Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0743
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter,drs. J.H. Paulusma-de Waal arts, J. Zeeman, arbeidsdeskundige, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 22 december 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Avéro Achmea, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 18 augustus 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

De consument vordert uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. Hij meent dat de beslissing van de verzekeraar om de uitkering te stoppen onzorgvuldig is en dat hij hierdoor mentale en financiële schade leidt. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat de consument zijn medewerkingsplicht niet nakomt waardoor niet kan worden vastgesteld of en voor hoeveel procent de consument arbeidsongeschikt is. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de uitkering heeft mogen beëindigen. De verzekeraar heeft gedegen onderzoek gedaan naar de arbeidsongeschiktheid van de consument en uit de verrichte expertise volgt dat de consument niet langer arbeidsongeschikt is. De verzekeraar heeft meermaals een second opinion aangeboden, maar de consument heeft hier geen medewerking aan verleend. Hij moet op grond van de voorwaarden wel medewerking verlenen. Als hij dit niet doet en de verzekeraar in een redelijk belang wordt geschaad, mag de uitkering worden beëindigd. De verzekeraar heeft aangetoond dat hij door het onthouden van medewerking niet kan vaststellen of de consument arbeidsongeschikt is. Ook daarom heeft de consument geen recht op uitkering onder de verzekering. De klacht is ongegrond.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn uitgenodigd voor een hoorzitting op 2 juli 2021 bij Kifid. De consument heeft aangegeven dat hij vanwege zijn gezondheidsklachten niet aanwezig kan zijn bij de hoorzitting en dat ook zijn gemachtigde niet naar de hoorzitting zal komen. De commissie heeft daarom besloten om uitspraak te doen op basis van de stukken in het dossier.

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft sinds 1 juli 2015 een arbeidsongeschiktheidsverzekering 'Inkomen Continu Compleet' bij de verzekeraar. Op de verzekering zijn de voorwaarden 'Arbeidsongeschiktheidsverzekering modelnummer 42803' (hierna: 'de voorwaarden') van toepassing.

2.2 Consument is per 16 november 2015 arbeidsongeschikt geworden en heeft dit op 11 december 2015 bij de verzekeraar gemeld. Voor de verzekering geldt een eigenrisico-periode van 3 maanden.

2.3 Bij brief van 15 december 2015 heeft de verzekeraar bevestigd dat naar aanleiding van telefonisch contact in verband met de arbeidsongeschiktheidsmelding, de consument gebruik wil maken van het begeleidingstraject en dat binnenkort contact met hem wordt opgenomen voor een intake.

2.4 Sinds 20 januari 2016 staat de consument onder behandeling van een psycholoog.

2.5 Op 24 mei 2016 heeft de consument zich opnieuw gemeld bij de psycholoog (de HSK Groep) voor behandeling.

2.6 Op 23 juni 2016 is de consument in opdracht van de verzekeraar onderzocht door een verzekeringsarts. Deze verzekeringsarts heeft onderschreven dat er beperkingen zijn in de werkzaamheden die de consument kan uitvoeren naast het feit dat zijn eigen bedrijf niet meer bestaat.

2.7 Op 22 september 2016 is de consument gezien voor een psychiatrisch consult.

2.8 Op 4 oktober 2016 is de consument opnieuw gezien door een verzekeringsarts in opdracht van de verzekeraar. Deze heeft aangegeven dat het beter gaat met de consument en dat hij goed op weg is met zijn herstel. Hij heeft geadviseerd om een arbeidsdeskundig onderzoek te laten plaatsvinden.

2.9 Op 24 november 2016 informeert de verzekeraar de consument dat er een arbeids-deskundig onderzoek zal plaatsvinden en dat de consument voorlopig 100% arbeids-ongeschikt wordt geacht en een uitkering zal ontvangen.

2.10 Op 10 januari 2017 is de consument gezien door een arbeidsdeskundige voor een oriënterend onderzoek. De arbeidsdeskundig heeft op 13 januari 2017 rapportage uitgebracht. Bij brief van 19 januari 2017 heeft de verzekeraar de consument medegedeeld dat het uitkeringspercentage van 100% ongewijzigd blijft en dat hij over 3 weken opnieuw door de arbeidsdeskundige wordt onderzocht.

2.11 Dit vervolgonderzoek vindt plaats op 14 februari 2017. De arbeidsdeskundige rapporteert op 17 februari 2017:

De arbeidsongeschiktheid van verzekerde is nog onveranderd. Inmiddels is verzekerde zo ver dat hij zich actief wil gaan oriënteren op ander werk. Om hem hierbij te ondersteunen kan verzekerde worden aangemeld voor een traject bij Oxhill 7. Dit bedrijf zal met verzekerde een duidelijke beroepsorientatie moeten doen en hem ondersteunen bij het in kaart brengen van zijn kwaliteiten en kansen en hem hierna ondersteunen bij het zoeken van geschikt werk voor verzekerde.

Ik heb geen vervolgafspraak met verzekerde gemaakt, eerst zal hij met Oxhill 7 in gesprek moeten gaan. Mocht verzekerde behoefte hebben aan een gesprek met mij, dan kan hij zelf contact opnemen.

Aangezien de medisch adviseur informatie gaat inwinnen bij de behandelaar, lijkt het mij goed om een KMT overleg te plannen als deze informatie binnen is.

2.12 Bij brief van 21 februari 2017 heeft de verzekeraar de consument bericht dat naar aanleiding van het bezoek aan de arbeidsdeskundige het uitkeringspercentage ongewijzigd blijft. Ook wordt bevestigd dat de consument een begeleidingstraject via Oxhill 7 wenst en dat hij op korte termijn hiervoor een uitnodiging ontvangt.

2.13 Op 28 februari 2017 heeft Oxhill 7 van de verzekeraar de opdracht gekregen om een begeleidingstraject naar werk op te starten voor de consument. Op 24 maart 2017 heeft Oxhill 7 een eerste rapportage uitgebracht:

"Conclusie en voorstel
Met zijn opleidingsachtergrond en werkervaring zouden er mogelijkheden voor cliënt kunnen liggen bij grote dealerbedrijven, importeurs, leasemaatschappijen, technische groothandels, ICT bedrijven, fabrikanten van technische systemen etc. Gedurende het re-integratietraject zal dit uitgebreid verder worden onderzocht. Er zal o.a. gezocht worden naar de volgende passende functies: servicemedewerker, relatiebeheerder, binnendienstmedewerker, after sales medewerker. Uiteraard zullen er tijdens het traject ook andere arbeidsmogelijkheden worden onderzocht en zal er regelmatig afgestemd worden met de arbeidsdeskundige van Achmea.

Voorgesteld wordt om cliënt in aanmerking te brengen voor 6 maanden intensieve bemiddeling inclusief jobhunten met de mogelijkheid tot verlenging."

2.14 Op 17 april 2017 heeft Oxhill 7 een trajectplan voor re-integratie opgesteld.

2.15 Op 7 juni 2017 heeft de psycholoog van de HSK Groep de huisarts per brief geïnformeerd dat het behandeltraject in onderling overleg is beëindigd omdat er geen verdere behandelmogelijkheden zijn. Volgens HSK worden de klachten onderhouden door het ontbreken van een zinnige daginvulling.

2.16 Op 24 augustus 2017 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat naar aanleiding van de voortgangsrapportage van Oxhill 7 hij opnieuw door de arbeidsdeskundige wordt bezocht.

2.17 Op 6 oktober 2017 heeft Oxhill 7 een eindrapportage uitgebracht. Hierin staat:

"In de afgelopen periode zijn er 2 wekelijks gesprekken gevoerd met cliënt. Cliënt solliciteert actief en heeft inmiddels een uitgebreid netwerk opgebouwd. Zowel mondeling als schriftelijk weet hij zich goed te presenteren en voor wat betreft solliciteren is hij inmiddels volledig zelfredzaam. Een aanvullende opleiding (scrum) vergroot zijn kans op een nieuwe baan. Cliënt zal dit overleggen met de verzekeraar. In overleg met cliënt en opdrachtgever wordt het re-integratietraject beëindigd."

2.18 Op 9 oktober 2017 is de consument opnieuw gezien door de arbeidsdeskundige. In de rapportage van de arbeidsdeskundige van 11 oktober 2017 is opgenomen:

Ik besprak met verzekerde de toegenomen belastbaarheid en stelde aan hem voor om hier 25% arbeidsgeschiktheid te nemen. Als verzekerde zijn eigen bedrijf nog zou hebben, zou hij zijn re-integratie-inspanningen immers hierop richten. Verzekerde werd hier zichtbaar emotioneel van, hij gaf aan dat hem dit veel druk zou geven.

Op 11 oktober belde de vrouw van verzekerde mij om te bespreken hoe het met haar man gaat. De vrouw van verzekerde is adviseur van Rabobank en adviseert regelmatig over AOV's. Zij geeft aan dat de gedachte dat verzekerde weer voor 25% arbeidsgeschikt zou zijn, een enorme impact op hem heeft gehad. Ze is bang dat verzekerde hierdoor weer terug zal vallen in zijn ziekteproces.
Ze geeft daarbij aan dat verzekerde een beroeps AOV heeft en dat het solliciteren naar ander werk in haar ogen niet kan leiden tot een vermindering van de arbeidsongeschiktheid voor het verzekerde beroep. Verzekerde acht zich nog onverminderd volledig arbeidsongeschikt voor het verzekerde beroep. Ik heb de vrouw van verzekerde uitgelegd dat de beoordeling van de beroepsarbeidsongeschiktheid vanwege de staking van het bedrijf een theoretische beoordeling is geworden en dat er bij belastbaarheid voor arbeid gekeken wordt naar wat verzekerde in theorie weer zou kunnen in zijn voormalige bedrijf.

(...)

Gelet op de activiteiten van verzekerde is er sprake van enige belastbaarheid. Verzekerde claimt echter onverminderd 80-100% arbeidsongeschiktheid voor zijn verzekerde beroep. Een afbouw naar 75% arbeidsongeschiktheid emotioneert verzekerde zichtbaar, en brengt hem, zo gaf zijn vrouw aan, ernstig uit zijn evenwicht.
Aangezien verzekerde claimt niet in het verzekerde beroep te kunnen werken zal dit conform de verzekeringsvoorwaarden beoordeeld moeten worden. Dit zal een theoretische beoordeling zijn.
Om dit te kunnen doen zal de medisch adviseur de belastbaarheid van verzekerde moeten vaststellen.

In afwachting hiervan adviseer ik de arbeidsongeschiktheid van verzekerde onverminderd op 80-100% arbeidsongeschiktheid te laten staan en ervan uit te gaan dat de huidige restcapaciteit binnen de marge van 20% valt.

Ik adviseer u het dossier voor te leggen aan de medisch adviseur.

2.19 Op 31 oktober 2017 bericht de verzekeraar de consument als volgt:

"Op 9 oktober 2017 werd u bezocht door arbeidsdeskundige [naam arbeidsdeskundige]. In deze brief leest u de uitkomst van het onderzoek.
Wij gaan onveranderd uit van 80% arbeidsongeschiktheid
De arbeidsdeskundige adviseerde dit percentage op basis van de gegevens zoals deze nu bekend zijn Ik neem dit advies over.
U krijgt onveranderd 100% uitkering
U heeft een klassenindeling op uw verzekering. Hierdoor leidt 80% arbeidsongeschiktheid tot een uitkering van 100%.
U krijgt het rapport van de arbeidsdeskundige
U vindt het rapport achter deze brief. Ik ga ervan uit dat het gesprek dat u met elkaar had hierin juist staat beschreven.
(…)
Ik vraag onze medisch adviseur om uw beperkingen vast te stellen[.]"

2.20 Op 1 januari 2018 heeft de consument zijn bedrijfsactiviteiten officieel beëindigd door zijn bedrijf uit te schrijven bij de Kamer van Koophandel. Begin 2018 heeft de consument een rechtsbijstandverlener ingeschakeld om hem bij te staan in de claimbehandeling bij de verzekeraar.

2.21 Op 19 januari 2018 heeft de verzekeraar de medisch adviseur opdracht gegeven om de beperkingen vast te stellen met een Functionele Mogelijkheden Lijst (hierna: de 'FML'). In dat kader is de consument eerst door een psychiater van Psyon gezien. Uit het rapport van 1 februari 2018 volgt dat de psychiater geen beperkingen heeft geconstateerd:

BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN
Vraag 1: Welke afwijkingen vindt u bij betrokkene?
Antwoord 1: Zie beschouwing en zie paragraaf DSM-5.

Vraag 2: Welke beperkingen zijn op basis van deze afwijkingen aan de nemen?
Antwoord 2: In het hiernavolgende is de definitie van het begrip beperking gebaseerd op de rubrieken persoonlijk functioneren en sociaal functioneren in termen van de FML. Aanwijzingen voor beperkingen binnen deze rubrieken worden niet gevonden. Er zijn met name geen aanwijzingen voor beperkingen binnen de items vasthouden van de aandacht, verdelen van de aandacht, herinneren, inzicht in eigen kunnen, doelmatig handelen, zelfstandig handelen, handelingstempo, emotionele problemen van andere hanteren en eigen gevoelens uiten, omgaan met conflicten, samenwerken, vervoer en overige. De door betrokkene geclaimde beperkingen zijn daarmee onvoldoende objectiveerbaar. Ik baseer dit onder meer op algehele presentatie en activiteitenniveaus die betrokkene aangeeft. Van belang is daarbij dat de aanwezigheid van subjectieve klachten niet automatisch leidt tot de aanwezigheid van geobjectiveerde beperkingen. Het feit dat betrokkene subjectieve klachten ervaart is dan ook eerder te zien als een uiting van coping dan van een psychiatrisch ziektebeeld.

Vraag 3: Hebt u therapeutische suggesties?
Antwoord 3: Voor de aanpassingsstoornis bestaat geen formele richtlijn. Vaak wordt de behandeling gericht op activering, herstel van structuur, aanpak van disfunctionele cognities en aanpak van de onderhoudende factoren. Betrokkene heeft inmiddels een behandeling gehad waarvan hij heeft geprofiteerd. De onderhoudende factoren die nu nog resteren dienen nog wel aandacht te krijgen, maar zoals ook al in de brief van HSK gesteld werd is het de vraag of meer therapie dit kan oplossen. Hervatten van werk kan wellicht het meest bijdragen aan klachtreductie. Dit is echter vanuit de huidige positie van betrokkene moeilijk zoals hij zelf opperde zou een re-integratie het beste zijn.

Vraag 4: Hoe acht u de prognose?
Antwoord 4: Prognostisch gunstig is het feit dat het om een relatief lichte stoornis gaat en de klachten voor een belangrijk deel in remissie gekomen zijn. Minder gunstig zijn de nog aanwezige onderhoudende factoren. De prognose hangt met name hier vanaf.

2.22 De medisch adviseur heeft aan de hand van de bevindingen van de psychiater de verzekeraar geïnformeerd dat er geen beperkingen zijn:

Vraag 2: Welke benutbare mogelijkheden ziet u voor re-integratie?
Antwoord 2:
Op basis van het psychiatrisch expertiseonderzoek moet geconcludeerd worden dat er benutbare mogelijkheden bestaan, er is geen sprake is van specifieke beperkingen ten aanzien van het persoonlijk en sociaal functioneren.
Strikt vanuit verzekeringsgeneeskundig standpunt gezien is hij dus weer volledig belastbaar voor de volle omvang van zijn functie. In de praktijk zal betrokkene als gevolg van de ervaren subjectieve klachten en onvermogens, er waarschijnlijk toch veel moeite mee hebben om ineens aan de bak te moeten (terwijl het werk er niet is).
Met een geleidelijke, tijdcontingente opbouw van werkzaamheden, waarin hij weer kan wennen aan het arbeidsritme en de structuur van werk zou hij het meest gebaat zijn, maar of bij zijn directe kennissen- of werkkring een dergelijke 'werkervaringsplaats' bestaat, kan ik niet afleiden uit de psychiatrische rapportage.

Ik merk hierbij op, dat betrokkene ook zelf aangeeft, behoefte te hebben aan een re-integratie-traject en zich duidelijk zorgen maakt over (gebrek aan) werk en zijn financiën. Hierbij speelt als extra belemmerende factor bovendien een gebrek aan sociale activiteiten, waarbij volgens de psychiater een goede dagelijkse structuur, daginvulling en ook activiteiten buiten de deur kunnen bijdragen aan klachtverlichting.
Anders gezegd: hij moet niet alleen bezig zijn om weer het werk op te pakken, maar ook iets ondernemen op het gebied van sport of hobby's, waarbij hij in contact komt met anderen en ontspanning kan ervaren. Hij fietst en wandelt graag, maar zou natuurlijk ook lid kunnen worden van een fietsclub of eens met een wandelcoach op pad kunnen gaan waardoor er wat meer interactie optreedt. Mogelijk kan de arbeidsdeskundige hierin iets voor hem betekenen.

Vraag 3: Wat is uw inschatting van de prognose van de beperkingen?
Antwoord 3:
Gezien de afwezigheid van beperkingen bij psychiatrisch expertiseonderzoek, kan de prognose als gunstig kunnen worden omschreven.
Mocht betrokkene bij het oppakken van werkzaamheden toch nog veel last ervaren van zijn klachten, dan kan overwogen worden hem een multidisciplinair traject te laten volgen.
Hij heeft echter al eerder begeleiding gehad van HSK en aldaar vroeg men zich wel af of meer therapie zijn problemen wel kan oplossen. Daar heeft men op zich wel gelijk in, maar meer therapie is juist niet de essentie van een multidisciplinair trainingstraject. Het is vooral zinnig om de klachten onderhoudende factoren te beïnvloeden, zoals ook de psychiater meldt en waar ik in het antwoord onder vraag 2 al op ben ingegaan.

2.23 Op 6 maart 2018 heeft de verzekeraar de consument per brief geïnformeerd over de conclusies van de medisch adviseur:

"Er zijn geen beperkingen vastgesteld. Dit betekent dat er feitelijk gezien geen recht meer is op een uitkering. Echter is wel het advies om tijdcontingent uw werkzaamheden op te pakken. Daarnaast stelt de medisch adviseur een begeleidingstraject door Condite voor. Uw vrouw gaf door dat u per 6 maart in loondienst gaat voor 38 uur per week Dit in de functie als medewerker binnendienst als ik het goed heb begrepen. Ik heb zowel over deze loondienstfunctie als over uw verzekerde beroep nog vragen. Om deze vragen te beantwoorden, schakel ik de arbeidsdeskundige in. Uw vrouw gaf tijdens ons gesprek op 22 februari 2018 aan dat ze graag een andere arbeidsdeskundige wilde. Dit heb ik dan ook aan de huidige arbeidsdeskundige doorgegeven. Binnen 3 weken belt de arbeidsdeskundige u om een afspraak te maken De arbeidsdeskundige van Avéro Achmea of van een extern bureau bezoekt u om te bespreken hoe u uw werkzaamheden weer op gaat bouwen. De arbeidsdeskundige maakt een rapport van het onderzoek Dit rapport bevat een weergave van jullie gesprek en de adviezen die de arbeidsdeskundige aan mij geeft. Nadat ik het rapport heb gelezen, laat ik u weten hoe we verder gaan Ook stuur ik u dan een kopie van het rapport van de arbeidsdeskundige toe."

2.24 Op 19 maart 2018 maakt de rechtsbijstandverlener namens de verzekerde bezwaar tegen de beslissing van 6 maart 2018.

2.25 Op 16 mei 2018 heeft de arbeidsdeskundige een claim beoordelend onderzoek gedaan en op 23 mei 2018 een rapport uitgebracht. De verzekeraar heeft de consument bij brief van 30 mei 2018 geïnformeerd over de uitkomst van dit onderzoek.

"De arbeidsdeskundige stelt een opbouw van het werk voor.
Er zijn geen beperkingen vastgesteld. De medisch adviseur stelt een geleidelijke opbouw van uw werk voor. Ik volg dit advies. In onderstaand schema ziet u hoeveel uitkering u krijgt:
- *Vanaf 6 maart 2018 krijgt u een uitkering van 75%;*
- *Vanaf 6 april 2018 krijgt u een uitkering van 60%;*
- *Vanaf 6 mei 2018 krijgt u een uitkering van 50%;*
- *Vanaf 6 juni 2018 krijgt u een uitkering van 40%;*
- *Vanaf 6 juli 2018 krijgt u een uitkering van 30%;*
- *Op 6 augustus 2018 stopt uw uitkering*

U wilt geen gebruik maken van begeleiding door Condite
U vindt begeleiding op dit moment niet nodig omdat u sinds 6 maart 2018 volledig in loondienst aan het werk bent. Mocht u toch begeleiding nodig hebben dan hoor ik het graag van u."

2.26 De consument heeft op 8 juni 2018 bezwaar gemaakt tegen de beslissing van de verzekeraar. De consument is het niet eens met de uitkomst van het arbeidsdeskundig rapport van 16 mei 2018 omdat onvoldoende rekening is gehouden met zijn klachten. Hij heeft dit bezwaar aangevuld bij brief van 27 juli 2018.

2.27 Op 1 augustus 2018 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat zijn bezwaar niet leidt tot een andere beslissing.

2.28 Op 1 oktober 2018 heeft de rechtsbijstandverlener namens de consument een brief van de huisarts ingebracht en de verzekeraar verzocht om zijn besluit te heroverwegen. De consument wordt per brief van 24 oktober 2018 geïnformeerd dat de informatie van de huisarts niet leidt tot een ander standpunt. De verzekeraar biedt aan om een second opinion te laten uitvoeren.

2.29 De consument heeft in eerste instantie aangegeven akkoord te gaan met een second opinion en partijen zijn in overleg getreden over de aan te wijzen expert en de vraagstelling. Bij brief van 22 januari 2019 laat de rechtsbijstandsverlener weten dat hij afziet van een second opinion omdat een psychiatrisch onderzoek te belastend is voor hem. De consument verzoekt de verzekeraar om op basis van aanvullende medische informatie het ingenomen standpunt te heroverwegen.

2.30 Conform het verzoek van de consument heeft de medisch adviseur aanvullende medische informatie opgevraagd.

2.31 Op 25 januari 2019 is de consument weer onder behandeling van een psycholoog komen te staan.

2.32 Op 23 mei 2019 informeert de partner van consument de rechtsbijstandsverlener dat het dienstverband van de consument niet wordt verlengd.

2.33 Op 1 juli 2019 bericht de verzekeraar dat de medisch adviseur op basis van de verkregen aanvullende medische informatie zijn eerdere advies handhaaft. Daarnaast biedt de verzekeraar nogmaals aan om een second opinion te laten uitvoeren of om een adviserend arts te laten beoordelen of er een contra-indicatie is voor een second opinion.

2.34 Bij brief van 29 juli 2019 laat de consument weten dat hij kiest voor een beoordeling van een adviserend arts.

2.35 Op 6 augustus 2019 wordt de consument door de verzekeraar gevraagd om contact op te nemen met een adviserend arts die zal onderzoeken of er een contra-indicatie is voor een second opinion. De consument heeft geen gehoor gegeven aan dit verzoek.

2.36 Op 12 augustus 2019 heeft de verzekerde gevraagd om de verzekering met terugwerkende kracht per 5 maart 2018 te beëindigen zodat de openstaande premies niet meer hoeven te worden betaald. De verzekeraar heeft hiermee ingestemd.

2.37 Bij brief van 26 september 2019 bericht de rechtsbijstandverlener de consument dat het dossier wordt gesloten omdat de consument geen medewerking verleent voor het maken van een afspraak met de arts terwijl dit op grond van de voorwaarden wel vereist is.

2.38 Op 1 november 2019 heeft de rechtsbijstandverlener de verzekeraar geïnformeerd dat zij niets meer van de consument had vernomen en het dossier daarom gesloten kan worden.

2.39 Op 20 oktober 2020 heeft de verzekeraar de consument per brief geïnformeerd:

U maakt bezwaar tegen het beëindigen van uw arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en u maakt bezwaar tegen het beëindigen van de uitkering op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering. Op 19 oktober 2020 heb ik hierover gesproken met uw partner mevrouw Schoonhoven. In deze brief geef ik een inhoudelijke reactie.

De arbeidsongeschiktheidsverzekering is beëindigd op uw eigen verzoek
Op 12 augustus 2019 heeft u gevraagd de polis te beëindigen met terugwerkende kracht vanaf 5 maart 2018. De afdeling polis beheer is hiermee akkoord gegaan en de openstaande premie van € 6.759,72 kwam hiermee te vervallen.

Uit de psychiatrische expertise met aanvullend verzekeringsgeneeskundig belastbaarheidsonderzoek, rapport 1 februari 2018, zijn geen beperkingen gekomen voor arbeid
Dit betekent dat er geen recht meer is op een uitkering. De medisch adviseur adviseerde een begeleidingstraject om tot een stapsgewijze opbouw van werk te komen. Uw bent echter vanaf 6 maart 2018 voor 38 uur per week in loondienst gegaan tot oktober 2018. U achtte begeleiding niet nodig vanwege uw volledige werkhervatting. De uitkering is vervolgens wél stapsgewijs afgebouwd over de periode 6 maart 2018 tot 6 augustus 2018 minder dan 25% uitkering.

In augustus 2018 maakt u bezwaar op de beoordeling van uw arbeidsongeschiktheid
U bent van oordeel dat er in onvoldoende mate rekening is gehouden met u klachten en beperkingen.

De medische informatie die wij ontvingen in juni 2019 gaf geen rede om ons eerder ingenomen standpunt aan te passen
De medisch adviseur ziet geen reden om tot een ander advies te komen.

De verzekeraar bied u een second opinion aan op 7 januari 2019
Met deze second opinion willen wij onze beoordeling van uw arbeidsongeschiktheid toetsen. U geeft aan niet in staat te zijn tot een nieuw expertise onderzoek.

Om uit de impasse te komen stelt de medische dienst een beoordeling voor door de adviserend arts
U maakt echter geen afspraak met de adviserend arts.

Wij kunnen geen herbeoordeling doen
Onze weg blijft open staan voor een second opinion onderzoek.

Tijdens de procedure bij Kifid

2.40 De verzekeraar heeft tijdens de procedure bij Kifid consument nogmaals de mogelijkheid gegeven om een second opinion te laten uitvoeren. De consument heeft van dit aanbod afgezien omdat hij geen vertrouwen meer heeft in de verzekeraar.

De klacht en vordering

2.41 De consument vordert dat de verzekeraar zijn beslissing heroverweegt en met terugwerkende kracht een bedrag van € 62.827,00 uitkeert, vermeerderd met de wettelijke rente per 6 maart 2018. Ter onderbouwing van zijn standpunt voert de consument de volgende argumenten aan.

2.42 De verzekeraar heeft zijn zorgplicht geschonden door de onzorgvuldige beëindiging van de uitkering.

2.43 Allereerst staat in artikel 3.7 van de voorwaarden dat de uitkering pas wordt gestopt als een verzekerde is hersteld, maar de uitkering is stopgezet ondanks dat de consument niet was hersteld.

2.44 Ook heeft de consument gedurende de schadebehandeling druk ervaren om weer aan het werk te gaan en de uitkering af te bouwen, ongeacht zijn gezondheid. Dit heeft zijn herstelproces ernstig geschaad en heeft geleid tot onevenredige financiële en mentale schade. Dat de consument uiteindelijk een baan heeft gevonden was overigens niet te danken aan het door de verzekeraar ingeschakelde bureau, Oxhill 7. Ook het latere aanbod van de verzekeraar om de consument te begeleiden via Condite, heeft de consument als druk ervaren. Hij kon immers geen begeleidingstraject volgen naast zijn nieuwe fulltime baan. Dat de verzekeraar bleef aandringen, leverde hem extra veel stress op.

2.45 Bovendien is de conclusie van de verzekeraar dat de consument niet arbeidsongeschikt is in de uitoefening van zijn oude beroep als ondernemer en geen recht heeft op uitkering, onjuist en geen reden om de uitkering te beëindigen. De conclusie komt namelijk niet overeen met het beeld dat de huisarts en de behandelend psychiater hebben geschetst. Daaruit volgt dat de consument niet in staat is om te werken en nog veel klachten ervaart.

2.46 Tot slot kon de verzekeraar de uitkering niet beëindigen omdat de consument geen medewerking heeft verleend. De consument heeft zich namelijk open en kwetsbaar opgesteld en eerlijk aangegeven wat hij wel en niet kan. Dat hij niet mee wilde werken aan een second-opinion of een bezoek van een adviserend arts was geen onwil. De consument kon dit op dat moment niet aan en dit zou hebben geleid tot verdere schade van zijn gezondheid.

2.47 Daarnaast heeft de verzekeraar ten onrechte na 1 januari 2018 premie berekend omdat het bedrijf sinds die datum was uitgeschreven bij de Kamer van Koophandel en de consument per 1 maart 2018 in loondienst trad. Op grond van artikel 9.3 van de voorwaarden stopt de verzekering dan automatisch en dus was hij per 1 januari 2018 niet langer verzekerd bij arbeidsongeschiktheidsverzekering voor ondernemers. De verzekeraar had contact moeten opnemen met de consument om dit te bespreken in plaats van zomaar nota's te sturen. Dit heeft lichamelijk en mentaal negatieve invloed gehad op de consument.

2.48 Dit alles tezamen heeft ertoe geleid dat de consument zijn tijdelijke baan is kwijtgeraakt en financieel, emotioneel en lichamelijk nog verder in een negatieve spiraal is gekomen. Hij dacht met deze arbeidsongeschiktheidsverzekering een goed vangnet te hebben, maar de realiteit is anders.

Het verweer

2.49 De verzekeraar is van mening dat hij zijn zorgplicht is nagekomen en op basis van de verzekeringsvoorwaarden de uitkering heeft mogen beëindigen omdat de consument zijn medewerkingsplicht niet is nagekomen. De verzekeraar voert hiervoor de volgende argumenten aan.

2.50 Allereerst betreurt hij dat de consument zich onder druk gezet voelt, maar hij herkent zich niet in het beeld dat hij het herstel ernstig zou hebben geschaad. Het is immers de taak van een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar om de verzekerde te volgen tijdens diens arbeidsongeschiktheidsperiode en te beoordelen of de verzekerde recht heeft op uitkering. Dit heeft de verzekeraar gedaan door meermaals de klachten van de consument te laten beoordelen door medisch adviseurs en arbeidsdeskundigen. Toen de consument het oneens was met de bevindingen is bovendien een second-opinion aangeboden, maar de consument heeft zelf zijn medewerking onthouden. Daarnaast is een re-integratietraject aangeboden. Dit traject is succesvol afgerond en enige tijd later heeft de consument een baan gevonden. Ook later in de claimafwikkeling is nogmaals de mogelijkheid geboden voor een begeleidings-traject naar werk via Condite, waarvan de consument zelf heeft afgezien.

2.51 Het bezwaar van de consument tegen het beëindigen van de verzekering kan de verzekeraar niet plaatsen omdat de verzekering op verzoek van de consument met terugwerkende kracht is beëindigd zodat de consument de openstaande premies niet meer hoefde te betalen. De verzekeraar heeft hier overigens onverplicht medewerking aan verleend.

2.52 Voor de verzekeraar geldt ook dat de consument medewerking moet verlenen zodat hij kan beoordelen of een verzekerde recht heeft op uitkering en wat de hoogte van de uitkering is. Door het niet meewerken, heeft de verzekeraar geen andere keus gehad dan de beslissing om geen verdere uitkering te verstrekken te handhaven en het dossier te sluiten. Wel heeft de verzekeraar de consument er telkens op gewezen dat de claimbehandeling weer kan worden opgepakt als de consument akkoord gaat met een second-opinion of beoordeling door een adviserend arts. Ook de rechtsbijstandverlener heeft de consument op zijn medewerkingsplicht gewezen en toen de consument hier geen gehoor aan gaf, heeft de rechtsbijstandverlener de rechtsbijstand gestaakt.

3. De beoordeling

Rechtsvraag

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar alsnog met terugwerkende kracht per 6 maart 2018 uitkering moet verstrekken op basis van 100% arbeidsongeschiktheid van de consument. De commissie komt tot het oordeel dat de verzekeraar geen aanvullende uitkering aan de consument hoeft te verstrekken en de uitkering op juiste gronden heeft beëindigd. Zij licht dit hierna toe.

Recht op uitkering

3.2 Voor de beoordeling of recht bestaat op uitkering is van belang wat partijen met elkaar hebben afgesproken. In de voorwaarden is geregeld wat de rechten en plichten van partijen zijn en wanneer de consument recht heeft op dekking onder de verzekering. Hierin staat:

"2.1 Wanneer bent u arbeidsongeschikt?
Bij beroepsarbeidsongeschiktheid:
Als u beperkt bent het verzekerd beroep uit te oefenen.

- *De oorzaak is ziekte of een ongeval.*
  - *Er is sprake van een medisch objectiveerbare stoornis.*

(…)
2.3 Wie stelt de mate van arbeidsongeschiktheid vast?
Wij stellen vast voor welk % u arbeidsongeschikt bent.

- *Wij kijken daarbij ook of u ander taken kunt doen binnen uw beroep of bedrijf.*
- *Wij gebruiken de rapporten van de deskundigen die wij aanwijzen*

2.4 Wat zijn uw plichten als u arbeidsongeschikt bent?

- *U doet alles wat nodig is voor snel en goed herstel.*

(…)

- *U laat zich onderzoeken door een arts als wij dat vragen.*
- *U geeft ons alle informatie om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen*

(…)

2.5 Wat zijn de gevolgen als u uw plichten bij arbeidsongeschiktheid niet nakomt?

(…)

Wij mogen de uitkering stoppen.

- *Als wij in een redelijk belang zijn geschaad.*
  Dit is bijvoorbeeld als:
  - *Wij de arbeidsongeschiktheid niet (meer) kunnen vaststellen.*

(…)

6.1 Welke veranderingen moet u melden?

(…)

- *U stopt met uw beroep of bedrijf.*

(…)

6.4 Stopt de verzekering altijd als u stopt met uw beroep of bedrijf?

Nee, u mag de verzekering ook maximaal 1 jaar opschorten.

(…)

7.2 Wanneer mag u de verzekering stoppen?

(…)

- *Als u stopt met uw beroep of bedrijf."*

3.3 Op grond van de voorwaarden is dus sprake van arbeidsongeschiktheid als een verzekerde beperkt is in de uitoefening van zijn beroep of bedrijf vanwege een ziekte: een medisch objectiveerbare stoornis. Verderop is geregeld dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid vaststelt aan de hand van de rapporten van door hem ingeschakelde deskundigen.

3.4 Op basis van de stukken uit het dossier stelt de commissie vast dat de verzekeraar een psychiater heeft ingeschakeld om te beoordelen of sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis. De conclusie in het psychiatrische expertiserapport is dat er geen beperkingen kunnen worden vastgesteld. Vervolgens heeft de medisch adviseur aan de hand van het psychiatrische expertiserapport nog gekeken naar de belastbaarheid van de consument en ook de medisch adviseur concludeert dat, nu een medisch objectiveerbare stoornis ontbreekt, er geen beperkingen zijn vastgesteld.

3.5 Op grond van het voorgaande oordeelt de commissie dat de verzekeraar conform zijn eigen voorwaarden gedegen onderzoek heeft gedaan naar de arbeidsongeschiktheid van de consument en dat op basis van de expertiserapporten moet worden geconcludeerd dat er geen sprake is van medisch objectiveerbare beperkingen. Dat de consument klachten ervaart staat niet ter discussie, maar alleen als deze klachten medisch objectiveerbaar zijn kan de medisch adviseur beperkingen vaststellen. Omdat er geen beperkingen zijn vastgesteld om de reden dat een medisch objectiveerbare stoornis ontbreekt, is geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden. De verzekeraar heeft de uitkering mogen beëindigen.

3.6 Ook de stelling van de consument dat de arbeidsdeskundige onvoldoende rekening heeft gehouden met het verzekerd beroep, maakt voorgaande niet anders. Voor de vraag of de consument volledig beschikbaar is voor werk wordt na een medische expertise een arbeidsdeskundige ingeschakeld. De arbeidsdeskundige onderzoekt op basis van de door de medisch adviseur vastgestelde beperkingen voor hoeveel uur de consument kan werken en voor welk percentage hij arbeidsongeschikt is. Omdat de medisch adviseur in dit geval geen beperkingen heeft kunnen vaststellen, heeft de arbeidsdeskundige terecht geconcludeerd dat de consument volledig inzetbaar is.

3.7 Daarnaast oordeelt de commissie dat de verzekeraar de uitkering heeft mogen beëindigen op grond van de artikelen 2.4 en 2.5 van de voorwaarden. In deze artikelen is opgenomen dat de consument zich door een arts dient te laten onderzoeken als de verzekeraar dit vraagt en dat als hij hier niet aan meewerkt en de verzekeraar daardoor in een redelijk belang is geschaad, de uitkering kan worden beëindigd. Daarvan is hier sprake aangezien de consument niet wil meewerken aan een contra-expertise of een onderzoek door een adviserend arts om te kijken of er een contra-indicatie is voor een second-opinion waardoor de verzekeraar niet meer kan vaststellen of de consument arbeidsongeschikt is.

3.8 Voor de stelling van de consument dat de verzekeraar druk heeft uitgeoefend en hem heeft belemmerd in zijn herstel, vindt de commissie in het dossier geen aanwijzingen. Uit het dossier volgt het beeld dat de verzekeraar heeft geprobeerd met de consument mee te denken door hem begeleidingstrajecten en een second-opinion aan te bieden.

Slotsom

3.9 Het bovenstaande brengt mee dat de klacht van de consument ongegrond is. De commissie zal de vordering daarom afwijzen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.