Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-186
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, dr. B.C. de Vries, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 5 februari 2015
Ingesteld door	: Consument
Tegen	: Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 22 april 2016
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Consument is arbeidsongeschikt geraakt en heeft gedurende een bepaalde periode uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangen. Verzekeraar heeft de uitkering stopgezet omdat Consument niet arbeidsongeschikt in de zin van de verzekering werd geacht. Medisch objectiveerbare stoornissen konden niet worden vastgesteld en medische beperkingen konden dan ook niet worden geduid. De Commissie bevestigt dit en wijst de vordering af.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- de namens Consument ingezonden klachtbrief met bijlagen;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- het advies van de medisch adviseur van Kifid;
- de namens Consument ingezonden repliek met bijlagen;
- de ter zitting namens Verzekeraar overgelegde pleitnota.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 25 januari 2016 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op 20 mei 1972, heeft met ingang van 10 september 2002 bij Verzekeraar een beroepsarbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Verzekerd beroep: schoonheidsspecialiste. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: OE 03.2.30 A. In afwijking van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden dat bij arbeidsongeschiktheid een ondergrens van 25% geldt, is Consument bij het aangaan van de verzekering een verhoogde drempel van 45% overeengekomen.

Verzekerde jaarrente Rubriek A (eerstejaarsrisico): € 27.319,00, 3,0% samengesteld klimmend. Verzekerde jaarrente Rubriek B (na-eerstejaarsrisico): € 34.055,00, 3,0% samengesteld klimmend.

2.2 Per 2 september 2005 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld wegens nekklachten na een aanrijding. Verzekeraar is gaan uitkeren. Op 16 april 2007 heeft een loopbaanonderzoek plaatsgevonden, op 31 december 2007 is neurologische expertise verricht en op 4 juli 2008 aanvullend een orthopedische expertise. Door de neuroloog is geen diagnose gesteld en zijn geen beperkingen geduid. Door de orthopeed evenmin. Verzekeraar heeft de uitkering gecontinueerd, ook nadat Consument zich had laten omscholen en in 2009 een nieuw bedrijf is gestart op het gebeid van yoga, coaching en eclectische gezondheidsbegeleiding.

2.3 De uitkering is per 24 februari 2014 beëindigd. In een brief van diezelfde datum schrijft Verzekeraar aan Consument dat om in aanmerking te komen voor een uitkering sprake moet zijn van in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren (artikel 4 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden). Uit de onderzoeken van de neuroloog en de orthopeed is Verzekeraar echter gebleken dat sinds 2007 geen sprake meer is van medisch objectiveerbare beperkingen voor het verrichten van de werkzaamheden van Consument als schoonheidsspecialiste. Bovendien was haar gebleken dat Consument in haar nieuwe beroep voor meer dan 65% werkzaamheden verrichtte.

2.4 In een brief van 5 maart 2014 aan Consument schrijft Verzekeraar dat het uit coulance is geweest dat Verzekeraar ondanks de onderzoeken in 2007 en 2008 uitkering is blijven verstrekken.

2.5 Nadat Consument bezwaar had aangetekend tegen het standpunt van Verzekeraar dat zij niet arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering, is op 7 juli 2014 nogmaals, bij wijze van een second opinion, een neurologische expertise verricht. De bevindingen van de neuroloog kwamen overeen met die van 2007: geen diagnose, geen beperkingen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering met terugwerkende kracht tot 24 februari 2014, alsmede vergoeding van de door haar gemaakte kosten van re-integratie, nader op te maken bij staat, vooralsnog begroot op € 125.000,-, schadevergoeding vanwege de noodgedwongen verkoop van haar woning (waarin ook haar onderneming was gevestigd), nader op te maken bij staat, vooralsnog begroot op € 150.000,--, en vergoeding van gemaakte kosten van rechtsbijstand, per 5 september 2015 berekend op € 27.607,97, dit alles te vermeerderen met de wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van haar verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.

- Verzekeraar heeft de uitkering zonder goede gronden per 24 februari 2014 beëindigd. In artikel 4 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden staat dat indien verzekerde tijdens de arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dat verzekeraar dan (conform het bepaalde in artikel 9) zal vaststellen of en in hoeverre deze wijziging acceptabel is en de polis daaraan aanpassen.

De vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zal dan conform de aangepaste polis plaatsvinden. De polis is echter nimmer aangepast aan het nieuwe beroep. Verzekeraar heeft de uitkering niettemin beëindigd, en wel op basis van een arbeidsdeskundig rapport d.d. 22 januari 2014 dat onder meer uitgaat van – onder dwang – afgegeven financiële gegevens met betrekking tot de huidige onderneming.

- In november 2006 is toegezegd dat er geen nieuwe medische onderzoeken meer zouden plaatsvinden. Een herbeoordeling had dus niet mogen plaatsvinden, en zeker niet nu de polis niet is aangepast.
- Consument kan als gevolg van het door haar opgelopen letsel haar oude verzekerde beroep niet meer uitoefenen. Dit is haar onmogelijk geworden vanwege slijtage aan nek en wervelkolom. Een MRI-scan uit december 2014 toont dit aan. Consument is bereid om mee te werken aan nader medisch onderzoek door een onafhankelijke derde deskundige waarbij zij het recht op een second opinion wenst.
- Consument is in overleg met en na akkoord van Verzekeraar op eigen kosten een re-integratie traject gestart. Uit het rapport van de arbeidsdeskundige blijkt dat hij ook van mening was dat Verzekeraar de kosten diende te vergoeden. Uit een e-mailbericht van Verzekeraar van 4 september 2014 blijkt voorts dat door haar expliciete dan wel impliciete toestemming was verleend.
- Door de stopzetting van de uitkering moest Consument haar woning, waarin zij haar praktijk uitoefende, verkopen. Zij kon haar hypotheeklasten niet meer opbrengen. De door Consument aan Verzekeraar overgelegde financiële gegevens tonen dit aan.
- Consument heeft recht op uitkering. Door de onterechte stopzetting van de uitkering door Verzekeraar heeft zij kosten van rechtsbijstand moeten maken.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- De uitkering is stopgezet vanwege het ontbreken van krachtens de verzekering gedekte beperkingen. Voorhanden zijn drie onafhankelijke medische, goed onderbouwde expertiserapporten en een advies van de medisch adviseur van Kifid. Consument heeft daar geen steekhoudende en zwaarwegende bezwaren tegenover gesteld. Consument heeft voorts geen nieuwe medische gegevens op orthopedisch of neurologisch vakgebied aangedragen die aanleiding geven om thans beperkingen aan te houden. Grond voor een nieuw medisch onderzoek door een onafhankelijke derde deskundige is dan ook niet aanwezig, temeer daar niet aannemelijk is dat Consument de uitkeringsdrempel van 45% bereikt.
- Consument is op eigen initiatief diverse opleidingen gaan volgen. Zij heeft Verzekeraar niet om goedkeuring of om vergoeding van de kosten gevraagd. Hiervan blijkt niets uit het dossier. De enige re-integratie activiteit die Verzekeraar in samenspraak met Consument in gang heeft gezet is een loopbaancoachingstraject. De discussie over de kosten van omscholing is pas op gang gekomen na het arbeidsdeskundig onderzoek. In de rapportage staat overigens niet dat de arbeidsdeskundige van mening is dat Verzekeraar in die kosten moet bijdragen. Hij heeft zich hierover niet uitgelaten.
- Consument heeft de woning in 2007 gekocht. Op dat moment liepen nog specialistische onderzoeken en stond het recht op uitkering en de duur daarvan nog niet vast. Ten tijde van de verkoop werd aan Consument nog steeds uitkering verstrekt.

- De arbeidsongeschiktheidsclaim is op goede gronden afgewezen, aan Consument is jarenlang onverschuldigd uitkering verleend, dus voor vergoeding van de – niet gespecificeerde - kosten van rechtsbijstand bestaat geen grondslag.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar de uitkering in redelijkheid heeft kunnen beëindigen per 24 februari 2014. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt dienaangaande het volgende.

4.2 Op grond van de verzekeringsovereenkomst staat vast dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is indien in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde voor meer dan 45% beperkt is in zijn functioneren. Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat geen sprake is van medisch objectiveerbare stoornissen. Diverse specialisten hebben (bij herhaling) gesteld dat geen sprake is van een op hun terrein classificeerbare diagnose en/of medisch vast te stellen stoornissen. Door de afwezigheid van medisch objectiveerbare stoornissen zijn ook geen medische beperkingen te duiden. Dit wil overigens niet zeggen dat Consument geen klachten heeft. De klachten vallen alleen niet onder de dekking van de verzekering.

4.3 Nu de claim van Consument om de hiervoor onder 4.2 genoemde reden niet gedekt is, is de vraag of de arbeidsongeschiktheid beoordeeld dient te worden naar het oude dan wel naar het nieuwe beroep, niet meer relevant.

4.4 Het MRI-onderzoek in december 2014 maakt dit niet anders. In het MRI-verlag van de radioloog wordt nergens gesproken over slijtage. Integendeel, de radioloog geeft aan dat sprake is van een normaal beeld van de cervicale wervelkolom, zo ook van het ruggenmerg, en dat geen sprake is van een hernia. Zijn conclusie is dat er geen verklaring is voor de klachten. Mogelijk is er wel een afwijking op KNO-gebied, maar deze bevinding staat niet in relatie tot de klachten als gevolg waarvan Consument zich arbeidsongeschikt heeft gemeld.

4.5 De conclusie is dan ook dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Verzekeraar heeft in redelijkheid kunnen besluiten de uitkering per 24 februari 2014 te beëindigen. Zij hoeft deze niet te hervatten. Nu Verzekeraar geen uitkering (meer) verschuldigd is, is er geen grondslag voor de overige vorderingen van Consument en kan de Commissie deze niet toewijzen. De Commissie merkt nog op dat haar van een toezegging van Verzekeraar om de re-integratie kosten te betalen uit het dossier niet is gebleken.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 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/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.