Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-318
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. K. Engel, A. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 31 juli 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 8 april 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeraar heeft de claim van Consument afgewezen en zich daarbij gebaseerd op de medische expertises die stellen dat Consument voor minder dan 35% arbeidsongeschikt is. Verzekeraar heeft de uitkering die Consument reeds ontving, afgebouwd. Consument kan zich niet verenigen met dit besluit en meent dat Verzekeraar onvoldoende rekening heeft gehouden met de fysieke en psychische problematiek die maken dat hij voor meer dan 35% arbeidsongeschikt is. De Commissie komt tot het oordeel dat Verzekeraar de uitkering onder de Verzekering heeft mogen beëindigen, nu met de verschillende rapportages gemotiveerd is onderbouwd dat Consument vanaf 2 februari 2018 voor minder dan 35% arbeidsongeschikt is. De stelling van Consument dat sprake is van diverse andere klachten die maken dat hij meer dan 35% arbeidsongeschikt is, heeft Consument onvoldoende onderbouwd. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

1. De procedure

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken: het door Consument ingediende klachtformulier, het verweerschrift van Verzekeraar.

Op basis van de in het dossier aanwezig stukken heeft de Commissie besloten dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist. Partijen hebben gekozen voor bindend advies.

2. Wat is er gebeurd?

2.1 Consument is verzekerde onder een *'Loyalis ASU PO/VO'* (hierna: de 'Verzekering'), een collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering die door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap is gesloten bij Verzekeraar ten behoeve van (ex)werknemers uit de sector 'Primair of Voortgezet Onderwijs'. De Verzekering heeft ten doel een uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van arbeidsongeschiktheid ontstaan tijdens de looptijd van de ASU.

Een ASU is een aansluitende uitkering in de zin van het Besluit bovenwettelijke uitkeringen bij werkloosheid voor de sector Rijk (BBWO) en de Werkloosheidsregeling onderwijs-personeel voortgezet onderwijs (Wovo). De Verzekering voorziet in een Arbeids-ongeschiktheidsuitkering , een Overbruggingsuitkering en een Re-integratie-uitkering.

2.2 In de verzekeringsvoorwaarden (hierna: de 'Voorwaarden') staat – voor zover relevant – het volgende:

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.

Artikel 8 Recht en duur van de Overbruggingsuitkering
Behoudens het overige in de polisvoorwaarden gestelde, kan een verzekerde aanspraak maken op een Overbruggingsuitkering indien verzekerde ziek is op het einde van de ASU-uitkering en op dat moment korter dan 2 jaar ziek is. Daarbij geldt als voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid naar verwachting nog minimaal 3 maanden na het einde van de ASU-uitkering zal voortduren.
De Overbruggingsuitkering vangt aan op de eerste dag volgens op de dag waarop de ASU-uitkering is geëindigd en eindigt indien en zodra verzekerde 2 jaar ziek is (einde wachttijd). Herstelt verzekerde tijdens de Overbruggingsuitkering of tijdens de daarop volgende AO-uitkering dan stopt de betreffende uitkering definitief en heeft verzekerde uitsluitend recht op een Re-integratie-uitkering.

2.3 Consument heeft op 9 maart 2016 het formulier 'Ziekmelding Arbeidsongeschiktheids-verzekering bij ASU' ingevuld en ondertekend. Hij heeft hierop aangegeven dat hij sinds 1 december 2015 arbeidsongeschikt is wegens met name psychische maar ook met lichamelijke klachten. Op 9 maart 2016 heeft Consument ook aangegeven dat hij naast de ASU-uitkering geen andere inkomsten heeft.

2.4 De ASU-uitkering van Consument eindigde op 19 juli 2016. Consument heeft vervolgens Overbruggingsuitkeringen ontvangen van Verzekeraar.

2.5 Consument heeft op 15 maart 2016 een machtigingsformulier van Verzekeraar ingevuld en ondertekend, zodat zijn medische behandelaars relevante medische inlichtingen kunnen verstrekken aan de medisch adviseur van Verzekeraar. Consument is op 19 juli 2016 en op 9 maart 2017 in opdracht van Verzekeraar onderzocht door verzekeringsarts X, die beide keren tot de conclusie kwam dat Consument op dat moment niet belastbaar was voor het eigen werk als leerkracht in het basisonderwijs. Bij beide onderzoeken is een Functionele Mogelijkhedenlijst (hierna: 'FML') opgesteld.

2.6 Op 2 februari 2018 heeft een derde verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaatsgevonden in verband met het einde van de wachttijd van twee jaar. Deze keer is door verzekeringsarts Y. onderzocht welke beperkingen Consument heeft. Ook deze keer is een FML opgesteld. De verzekeringsarts concludeert dat Consument belastbaar is met arbeid op de arbeidsmarkt met beperkingen als opgenomen in de FML. De verzekeringsarts is van oordeel dat er geen urenbeperking geldt. Een arbeidsdeskundige heeft vervolgens op basis van de door deze verzekeringsarts vastgestelde beperkingen in haar rapport van 25 april 2018 aangegeven dat het arbeidsongeschiktheidspercentage van Consument 30,86% bedraagt.

2.7 Bij brief van 6 juni 2018 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij vanaf 2 februari 2018 geen recht heeft op een Overbruggingsuitkering omdat zijn arbeidsongeschiktheids-percentage minder dan 35% bedraagt. Consument heeft vervolgens nog zes maanden een Re-integratieuitkering ontvangen van Verzekeraar.

2.8 Namens Consument is op 27 juni 2018 bezwaar gemaakt tegen deze beslissing van Verzekeraar. Op 16 oktober 2018 is namens Consument aangevoerd dat er door de verzekeringsarts onvoldoende rekening is gehouden met de fysieke beperkingen van Consument. Daarbij is ook melding gedaan van verslechterde gezondheid.

2.9 Verzekeraar heeft zijn medisch adviseur gevraagd om de beslissing van 6 juni 2018 te her-beoordelen. Op 10 januari 2019 concludeert de medisch adviseur dat er vanuit verzekerings-geneeskundige optiek bij de beoordeling op 2 februari 2018 sprake is geweest van adequate oordeelsvorming en er geen objectieve medische argumenten naar voren zijn gekomen die aanleiding geven om het advies van 2 februari 2018 te herzien.

2.10 Bij brief van 22 januari 2019 heeft Verzekeraar Consument bericht dat de beslissing van 6 juni 2018 wordt gehandhaafd. Voorts heeft Verzekeraar medegedeeld dat ontwikkelingen in de gezondheid, ontstaan na het vervallen van de uitkering, niet relevant zijn voor de vaststelling van de belastbaarheid van Consument op de datum waar de beoordeling betrekking op heeft, zijnde 2 februari 2018.

2.11 Namens Consument is vervolgens op 26 februari 2019 een klacht ingediend bij de directie van Verzekeraar en – onder toezending van aanvullende medische informatie – Verzekeraar verzocht om de beslissingen van 6 juni 2018 en 22 januari 2019 te herzien. De aanvullende medische informatie betreft informatie van een GZ-psycholoog die Consument in de periode van januari-april 2016 in behandeling heeft gehad.

2.12 Verzekeraar heeft het bezwaar en de toegezonden informatie opnieuw laten beoordelen door zijn medisch adviseur. Deze concludeert in zijn rapport van 17 juli 2019 dat de ontvangen aanvullende medische informatie niet nieuw is en dat deze reeds op 2 februari 2018 door verzekeringsarts Y is benoemd, dat daarmee rekening is houden bij de vaststelling van de beperkingen en dat deze op adequate wijze is verdisconteerd in de FML.

2.13 Bij brief van 19 juli 2019 heeft Verzekeraar medegedeeld dat uit de ontvangen medische informatie geen nieuwe gezichtspunten zijn verkregen en er derhalve geen argumenten zijn om op de eerdere beslissingen terug te komen.

2.14 Partijen zijn er in onderling overleg niet uitgekomen, reden waarom Consument zich tot het Kifid heeft gewend.

3. Het geschil – waar gaat het om in deze procedure?

Vordering en standpunten Consument

3.1. Consument maakt aanspraak op betaling van de niet-gedane uitkeringen onder de Verzekering, gesteld op een bedrag van € 36.000,-, en hervatting van de uitkeringen.

3.2. Namens Consument is ter onderbouwing van deze vordering aangevoerd dat Verzekeraar onvoldoende rekening heeft gehouden met de fysieke en psychische problematiek van Consument, waarbij is benadrukt dat Consument tot drie keer toe een partner verloren heeft. In medisch opzicht is er al jarenlang sprake van een te hoge bloeddruk. Voorts is er sprake van astma, van geen kracht meer in armen en benen, van artrose en van ontstekingen in de KNO holtes. Tevens hebben de drie TIA's die Consument gehad heeft nog dagelijks invloed, in het bijzonder wat betreft het energieniveau. Consument volgt al zeer geruime tijd psychotherapie.

3.3. Verder heeft volgens Consument de behandeling van het bezwaar onredelijk lang geduurd. Op informatieverzoeken en terugbelverzoeken werd bij herhaling niet gereageerd door Verzekeraar.

3.4. Consument heeft afgezien van het indienen van een repliek op het verweerschrift van Verzekeraar.

Standpunt Verzekeraar

3.5. Verzekeraar geeft in zijn verweerschrift aan dat Consument op basis van de voorwaarden geen recht heeft op verdere uitkering omdat zijn arbeidsongeschiktheidspercentage per 2 februari 2018 onder de 35% ligt en de verzekeringsgeneeskundige onderzoeken die aan dit standpunt ten grondslag liggen zorgvuldig, adequaat en conform de van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn uitgevoerd.

3.6. De afhandeling van de bezwaren heeft niet onnodig lang geduurd. Een zorgvuldige afhandeling met een medische heroverweging vergt tijd. Bovendien heeft Verzekeraar ook moeten wachten op de medische informatie waarop Consument zich bij de klacht heeft beroepen.

4. Beoordeling

4.1. De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Verzekeraar de uitkering onder de Verzekering heeft mogen beëindigen. Hierbij dient de Commissie te beoordelen of Verzekeraar op grond van het rapport van 2 februari 2018 van verzekeringsarts Y tot het oordeel mocht komen dat Consument voor minder dan 35% arbeidsongeschikt is.

4.2. Verzekeraar heeft de medische situatie van Consument aan het einde van de wachttijd laten beoordelen door verzekeringsarts Y. Die verzekeringsarts heeft in zijn rapport van 2 februari 2018 diverse beperkingen vastgesteld en opgenomen in de FML. Een arbeidsdeskundige heeft, rekening houdend met die beperkingen, geoordeeld dat Consument niet geacht kan worden zijn functie van leerkracht in het basisonderwijs uit te oefenen. Wel heeft de arbeidsdeskundige passende functies geduid waarin Consument zonder urenbeperking kan werken en waarin de mate van loonderving – en daarmee de mate van arbeidsongeschiktheid – 30,86% lager is dan het maatmanloon. De klacht van Consument is enkel gericht tegen de door verzekeringsarts Y vastgestelde beperkingen, niet tegen de beoordeling door de arbeidsdeskundige.

4.3. De Commissie is van oordeel dat Consument onvoldoende heeft onderbouwd dat verzekeringsarts Y onvoldoende rekening heeft gehouden met zijn (daadwerkelijke) fysieke en psychische klachten. In het rapport van 2 februari 2018 wordt gemotiveerd aangegeven waarom welke beperkingen aanwezig worden geacht. Consument heeft niet gesteld dat het rapport niet zorgvuldig is opgesteld of anderszins niet aan de eisen voldoet. Met name heeft Consument nagelaten medische informatie in te brengen waaruit blijkt dat verzekeringsarts Y zijn conclusie op onjuiste informatie heeft gebaseerd. Consument is eerder in 2016 en in 2017 door verzekeringsarts X beoordeeld. Deze verzekeringsarts kwam tot vergelijkbare bevindingen en beperkingen. Beide verzekeringsartsen hebben er in hun beoordeling rekening mee gehouden dat er geen sprake was van volledig herstel. In de rapportage van 2 februari 2018 is dit ook expliciet benoemd.

Verzekeringsarts Y heeft dan ook geconcludeerd dat Consument niet meer belastbaar was voor zijn eigen werk, maar wel voor ander werk, rekening houdend met de door hem vastgestelde beperkingen.

4.4. Tot twee keer toe heeft Verzekeraar het oordeel van 2 februari 2018 van verzekeringsarts Y laten beoordelen en tot twee keer toe is, rekening houdend met de door Consument toegezonden informatie, de juistheid van dit oordeel bevestigd. Consument heeft daar te weinig tegenover gesteld; Consument heeft bijvoorbeeld nagelaten zelf een expertiserapport te overleggen waaruit volgt dat de conclusie van de verschillende verzekeringsartsen en de medisch adviseur niet kan worden gevolgd. Ook de stelling van Consument dat hij drie TIA's heeft gehad is niet met medische stukken onderbouwd.

4.5. De Commissie komt derhalve tot de conclusie dat Consument zijn standpunt dat hij recht heeft op hervatting van de uitkering onder de Verzekering omdat hij voor meer dan 35% arbeidsongeschikt is, onvoldoende heeft onderbouwd.

4.6. Dat Verzekeraar bij de behandeling van het bezwaar niet voortvarend te werk is gegaan, is naar het oordeel van de Commissie niet vast komen te staan. De Verzekeraar heeft voor het tijdsverloop ook een plausibele verklaring gegeven.

Slotsom

4.7. Op basis van het voorgaande komt de Commissie tot het oordeel dat Verzekeraar de uitkering onder de Verzekering heeft mogen beëindigen, nu met de verschillende rapportages gemotiveerd is onderbouwd dat Consument vanaf 2 februari 2018 voor minder dan 35% arbeidsongeschikt is. De klacht van Consument is ongegrond. 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.