Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-297
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. P.A. Offers, dr. B.C. de Vries (medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 12 augustus 2015
Ingesteld door	: Consument
Tegen	: Aegon Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 4 juli 2016
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument is arbeidsongeschikt geraakt als gevolg van een auto-ongeluk. Ofschoon hij aan het ongeluk diverse klachten heeft overgehouden biedt de verzekering geen dekking omdat de klachten niet medisch objectiveerbaar zijn en niet tot medische beperkingen leiden. De Commissie heeft de vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument ondertekende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- de repliek;
- de brief van Verzekeraar waarin hij aangeeft niet nader te zullen reageren.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als niet-bindend zullen aanvaarden en dat het geschil zich leent voor afdoening op stukken, nu voor mondelinge behandeling als bedoeld in artikel 40.1 van haar reglement geen aanleiding bestaat.

2. Feiten

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

2.1 Consument, geboren op 2 april 1976, heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering lopen met als verzekerd beroep: timmerman. Dekking: arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ongevallen en ziektes inclusief psychische aandoeningen. Verzekerde bedragen: eerstejaarsrisico € 51.759,-, na-eerstejaarsrisico € 53.791,-. Ondergrens arbeidsongeschiktheid: 25%. Eindleeftijd: 60 jaar. Eigen risico eerstejaarsrisico: 30 dagen.

2.2 Consument heeft zich in oktober 2005 bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege een hem op 10 september 2003 overkomen auto-ongeluk. Een van links komende vrachtwagen verleende hem geen voorrang en reed op hem in.

2.3 Consument droeg geen gordel en kwam met zijn hoofd tegen de voorruit. Hij heeft een flexie/deflexietrauma doorgemaakt en heeft daarna nekklachten ontwikkeld met uitstraling naar de schouders. Hij had ook rugpijn en last van duizeligheid, hoofdpijn en stijfheid door het hele lichaam. Omdat geen afwijkingen konden worden gevonden hebben medische expertises plaatsgevonden. Daarbij konden geen medische beperkingen worden vastgesteld. Consument kreeg steeds meer last van de rechterschouder en is daaraan op 23 januari 2009 geopereerd (scopie). Daarbij bleek dat het kraakbenig deel van de schouderkom gedeeltelijk was losgelaten. Bij de scopie is het labrum hersteld. Consument was dusdanig beperkt dat hij vanaf 23 januari 2009 door Verzekeraar 100% arbeidsongeschikt werd geacht voor uitvoerend werk. Verzekeraar heeft vanaf diezelfde datum uitkering onder de verzekering verstrekt. Omdat sprake was van stagnatie in de revalidatie heeft Verzekeraar tot een bindende, orthopedische herexpertise besloten. Consument ging akkoord met de vraagstelling en met de persoon van de orthopedisch chirurg. De expertise heeft op 21 december 2010 plaatsgevonden. In zijn rapport van 4 februari 2011 concludeert de expert onder meer dat in eerste instantie in het MRI Centrum te Amsterdam abusievelijk een diagnose ALPSA laesie is gesteld. Dit is een labrumlaesie na een anterieure luxatie. De expert schreef dat hij deze diagnose op de MRI niet kon bevestigen: “Naderhand is er wegens de klachten van de rechterschouder een MRI artrogram verricht in de [ziekenhuis]. Daar wordt gesproken over een SLAP laesie. Dit is een superieure labrumlaesie. Dit letsel treedt alleen maar op bij directe of indirecte schouderletsels, bijvoorbeeld als iemand op een uitgestrekte arm valt of bij intensief sporten waarbij veel abductie/exorotatie plaatsvindt. Het trauma is zeker niet een mogelijke oorzaak voor een SLAP laesie. Ondergetekende heeft het MRI artrogram niet gezien, doch ongeacht hiervan kan gesteld worden dat er geen relatie is tussen een eventuele SLAP laesie en het trauma. Er resteren nekklachten en vage schouderklachten die bij onderzoek geen duidelijke diagnose opleveren. Wij kunnen spreken van een Whiplash Associated Disorder type I (WAD I), d.w.z. pijn in de nek zonder verder klinische verschijnselen of afwijkingen. De klik in de schouder, die betrokkene nu heeft en welke pijnlijk is, zou wel eens iatrogeen kunnen zijn na het uitvoeren van een fixatie van een SLAP laesie. Ondergetekende heeft dat vaker gezien.” Aanvullend, naar aanleiding van vragen van de medisch adviseur van Verzekeraar, heeft de expert op 25 februari 2011 nog geschreven dat er geen beperkingen zijn op basis van WAD I: “Op grond van de anamnese en de beschrijving van het ongeval kan ik mij ook niet voorstellen dat er organische afwijkingen in de schouder zijn ontstaan. Betrokkene heeft weliswaar pijn ontwikkeld in de schouder waarvoor een operatie is uitgevoerd, doch een ratio voor deze operatie kon ik niet vinden. De pijnlijke klik die betrokkene heeft zou wellicht kunnen zijn ontstaan als bijwerking van de uitgevoerde operatie. De pijnlijke klik kan aanleiding geven tot beperkingen doch mijns inziens zijn deze beperkingen niet het gevolg van het ongeval maar meer van de uitgevoerde ingreep.”

2.4 Naar aanleiding van de rapportage van de orthopedisch expert heeft (de medisch adviseur van) Verzekeraar geconcludeerd dat er geen beperkingen zijn op grond van nek- of schouderklachten, ontstaan na het ongeval. Omdat door de expert geen beperkingen zijn genoemd is ook geen beperkingenpatroon ingevuld. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat, omdat geen beperkingen zijn gevonden op medisch gebied, geen recht meer op uitkering bestaat. Verzekeraar heeft de uitkering beëindigd per 1 april 2011. Ook is de premievrijstelling per 1 april 2011 opgeheven.

2.5 Namens Consument is tegen het standpunt van Verzekeraar bezwaar aangetekend. Daarbij is gesteld dat het rapport van de orthopedisch expert diverse vragen oproept over met name de gevolgen van het auto-ongeluk voorafgaand aan de operatie in 2009. Verzekeraar werd verzocht om vier concreet geformuleerde vragen aan de orthopedisch expert voor te leggen. Verzekeraar heeft aan dit verzoek gevolg gegeven. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft de antwoorden samengevat en daarbij ook een aantal aanvullende vragen geformuleerd. Nadat deze ter toetsing aan de gemachtigde van Consument waren voorgelegd, is de orthopedisch expert opnieuw aangeschreven. De antwoorden van de orthopedisch chirurg gaven (de medisch adviseur) van Verzekeraar geen aanleiding om het eerder ingenomen standpunt te herzien. Dit gaf de gemachtigde van Consument aanleiding om aan Verzekeraar nieuwe vragen te stellen over met name de toedracht en het ontstaan van een SLAP laesie (is de SLAP laesie van Consument ontstaan door het ongeval?). Verzekeraar antwoordde na overleg met zijn medisch adviseur dat het bij een arbeidsongeschiktheidsverzekering gaat om medisch objectiveerbare stoornissen die leiden tot beperkingen. De aanleiding voor deze eventuele stoornissen is daarbij niet van belang. Omdat er geen beperkingen te duiden zijn, achtte Verzekeraar het niet nodig de aanvullende vragen van de gemachtigde van Consument te beantwoorden. Voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid achtte hij dit niet van belang. De gemachtigde van Consument heeft hierop wederom vragen aan Verzekeraar gesteld, waar Verzekeraar op reageerde met de mededeling dat de expertise van de orthopedisch chirurg een bindend karakter had, en dat in de jaren daarna door hem onverplicht diverse malen vragen van de gemachtigde van Consument aan zijn extern medisch adviseur zijn voorgelegd, die op haar beurt extra informatie heeft opgevraagd om de zaak voor de gemachtigde van Consument volledig helder te krijgen, maar dat de gegeven antwoorden kennelijk niet bevredigend waren. De gemachtigde van Consument heeft vervolgens een klacht bij de directie van Aegon ingediend. Deze leidde echter niet tot een herziening van het standpunt dat Consument geen recht heeft op uitkering over de periode 2005 tot 2009.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering over de periode vanaf de datum van de schademelding in 2005 tot aan de datum van de operatie in 2009.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door geen uitkering te verstrekken over de periode 2005-2009.

- Het is voor Consument onverteerbaar dat Verzekeraar zo laconiek over zo'n controversiële opmerking van de orthopedisch expert dat een SLAP laesie niet door een auto-ongeval kan ontstaan, is heengestapt.
- Verzekeraar is onzorgvuldig met de belangen van Consument omgegaan door niet gedegen inhoudelijk op de vragen van Consument in te gaan.
- Verzekeraar heeft niet gereageerd op het verzoek van Consument om toezending van de correspondentie tussen de schadebehandelaars van Verzekeraar en hun medisch adviseur.

- De belangen van Consument zijn geschaad doordat Verzekeraar niet met vaste behandelaars op een dossier werkt. De reacties van sommige behandelaars doen vermoeden dat zij het (zeer omvangrijke) dossier niet goed kennen.

Verweer Verzekeraar

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

- Verzekeraar herkent zich niet in de klacht dat hij laconiek over de door de gemachtigde van Consument genoemde controversiële opmerking is heengestapt. In deze zaak zijn drie expertise-onderzoeken (twee medische onderzoeken en een arbeidsdeskundig onderzoek) verricht en is uiteindelijk na uitgebreid overleg met Consument een bindende expertise uitgevoerd. De aan de expert gestelde vragen zijn gezamenlijk opgesteld en ook nadat de rapportage was verschenen heeft Consument nog verduidelijkingsvragen kunnen stellen die ook beantwoord zijn.
- Verzekeraar is intensief aan de slag gegaan met de verzoeken en opmerkingen van Consument. Dat dit niet tot het gewenste resultaat heeft geleid wil niet zeggen dat Verzekeraar onzorgvuldig omgaat met de belangen van Consument.
- Consument heeft recht op inzage in zijn medisch dossier. Een verzoek daartoe is niet eerder ontvangen. De medische adviezen zijn als bijlage bij het verweer gevoegd. Consument heeft daarmee inzage in zijn dossier.
- De medewerkers van Verzekeraar die aan het dossier hebben gewerkt zijn daar allen adequaat voor toegerust. Het is organisatorisch niet altijd goed mogelijk om een dossier door één medewerker te laten behandelen.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar alsnog uitkering onder de verzekering dient te verstrekken over de periode 2005-2009. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande als volgt.

4.2 In de periode 2005-2009 heeft Consument regelmatig hoofdpijn en schouderklachten gemeld. In 2006 heeft een neurologische expertise en in 2007 een orthopedische expertise plaatsgevonden. De neurologisch expert kwam tot de conclusie dat Consument duidelijk klachten ondervindt, dat daaraan niet behoefde te worden getwijfeld, en dat het klachtenpatroon omschreven kon worden als post-traumatische cervicale myogene klachten. Hij kwam echter eveneens tot de conclusie dat bij onderzoek geen objectiveerbare neurologische afwijkingen konden worden gevonden en dat strikt neurologisch geen beperkingen konden worden opgelegd. De orthopedisch expert kwam tot de conclusie dat Consument na het ongeval vrijwel direct pijnklachten van de nek ondervond, en dat daar later klachten van de rechterschouder en in mindere mate van de lage rug zijn bijgekomen. Hij concludeerde voorts eveneens dat ook na uitgebreide analyse geen afwijkingen rond de nek werden vastgesteld, wel mogelijk een slaplaesion van de rechterschouder. De experts erkennen dus dat Consument klachten heeft en ook dat Consument zich beperkt voelt in zijn activiteiten, maar uit hun rapportages valt niet af te leiden dat er objectief vast te stellen medische stoornissen zijn die tot beperkingen leiden.

De orthopedisch expert die Consument heeft gezien na de operatie in 2009 kwam ook tot de conclusie dat Consument klachten heeft maar dat er geen beperkingen te duiden zijn.

4.3 Omdat de neurologische expertise en de twee orthopedische expertises geen objectivering van de klachten heeft opgeleverd kunnen naar verzekeringsgeneeskundig inzicht ook geen medische beperkingen worden aangenomen en is er om die reden geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering.

4.4 Nu de laatste orthopedische expertise bovendien bindend is, heeft Verzekeraar in redelijkheid het standpunt in kunnen nemen dat over de periode 2005-2009 geen recht op uitkering bestaat. Namens Consument is weliswaar betwist dat Consument akkoord is gegaan met het bindende karakter van de expertise – dit zou althans niet uit het dossier blijken - maar de Commissie stelt vast dat uit het dossier wel blijkt dat namens Consument geschreven is: "Wij gaan op voorhand niet akkoord met uw eis van een bindende expertise. Dan willen we eerst weten welke specialist u dan voorstelt". Aangezien Consument met de keuze van de persoon van de expert akkoord is gegaan is Consument naar het oordeel van de Commissie ook met het bindende karakter van de expertise akkoord gegaan.

4.5 De Commissie merkt nog op dat na de tweede orthopedische expertise van 4 februari 2011 uitvoerige discussie ontstaan over de oorzaak van de laesie bij Consument. De vraag echter of de laesie al dan niet veroorzaakt is door het auto-ongeluk uit 2003 is, nu de claim om de hiervoor onder 4.3 genoemde reden niet gedekt is, niet meer relevant. Wat dat betreft hadden de nadere vragen aan de tweede expert achterwege kunnen blijven. Dit had veel verwarring kunnen voorkomen en had de duur van de behandeling van de zaak aanmerkelijk kunnen bekorten, zodat ook minder dossierbehandelaars aan het dossier hadden hoeven werken. De Commissie is evenwel van oordeel dat dit niet kan afdoen aan de conclusie dat de verzekering vanwege het ontbreken van medische beperkingen geen dekking biedt.

4.6 De conclusie is dan ook dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar tekort geschoten is in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering 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.