

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-562
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, J.H. Paulusma-de Waal
RGA, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 20 september 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. De Amersfoortse, gevestigd te Utrecht,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 3 september 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft zich bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens psychische klachten. Verzekeraar heeft aanvankelijk uitkering verstrekt maar heeft de uitkering afgebouwd en stopgezet nadat psychiatrische expertise was verricht. De psychiater heeft geen psychiatrische stoornis kunnen diagnosticeren en heeft dan ook geen beperkingen gediend. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering. De Commissie heeft geoordeeld dat Verzekeraar dit standpunt terecht en op goede gronden heeft kunnen innemen. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- de namens Consument ingezonden klachtbrief;
- de namens Consument nagezonden stukken, waaronder het door Consument ondertekende klachtformulier en de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de reactie van de medisch adviseur van Verzekeraar op de repliek;
- de namens Consument ingezonden brief met aanvullende informatie;
- de reactie daarop van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

De Commissie is van oordeel 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, geboren op [datum], heeft met ingang van 28 augustus 2006 bij Verzekeraar een Arbeidsongeschiktheidsverzekering Uitgebreid Combi afgesloten. Einddatum: 1 december 2046 (eindleeftijd 67 jaar). Verzekerd beroep: winkelier kleding en/of stoffen. Verzekerde jaarrente: Rubrieken A en B € 30.316,00. Eigen risicotermijn: voor Rubriek A 90 dagen, voor Rubriek B geen. Verzekeringsvoorwaarden: Polismodel 184.

2.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen voor zover relevant:

“1.8 Arbeidsongeschiktheid

Als wij in deze voorwaarden arbeidsongeschiktheid noemen, dan bedoelen wij daar het volgende mee:

- *Er moet sprake zijn van ziekte of ongeval;*
- *In relatie tot de ziekte of het ongeval bestaan er stoornissen die door een arts objectief medisch zijn vastgesteld;*
- *Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren;*
- *Door deze functiebeperking is de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.*

Met werkzaamheden bedoelen wij:

de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde. Dit beroep staat op het polisblad.

Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid houden we rekening met:

- *de mogelijkheid van aanpassingen van het werk en de werkomstandigheden;*
- *de mogelijkheid van taakverschuivingen;*

Het gaat dan om werkzaamheden die in het beroep in redelijkheid van de verzekerde verlangd kunnen worden.”

2.3 Op 16 september 2015 heeft Consument zich voor de tweede keer bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens psychische klachten. Consument heeft op 30 september 2015 de controlerend arts bezocht. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft informatie bij de huisarts opgevraagd. Op 15 oktober 2015 heeft arbeidsdeskundig onderzoek plaatsgevonden.

Vanaf 10 september 2015, de datum waarop Consument voor het eerst bij de huisarts is geweest, heeft Verzekeraar de arbeidsongeschiktheid vastgesteld in de klasse 55-65%. Verzekeraar heeft vervolgens een begeleidingstraject in gang gezet omdat Consument excessieve werkweken maakte (80-100 uur per week).

- 2.4 Op 4 juli 2016 heeft Consument de arbeidsdeskundige en de begeleider gesproken, waarna de arbeidsongeschiktheid per 1 oktober 2016 is ingedeeld in de klasse 25-35%. De uitkering is afgebouwd en per 1 oktober 2016 stopgezet.
- 2.5 Op 15 juli 2016 heeft Consument aan Verzekeraar bericht dat zij een terugval had, waarop Verzekeraar heeft besloten een psychiatrische expertise te laten verrichten. De psychiater kon geen psychiatrische stoornis diagnosticeren en heeft geen beperkingen gediend. Hij heeft erkend dat Consument psychische klachten ervaart en hij heeft deze klachten ook benoemd, maar hij was van mening dat deze klachten tezamen niet als een psychiatrische stoornis kwalificeerden: *“De klachten zijn werkgerelateerd en leiden onvoldoende tot functionele beperkingen op verschillende levensgebieden om van een psychiatrische stoornis te kunnen spreken. Het karakter van onderzochte, haar manier van denken, voelen en doen, houdt de klachten in stand. De gedachte om haar bedrijf te verkopen en mogelijk tijdelijk in loondienst te gaan, zou een effectieve keuze kunnen zijn.”* Bij brief van 28 oktober 2016 heeft verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering. De medisch adviseur heeft nog informatie opgevraagd bij de gynaecoloog van Consument maar die informatie heeft niet tot nieuwe inzichten geleid.
- 2.6 Namens Consument is bezwaar tegen het standpunt van Verzekeraar aangetekend. Dit bezwaar is onderbouwd met een brief van de huisarts van 16 februari 2017, een brief van de behandelend psycholoog van 24 februari 2017 en een advies van de medisch adviseur van de gemachtigde van Consument van 27 maart 2017. De medisch adviseur heeft onder meer het volgende geschreven:

Ontvangen informatie

Bericht van de huisarts d.d. 16 februari 2017.

- Cliënte is in november 2016 verwezen naar een psycholoog wegens stressgerelateerde klachten en vermoeidheid.

Bericht van de psycholoog d.d. 24 februari 2017.

- Lichte depressie, somatische symptoomstoornis en een trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (als de mogelijkheid wordt overwogen dat er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, maar niet volledig wordt voldaan aan de criteria voor een specifieke persoonlijkheidsstoornis, AG).
- Behandeling: psychotherapie.

Beschouwing

De ingebrachte informatie bevestigt de beperkte belastbaarheid zoals aanwezig op de in geding zijnde datum.

Overigens blijkt uit de informatie ook dat er sprake is van een relatie tussen de aard van het werk en de klachten. Dit sluit aan bij wat de psychiater oordeelde, namelijk dat de aanwezige klachten snel kunnen verdwijnen wanneer ze ander werk heeft. Mogelijk ziet de verzekeraar deze reactieve klachten niet als ziekte op zich. De polis zou hierover uitsluitsel kunnen geven. Ik zou u wel willen adviseren om deze informatie in te brengen in de procedure.

- 2.7 De medisch adviseur van Verzekeraar zag in het bezwaar geen aanleiding zijn eerdere advies aan te passen en heeft Consument bij brief van 10 mei 2017 meegedeeld dat hij zou blijven uitgaan van een mate van arbeidsongeschiktheid van minder dan 25% per 1 oktober 2016. De discussie die daarop is gevoerd heeft Verzekeraar niet tot een ander standpunt gebracht.
- 2.8 Consument heeft zich op 27 juni 2017 weer arbeidsgeschikt gemeld.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat de indeling van de arbeidsongeschiktheid in klasse 55-65% verlengd wordt tot en met 27 juni 2017. Dit komt neer op een aanvullende uitkering van netto € 1.859,88 over de periode van juli tot en met september 2016, en een uitkering van netto € 9.495,-- over de periode van oktober 2016 tot en met juni 2017. In totaal vordert Consument € 11.354,88.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Consument heeft op 19 juli 2016 contact opgenomen met Verzekeraar om een terugval te melden. Haar klachten waren voor 100% teruggekeerd, met name braken, misselijk, zweetaanvallen. Het bleef lange tijd stil bij Verzekeraar. Het coachingstraject werd abrupt stopgezet. Consument werd alleen opgeroepen voor een psychiatrisch onderzoek. Op 1 oktober 2016 was Consument niet dermate hersteld dat zij in staat kon worden geacht haar eigen werk in volle omvang te verrichten. Zij heeft in het najaar van 2016 zelf via de huisarts psychologische hulp gezocht.
 - Het traject bij de psycholoog is begin januari 2017 gestart. Na een aantal intensieve behandelingen begon Consument zich iets beter te voelen, verminderden de beperkingen en kon zij zich in juli 2017 weer beter melden.
 - Uit de medische informatie van de huisarts van 16 februari 2017 en van de behandelend psycholoog van 24 februari 2017 blijkt dat Consument tweewekelijks psychotherapeutische behandelingen heeft moeten ondergaan.
 - In zijn advies van 27 maart 2017 is de medisch adviseur van de gemachtigde van Consument tot de conclusie gekomen dat op 1 oktober 2016 sprake was van een beperkte belastbaarheid.
 - Verzekeraar gaat ten onrechte uit van de DSM IV en legt deze in zijn eigen voordeel uit. Hij dient uit te gaan van DSM V, waarin de ziekte van Consument (een somatische systeemstoornis) staat beschreven en wordt erkend.

- Consument heeft meer loonkosten moeten maken omdat zij tijdelijk minder kon werken en extra personeel heeft moeten inzetten.

Verweer Verzekeraar

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

- In artikel 1.8 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is bepaald wat onder arbeidsongeschiktheid wordt verstaan, terwijl uit de rechtspraak volgt dat het arbeidsongeschiktheidspercentage op de volgende wijze wordt vastgesteld:
 1. Allereerst stelt een medisch deskundige door onderzoek vast op welke wijze de verzekerde door de ontstane klachten of stoornissen in zijn of haar functioneren wordt beperkt;
 2. Vervolgens stelt een verzekeringsgeneeskundige op basis van de door de medicus vastgestelde functionele beperkingen en een eigen onderzoek vast in hoeverre de verzekerde als gevolg van die beperkingen al dan niet kan worden belast bij verrichtingen die zich bij arbeidswerkzaamheden voordoen. De beoordeling vindt plaats aan de hand van de lijst met uiteenlopende aspecten van arbeidswerkzaamheden (een beperkingen-formulier).
 3. Tenslotte maakt de arbeidsdeskundige op basis van de beperkingen in de belastbaarheid, zoals vastgesteld door de verzekeringsgeneeskundige, in een eigen onderzoek een inschatting van de mate waarin de verzekerde de werkzaamheden van zijn of haar beroep niet meer kan verrichten.

De uitkomst van de psychiatrische expertise was dat geen sprake is van een medisch objectief vaststelbare stoornis met als gevolg dat er ook geen objectieve beperkingen konden worden geduid. Aan stap 2 is dan ook niet toegekomen. Bij Consument was geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. De uitval van Consument werd veroorzaakt door werkgerelateerde klachten en langdurige overbelasting.
- Gezien het verloop van het dossier heeft Verzekeraar netjes en zorgvuldig gehandeld. Hij heeft actief meegedacht in het reïntegratietraject en nadat Consument melding had gemaakt van een terugval heeft Verzekeraar aanvullend onderzoek door een psychiater laten verrichten.
- Ten tijde van het psychiatrisch onderzoek was DSM IV het actuele classificatiesysteem. Nu door de psychiater geen psychiatrische stoornis is vastgesteld, is dus niet geassocieerd tot een rubriek in de DSM (van welke versie dan ook) en konden geen beperkingen worden aangegeven.
- Het is vervelend dat Consument meer loonkosten heeft moeten maken omdat zij van mening was haar werk tijdelijk niet te kunnen doen. Van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering was echter geen sprake.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op een aanvullende uitkering onder haar arbeidsongeschiktheidsverzekering. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt daarover het volgende.
- 4.2 In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald dat sprake moet zijn van ziekte of ongeval en dat in relatie tot die ziekte of dat ongeval stoornissen bestaan die door een arts objectief medisch zijn vastgesteld.
- 4.3 Op grond van het (medisch) dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument zich in september 2015 arbeidsongeschikt heeft gemeld vanwege psychische klachten. Zij kon haar werkzaamheden niet meer aan door persoonlijkheidskenmerken, de modernisering van de detailhandel en de werkdruk (80-100 uur per week). Dit heeft zich geuit in oververmoeidheid en misselijkheid (ochtendbraken). De klachten zijn werkgerelateerd en geluxeed door personeelsproblemen. Een psychiatrische diagnose is in 2015 niet gesteld. Consument heeft van Verzekeraar bedrijfsbegeleiding gekregen en een gedeeltelijke uitkering bij een dan nog 24-urige werkweek. Dit ging goed tot juli 2016. Toen heeft Consument een terugval gekregen. Verzekeraar heeft daarop psychiatrische expertise laten verrichten. De psychiater heeft erkend dat Consument psychische klachten ervaart en hij heeft deze klachten ook benoemd, maar hij was van mening dat deze klachten tezamen niet als een psychiatrische stoornis kwalificeerden. Zie hierboven onder 2.5. De psychiater ziet de klachten als reactief en niet als uiting van een psychiatrisch ziektebeeld of psychiatrische stoornis.
- Consument heeft via de huisarts zelf psychologische hulp gezocht. De psycholoog heeft in 2017 de diagnose lichte depressie, somatische symptoomstoornis en trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis gesteld, gebaseerd op een matige beperking in het functioneren en de aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken. De medisch adviseur van de gemachtigde van Consument zag hierin een bevestiging van de beperkte belastbaarheid van Consument.
- 4.4 De Commissie stelt vast dat Verzekeraar een psychiatrische expertise heeft laten verrichten en dat de psychiater geen psychiatrische stoornis heeft kunnen diagnosticeren en dat hij dus ook geen beperkingen heeft kunnen duiden. De Commissie is van oordeel dat het expertiserapport op een zorgvuldige wijze tot stand is gekomen en dat de conclusie deugdelijk is onderbouwd. Van een Consument die de juistheid van de constatering en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt. Consument heeft in dit geval tegenover het expertiserapport twee stukken uit de behandelende sector gesteld, te weten een brief van de huisarts en een brief van de psycholoog.

Daarnaast heeft zij een advies van de medisch adviseur van haar gemachtigde ingebracht. Deze stukken bevatten geen inhoudelijke argumenten op grond waarvan moet worden geconcludeerd dat de rapportage van de psychiater terzijde moet worden geschoven. Deze stukken bevatten evenmin een onderbouwing voor de aangenomen diagnose somatische systeemstoornis. Sterker nog, de medisch adviseur van de gemachtigde van Consument gaat ook uit van werkgerelateerde klachten. In zijn brief van 27 maart 2017 schrijft hij immers dat de aanwezige klachten snel kunnen verdwijnen wanneer Consument ander werk heeft.

- 4.5 De vraag of in deze zaak moet worden uitgegaan van de DSM IV of de DSM V acht de Commissie niet relevant. De DSM is een classificatiesysteem en geen diagnosesysteem. Nu geen psychiatrische stoornis door de psychiater is vastgesteld, is classificatie niet aan de orde.
- 4.6 De slotsom is dat op basis van hetgeen Consument daartoe heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twijfelen aan de juistheid van de constatering en de conclusies in de rapporten van de expertiserend psychiater. Onder die omstandigheden moet ervan worden uitgegaan dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft kunnen aannemen dat geen sprake was van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een psychiatrische stoornis in de zin van de verzekeringsvoorwaarden, zodat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door de uitkering stop te zetten. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

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.