

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-780  
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts, mr. A.M.T. Wigger,  
leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 27 januari 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 17 december 2018  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft zich bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens hernia-klachten. In de loop der tijd heeft hij daarnaast diverse andere klachten ontwikkeld. Deze klachten zijn naar het oordeel van de Commissie niet medisch objectiveerbaar zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering. 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;
- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- het namens Consument ingezonden dossier van Consument, inclusief medische stukken;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- de tussen partijen gevoerde correspondentie in verband met een tussen partijen overeengekomen orthopedische expertise en een daarop gevolgde herbeoordeling vanwege een later gemaakte MRI-scan;
- het verweerschrift van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 september 2018 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1967, heeft met ingang van 10 januari 2011 bij Verzekeraar een beroepsarbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten met dekking voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ongevallen en ziektes exclusief psychische aandoeningen (Variant 3). Verzekerd beroep: timmerman. Werkzaamheden: administratief, leidinggeven, commercieel, toezicht houden, adviseren, reizen, surveilleren, verkopen, onderwijzen, handenarbeid, chaufferen, rij-instrueren, sport-instrueren. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: nr. 1422. Verzekerd bedrag: € 30.000,- voor zowel het eerstejaarsrisico als het na-eerstejaarsrisico. Ondergrens arbeidsongeschiktheid: 25%. Eindleeftijd: 65 jaar. Eigen risicotermijn: 30 dagen voor het eerstejaarsrisico.

2.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen voor zover relevant:

**“1.1 Arbeidsongeschiktheid**

*1.1.1 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, als er in directe relatie tot een ongeval of ziekte, medisch objectiveerbare stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken.”*

2.3 Per 10 januari 2013 zijn bijzondere voorwaarden nr. 1439 op de verzekering van toepassing verklaard. Deze bepalen voor zover relevant:

**“Wanneer bent u arbeidsongeschikt?**

*U bent arbeidsongeschikt als u aan de volgende drie kenmerken voldoet:*

*Er is sprake van een ziekte of een ongeval.*

*U heeft door deze ziekte of het ongeval stoornissen.*

*Deze stoornissen leiden ertoe dat u uw eigen beroepswerkzaamheden helemaal niet of niet volledig kunt doen.”*

**“Herkenbaar en benoembaar**

*Uw stoornis moet duidelijk genoeg zijn zodat een (gespecialiseerd) arts uw ziektebeeld kan herkennen en benoemen. Uw ziektebeeld moet erkend zijn in de gewone geneeskunde.”*

**“Welke oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn verzekerd?**

*U bent verzekerd als u arbeidsongeschikt wordt door een ongeval of een lichamelijke ziekte. Er is geen dekking voor psychische ziekten.*

*Door een ongeval of ziekte kunt u een lichamelijke aandoening krijgen maar ook een psychische aandoening. U bent verzekerd voor de lichamelijke aandoeningen.*

*Als u hersteld bent van de lichamelijke aandoeningen maar arbeidsongeschikt blijft door een psychische aandoening dan is dat niet verzekerd.”*

**“Lichamelijke ziekten**

*Dit zijn ziektebeelden waarbij een lichamelijke oorzaak wordt gevonden.”*

- 2.4 Op 2 april 2013 heeft Consument zich per 2 januari 2013 voor 50% en vanaf 29 maart voor 100% arbeidsongeschikt gemeld wegens een hernia (rug en benen). Hij gaf daarbij aan dat hij op 30 december 2012 voor het eerst een arts had geconsulteerd.
- 2.5 Verzekeraar heeft Consument vanaf 2 april 2013 uitkering verstrekt.
- 2.6 Op 11 november 2013 is op verzoek van Verzekeraar neurologische expertise verricht. In zijn rapport van 21 januari 2014 schreef de neuroloog onder meer:  
“Er is sprake van chronische lage rugklachten met klachten van tintelingen in beide billen en bovenbenen die naar mijn oordeel niet herleid kunnen worden tot een lumbaal radiculair syndroom op basis van wortelcompressie door een HNP. De afwijkingen bij het MRI-onderzoek bieden naar mijn oordeel onvoldoende verklaring voor de huidige klachten en met mogelijke uitzondering van een antalgische scoliose bij een eerdere beoordeling door de huisarts is geen sprake van objectieve verschijnselen in relatie tot de klachten. Er zijn naar mijn oordeel enkele inconsistenties en minder waarschijnlijkheden.”  
En: “Naar mijn oordeel is er geen sprake van geobjectiveerde klachten of beperkingen en daarmee ontbreekt een aangetoonde of aannemelijke neurologische achtergrond voor de door [naam Consument] aangegeven belemmeringen. De bevindingen bij het röntgenonderzoek [overgangswervel – toevoeging GC] suggereert wel een mogelijke somatische achtergrond voor mogelijke periodieke, belastingafhankelijke rugklachten.”  
“Naar mijn oordeel ontbreekt een aannemelijk of aangetoonde somatische achtergrond voor de door [naam Consument] aangegeven klachten en beperkingen. (...) De huidige behandeling met fysiotherapie en zonodig pijnstilling is gebaseerd op een verondersteld somatisch substraat dat naar mijn oordeel niet duidelijk is aangetoond resp. ontbreekt. In deze context lijkt mij een revalidatiegeneeskundige beoordeling en eventuele multidisciplinaire revalidatiedagbehandeling het overwegen waard.”  
Bij brief van 25 maart 2014 schreef de neuroloog dat hij nog aanvullende informatie van de behandelend neuroloog ontving maar dat deze naar zijn oordeel geen verdere ondersteuning geeft voor de veronderstelling dat medio 2013 sprake is geweest van radiculaire klachten. Hij zag dan ook geen aanleiding zijn diagnose en beoordeling van de klachten en beperkingen aan te passen.

- 2.7 Bij brief van 3 februari 2014 heeft Verzekeraar Consument naar aanleiding van het neurologisch expertiserapport bericht dat de uitkering zou worden stopgezet per 10 februari 2014 omdat geen arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering was vastgesteld.
- 2.8 Consument en zijn advocaat hebben tegen de stopzetting van de uitkering bezwaar aangetekend, en dit bezwaar onderbouwd met informatie van de bedrijfsarts van Consument. Dit heeft niet geleid tot een wijziging van het standpunt van Verzekeraar. De advocaat heeft vervolgens contra-expertise laten verrichten door een verzekeringsgeneeskundige. De verzekeringsgeneeskundige schreef in zijn expertiserapport van 18 augustus 2014 onder meer:  
“(…) Uit de informatie van de behandelend sector komt duidelijk naar voren dat er sprake is van een vrij forse paramediane HNP links op niveau L4-L5 met beïnvloeding van L5 links. Zie MRI-verslag [nummer]. Hierin staat ook vermeld dat het beeld niet anders is t.o.v. juli 2013. Uit de brief van de neurochirurg [naam neurochirurg] d.d. 20-06-2014 blijkt dat gesteld wordt dat patiënt bekend is met een HNP L4-L5 links. Patiënt houdt aanhoudende klachten maar niet meer volgens een kenmerkend beeld voor een hernia. Het gaat meer om aanhoudende rugklachten en klachten aan de achterzijde van beide benen, belasting afhankelijk. Patiënt werd een aanbod voor een operatieve behandeling gedaan. Bij eigen onderzoek valt op dat de Laseque links bij circa 70 graden positief is; dat er sprake is van alzijdige bewegingsbelemmering (pijn); dat er geen sprake is van motorische uitval; noch van specifiek sensibele stoornissen. Bij aanspannen rugspieren treedt pijn onder in de rug op; rugspieren zijn hypertoon en drukpijnlijk. Anamnestic geeft cliënt aan dat hij zowel links als rechts pijn heeft, trekkend naar de billen tot in de liezen, en naar de achterkant bovenbenen, naar de kuiten tot in de voeten. Bij hoesten, niezen of persen kan een stroomstoot optreden. Op grond van voorgaande is voldoende aannemelijk geworden dat er sprake is van een hernia nuclei pulposi op niveau L4-L5 links. Gelet op de MRI-scans van zowel juni 2014 als juli 2013 kan gesteld worden dat deze hernia ook aanwezig was op datum geschil. Deze gezondheidsproblematiek geeft aanleiding tot het aannemen van een verminderde belastbaarheid. (...) De belastbaarheid is wel verminderd, er zijn duidelijke beperkingen.”
- 2.9 De advocaat van Consument heeft zich op het standpunt gesteld dat uit het expertiserapport blijkt dat wel degelijk sprake is van zodanige medisch objectiveerbare beperkingen dat Verzekeraar de uitkering met terugwerkende kracht tot 10 februari 2014 dient te hervatten.
- 2.10 Op 29 augustus 2014 is Consument aan een HNP L4-L5 geopereerd. Deze operatie heeft niet het gewenste effect opgeleverd.

Toen Verzekeraar hiervan kennis nam heeft hij besloten de uitkering vanaf 10 februari 2014 coulantehalve te hervatten en uit te keren tot 21 november 2014. Dit is inclusief een herstelperiode van 12 weken na de operatie.

- 2.11 De eerder door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige heeft op 17 februari 2015 aanvullend gerapporteerd. Hij schreef onder meer dat uit de informatie van de neurochirurg zonneklaar blijkt dat sprake is geweest van een HNP L4-5 links, waaraan Consument op 29 augustus 2015 is geopereerd en dat dit dus de stellingname van de door Verzekeraar ingeschakelde neurologische expert, die van mening is dat geen sprake is van een HNP, ontkracht. Ook schreef hij dat Consument klachten blijft houden en ook andere klachten erbij heeft gekregen. “Het niet kunnen verklaren van de klachten op neurochirurgisch gebied wil niet zeggen dat er geen pathologie bestaat.” Nu de neurologisch expert geen HNP aan de orde achtte, maar wel een mogelijke somatische achtergrond opperde, achtte de verzekeringsgeneeskundige een her-expertise geïndiceerd.
- 2.12 In overleg tussen partijen is in juni 2015 een tweede neurologische expertise verricht. De neuroloog heeft inzage gehad in de diverse medische stukken en rapportages, waaronder de rapportage van de eerste expertiserend neuroloog en de rapportage van de door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige. Ook zijn door hem de twee MRI's uit 2013 en 2014 beoordeeld. Als diagnose geeft hij: “chronisch aspecifieke tendomyogene rugpijn, zonder tekenen van neurologische uitval of radiculaire prikkeling.” Daarnaast, zo schrijft hij, is sprake van status na operatieve verwijdering van een HNP L4-L5 (of L5-L6, afhankelijk van het tellen van de lendenwervels). Daarbij geeft hij aan dat er grote terughoudendheid bestaat om bij tendomyogene rugpijn beperkingen aan te nemen. “Er bestaat juist neiging om te komen tot een meer activerend beleid.” Wél, zo vervolgt hij, geeft een status na HNP verwijdering tijdelijk een beperking van het gebruik van de lendenwervelkolom. Middels een MRI is aangetoond dat de verwijdering op zichzelf succesvol was. De aanhoudende klachten hangen in de visie van de neuroloog niet samen met de HNP. Therapeutisch geeft hij een multidisciplinaire revalidatie begeleiding in overweging. Verder wijst hij nog op een lichte tremor van de armen. Bij toename hiervan zou verder onderzoek moeten worden overwogen.
- 2.13 De door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige ziet zijn visie dat aanleiding bestond om een HNP aan te nemen en dientengevolge verminderde belastbaarheid, in het rapport van de neuroloog bevestigd. “Cliënt heeft nog restklachten, welke als tendomyogeen worden beoordeeld. Daarnaast is er nog sprake van een verminderde belastbaarheid als gevolg van een status na HNP ingreep.

Het is gewenst deze beperkingen in kaart te laten brengen conform FML-systematiek.”  
Een multidisciplinaire revalidatie behandeling kan hij ondersteunen.

- 2.14 De expertiserend neuroloog geeft hierop aan dat er een groot verschil is tussen de klinische diagnose HNP en de radiologische diagnose HNP. “Pas op het moment dat er een duidelijke samenhang tussen deze twee is, is sprake van een klinisch relevante HNP als diagnose.”
- 2.15 De door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige bevestigt naar aanleiding hiervan dat de diagnose klinische HNP niet is gesteld. “De vraag is nu als de klachten niet als een klinische HNP geduid kunnen worden, of er een andere verklaring aan de orde is voor de klachten die verzekerde heeft. Het is evident dat de klachten als reëel beschouwd worden. De neurochirurg vond de klachten dermate reëel dat hij cliënt heeft geopereerd. Ook de anesthesioloog achtte een behandeling noodzakelijk.” De verzekeringsgeneeskundige acht objectieveerbare gezondheidsproblematiek aan de orde. Deze zou de klachten kunnen verklaren. Hij meent dat een orthopedisch probleem (een overgangswervel) de klachten zou kunnen verklaren.
- 2.16 Bij brief van 26 januari 2016 heeft de advocaat van Consument een klacht bij Kifid ingediend. Hangende de procedure bij Kifid zijn partijen een orthopedische expertise overeengekomen. In afwachting van de uitkomst van deze expertise is de klachtprocedure aangehouden.
- 2.17 De orthopedisch expert bracht op 26 juli 2016 rapport uit. Hierin stelt hij de diagnose “chronisch, specifieke lage rugklachten zonder tekenen van wortelcompressie.” Hij schreef voorts: “Ik acht betrokkene op basis van objectieve afwijkingen, op mijn vakgebied, in het bijzonder de overgangswervel die betrokkene heeft, niet beperkt in zijn functioneren. Wij dienen ons te realiseren dat deze bevindingen vaak volstrekt specifiek zijn zonder dat hieraan klachten gerelateerd zijn. Derhalve kan ik geen objectieve beperkingen vaststellen; ik heb de beperkingentabel dan ook niet ingevuld.” En ook: “ik kan de huidige klachten van betrokkene niet goed verklaren. Ik kan geen enkele orthopedische verklaring vinden voor zijn uitgebreide klachtenpatroon en de wijze waarop zijn klachten zich verspreiden vanuit het bekken naar de rug.” Op basis van ontbrekende objectieve afwijkingen acht hij de prognose gunstig.
- 2.18 De bevindingen van de orthopedisch expert gaven Verzekeraar geen aanleiding het standpunt te wijzigen. Bij brief van 7 september 2016 heeft Verzekeraar dit aan de advocaat van Consument meegedeeld.

- 2.19 Bij brief van 2 december 2016 heeft de advocaat van Consument de bij Kifid ingediende klacht aangevuld. Zij stelde dat in het verleden weliswaar MRI-scans zijn gemaakt maar dat dit transversale opnames waren, terwijl coronale opnames nodig zijn. Uit dergelijke opnames kan mogelijk blijken dat wel degelijk sprake is van een overgangswervel en het syndroom van Bertolotti. Aangekondigd werd dat Consument via zijn huisarts de gewenste MRI-scans zou laten vervaardigen. Daarnaast wenste Consument nog opgemerkt te zien dat hij bij het afsluiten van de verzekering volstrekt onvoldoende is geïnformeerd over de betekenis van de polisvoorwaarden ter zake van het vereiste van medische objectiveerbaarheid. In afwachting van aangekondigde MRI-opnames is de klachtprocedure wederom aangehouden.
- 2.20 Het radiologieonderzoek heeft op 14 januari 2017 plaatsgevonden. De conclusie van de radioloog was: “status na laminectomie met flavectomie L4-L5 links. Er is hier sprake van een linkszijdige discusextrusie met verplaatsing en compressie van de wortel L5 aan deze zijde.”
- 2.21 De eerder ingeschakelde orthopedisch expert geeft in zijn reactie hierop aan dat een wortelcompressie gepaard gaat met uitstraling aan de voorzijde van de bovenbenen, de knie en het laterale kuitgebied en dat Consument zich presenteert met hele andere pijnklachten. “De pijnklachten in de liezen en aan de voorzijde van de heupen en liesregio, in beide heupen en bovenbenen, en vervolgens doortrekkend naar de onderrug en vervolgens vanuit daar naar de hele rug en het achterhoofd, nek en schouders, is naar mijn mening absoluut niet te verklaren op basis van deze MRI-bevindingen. Radiologisch mag er dan een herniatioe zijn, de klinische klachten en verschijnselen worden daardoor niet verklaard.”
- 2.22 De eerder door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige reageert op zijn beurt met de conclusie dat de huidige klachten en de gegevens van de neuro-radioloog sterk wijzen op een HNP. Hij meent dat de klachten kunnen worden verklaard door een combinatie van aandoeningen (de HNP en de overgangswervel) en dat nu het klachtenpatroon gewijzigd is, sprake is van een radiologische en een klinische hernia. Hij adviseert een nieuwe expertise bij een andere neuroloog.
- 2.23 De medisch adviseur van Verzekeraar is tot de volgende beoordeling gekomen: “Het antwoord van de expert is adequaat onderbouwd en volstrekt helder. De klachten van verzekerde en de vastgestelde klinische bevindingen zijn niet te verklaren op basis van de in januari 2017 vastgestelde druk op een zenuwwortel links in de onderrug. Er is onverminderd geen aanleiding voor het aannemen van beperkingen.” Verzekeraar heeft op grond van dit advies zijn afwijzend standpunt gehandhaafd.

### 3. Vordering, klacht en verweer

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert dat Verzekeraar de uitkering hervat per 21 november 2014 en dat Kifid een nieuwe expertise laat verrichten bij een andere neuroloog.

#### *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.

- De door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige heeft op 24 oktober 2017 aanvullend advies uitgebracht, dit naar aanleiding van de reactie van de orthopedisch expert op de bevindingen van de radioloog. De verzekeringsgeneeskundige schrijft onder meer: “Mij valt op dat alle experts zich (begrijpelijkerwijs) uitspreken op hun eigen vakgebied, maar dat niemand uitgaat van de gedachte of dit klachtenpatroon het gevolg kan zijn van een combinatie van afwijkingen.” Zijn conclusie is dat de huidige klachten als ook de gegevens van de neuro-radioloog sterk wijzen op een HNP en dat het klachtenbeeld kan passen bij een combinatie van aandoeningen. Hij adviseerde tot een nieuwe expertise bij een andere neuroloog.
- Consument handhaaft zijn standpunt dat hij vanwege een objectiveerbare lichamelijke aandoening beperkt is en zijn werkzaamheden niet kan uitvoeren. Uit dien hoofde komt hem uitkering toe onder de verzekering.
- Consument is bij het afsluiten van de verzekering onvoldoende geïnformeerd over de betekenis van het begrip ‘medische objectiveerbaarheid’.

#### *Verweer Verzekeraar*

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

- De medisch adviseur van Verzekeraar is tot de volgende beoordeling gekomen: “Ik heb kennis genomen van het advies van collega [naam verzekeringsgeneeskundige] maar ik heb daarin geen argumenten gevonden op basis waarvan ik twijfel aan de conclusies bij de eerder uitgevoerde expertises en meer specifiek het meest recente orthopedisch expertiseonderzoek verricht door expert [naam orthopeed]. Ik zie geen meerwaarde in het uit laten voeren van een her-expertise, aangezien de medische situatie naar mijn mening voldoende duidelijk is.” Verzekeraar heeft dit standpunt onderschreven.
- Verzekeraar heeft tot driemaal toe een onafhankelijke deskundige ingeschakeld om de klachten van Consument te onderzoeken en te beoordelen: een neurologische expertise in 2013, een neurologische her-expertise in 2015, en een orthopedische expertise in 2016. De neurologische her-expertise in 2015 is uitgevoerd op gezamenlijk verzoek van partijen. De door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige is akkoord gegaan met de persoon van expert.



Bijzondere omstandigheden die met zich meebrengen dat Consument niet gebonden zou zijn aan de uitkomst van deze expertise, doen zich niet voor. Zwaarwegende bezwaren tegen de wijze van totstandkoming en/of de inhoud van de her-expertise zijn niet aan de orde.

- Consument heeft geen rapport overgelegd van een andere neuroloog waarin de conclusies van de neurologisch expert op overtuigende wijze worden weersproken. Ditzelfde geldt voor de expertise van de orthopeed.
- De arbeidsongeschiktheidsverzekering is tot stand gekomen door bemiddeling van een zelfstandig assurantie tussenpersoon. Een verzekeraar mag ervan uitgaan dat de assurantietussenpersoon met de aanvrager van een verzekering de hoofdzaken van de aangeboden dekking bespreekt. Verzekeraar mocht er van uitgaan dat de assurantie-tussenpersoon met Consument besproken heeft dat voor gedekte arbeidsongeschiktheid is vereist dat de beperkingen/klachten medisch objectiveerbaar zijn. Mocht de assurantie-tussenpersoon dit nagelaten hebben, dan dient Consument zijn klachten aan de tussenpersoon te richten.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar aan Consument dekking dient te (blijven) verlenen onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Die vraag dient te worden beantwoord aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de wet.
- 4.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen dat de verzekering dekking biedt bij arbeidsongeschiktheid. Er is sprake van arbeidsongeschiktheid als Consument door ziekte een stoornis heeft die ertoe leidt dat hij zijn beroepswerkzaamheden (deels) niet kan uitvoeren. Die stoornis moet duidelijk genoeg zijn, zodat een (gespecialiseerd) arts het ziektebeeld kan herkennen en benoemen. Het ziektebeeld moet erkend zijn in de gewone geneeskunde.
- 4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument naast de aanvankelijke hernia-klachten in de loop der tijd diverse andere klachten heeft ontwikkeld, die noch door de behandelend neurochirurg noch door de drie expertise artsen (twee neurologen en een orthopeed) kunnen worden verklaard vanuit het medisch diagnostisch objectieve model. Dat wil zeggen dat zij deze klachten van Consument niet in verband kunnen brengen met een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Dat bij Consument middels MRI-scans een hernia is aangetoond staat vast. Dat de klachten van Consument aan deze hernia gekoppeld kunnen worden staat evenwel niet vast. Immers vrij vaak wordt op een MRI een hernia gezien zonder dat de onderzochte persoon daar enige klachten van heeft.

Of anders gezegd: veel mensen lopen rond met een hernia op de MRI, echter slechts een beperkt aantal heeft hierbij symptomen van druk op de zenuwbanen. Pas als deze specifieke symptomen aanwezig zijn wordt gesproken van een 'klinisch manifeste hernia'. Beide neurologen geven goed onderbouwd aan dat de gevonden MRI afwijkingen niet passen bij de klachten van betrokkene of te wel dat de klachten van betrokkene niet door deze afwijking kunnen worden veroorzaakt. Om die reden mag niet gesproken worden van een 'klinisch manifeste hernia' Evenmin kennen beide neurologen andere (neurologische) ziektebeelden die de klachten van betrokkene medisch kunnen verklaren. Beide neurologen kunnen dus de klachten van Consument niet medisch objectiveren.

- 4.4 Tevens staat vast dat bij Consument sprake is van een overgangswervel. Een overgangswervel kan klachten geven, met name als er aanwijzingen zijn voor slijtage, maar de expertiserend orthopeed geeft goed onderbouwd aan waarom deze overgangswervel bij Consument niet correspondeert met de klachten van Consument. De orthopeed kan de klachten dus niet medisch objectiveren. Consument heeft op eigen initiatief via zijn huisarts een MRI-scan van de overgangswervel laten maken. De neuroradioloog meldt evenwel niets anders dan dat sprake is van een overgangswervel. Hij maakt daarbij geen melding van artrose. Wél van een hernia, maar hij kan het beeld niet vergelijken met eerdere opnames. Of de klachten van Consument worden veroorzaakt door de combinatie overgangswervel/HNP is naar het oordeel van de Commissie niet vast komen te staan. De door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige onderbouwt dit met als enige argument dat de anamnese nu wel bij een dergelijk beeld past en dat de klachten van Consument gewijzigd zijn. Dit laatste valt echter niet op te maken uit het dossier. Mocht dit het geval zijn dan, zo overweegt de Commissie, mag aangenomen worden dat hetzij een fysiotherapeut, hetzij de huisarts of anderen hiervan op de hoogte zijn en dat Consument hiervoor consultatie heeft gezocht. Hiervan is de Commissie niets gebleken.
- 4.5 Consument heeft ongetwijfeld klachten en zal daardoor belemmeringen ervaren. Gelet op het overwogene onder 4.3 en 4.4 is de conclusie van de Commissie evenwel dat op grond van de diverse expertisearchieven geen medisch objectieve verklaring voor de klachten van Consument te duiden is en dat de verzekering om die reden geen dekking biedt.
- 4.6 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of een nieuwe expertise dient te worden verricht door een andere neuroloog. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. De her-expertise van september 2015 is uitgevoerd door een neuroloog die op gezamenlijk verzoek van Consument en Verzekeraar is ingeschakeld. Namens Consument is de door de advocaat van Consument ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige akkoord gegaan met de persoon van de neuroloog.

Het is vaste rechtspraak dat partijen in beginsel gebonden zijn aan de inhoud van een medisch rapport dat op hun gezamenlijk verzoek is opgesteld, tenzij er zwaarwegende bezwaren bestaan tegen de wijze van de totstandkoming of de inhoud van het rapport. Die zwaarwegende argumenten zijn door Consument niet aangevoerd. De enkele opmerking van de verzekeringsgeneeskundige in zijn aanvullend verzekeringsgeneeskundig rapport dat de huidige klachten van Consument alsmede de gegevens van de neuroradioloog sterk wijzen op een HNP en dat het klachtenbeeld kan passen bij een combinatie van aandoeningen, aan welke opmerking hij het advies verbindt om een nieuw expertise te laten verrichten bij een andere neuroloog, is naar het oordeel van de Commissie onvoldoende om het rapport van de expert terzijde te schuiven.

- 4.7 De Commissie merkt verder nog op dat Consument zich bij het sluiten van de verzekering heeft laten bijstaan door een zelfstandige, professionele assurantietussenpersoon, tot wiens zorgplicht het behoort om de verzekeringnemer bij het sluiten van de verzekering te informeren omtrent de hoofdzaak van de aangeboden dekking. Verzekeraar mag er van uitgaan dat de assurantietussenpersoon dit ook doet. Als de voorwaarden voor Consument desondanks niet duidelijk waren had hij dit met de assurantietussenpersoon moeten bespreken. Op het punt van voorlichting is dan verder geen rol weggelegd voor de Verzekeraar.
- 4.8 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 conclusies in het rapport van de neuroloog die de her-expertise heeft verricht en het rapport van de orthopeed. Onder die omstandigheden moet ervan worden uitgegaan dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft kunnen aannemen dat nu de klachten van Consument niet medisch objectiveerbaar zijn, geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering, zodat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar aan Consument dekking dient te (blijven) verlenen onder de verzekeringsovereenkomst. 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/in-beroep-gaan-bij-kifid](http://www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid).*

*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 46 van het Reglement.*