Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0869

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. A.J.J. le Poole, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en
mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

(Datum uitspraak	2 september 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen.
Het gaat om:
1) het klachtformulier van de consument;
2) de brieven van de verzekeraar van 27 februari, 27 maart en 7 mei 2025;
3) het namens de consument ingediende e-mailbericht van 21 oktober 2025;
4) de aanvullende stukken van de verzekeraar van 15 januari 2026;
5) de namens de consument ingediende brief van 3 februari 2026;
6) de aanvullende stukken van de verzekeraar van 17 februari 2026;
7) de namens de consument ingediende reactie;
8) het verweerschrift van de verzekeraar;
9) de namens de consument ingediende repliek;
10) de dupliek van de verzekeraar, en
11) de aanvullende stukken van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde mr. E. Duinkerke, advocaat gevestigd te Rotterdam.

1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. De kern

De consument heeft zich op 16 juli 2020 per 14 juni 2020 arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar vanwege onder meer ademhalingsproblemen en extreme vermoeidheid door post-COVID. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen onder de arbeids-ongeschiktheidsverzekering en na verschillende (medische) onderzoeken dekking geweigerd. De consument vordert € 300.000,- en vergoeding van wettelijke rente. Zij vindt dat zij recht heeft op uitkeringen, omdat zij door haar klachten niet kan werken en hiervoor verzekerd is. De commissie oordeelt dat de consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat zij recht heeft op dekking onder de verzekering. Alleen een aantal lichte beperkingen zijn medisch geobjectiveerd met als gevolg dat de consument minder dan 25% arbeidsongeschikt is en daardoor niet is voldaan aan de vereisten voor dekking. De klacht is ongegrond en de vorderingen worden afgewezen.

3. De beoordeling

De verzekeraar hoeft geen dekking te verlenen

3.1 Op grond van de verzekeringsovereenkomst is sprake van arbeidsongeschiktheid als de consument haar beroep geheel of gedeeltelijk niet meer kan uitoefenen en voldaan is aan de overige voorwaarden die in polisvoorwaarden zijn genoemd.[1] Zo dient onder meer sprake te zijn van een objectiveerbare stoornis en dient de consument voor 25% of meer arbeidsongeschikt te zijn voor haar verzekerde beroep van exploitant van een nertsenfokkerij. Het is aan de consument om aan te tonen dat aan deze voorwaarden is voldaan.[2] De commissie is van oordeel dat zij hierin niet (voldoende) is geslaagd. Zij heeft daarom geen recht op uitkering onder de verzekering.

3.2 De commissie volgt de verzekeraar in zijn standpunt dat de klachten van de consument niet (allemaal) medisch kunnen worden geobjectiveerd en niet is aangetoond dat de consument voor een hoger percentage dan 25% arbeidsongeschikt is. De verzekeraar beroept zich op de bevindingen uit de expertise van [verzekeringsgeneeskundige 1] en de daarop volgende second opinion van [verzekeringsgeneeskundige 2]. In die onderzoeken zijn een aantal lichte beperkingen geduid. Arbeidsdeskundige [naam arbeidsdeskundige][3] heeft op basis van deze bevindingen geoordeeld dat de consument voor minder dan 25% arbeidsongeschikt is voor het door haar verzekerde beroep.

3.3 Het door de consument overgelegde rapport van C-consult van 26 juni 2025 leidt er niet toe dat de consument heeft aangetoond dat zij wel aan de voorwaarden voor dekking voldoet.

---

[1] Dit staat in artikel 6 van de toepasselijke polisvoorwaarden. Het volledige artikel 6 en de uitleg van het begrip 'Medisch objectiveerbare stoornis' in de voorwaarden zijn in de bijlage bij deze uitspraak geciteerd.
[2] Dit volgt uit artikel 150 Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering.
[3] Van Heling & Partners in zijn rapport van 8 februari 2023.

In dit rapport wordt door adviserend arts [naam arts] overwogen dat de consument in april 2020 een COVID-19 besmetting heeft opgelopen waardoor zij klachten heeft gekregen waarvan zij nooit meer helemaal is hersteld.[4] Maar de feiten en omstandigheden die de consument bij C-support heeft aangedragen zijn al meegewogen in de expertises van de verzekerings-geneeskundigen [verzekeringsgeneeskundige 1 en verzekeringsgeneeskundige 2]. In die zin werpt het rapport van C-support geen nieuw licht op de zaak.

3.4 Hoewel niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat de klachten van de consument voortvloeien uit een COVID-besmetting, gaan alle artsen ervan uit dat de consument een COVID-besmetting heeft doorgemaakt. De beperkingen die zijn vastgesteld door de verzekeringsartsen [verzekeringsgeneeskundige 1 en verzekeringsgeneeskundige 2] leiden alleen niet tot een percentage arbeidsongeschiktheid van (tenminste) 25% zoals uit het arbeidskundig rapport van [naam arbeidsdeskundige] volgt. De commissie is van oordeel dat door verzekeringsgeneeskundigen [verzekeringsgeneeskundige 1 en verzekeringsgeneeskundige 2] en arbeidsdeskundige [naam arbeidsdeskundige] inzichtelijk is gerapporteerd en zij ziet geen aanleiding om de bevindingen en conclusies voor onjuist te houden.

Geen strijd met het consumentenrecht

3.5 Voor de beoordeling van de klacht is het beding in artikel 6 van de voorwaarden van belang. De commissie moet dit beding op eigen initiatief toetsen aan het consumentenrecht en oordeelt dat het daarmee niet in strijd is.

Conclusie

3.6 Uit het voorgaande volgt dat de verzekeraar niet gehouden is om dekking te verlenen voor de claim van de consument. De overige stellingen van partijen kunnen niet tot een andere conclusie leiden en blijven daarom onbesproken.

[4] [naam arts] specificeert de klachten van de consument als volgt: "*Het optreden van postexertionele malaise (PEM: hierbij volgt na (te veel) fysieke, mentale of emotionele inspanning een verergering van de klachten, soms met een vertraging van uren tot enkele dagen) is een kernsymptoom van postinfectieuze ziekten zoals post-COVID. Andere klachten/symptomen die mevrouw noemt zijn cognitieve klachten, verhoogde prikkelgevoeligheid, hoofdpijn, zenuwpijn, ontregelde hartslag en ademhaling, astmatische klachten, verhoogde gevoeligheid voor infecties, (mogelijke) allergische klachten, invaliderende vermoeidheid en niet verkwikkende slaap*."

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/in-beroep-gaan-bij-kifid/.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het reglement van de geschillencommissie te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Algemene voorwaarden (42705)

6 Wanneer bent u voor deze verzekering arbeidsongeschikt?
Als u uw beroep geheel of gedeeltelijk niet meer kunt doen.
• Er sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis.
• En de oorzaak is ziekte of een ongeval.
• En u bent hiervoor bij een arts geweest.
  – De dag nadat u de arts bezocht, is de 1e dag van arbeidsongeschiktheid.
• En u bent 25% of meer arbeidsongeschikt.
• Niet: als wij de oorzaak van uw arbeidsongeschiktheid niet verzekeren (uitsluitingen). U vindt deze oorzaken op uw verzekeringsbewijs.