Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-199
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. E.C. Ruinaard, J.H. Paulusma-de Waal (arts), leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 14 juni 2018
Ingediend door	: Consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n De Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 3 maart 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De Commissie heeft geoordeeld dat de vordering van Consument het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid op 100% en anders eventueel een onderzoek door een door de Commissie aan te wijzen arbeidsdeskundige, niet voor toewijzing in aanmerking komt, daar de claim van Consument onvoldoende is onderbouwd en in een eerder stadium diverse medische deskundigen geen objectiveerbare beperkingen hebben geconstateerd.

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 ondertekende klachtformulier;
- de namens Consument ingediende klachtbrief;
- de namens Consument ingezonden medische stukken;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de namens Consument op 5, 14 en 25 november 2019 ingezonden stukken;
- de reactie daarop van Verzekeraar;
- de namens Consument op 31 december 2019 ingezonden stukken.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 14 juni 2019 en zijn aldaar verschenen.

Tijdens de zitting is besloten de behandeling aan te houden voor nader medisch onderzoek in de vorm van psychiatrische expertise. Consument en Verzekeraar zijn het na de zitting eens geworden over de persoon van de te benoemen psychiater en over de vraagstelling. Het traject is in gang gezet en de psychiater heeft op 29 augustus 2019 rapport uitgebracht. Naar aanleiding van dit rapport is tussen de gemachtigde van Consument en Verzekeraar en tussen Verzekeraar en de psychiater discussie ontstaan. De gemachtigde van Consument heeft de Commissie laten weten graag door te willen procederen en heeft de Commissie verzocht een arbeidsdeskundige te benoemen die op basis van het rapport van de psychiater de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vaststelt. Verzekeraar heeft laten weten dat zijn medisch adviseur kritiek heeft op het psychiatrisch rapport. Hij heeft voorgesteld om – aanvullend - een verzekeringsgeneeskundige expertise te laten verrichten. De verzekeringsgeneeskundige dient de beperkingen te duiden. Daarna kan een arbeidsdeskundig onderzoek worden ingesteld. De gemachtigde van Consument is met het voorstel van Verzekeraar niet akkoord gegaan. Aangezien partijen er niet zijn uitgekomen heeft de Commissie besloten een beslissing te nemen en die in een uitspraak vast te leggen. Wegens langdurige afwezigheid van mr. B.F. Keulen, voorzitter, is de Commissie opnieuw samengesteld. Mr. J.S.W. Holtrop heeft mr. B.F. Keulen vervangen. Partijen zijn daarover geïnformeerd.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1958, heeft sinds 24 augustus 2001 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Verzekeraar lopen. Het verzekerde beroep is interimmanager/adviseur. De verzekerde jaarrente bij arbeidsongeschiktheid is voor Rubriek A € 45.918,- en voor Rubriek B € 58.986,-. Het eigen risico voor Rubriek A is 90 dagen, voor Rubriek B geen. De eindleeftijd is 65 jaar.

2.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden Polismodel 184 (hierna: de Voorwaarden) bepalen voor zover relevant:

"*1.8. Arbeidsongeschiktheid*
Als wij in deze voorwaarden arbeidsongeschiktheid noemen, dan bedoelen wij daar het volgende mee.
- Er is sprake van ziekte of ongeval;
- 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.

Met werkzaamheden bedoelen wij:
De werkzaamheden die horen bij het beroep of de onderneming van de verzekerde. Het beroep van de verzekerde staat op het polisblad. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid kijken wij ook of er aanpassingen van het werk en werkomstandigheden mogelijk zijn. Ook kijken we in overleg met de verzekerde of het mogelijk is taken binnen de onderneming van de verzekerde anders te verdelen of aan te passen. Het gaat om werkzaamheden die in redelijkheid van de verzekerde verlangd kunnen worden."

2.3 Consument heeft zich per 16 april 2014 voor 80% arbeidsongeschikt gemeld wegens "burn-out" met als oorzaak langdurige slapeloosheid (sinds twee jaar) en een traumatische echtscheiding in december 2013. Zij achtte zich vanaf 7 december 2014 volledig arbeidsongeschikt. Verzekeraar is gaan uitkeren op basis van achtereenvolgende, wisselende percentages arbeidsongeschiktheid.

2.4 Verzekeraar heeft in september 2015 psychiatrische expertise laten verrichten. De psychiater kon, behoudens een primaire slaapstoornis, geen psychiatrische ziekte of beperkingen op zijn terrein duiden. Na bezwaar van Consument heeft een verzekeringsarts een expertise verricht om de beperkingen op basis van de aanwezigheid van een slaapstoornis te duiden. De informatie van de behandelend specialist op het gebied van slaapstoornissen is daarbij betrokken. Omdat de verzekeringsarts de cognitieve klachten niet kon objectiveren, volgde op diens advies vervolgens in augustus 2017 een neurologisch onderzoek en in september 2017 een neuropsychologisch onderzoek (hierna: NPO). Medisch objectiveerbare beperkingen konden daarbij niet worden aangetoond. Wegens afwijkende symptoomvaliditeitstesten die duiden op onderpresteren kon op grond van het NPO ook geen uitspraak worden gedaan over de aanwezigheid van geobjectiveerde cognitieve beperkingen.

2.5 Verzekeraar heeft de uitkering stapsgewijs afgebouwd vanaf 1 maart 2018 en per 1 juni 2018 beëindigd. Hij heeft zich daarbij op het standpunt gesteld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering nu bij Consument geen medisch objectiveerbare beperkingen als gevolg van een ziekte zijn vastgesteld. Hij heeft Consument meegedeeld dat als zij het hier niet mee eens is, hij bereid is een second opinion aan te bieden door een neuroloog, gevolgd door een NPO en een onderzoek door een verzekeringsarts. Consument heeft dit aanbod afgeslagen. Zij wenst een onderzoek door een deskundige op het gebied van slaapstoornissen.

Zij stelt aan primaire insomnia te lijden, een ziekte die zich kenmerkt door een slaapstoornis waarvan de oorzaak niet bekend is. Het gaat volgens Consument om een erkend ziektebeeld volgens de DSM IV-TR.

2.6 Partijen zijn er samen niet uitgekomen. Consument heeft zich om die reden tot Kifid gewend. In de procedure bij Kifid heeft Verzekeraar aangegeven dat hij nog steeds bereid is op zijn kosten een second opinion aan te bieden door een neuroloog, inclusief NPO, en – indien noodzakelijk – een verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Daarna zou hij zijn standpunt opnieuw bekijken. Consument heeft hierop gereageerd met de mededeling dat zij aanspraak kan maken op uitkering en dat als het nodig is om een deskundige in te schakelen, dit een op het terrein van slaapstoornissen gespecialiseerd arts moet zijn; een arts die uitspraken kan doen over het hele spectrum van de klachten verbonden aan haar ziekte. Een neuroloog kan dat niet beoordelen. De medisch adviseur van Verzekeraar was een andere mening toegedaan.

2.7 Op de hoorzitting van 14 juni 2019 heeft de Commissie met partijen overleg gevoerd over de vraag hoe de verstoorde relatie weer tot een werkbare zou kunnen worden gemaakt, hoe tot een oplossing voor hun geschil zou kunnen worden gekomen. Vanwege de psychische component die bij de ziekte van Consument speelt, is er voor gekozen een psychiatrische expertise te laten verrichten. Partijen zouden het dan wel eerst samen eens dienen te worden over de persoon van de te benoemen psychiater en over de inhoud van de vraagbrief. Over het verdere vervolgtraject zijn geen afspraken gemaakt. Partijen zouden eerst het psychiatrisch expertiserapport afwachten. Op verzoek van Consument heeft de Commissie het dossier zolang ‘on hold’ gezet.

2.8 Partijen zijn het eens geworden over de persoon van de te benoemen psychiater en over de inhoud van de vraagbrief. Op 23 juli 2019 heeft Verzekeraar opdracht tot het verrichten van expertise verstrekt. Daarbij is afgesproken dat partijen één maand de tijd hadden, gerekend vanaf de datum van het concept-expertiserapport, om op het concept-expertiserapport te reageren. Het concept-expertiserapport is op 18 augustus 2019 uitgebracht. De termijn van één maand sloot dus op 19 september 2019.

2.9 Consument is akkoord gegaan met de inhoud van het expertiserapport en de conclusies die de psychiater daaraan heeft verbonden. Deze conclusies geven volgens haar een goed beeld van haar beperkingen. Zij heeft de Commissie primair verzocht de mate van arbeidsongeschiktheid op 100% vast te stellen, subsidiair om Verzekeraar een in overleg met haar te benoemen arbeidsdeskundige opdracht te laten geven om op basis van het rapport van de psychiater de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen.

2.10 De medisch adviseur van Verzekeraar zag in het expertiserapport aanleiding om aanvullende vragen aan de psychiater te stellen en inhoudelijke opmerkingen te maken. Het ging hem daarbij met name om de vraag met welke beperkingen in welke mate rekening moet worden gehouden. De medisch adviseur van Verzekeraar stelt dat op zijn inhoudelijke opmerkingen en nadere vragen niet dan wel onvoldoende is gereageerd. De psychiater heeft besloten dat de reactietermijn is verstreken en dat de rapportage daarmee definitief is geworden. Daarvan kan, aldus Verzekeraar, geen sprake zijn zolang niet is gereageerd op de vragen en opmerkingen van de medisch adviseur. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat het specialistisch onderzoek vanwege het uitblijven van de definitieve versie van de rapportage, niet is afgerond. Hij heeft voorgesteld om, zodra het rapport definitief is, contact op te nemen met Consument om in gezamenlijk overleg een arbeidsdeskundige de opdracht te geven om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. Zijn eerdere standpunt zou hij intussen handhaven. Zoals vermeld heeft Consument hier niet mee ingestemd.

2.11 De Commissie heeft hierop besloten de procedure te sluiten en uitspraak te doen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert – na wijziging van haar eis tijdens de procedure bij Kifid – dat de Commissie vaststelt dat de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument 100% bedraagt, dan wel dat de Commissie een arbeidsdeskundige benoemt die op basis van het rapport van de psychiater de mate van arbeidsongeschiktheid vaststelt. De uitkering dient met terugwerkende kracht tot de datum van afbouw dan wel beëindiging te worden aangevuld dan wel hervat, en vermeerderd te worden met de wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Aan haar gewijzigde vordering legt Consument ten grondslag dat zij recht heeft op uitkering onder de verzekering. Verzekeraar heeft de uitkering ten onrechte per 1 maart 2018 afgebouwd en per 1 juni 2018 beëindigd. Er bestaat geen enkel beletsel om een arbeidsdeskundige de door de psychiater opgestelde FML te doen hanteren.

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 De Commissie stelt vast dat partijen van mening verschillen over de status van het psychiatrisch expertiserapport. Zij ziet zich dan ook voor de vraag gesteld welk vervolgtraject nu aan de orde zou kunnen zijn. Zij overweegt in dit verband het volgende.

4.2 In een brief van 4 november 2019 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar aan de psychiater geschreven dat de termijn van één maand waarbinnen partijen op de concept-rapportage konden reageren, is gestuit wegens de door hem gemaakte opmerkingen en de gestelde nadere vragen over de beperkingen. Hij stelt op de vraag met welke beperkingen en in welke mate daarmee rekening dient te worden gehouden, geen afdoende antwoord te hebben gekregen. Van een definitief rapport kan daarom geen sprake zijn.

4.3 De Commissie heeft het expertiserapport en de aanvulling daarop van de expert bestudeerd en is mét de medisch adviseur van Verzekeraar van oordeel dat het rapport niet als definitief kan worden beschouwd. De Voorwaarden bepalen immers in artikel 1.8 dat er sprake moet zijn van – samengevat – objectief medisch vast te stellen stoornissen waardoor verzekerde beperkingen ondervindt in het functioneren. Deze stoornissen en hiermee samenhangende beperkingen in het algemeen functioneren dienen door de expertiserend specialist zo uitgebreid en exact mogelijk beschreven te worden. Dit is essentieel voor het verdere verloop van de schaderegeling. Daarna volgt een verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Het specificeren en kwantificeren van de beperkingen die iemand ondervindt behoort tot de deskundigheid van de verzekerings-geneeskundige.

4.4 De expertiserend psychiater heeft in een aanvulling op zijn expertiserapport een FML (Functionele Mogelijkheden Lijst) opgesteld. Naar het oordeel van de Commissie is het echter niet aan de medische expert om een gekwantificeerd belastbaarheidsprofiel in de vorm van een FML op te stellen (zie de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage NVMSR). Daarnaast ziet de Commissie een discrepantie tussen de objectieve bevindingen van de expertiserend specialist en de door hem geduide beperkingen: de expertiserend specialist vindt geen structurele aanwijzingen voor cognitieve stoornissen, maar geeft wel cognitieve en andere beperkingen af, die hij niet beargumenteert.

4.5 De Commissie is daarom van oordeel dat een arbeidsdeskundige deze FML niet als basis voor de arbeidskundige beoordeling kan gebruiken. Op grond van deze FML is geen verantwoorde beslissing te nemen.

De Commissie concludeert dan ook dat Verzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat het specialistisch onderzoek nog niet is afgerond en dat nader onderzoek nodig is, en wel in de vorm van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek, gevolgd door een arbeidsdeskundig onderzoek.

4.6 Aangezien Consument zich op het standpunt stelt dat de claim toewijsbaar is, en anders eventueel nog slechts arbeidsdeskundig dient te worden beoordeeld – daarmee te kennen gevend dat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek niet aan de orde is – heeft de Commissie, gelet op de uiteenlopende standpunten, niet voor ogen welk vervolgtraject hier aangewezen zou zijn om hen uit de ontstane impasse te doen geraken en concludeert zij dat de vordering van Consument – het vaststellen van haar mate van arbeids-ongeschiktheid op 100% en anders eventueel een onderzoek door een door de Commissie te benoemen arbeidsdeskundige – niet voor toewijzing in aanmerking komt, daar de claim onvoldoende is onderbouwd en in een eerder stadium diverse medische deskundigen (zie 2.4) geen objectiveerbare beperkingen hebben geconstateerd.

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.