft een jaar gerevalideerd en heeft aan alle voorwaarden voor dekking onder de verzekering voldaan.
- Volgens de neuroloog is niet alle hersenletsel op een MRI te zien. Zie ook de website van de hersenstichting.

- De verzekering is UWV-volgend. Het UWV heeft volledige arbeidsongeschiktheid vastgesteld.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering en aanspraak kan maken op uitkering. De Commissie overweegt in dit verband het volgende.

4.2 Wat moet worden verstaan onder arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering is neergelegd in artikel 1 van de Bijzondere bepalingen inzake de module arbeids-ongeschiktheid zoals hierboven onder 2.2 geciteerd. Partijen hebben een geschil over de uitleg van deze bepaling. Consument stelt dat Verzekeraar er ten onrechte van is uitgegaan dat de beperkingen van Consument moeten zijn veroorzaakt door een objectief medisch vast te stellen stoornis. Volgens haar moet worden uitgegaan van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Dat is hier het geval, getuige de beschikbare medische verklaringen.

4.3 De Commissie stelt voorop dat, anders dan Consument meent, de verzekering niet UWV-volgend is in die zin dat indien het UWV Consument als arbeidsongeschikt beschouwt dit ook voor Verzekeraar zou moeten gelden. Naar het oordeel van de Commissie maken de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voldoende duidelijk dat voor een beroep op de verzekering noodzakelijk is dat sprake is van op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een in de reguliere geneeskunde erkende ziekte en/of ongeval. De normaal geïnformeerde en redelijk omzichtige en oplettende gemiddelde verzekerde moet redelijkerwijs kunnen begrijpen dat lichamelijke klachten moeten kunnen worden herleid tot een ziektebeeld. Uit de tekst van artikel 1 volgt dat dit artikel een scheidslijn beoogt aan te brengen tussen klachten die op zichzelf serieus zijn, maar waarvoor geen medische grond valt aan te wijzen, en klachten waarbij dat wel het geval is. Om aanspraak te kunnen maken op een uitkering onder de verzekering moet sprake zijn van klachten die behoren tot laatstgenoemde categorie. Klachten waarvoor geen medische grond is aan te wijzen zijn van dekking uitgesloten, onafhankelijk van het antwoord op de vraag of de klachten op zichzelf alleszins serieus te nemen zijn dan wel of er reden is om aan te nemen dat sprake is van aanstellerij, inbeelding of aggravatie.

Dit betekent dat voor het aannemen van dekking niet voldoende is dat de verzekerde klachten ervaart en dat dit door de beoordelende artsen als reëel wordt beoordeeld, zonder dat zij die klachten op hun vakgebied kunnen verklaren. In dat laatste geval ontbreekt immers het verband met een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld en is dus geen sprake van op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van in de reguliere geneeskunst erkende ziekte en/of ongeval.

4.4 Een redelijke uitleg van de verzekeringsvoorwaarden brengt mee dat ook ingeval sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld maar de oorzaak daarvan onbekend is, reeds kan worden gesproken van een medisch vaststelbare stoornis gerelateerd aan ziekte. In het onderhavige geval echter is niet komen vast te staan dat sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. De Commissie licht dit als volgt toe.

4.5 Consument is op 7 januari 2013 gevallen in de tuin en met haar hoofd op de tegels terecht gekomen. Zij is mogelijk 5 minuten buiten bewustzijn geweest. Bij de komst van de ambulance zijn geen duidelijke afwijkingen geobjectiveerd. Vervolgens heeft zij hoofdpijn en cognitieve klachten ontwikkeld. Zij is op 25 januari 2013 gezien op de polikliniek neurologie wegens pijnklachten rechts in het hoofd. De neuroloog heeft op zijn vakgebied geen afwijkingen geconstateerd. De MRI is normaal. Geconcludeerd is tot postcommotionele klachten na collaps. Intracerebraal zijn geen afwijkingen objectiveerbaar. Na twee gesprekken met een psycholoog in mei 2013 bleek het herstel voldoende ingezet. In 2014 heeft Consument een neuroloog bezocht. Deze kon geen afwijkingen vinden. In 2015 heeft zij een andere neuroloog bezocht wegens hoofdpijn en cognitieve klachten. Een MRI en neurologisch onderzoek levert wederom geen afwijkingen op. Wél laat een NPO-onderzoek afwijkingen zien in de vorm van een overbelastingsbeeld na doorgemaakt schedeltrauma. Eind 2015 valt Consument opnieuw uit en wordt een revalidatietraject in gang gezet. Volgens de revalidatiearts passen de NPO-afwijkingen bij een status na schedeltrauma en concludeert hij tot cognitief sensorische integratie problematiek. De begeleiding wordt in november 2016 beëindigd en overgedragen aan de arbo-dienst. In december 2017 initieert de bedrijfsarts een revalidatieonderzoek bij een psycholoog, inclusief NPO. Dit NPO laat ernstige cognitieve stoornissen zien, zonder aanwijzingen voor onderpresteren. De psycholoog meent dat de afwijkingen kunnen passen bij NAH.

4.6 Ofschoon de gevonden afwijkingen bij NPO-onderzoek ernstig zijn, zijn de bevindingen bij neurologisch en beeldvormend onderzoek normaal. De Commissie meent dat onder die omstandigheden niet kan worden vastgesteld dat sprake is geweest van een contusio cerebri (hersenkneuzing), maar hooguit van een commotio cerebri (een lichte hersenschudding). Een neurologische verklaring voor de ernstige afwijkingen is niet gevonden. De klachten van Consument zijn dus neurologisch niet geobjectiveerd.

Er zijn weliswaar diverse diagnoses gesteld, maar vanwege het ontbreken van een geobjectiveerde aandoening acht de Commissie het ziektebeeld van Consument niet herkenbaar en benoembaar. De Commissie volgt hierin de medisch adviseur van Verzekeraar. De revalidatie arts heeft geschreven dat de NPO afwijkingen passen bij een 'overbelastingsbeeld'. De Commissie wijst erop dat dergelijke klachten/ziektebeelden volgens artikel 5 zijn uitgesloten van dekking.

4.7 Nu geen objectief medisch vast te stellen stoornis in relatie tot een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende neurologische ziekte is vastgesteld, voldoet Consument niet aan de vereisten voor het recht op uitkering. Verzekeraar heeft de claim terecht afgewezen.

4.8 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten is de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekerings-overeenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.