Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-437
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 26 juli 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 20 mei 2020
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument vordert een aanvullende uitkering onder de verzekering en premierestitutie. Volgens Consument is de beslissing van Verzekeraar over het beëindigen van de uitkering ongeldig omdat het arbeidsdeskundig rapport dat daaraan ten grondslag ligt, is ingetrokken. De Commissie oordeelt dat de arbeidsongeschiktheid van Consument niet gedekt is omdat geen ziekte of stoornis bij Consument is vastgesteld. De Commissie is van oordeel dat een objectieve uitleg van de verzekeringsvoorwaarden meebrengt dat Consument geen recht heeft op aanvullende premierestitutie. Vorderingen afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de reactie daarop van Consument.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

De Commissie beslist dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft bij Verzekeraar zowel een Eerstejaarsverzekering als een Langlopende verzekering ter dekking van het risico van arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde beroep van Consument is advocaat. Voor de Eerstejaarsverzekering geldt een eigen risicotermijn van 30 dagen en een verzekerd dagbedrag van € 422,00. Voor de Langlopende verzekering geldt een eigen risicotermijn van 360 dagen en een verzekerd dagbedrag van € 595,00.

2.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (hierna: Voorwaarden KEDV) vermelden, voor zover relevant, het volgende:

'Voorwaarden van verzekering
De Beroeps-AOV en de Loondienst-AOV
Kortlopende verzekering (K)
Eerstejaarsverzekering (E) Driejaarsverzekering
(D) Vijfjaarsverzekering (V)
Versienummer KEDV 2016/01
(…)

1.4 Arbeidsongeschiktheid
Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als er in directe relatie tot ziekte, ongeval of orgaandonatie stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde voor tenminste 25% beperkt is om de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad omschreven beroep te verrichten. De stoornissen moeten objectief medisch zijn vast te stellen.
Stoornissen waarvoor geen medische oorzaak is aangetoond of aannemelijk gemaakt, worden beschouwd als niet objectief medisch vast te stellen. Wij stellen stoornissen vast aan de hand van rapporten van door ons aangewezen medische en andere deskundigen. (…)

1.5 Arbeidsongeschiktheidsgeval
Elke al dan niet onderbroken periode van arbeidsongeschiktheid die voortkomt uit één en dezelfde gedurig werkende oorzaak. Komt de arbeidsongeschiktheid voort uit een andere oorzaak, dan beschouwen we deze als een nieuw arbeidsongeschiktheidsgeval.
(…)
3.3 Vaststelling arbeidsongeschiktheid
Nadat de arbeidsongeschiktheid is gemeld, stellen wij de mate en de periode van de arbeidsongeschiktheid vast. Dit doen wij aan de hand van gegevens van door ons aangewezen medische en andere deskundigen. Wij informeren u altijd zo spoedig mogelijk over deze vaststelling.
(…)

3.5 Uitkering

(…)

4. Het recht op uitkering eindigt:

(…)

c. als de maximale uitkeringsduur is bereikt. De Eerstejaarsverzekering heeft een maximale uitkeringsduur van 365 dagen per arbeidsongeschiktheidsgeval.

(…)

6 Premiebetaling

(…)

6.5 *Voor de Driejaarsverzekering en de Vijfjaarsverzekering geldt: als de verzekerde langer dan een jaar vanwege dezelfde oorzaak ononderbroken arbeidsongeschikt is, dan bent u zolang het recht op uitkering voortduurt met ingang van het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid, naar evenredigheid van het uitkeringspercentage, geen premie verschuldigd. Als de verzekerde arbeidsongeschikt is vanwege een oorzaak waarvoor een beperkende voorwaarde geldt, dan bent u zo lang de arbeidsongeschiktheid voortduurt met ingang van het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid, naar evenredigheid van het arbeidsongeschiktheidspercentage, geen premie verschuldigd.'*

De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (hierna: Voorwaarden L) vermelden, voor zover relevant, het volgende:

*"**Voorwaarden van verzekering***
De beroeps-AOV en de loondienst-AOV
Langlopende verzekering (L)
Versienummer L 2016/01

1.4 Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als er in directe relatie tot ziekte, ongeval of orgaandonatie stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde voor tenminste 25% beperkt is om de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad omschreven beroep te verrichten. De stoornissen moeten objectief medisch zijn vast te stellen.
Stoornissen waarvoor geen medische oorzaak is aangetoond of aannemelijk gemaakt, worden beschouwd als niet objectief medisch vast te stellen. Wij stellen stoornissen vast aan de hand van rapporten van door ons aangewezen medische en andere deskundigen.

(…)

1.5 Arbeidsongeschiktheidsgeval

Elke al dan niet onderbroken periode van arbeidsongeschiktheid die voortkomt uit één en dezelfde gedurig werkende oorzaak. Komt de arbeidsongeschiktheid voort uit een andere oorzaak, dan beschouwen we deze als een nieuw arbeidsongeschiktheidsgeval.

(…)

3.3 Vaststelling arbeidsongeschiktheid

Nadat de arbeidsongeschiktheid is gemeld, stellen wij de mate en de periode van de arbeidsongeschiktheid vast. Dit doen wij aan de hand van gegevens van door ons aangewezen medische en andere deskundigen. Wij informeren u altijd zo spoedig mogelijk over deze vaststelling.

(…)

8 Premiebetaling

(…)

8.5 *Als de verzekerde langer dan een jaar vanwege dezelfde oorzaak ononderbroken arbeidsongeschikt is, dan bent u zolang het recht op uitkering voortduurt met ingang van het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid, naar evenredigheid van het uitkeringspercentage, geen premie verschuldigd. (…)'*

2.3 Op 4 augustus 2017 heeft Consument bij Verzekeraar een claim ingediend vanwege arbeidsongeschiktheid per 1 juli 2017 door "burn-out klachten".

2.4 Het oriëntatierapport van de door Verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige (hierna: Arbeidsdeskundige I), van 1 september 2017 vermeldt – voor zover van belang – het volgende:

"*Plan van aanpak: Professionele begeleiding zoals ingezet lijkt aangewezen om verzekerde te helpen bij het werven van inzicht in de oorzaken die hebben geleid tot ontwikkeling van zijn belemmeringen en het formuleren wat nodig is om terugkeer naar "normaal functioneren" mogelijk te maken. De vitaliteit van zijn belemmeringen lijken zijn re-integratie in deze fase in de weg te staan, waarbij verzekerde tegelijkertijd zich geen beeld heeft gevormd over de wijze waarop hij zijn herstel van functioneren mogelijk kan maken.*
Tijdcontingente re-integratie : N.v.t.
Mogelijkheden om arbeidsdeelname te vergroten : N.v.t.
Advies mate van arbeidsongeschiktheid op basis van de maatman : Gelet op zijn minimale betrokkenheid na de overdracht van behandeling van zijn dossiers is zijn uitval in te schatten als 80-100 %."

2.5 Bij brief van 15 september 2017 heeft Verzekeraar Consument – voor zover van belang - als volgt geïnformeerd:

"Ik heb de arbeidsdeskundige rapportage van [naam Arbeidsdeskundige I] van 1 september 2017 ontvangen. In deze brief informeer ik u over de mate van uw arbeidsongeschiktheid en over uw uitkering.
(…)

Mate van arbeidsongeschiktheid

De mate van uw arbeidsongeschiktheid hebben wij met ingang van 1 juli 2017 ingedeeld in de klasse 80-100%. Dit betekent dat wij u, na het verstrijken van de aan uw verzekering verbonden eigen risicotermijn, uitkering verstrekken op basis van 100% van uw verzekerde bedragen.
(…)
Wordt de mate van uw arbeidsongeschiktheid in een andere klasse ingedeeld, dan verandert ook de hoogte van uw uitkering. (…)"

2.6 Vanuit Verzekeraar is Consument in eerste instantie door een psycholoog van [naam bedrijf] bijgestaan.

2.7 Het vervolgrapport van Arbeidsdeskundige I van 6 februari 2018 vermeldt – voor zover van belang – het volgende:

"Bijzonderheden

Voortgang plan van aanpak:
Nu verzekerde de maatschap is opgezegd bij [naam en plaats maatschap], blokkeert dit gegeven de mogelijkheid tot feitelijke re-integratie en opbouw van belastbaarheid. Verzekerde claimt belastbaar te zijn tot het niveau van maximaal 2 uren dossierbehandeling per dag, waarbij zijn behandelaar een klachten contingente benadering bij zijn re-integratie adviseert. Nu de re-integratie van verzekerde onder deze omstandigheden stagneert, lijkt het wenselijk te beschikken over een objectief beeld van de belastbaarheid van verzekerde om verzekerde bij actuele en toekomstige re-integratie mogelijkheden gericht te kunnen ondersteunen.
(…)

Advies en Planning

- Naar aanleiding van uw opdracht is de actuele stand van zaken geïnventariseerd.

- Ik schat de mate van uitval ongewijzigd 80-100 %.

- Ik adviseer om de medisch adviseur te vragen om informatie in te winnen bij de behandelaar(s) en met de medisch adviseur af te stemmen betreffende het laten verrichten van een medische expertise."

2.8 Bij brief van 22 februari 2018 heeft Verzekeraar Consument – voor zover relevant – als volgt geïnformeerd:

"*De arbeidsdeskundige rapportage van [naam Arbeidsdeskundige I] van 6 februari 2018 heb ik ontvangen en treft u bijgaand aan. De medische bijlage kunt u vinden in de gesloten envelop. Wij hebben uw aanspraak besproken met onze medisch adviseur. In deze brief informeer ik u over de verdere behandeling van uw arbeidsongeschiktheidsaanspraak.*

Mate van arbeidsongeschiktheid

De mate van uw arbeidsongeschiktheid is ongewijzigd ingedeeld in de klasse 80-100%. Dit betekent dat u onveranderd uitkering ontvangt op basis van 100% van uw verzekerd bedrag

Verdere behandeling van uw aanspraak

Graag willen wij weten welke mogelijkheden u hebt om uw beroep uit te oefenen. In deze brief informeer ik u over het onderzoek dat onze medisch adviseur nodig acht.

Specialistisch onderzoek

Om uw medische situatie te beoordelen vindt onze medisch adviseur het nodig om een specialistisch onderzoek te laten uitvoeren door:

[naam bedrijf Psychiater] (…)

Het onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor (verdere) re-integratie. De volgende onderdelen komen onder andere aan bod: (...).”

2.9 Op verzoek van Verzekeraar heeft een psychiater van [naam bedrijf Psychiater] (hierna: de Psychiater) Consument op 16 maart 2018 gezien. Zijn rapport van 27 maart 2018 vermeldt dat geen sprake is van een psychiatrische stoornis conform de DSM-V classificatie en dat er daarom binnen zijn vakgebied niet gesproken kan worden van beperkingen.

2.10 Het telefoonrapport van 9 april 2018 van de preventie- en re-integratiebegeleider van Verzekeraar met Consument vermeldt het volgende:

“*VZ gebeld. Het gaat nog altijd matig. Hij begon over de verlenging bij [naam bedrijf]. Wil graag extra gesprekken. Ik geef aan dat de ma zijn dossier en expertise heeft beoordeeld en dat wij niet akkoord gaan met verlenging. Zijn zusje is psycholoog en hij had er ook met haar over gehad en geeft toe dat hij ook het gevoel kreeg dat dingen niet van de grond komen. Hij wil graag maar het lukt niet. Ik geef aan dat er uit expertise geen ziekte komt maar dat we hem graag willen ondersteunen bij het opbouwen van zijn werkzaamheden. Zijn hulpvraag is hoe nu verder en de heer [naam] (externe ad) kan hem hierbij helpen. Heeft hij ook een max gespreksaantal? Nee dat is open. Ik geef aan dat er gekeken wordt naar de uitkering. (…)*”

2.11 Bij brief van 9 april 2018 heeft Verzekeraar het onder 2.10 beschreven gesprek aan Consument bevestigd. Vanwege de aanhoudende klachten gaf Verzekeraar aan Consument bij te willen staan bij re-integratie. Verzekeraar wilde niet akkoord gaan met een verlenging van het aantal gesprekken bij [naam bedrijf], maar bood begeleiding aan door een andere arbeidsdeskundige (hierna: Arbeidsdeskundige II).

2.12 Het arbeidsdeskundige rapport van Arbeidsdeskundige II van 20 april 2018 vermeldt onder andere dat zijn voorstel is om tot 1 juni 2018 duidelijk richting te geven om een aantal zaken op te pakken en te realiseren. Nadien toewerken naar een geleidelijke vermindering van uitkering en toename van arbeidsparticipatie. Gelet op de actuele situatie is de arbeidsongeschiktheid voor de komende weken nog in te schatten als 80- 100% arbeidsongeschiktheid. Nadien zal geleidelijke afname te verwachten zijn.

2.13 Bij brief van 7 mei 2018 heeft Verzekeraar Consument geïnformeerd over het rapport van Arbeidsdeskundige II. Omdat de mate van arbeidsongeschiktheid ongewijzigd is ingedeeld in de klasse 80-100% zal een uitkering op basis van 100% van het verzekerde bedrag worden uitgekeerd.

2.14 Het arbeidsdeskundige rapport van Arbeidsdeskundige II van 22 mei 2018 beschrijft onder andere zijn advies om vanaf 15 juni 2018 de uitkering te verlagen naar 65-80% en vanaf 1 augustus 2018 naar 55-65%.

2.15 Bij brief van 8 juni 2018 heeft Verzekeraar Consument geïnformeerd over het rapport van Arbeidsdeskundige II. Verzekeraar heeft de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument per 15 juni 2018 ingedeeld in 65-80% met een uitkeringspercentage van 75%. Vanaf 1 augustus 2018 werd de mate van arbeidsongeschiktheid ingedeeld in 45- 55% met een uitkeringspercentage van 50%. Daarnaast had Consument volgens Verzekeraar vanaf 1 juli 2018 recht op premierestitutie en heeft Verzekeraar er alsnog mee ingestemd dat Consument een aantal gesprekken bij [naam bedrijf] zou voeren.

2.16 In zijn arbeidsdeskundige rapport van 15 juni 2018 adviseert Arbeidsdeskundige II onder andere om vanaf 1 augustus 2018 de uitkering te verlagen naar 55-65%. Bij brief van 2 juli 2018 heeft Verzekeraar zijn vorige brief gecorrigeerd. Vanaf 1 augustus 2018 is Consument ingedeeld in klasse 55-65% met daarbij een uitkeringspercentage van 60%.

2.17 Per e-mailbericht van 3 september 2018 heeft Arbeidsdeskundige II Consument als volgt geïnformeerd:

"*Afgelopen woensdag 29-08-2018 heb ik u getracht telefonisch te bereiken. Dit in verband met uw informatie over het voorlopig continueren, volgens u door re-integratiebegeleider van Movir geadviseerd, van huidige arbeidsongeschiktheidspercentage. Ik heb u gevraagd mij terug te bellen voor vrijdagmiddag 31-08-2018 voor uitleg en toelichting. Helaas heeft u niet gereageerd. Vanochtend heb ik opnieuw getracht contact met u te krijgen. Wederom kreeg ik uw voicemail.*
Zoals aangegeven in ons gesprek van 21-08-2018, heb ik contact gezocht met de desbetreffende re-integratiebegeleider om, zoals aan u toegelicht, in ons gesprek van 21-08- 2018, geen tegenstrijdige adviezen te krijgen.

Naar aanleiding van mijn contract met de re- integratiebegeleider van Movir op 28-08-2018, werd mij duidelijk dat er miscommunicatie aan het ontstaan is. Zij heeft namelijk geenszins aan u aangegeven dat de huidige 60% arbeidsongeschiktheid voorlopig gecontinueerd wordt. Zij is juist in afwachting van mijn advies omtrent het arbeidsongeschiktheidspercentage.
Zoals reeds eerder aangegeven in onze (telefonische) gesprekken wil ik, mede gezien het feit dat er geen objectiveerbare medische aspecten spelen, het arbeidsongeschiktheidspercentage de komende weken verder afbouwen naar uiteindelijk <25%. Mijn advies naar de Movir zal zijn om vanaf 15-09-2018 het percentage op 45-55% vast te stellen. Het traject bij de psycholoog kan vervolgd worden. Vanaf 15-10-2018 verdere afbouw naar 35-45%. Om vervolgens op 01-11-2018 de uitkering te beëindigen. Uit zorgvuldigheidsprincipe kan ik de Movir verzoeken een verzekeringsgeneeskundig onderzoek te laten uitvoeren voor een actuele beoordeling van uw situatie'"

2.18 Bij brief van 7 september 2018 heeft Verzekeraar Consument de hiervoor onder 2.17 beschreven vermindering van de mate van arbeidsongeschiktheid en van het daarbij behorende uitkeringspercentage bevestigd. Ook heeft hij Consument bericht dat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal worden uitgevoerd.

2.19 Na dit verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft de door Verzekeraar ingeschakelde verzekeringsarts (hierna: de Verzekeringsarts) het Expertiserapport van 24 september 2018 opgesteld en daarin geconcludeerd dat vanwege het ontbreken van objectief vaststelbare afwijkingen geen beperkingen ten aanzien van arbeid kunnen worden vastgesteld. De specialist heeft geen ziekte op zijn vakgebied vastgesteld en de verzekeringsarts had geen aanwijzingen voor het bestaan van ziekte op andere medische vakgebieden.

2.20 Bij brief van 1 oktober 2018 heeft Verzekeraar Consument bericht dat met ingang van 15 oktober 2018 35-45% arbeidsongeschiktheid is vastgesteld met een bijbehorend uitkeringspercentage van 40% en dat Consument vanaf 1 november 2018 geen recht meer heeft op uitkering op grond van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De brief vermeldt ook het volgende:

"*Uit het rapport van [naam verzekeringsarts], verzekeringsarts, blijkt dat er geen sprake is van beperkingen voor het verrichten van arbeid als rechtstreeks en medisch objectiveerbaar gevolg van ziekte of ongeval. Daarom wordt het werkhervattingsschema van de heer [naam Arbeidsdeskundige II], arbeidsdeskundige, gehandhaafd en hebben wij de mate van uw arbeidsongeschiktheid als volgt vastgesteld: (…).*"

2.21 Per e-mailbericht van 19 februari 2019 heeft Consument tegen het standpunt van Arbeidsdeskundige II en de daarop gebaseerde beslissing van Verzekeraar van 1 oktober 2018 bezwaar ingediend.

Kort gezegd houdt dit bezwaar in dat Arbeidsdeskundige II in eerste instantie terecht heeft vastgesteld dat sprake was van 80-100% arbeidsongeschiktheid en daarna ten onrechte de rol van Verzekeraar heeft overgenomen door uitkeringspercentages te adviseren in plaats van de mogelijkheden tot arbeidshervatting te beoordelen. In dit e-mailbericht heeft Consument zich er ook over beklaagd dat Verzekeraar ten onrechte alsnog aanspraak heeft gemaakt op betaling van de gehele premie nadat hij eerder vanwege de arbeidsongeschiktheid aan Consument premievrijstelling had verleend.

2.22 In aanvulling hierop is Consument per e-mailbericht van 7 maart 2019 een discussie gestart met Verzekeraar over premierestitutie voor de Eerstejaarsverzekering.

2.23 Bij brief van 8 maart 2019 heeft Verzekeraar, voor zover van belang, als volgt op het bezwaar van Consument zoals verwoord onder nr. 2.21 gereageerd:

"*(…)Volgens [naam medisch adviseur van Verzekeraar] was er op basis van het verrichte specialistische onderzoek geen sprake van een ziekte, en daarmee geen sprake meer van recht op uitkering volgens de voorwaarden van uw verzekering. Dit was ook het moment dat Movir het recht had om uw uitkering te beëindigen. Echter, omdat u al geruime tijd uit het arbeidsproces was en het werk weer op moest pakken is er een uitzondering gemaakt en uit coulance besloten om u hier de gelegenheid voor te geven. Ook hebben wij besloten dat u in die periode recht had op premievrijstelling terwijl dit volgens de voorwaarden niet zo was.*
Vervolgens hebben wij de heer [naam Arbeidsdeskundige II] gevraagd om u te begeleiden bij het geleidelijk oppakken van uw werkzaamheden.

Klachten tegen tijdcontingent afbouwen
U heeft aangegeven dat u het niet mogelijk achtte om uw werkzaamheden tijdcontingent uit te breiden. De verzekeringsarts heeft een onderzoek gedaan en hieruit kwam naar voren dat u normaal belastbaar was. Er is geen reden om aan te nemen dat er nog sprake was van arbeidsongeschiktheid volgens de voorwaarden van de verzekering. (…)

Begeleiding [naam bedrijf]
Omdat u het op prijs stelde dat er nog een aantal gesprekken met [naam bedrijf] plaats zouden vinden, hebben wij hier akkoord voor gegeven. Voortzetting van de begeleiding betekent niet automatisch dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid en/of van ziekte. U hebt met uw behandelaar een schema gemaakt voor werkhervatting. Echter dit betekent niet dat er recht ontstaat voor uitkering
Wij zijn van mening dat de heer [naam Arbeidsdeskundige II] conform alle zorgvuldigheidseisen u zoveel mogelijk gestimuleerd heeft om weer volledig te gaan participeren in arbeid. Dat is belangrijk, omdat het duidelijk was dat er geen recht meer op uitkering was. Wij hebben ook het volste vertrouwen in begeleiding van de heer [naam Arbeidsdeskundige II] en blijven bij ons besluit dat de uitkering afgebouwd kon worden. De uitslagen van de onderzoeken zijn helder.

Wanneer u het niet eens bent met een of meerdere conclusies uit die onderzoeken, dan horen wij graag waar u het niet mee eens bent. Wanneer dit duidelijk is, kunnen wij eventueel een herbeoordeling in gang zetten. (…)"

2.24 Bij brief van 27 mei 2019 heeft Arbeidsdeskundige II Verzekeraar als volgt bericht:

"*Uw verzekerde, [naam Consument], met relatienummer [nummer], heeft op 19 februari 2019 een klacht bij de Stichting Register Arbeidsdeskundigen ingediend over mijn handelen als arbeidsdeskundige. Als uitkomst van een gesprek op 14-05-2019, onder begeleiding van dhr. [naam begeleider], arbeidsdeskundige ombudsman, schrijf ik u deze brief.*
Op basis van de verkregen informatie van dhr. [naam Consument] in dat driegesprek van 14-05-2019 en zijn zienswijze over het proces waarin hij zich bevond, is een ander inzicht ontstaan over het advies dat ik u destijds op 03-09-2018 gegeven heb. Daarin adviseer ik namelijk over het tempo van het verlagen van arbeidsongeschiktheidspercentages zonder dit in voldoende mate te motiveren. Ik wil u dan ook verzoeken dat advies als niet geschreven te beschouwen."

2.25 Verzekeraar heeft zijn standpunt gehandhaafd en hiermee is Consument het niet eens.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert een bedrag van € 140.000,00 vermeerderd met wettelijke rente over dit bedrag vanaf 1 juni 2018.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument heeft nog steeds onverminderd recht op uitkering onder de verzekering en op premievrijstelling. Hij voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Op grond van de verzekeringsvoorwaarden kan Verzekeraar slechts beslissingen nemen over de arbeidsongeschiktheid aan de hand van gegevens van door hem aangewezen deskundigen. Arbeidsdeskundige II heeft zijn laatste arbeidsdeskundige rapport ingetrokken. Dit betekent dat de grond voor de beslissing van Verzekeraar om het arbeidsongeschiktheidspercentage te verlagen is komen te vervallen en de beslissing van Verzekeraar van eerdere datum geldt. Dat is de beslissing van 2 juli 2018. Verzekeraar kan zijn beslissing niet herzien zonder nieuwe gegevens van een arbeidsdeskundige.

- Verzekeraar heeft naar aanleiding van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek geen besluit genomen, zodat dit onderzoek niet van belang is voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid. Het onderzoek van de verzekeringsarts kan ook geen basis zijn voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid omdat geen beperkingen zijn geduid.
- Verzekeraar heeft zijn beslissing van 7 mei 2018 gebaseerd op gegevens van een arbeidsdeskundige. Consument heeft er daarom op mogen vertrouwen dat een nadere beslissing ook weer op gegevens van een arbeidsdeskundige zal worden gebaseerd.
- Verzekeraar heeft een zorgplicht. Hieruit vloeit voort dat hij zijn verzekerde behoorlijk informeert en het bij hem gewekte vertrouwen niet beschaamt. Als de arbeidsongeschiktheid zonder enig voorbehoud is gebaseerd op een rapportage van een arbeidsdeskundige, kan Verzekeraar niet zonder een nieuwe rapportage van een arbeidsdeskundige tot een tegengesteld besluit komen. De brief van 2 juli 2018 waarin de mate van arbeidsongeschiktheid per 1 augustus op 55-65% is vastgesteld is de laatste rechtsgeldige vaststelling door Verzekeraar en deze beslissing geldt nog steeds.
- De telefoonnotitie van 9 april 2018 is niet van belang. Het kan zijn dat de medewerkster van Verzekeraar tijdens het gesprek gezegd heeft dat uit het medisch rapport geen psychiatrische stoornis bleek, maar dit is niet relevant omdat Verzekeraar daarna, op 7 mei 2018, terecht heeft geoordeeld dat er wel sprake was van volledige arbeidsongeschiktheid. En daarbij heeft Verzekeraar ook de psychologische begeleiding voortgezet, die de medewerkster blijkens het telefoon-gesprek eerst wilde weigeren.
- Het staat Verzekeraar vrij om ondanks artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden arbeidsongeschiktheid vast te stellen zonder dat sprake is van een objectief vastgestelde medische oorzaak.
- De polis kent geen re-integratieuitkering. De interpretatie van Verzekeraar is daarom onjuist.
- Verzekeraar weigert ten onrechte de premie over de Eerstejaarsverzekering pro rato terug te betalen hoewel de vrijstelling na een jaar ook daarvoor geldt. Bovendien bestaat na het eerste jaar geen verzekerbaar object meer omdat de arbeidsongeschiktheid(suitkering) voor de meerjaarsverzekering voortduurt. Dat ook na het eerste jaar geen premie verschuldigd is volgt ook uit artikel 6.5 van de Voorwaarden KEDV. Het is niet logisch dat een verzekerde die geen recht op een uitkering heeft een ruimere premievrijstelling zou krijgen dan een verzekerde wiens aanspraken wel gedekt zijn.

- Op grond van artikel 8.5 van de Voorwaarden L geldt premievrijstelling tot het einde van de arbeidsongeschiktheid. Verzekeraar heeft bij tussentijdse verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage ten onrechte premie in rekening gebracht. De polis kent die mogelijkheid niet en op grond van de contra proferentem-regel mag Verzekeraar dat dan ook niet doen.

Verweer Verzekeraar

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

- Het psychiatrisch onderzoek heeft geen psychiatrische stoornis bij Consument aangetoond. Consument is dus niet arbeidsongeschikt in de zin van artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden en hij heeft dus geen recht op een uitkering onder de Verzekering. Maar omdat Consument toch nog klachten had, is Verzekeraar hem blijven steunen bij zijn re-integratie met arbeidsdeskundige begeleiding en een re-integratieuitkering. Nadat Arbeidsdeskundige II had geadviseerd de uitkering af te bouwen en te beëindigen, heeft Verzekeraar uit zorgvuldigheidsoverwegingen een verzekeringsgeneeskundig onderzoek laten uitvoeren om de medische situatie nogmaals te beoordelen. Uit dit onderzoek blijkt niet dat sprake was van arbeids-ongeschiktheid volgens de voorwaarden van de Verzekering.
- Bij een Eerstejaarsverzekering geldt geen premievrijstelling. Dit volgt uit artikel 6.5 van de Voorwaarden KEDV waarin premievrijstelling alleen in combinatie met de Derdejaarsverzekering of de Vijfjaarsverzekering wordt genoemd. Op grond van artikel 1.5 en 3.5 lid 4 sub c van de Voorwaarden KEDV kan Consument voor andere arbeidsongeschiktheidsoorzaken dan die waarvoor hij per 1 juli 2017 arbeidsongeschikt is geraakt een uitkering claimen.
- Bij een Langlopende verzekering geldt op grond van artikel 8.5 van de Voorwaarden L bij gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid een gedeeltelijke premievrijstelling naar evenredigheid van het uitkeringspercentage en dus geen volledige premievrijstelling zoals Consument meent.

4. Beoordeling

4.1 Consument vindt dat hij recht heeft op een aanvullende uitkering van Verzekeraar. Hij stelt dat Verzekeraar hem een arbeidsongeschiktheidsuitkering moet geven omdat Arbeidsdeskundige II zijn laatste arbeidsdeskundige rapport heeft ingetrokken. Daarom geldt de eerdere beslissing van Verzekeraar en heeft Consument dus nog altijd recht op een uitkering onder de Verzekering. En dit geldt eens temeer omdat Verzekeraar op basis van het onderzoek van de Verzekeringsarts geen besluit heeft genomen. Ook vindt Consument dat Verzekeraar hem premie moet terugbetalen, omdat voor de Eerstejaarsverzekering premievrijstelling na een jaar arbeidsongeschiktheid geldt.

Verder kent de Langlopende verzekering geen gedeeltelijke premievrijstelling bij tussentijdse verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage. De Commissie zal deze argumenten hierna beoordelen.

Recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering

4.2 De vraag is of Verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument en daarmee de hoogte van diens uitkering moet baseren op gegevens van een arbeidsdeskundige. De Commissie beantwoordt die vraag ontkennend en zij zal dit hierna toelichten.

4.3 Uit artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden volgt dat sprake is van arbeidsongeschiktheid als de verzekerde in relatie tot ziekte of stoornissen voor minimaal 25% beperkt is in het verrichten van de verzekerde werkzaamheden. Tussen partijen staat niet ter discussie dat zowel de Psychiater als de Verzekeringsarts geen ziekte of stoornis in de zin van dit artikel bij Consument heeft vastgesteld en dat daarom geen beperkingen bestaan die hiermee verband houden. Bij gebreke hiervan is geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekeringsvoorwaarden en derhalve heeft Consument volgens de verzekeringsvoorwaarden geen recht op dekking. Een arbeidsdeskundige kan geen ziekte of stoornis en beperkingen die daarmee verband houden vaststellen. De bevindingen van een arbeidsdeskundige kunnen er daarom niet toe leiden dat Consument die op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen recht op dekking heeft, alsnog recht op dekking zou krijgen.

4.4 Uit artikel 3:35 BW volgt dat Verzekeraar onder omstandigheden gehouden is aan verklaringen of gedragingen die hij aan de Consument heeft geopenbaard. Verzekeraar heeft de mate van arbeidsongeschiktheid en het uitkeringspercentage in eerste instantie steeds op bevindingen van arbeidsdeskundigen gebaseerd. Hieruit zou dan de verwachting kunnen worden gewekt dat het recht op uitkering uitsluitend op basis van arbeidsdeskundige bevindingen wordt beoordeeld. De Commissie is echter van oordeel dat de brieven van Verzekeraar over de uitkering neutraal zijn geformuleerd. In die brieven staat niet beschreven dat de beslissing van Verzekeraar alleen kan worden gebaseerd op bevindingen van een arbeidsdeskundige of dat het arbeidsongeschiktheidspercentage alleen op basis van rapporten van een arbeidsdeskundige kan worden gewijzigd. De lezing van Consument volgt bovendien niet uit de verzekeringsvoorwaarden.

4.5 Uit de omstandigheid dat Verzekeraar Consument zowel financieel als met begeleiding bij zijn aanhoudende klachten is blijven ondersteunen volgt geen recht op uitkering.

Consument ontkent ook niet dat al tijdens het telefoongesprek van 9 april 2018 met de medewerkster van Verzekeraar is gezegd dat uit het medisch rapport geen psychiatrische stoornis bleek.

4.6 Het bovenstaande brengt mee dat Consument er niet gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat de beslissing van Verzekeraar om uit te keren enkel op gegevens van een arbeidsdeskundige zou worden gebaseerd.

4.7 Verzekeraar heeft zijn beslissing dat geen recht op uitkering bestaat tevens gebaseerd op bevindingen uit een psychiatrisch - en een verzekeringsgeneeskundig onderzoek. De Commissie is van oordeel dat hij hiermee heeft voldaan aan de verzekerings-voorwaarden.

Premievrijstelling voor de Eerstejaarsverzekering

4.8 Partijen verschillen van mening over de vraag of Consument op grond van artikel 6.5 van de Voorwaarden KEDV recht heeft op premievrijstelling voor de Eerstejaarsverzekering en daarom moet uitleg van deze contractuele bepaling plaats vinden.

4.9 Bij de uitleg van een schriftelijk contract is van beslissende betekenis, alle omstandigheden van het concrete geval, gewaardeerd naar hetgeen de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen. Zie rechtsoverweging 3.6 van Hoge Raad 25 november 2016 (te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer ECLI:NL:HR:2016:2687). Nu over de verzekeringsvoorwaarden van een consumenten-verzekeringsovereenkomst in de regel niet wordt onderhandeld en dat in dit dossier ook niet uit de stukken blijkt, geldt het volgende. De uitleg van een bepaling in dergelijke voorwaarden is met name afhankelijk van objectieve factoren zoals de bewoordingen waarin de bepaling is gesteld, gelezen in het licht van de verzekerings-voorwaarden als geheel. Zie rechtsoverweging 3.6 Hoge Raad 16 januari 2015, (nummer ECLI:NL:HR:2015:83) en rechtsoverweging 4.1 e.v. Hoge Raad 20 februari 2004, (nummer ECLI:NL:HR:2004:AO1427). De Commissie zal daarom artikel 6.5 van de Voorwaarden KEDV objectief uitleggen.

4.10 Artikel 6.5 van de Voorwaarden KEDV noemt alleen premievrijstelling voor de Driejaars- en Vijfaarsverzekering en niet ook voor de Eerstejaarsverzekering. Omdat premievrijstelling alleen voor die twee verzekeringen wordt genoemd terwijl de betreffende voorwaarden ook voor de Kortlopende- en de Eerstejaarsverzekering gelden, ligt het niet in de rede om in die bepaling verzekeringen te lezen die niet worden genoemd. Artikel 6.5 van de Voorwaarden KEDV is op dit punt niet voor meerdere lezing vatbaar en derhalve niet onduidelijk.

4.11 De stelling van Consument over het verzekerbaar belang en premierestitutie volgt de Commissie evenmin. De stelling van Consument gaat niet op omdat Verzekeraar betwist dat er geen verzekerbaar belang meer is. Verzekeraar stelt zich terecht op het standpunt dat Consument voor andere arbeidsongeschiktheidsoorzaken dan die waardoor hij per 1 juli 2017 arbeidsongeschikt raakte dekking kan krijgen. Verzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 1.5 en 3.5 lid 4 sub c van de Voorwaarden KEDV. De Commissie ziet geen aanleiding om dit in twijfel te trekken.

Premievrijstelling Langlopende verzekering

4.12 Vervolgens is de vraag aan de orde of op grond van artikel 8.5 van de Voorwaarden L recht bestaat op gedeeltelijke premievrijstelling voor de Langlopende verzekering bij tussentijdse verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Aangezien partijen twisten over de uitleg zal de Commissie ook deze bepaling objectief uitleggen. Zie hiervoor randnummer 4.9.

4.13 In artikel 8.5 van de Voorwaarden L staat dat als de arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar voortduurt, naar *evenredigheid* van het uitkeringspercentage, geen premie is verschuldigd. In tegenstelling tot wat Consument heeft aangevoerd, houdt de omvang van de premievrijstelling derhalve rechtstreeks verband met het uitkeringspercentage. Dat het uitkeringspercentage tussentijds is verlaagd en de premie reeds was gerestitueerd, doet aan de uitleg van de betreffende bepaling niet af. De Commissie is van oordeel dat ook deze bepaling op het onderhavig punt niet voor meerdere uitleg vatbaar is en derhalve niet onduidelijk is.

4.14 Op basis van hetgeen Consument heeft aangedragen bestaat derhalve geen recht op (aanvullende) premievrijstelling voor de Eerstejaarsverzekering of de Langlopende verzekering.

Slotsom

4.15 De slotsom is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekerings-overeenkomst. De Commissie wijst de vorderingen van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vorderingen af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.