

**Tussenuitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-170  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts, mr. A.M.T. Wigger, lid  
en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 18 november 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Aegon Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 4 april 2018  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft aanspraak gemaakt op uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. De expertiserend psychiater heeft aangegeven bij onderzoek geen 'ernstige' beperkingen te kunnen duiden. Aangezien de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet over 'ernstige' beperkingen spreken is de medisch adviseur van Verzekeraar bij tussenuitspraak in de gelegenheid gesteld om alsnog met een gerichte vraagstelling aan de expertiserend psychiater een toelichting te vragen.

## **I. Procesverloop**

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

- het namens Consument ingediende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het namens Verzekeraar ingezonden verweerschrift;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de namens Verzekeraar ingezonden dupliek;
- het namens Consument ingezonden e-mailbericht van 9 januari 2018;
- de namens Consument ter zitting overgelegde pleitaantekeningen.

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

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

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1954, heeft met ingang van 1 november 2008 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Verzekerd beroep: 'directeur freesbedrijf comm/adm'. Werkzaamheden: administratief, leidinggeven, commercieel, toezicht houden, adviseren, reizen, surveilleren, verkopen, onderwijzen, handenarbeid, chaufferen, rij-instrueren, sport-instrueren. Verzekerde dekking: Variant 4 Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen. Verzekerd bedrag: € 48.000,00 voor zowel het eerstejaarsrisico als het na-eerstejaarsrisico. Ondergrens arbeidsongeschiktheid: 25%. Eindleeftijd: 65 jaar. Eigen risicotermijn: eerstejaarsrisico 14 dagen, na-eerstejaarsrisico geen. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: 1422.
- 2.2 Op 30 mei 2012 heeft Consument zich per 21 mei 2012 voor 100% arbeidsongeschikt gemeld wegens psychische klachten. Verzekeraar is op grond van de ontvangen informatie gaan uitkeren op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid. De medisch adviseur van Verzekeraar is nadere medische informatie gaan inwinnen en heeft geoordeeld dat uit die informatie geen lichamelijke of psychische ziekte naar voren is gekomen. "Wel een beeld met spanningsklachten die echter geen objectieve onderbouwing vormt voor langdurige arbeidsongeschiktheid. Begeleiding via de praktijkondersteuner is niet intensief te noemen en de oorzaak is met name gelegen in uitzichtloosheid in de werksituatie." De medisch adviseur van Verzekeraar heeft Consument vervolgens telefonische begeleiding (vijf telefoongesprekken) geboden. Daarbij is afgesproken dat het percentage arbeidsongeschiktheid per 19 november 2012 verlaagd zou worden naar 50. De verwachting was dat Consument per 1 januari 2013 weer minder dan 25% arbeidsongeschikt zou zijn. In een telefoongesprek van 27 december 2012 gaf Consument evenwel aan dat een verstopt bloedvat in zijn linkerbeen was vastgesteld. Vanaf 27 december 2012 werd daarom weer een arbeidsongeschiktheidspercentage van 100 aangehouden. Consument is op 14 januari 2013 geopereerd aan zijn linkerbeen en is tot en met de maand februari 2013 volledig arbeidsongeschikt geoordeeld voor de klachten aan zijn been. Voor de maanden maart en april 2013 is het arbeidsongeschiktheidspercentage op 75 gesteld.
- 2.3 Consument had intussen (begin 2013) de aandelen in zijn bedrijf verkocht. Bij brief van 13 maart 2013 heeft Verzekeraar hem geschreven dat de verzekering per 1 november 2012 (in latere stukken wordt ook wel de datum 12 februari 2013 genoemd) werd stopgezet wegens bedrijfsbeëindiging: "Nu u geen bedrijf meer heeft bestaat er ook geen verzekeraar belang en moet de verzekering worden gestopt."

En: “Als in het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheidsclaim de verzekering wordt gestopt als gevolg van bedrijfsbeëindiging, dan stopt ook de uitkering. De uitkering kan alleen doorlopen als wordt aangetoond dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid en als de bedrijfsbeëindiging het rechtstreekse gevolg is van de arbeidsongeschiktheid. Om dit te onderzoeken verrichten wij specialistisch onderzoek. Vervolgens neemt een arbeidsdeskundige contact met u op.”

- 2.4 Op 2 april 2013 heeft psychiatrische expertise plaatsgevonden waarvan op 18 april 2013 rapport is uitgebracht. De psychiater schrijft in zijn rapport onder het kopje ‘Somatische voorgeschiedenis’ onder meer: “2004 – heden vaatlijden benen waarvoor 3 x chirurgie. Betrokkene is hiervan hersteld en heeft geen klachten meer.” En onder het kopje ‘Beschouwing’ schreef hij onder meer: “Betrokkene meldde zich in 2012 arbeidsongeschikt in verband met overspannenheid. Een en ander werd geluxeed door bedrijfsmoeilijkheden. De huidige klachten bestaan hoofdzakelijk uit slecht slapen, piekeren en concentratieproblemen. Ook is betrokkene nog twijfelzuchtiger dan hij vroeger was. Betrokkene acht zich ten gevolge hiervan vooral beperkt ten aanzien van de concentratie en zijn functioneren zoals hij dat vroeger deed als directeur van een bedrijf in het nemen van beslissingen. Bij psychiatrisch onderzoek als zodanig worden geen relevante afwijkingen gevonden. Als onderhoudende factoren van de klachten lijken van belang de geringe perspectieven die betrokkene nu ziet op de arbeidsmarkt vanwege het samenspel tussen de huidige economische crisis en zijn leeftijd. Met betrekking tot de objectveerbaarheid van de klachten kom ik tot de volgende afweging. Het verhaal van betrokkene bevat geen duidelijke inconsistenties, ook niet ten opzichte van de meegezonden informatie. Functionele beperkingen zijn in het huidige onderzoek onvoldoende objectveerbaar in het psychiatrisch onderzoek in engere zin. Los daarvan acht ik de klachten van betrokkene van voldoende ernst om te spreken van een psychiatrische stoornis. In diagnostische termen is primair sprake van een aanpassing niet anders omschreven. Een en ander strookt met de genoemde termen in het huidige behandelcontact in de huisartspraktijk. Voor de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis bestaan onvoldoende aanwijzingen. Betrokkene heeft immers vele jaren bevredigend gefunctioneerd op diverse levensgebieden.” Ten aanzien van de beperkingen schreef de psychiater: “In het huidige onderzoek kon ik geen ernstige beperkingen objectiveren. Uit de aanpassingsstoornis komen gewoonlijk geen ernstige belemmeringen voort.” Een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) is door de psychiater niet opgesteld. Ten aanzien van het medicijngebruik (op voorschrift van de huisarts gebruikte Consument ten tijde van het onderzoek medicijnen, waaronder Paroxetine) schreef de psychiater: “De paroxetine is m.i. niet duidelijk geïndiceerd maar nu het eenmaal is ingesteld adviseer ik niet af te bouwen zolang er nog klachten zijn. I.h.a. geeft dit middel namelijk vooral bijwerkingen bij op en afbouwen en kan het tussendoor veilig gebruikt worden.”

- 2.5 Bij brief van 18 juni 2013 heeft Verzekeraar Consument bericht dat zijn uitkering per 20 juni 2013 zou worden beëindigd omdat de expertiserend psychiater geen afwijkingen op psychiatrisch gebied heeft gevonden die leiden tot beperkingen. “De medisch adviseur geeft aan dat uw klachten hierdoor niet meer gebaseerd zijn op medisch vast te stellen beperkingen. Dit betekent dat er geen medische onderbouwing is voor arbeidsongeschiktheid. Hierbij merken wij op dat wij het bestaan van uw klachten niet ontkennen.”
- 2.6 Bij brief van 14 augustus 2013 heeft Consument bezwaar aangetekend tegen het standpunt van Verzekeraar, welk bezwaar door de huisarts van Consument op 3 februari 2014 nader is toegelicht. De huisarts schreef onder meer: “Ten tijde van de beoordeling door dr. [naam expertiserend psychiater] gebruikte de heer [naam Consument] antidepressiva. Dr. [naam expertiserend psychiater] vond het, gebaseerd op zijn oordeel, niet nodig dat de heer [naam Consument] deze gebruikte. Maar tegelijkertijd adviseerde hij om deze medicatie niet af te bouwen zolang er nog klachten waren. De conclusies in het rapport van dr. [naam expertiserend psychiater] zijn dus gebaseerd op zijn onderzoek van de heer [naam Consument] die op dat moment paroxetine gebruikte. Ik kan me daarom niet verenigen met de conclusie van dr. [naam expertiserend psychiater] dat op psychiatrisch gebied geen afwijkingen vast te stellen waren.”
- 2.7 Bij brief van 17 maart 2014 heeft Verzekeraar Consument bericht dat de brief van de huisarts het eerder ingenomen standpunt niet heeft doen wijzigen, aangezien de klachten van Consument niet tot beperkingen leiden.
- 2.8 Door Consument is vervolgens een advocaat ingeschakeld. Deze heeft namens Consument bij e-mailbericht van 12 mei 2016 aanspraak gemaakt op uitkering onder de verzekering. Consument was in juli 2013 voor 40 uur per week werkzaamheden gaan verrichten als montagemedewerker/betonboorder in loondienst, maar heeft zich voor dit werk per 22 oktober 2013 bij het UWV arbeidsongeschikt gemeld vanwege linker beenklachten. In oktober 2013 en juli 2014 is hij geopereerd vanwege problemen met de bloedvaten in de benen. In het e-mailbericht van 12 mei 2016 is aangevoerd dat de verzekeringsarts van het UWV op 6 augustus 2015 rapporteerde dat sprake was van verminderde benutbare mogelijkheden als rechtstreeks gevolg van ziekte of gebrek. De door de verzekeringsarts opgestelde FML geeft een uur-beperking voor 4 uur per dag, 20 uur per week. Beperkingen zijn geduid op psychisch en lichamelijk gebied. Namens Consument is gesteld dat Verzekeraar zijn beslissing om de uitkering te staken onvoldoende zorgvuldig heeft onderzocht. De expertiserend psychiater heeft een psychiatrisch ziektebeeld vastgesteld en therapeutische suggesties gegeven. Het is dan de taak van de verzekeringsarts om na eigen onderzoek, alle beschikbare medische informatie in samenhang beoordeeld hebbende, en na cliënt zelf te hebben gezien en gehoord, de belastbaarheid vast te stellen.

De medisch adviseur van Verzekeraar heeft zonder Consument zelf gesproken te hebben, uitsluitend op basis van het advies van de expertiserend psychiater, eenzijdig de conclusie getrokken dat het zou gaan om een licht psychiatrisch ziektebeeld dat niet zou leiden tot duidelijke beperkingen. Een beperkingenlijst is niet opgesteld. Het vaststellen van (uren) beperkingen behoort tot het domein van de verzekeringsarts, niet tot dat van de psychiater. Namens Consument is de stelling betrokken dat Verzekeraar gehouden is om alsnog onafhankelijk en volledig onderzoek door een in gezamenlijkheid te benoemen verzekeringsarts te laten plaatsvinden. Daarbij is verzocht om overleg over persoon en vraagstelling.

2.9 Verzekeraar heeft in zijn reactie hierop van 19 augustus 2016 aan de advocaat van Consument laten weten dat hij zijn standpunt niet zou wijzigen, onder meer omdat de ziekmelding bij het UWV dateert van na het roeyement van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dan kan geen toename meer worden geclaimd. Het indienen van een nieuwe claim is dan evenmin mogelijk.

2.10 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (nr. 1422) bepalen voor zover relevant:

Artikel 1.8 van de Algemene Voorwaarden:

*“Psychische aandoeningen:*

*aandoeningen die voldoen aan de volgende twee criteria: voor de aandoening kan geen lichamelijke oorzaak worden vastgesteld én de aandoening is vastgesteld volgens de meest recente versie van het classificatiesysteem van psychische aandoeningen van het DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Alle overige aandoeningen van psychische aard zijn geen psychische aandoening volgens deze definitie.”*

Artikel 1.9 van de Algemene Voorwaarden:

*“DSM:*

*Het Diagnostic Manual of Mental Disorders is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.”*

Artikel 2.1.4 van de Algemene Voorwaarden:

*“Einde van de arbeidsongeschiktheidsuitkering*

*De uitkering eindigt*

*a. per de dag waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is;*

*per de dag waarop deze verzekering wordt beëindigd;*

*b. (...).”*

Artikel 2.1.5.1 van de Algemene Voorwaarden:

*“In afwijking van 2.1.4.b geschiedt een tussentijdse beëindiging van deze verzekering onverminderd het recht op een al ingegane uitkering voor het na-eerstejaarsrisico. Het uitkeringspercentage zal echter niet meer worden verhoogd. Zodra de mate van arbeidsongeschiktheid minder dan 25% (of een ander percentage indien gekozen) is geworden, eindigt de uitkering. De overige bepalingen uit 2.1.4 blijven onverkort van toepassing.”*

Artikel 2.1.5.2 van de Algemene Voorwaarden:

*“Als deze verzekering door Aegon tussentijds wordt beëindigd vanwege bedrijfsbeëindiging, maar naar genoegen van Aegon kan worden aangetoond dat de bedrijfsbeëindiging het gevolg is van het arbeidsongeschikt raken van de verzekerde, geschiedt dit in afwijking van 2.1.4.b onverminderd het recht op een al ingegane uitkering voor het eerstejaarsrisico en het recht op de (daaropvolgende) uitkering voor het na-eerstejaarsrisico. Het uitkeringspercentage zal echter niet meer worden verhoogd. Zodra de mate van arbeidsongeschiktheid minder dan 25% (of een ander percentage indien gekozen) is geworden, eindigt de uitkering.”*

Artikel 4.7.1 van de Algemene Voorwaarden:

*“De mate van arbeidsongeschiktheid alsmede de omvang en de duur van de uitkering zullen door Aegon worden vastgesteld aan de hand van gegevens van door Aegon aangewezen medische en andere deskundigen. De uitkomst zal zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle noodzakelijke gegevens worden meegedeeld. Als hiertegen niet binnen 30 dagen bezwaar is gemaakt, mag en zal Aegon ervan uitgaan dat met het standpunt akkoord wordt gegaan.”*

Artikel 6 van de Algemene Voorwaarden:

*“Boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden ook de kosten van re-integratie vergoed, voor zover deze niet tot de normale kosten voor geneeskundige behandeling gerekend kunnen worden en deze niet onder een andere vergoedingsregeling vallen. Het recht op deze kosten vergoeding vervalt als Aegon niet vooraf goedkeuring heeft verleend voor het maken van deze kosten.”*

Artikel 9.2.3.5. van de Algemene Voorwaarden:

*“Verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht Aegon mede te delen zodra de verzekerde geen of een verminderd verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is, zoals bedrijfsbeëindiging, of een vermindering van inkomen.”*

Artikel 9.2.4 van de Algemene Voorwaarden:

*“In geval van een wijziging of verandering als genoemd in 9.2.2 en in de gevallen als genoemd in 9.2.3 heeft Aegon het recht andere voorwaarden te stellen, bijvoorbeeld een hogere premie of een lager verzekerd bedrag, of de verzekering onmiddellijk te beëindigen.”*

Artikel 1.1.1 van de Bijzondere Voorwaarden Variant 4:

*“Arbeidsongeschiktheid*

*Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als er in relatie tot een ongeval of ziekte, medisch objectiveerbare stoornissen of psychische aandoeningen bestaan, waardoor verzekerde voor tenminste 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. Er geldt als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.”*

Artikel 2.1 van de Bijzondere Voorwaarden Variant 4:

*“Insluitingen*

*Deze verzekering verleent verder dekking voor arbeidsongeschiktheid door: depressie, angst- en paniekstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, overspannenheid, overbelasting, overwerktheid, burn-out, surmenage, mits deze stoornissen of klachten medisch vast te stellen zijn.”*

### **3. Vordering, klacht en verweer**

*Vordering Consument*

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering op basis van 100% arbeidsongeschiktheid (€ 48.000,- per jaar), zulks over de periode vanaf 20 juni 2013 tot het moment dat uit alsnog te verrichten onderzoek zou blijken dat Consument minder dan 25% arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering. Dit onderzoek dient te worden verricht door een in overleg met Consument aan te wijzen onafhankelijke psychiater, verzekeringsarts en vaatchirurg, op basis van een juiste en in onderling overleg bepaalde vraagstelling. Consument vordert tevens vergoeding van de kosten van juridische bijstand die op 9 januari 2018 een bedrag van € 9.150,- beliepen.

*Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekerings-overeenkomst.

- Consument heeft bewust voor een ruime dekking gekozen (variant 4, inclusief psychische aandoeningen) en betaalde daarvoor een hoge premie. De dekking omvat nadrukkelijk ook allerlei niet in de DSM opgenomen psychische stoornissen en klachten, mits deze medisch zijn vast te stellen. Als voorbeelden worden genoemd: overwerktheid, surmenage, burn-out, overbelasting, overspannenheid, etc. De medisch adviseur van Verzekeraar en de expertiserend psychiater hebben hiermee geen rekening gehouden.



Zo heeft de psychiater een DSM diagnose gesteld en heeft hij niet onderzocht of sprake is van een insluiting zoals bedoeld in artikel 2.1 van de Bijzondere Voorwaarden Variant 4. Verder heeft de psychiater in zijn rapportage geschreven dat hij geen ‘ernstige’ beperkingen heeft kunnen objectiveren. In de verzekeringsvoorwaarden staat echter niet dat de beperkingen “ernstig” moeten zijn. Overigens is niet duidelijk wat de psychiater onder “ernstig” verstaat.

- De vraagstelling was voorts of Consument belemmerd wordt in zijn functioneren. Dat was en is het geval. In het psychiatrisch expertiserapport wordt beschreven dat Consument beperkingen aangeeft in de vorm van niet goed slapen, slecht concentreren, twijfelzuchtig zijn en dat de verwachting was dat herstel minimaal nog wel enkele maanden zou duren. Hij stond nog onder behandeling van de huisarts en de praktijkondersteuner, had medicatie in de vorm van antidepressivum en de psychiater adviseerde deze medicatie niet af te bouwen zolang er klachten waren en raadde ook cognitieve gedragstherapie aan.
- Van psychische stoornissen of klachten die medisch zijn vast te stellen is in ieder geval sprake als de klachten reëel en invoelbaar zijn en dus niet ingebeeld, voorgewend of overdreven. Aangezien Verzekeraar in zijn afwijfsbrief het bestaan van de klachten van Consument niet heeft ontkend, staat voldoende vast dat deze klachten reëel zijn. Dat volgt ook uit het rapport van de verzekeringsarts van het UWV die geen reden ziet aan het klachtenpatroon te twijfelen en die diverse beperkingen heeft geduid. Ook de expertiserend psychiater en de medisch adviseur van Verzekeraar rapporteren geen duidelijke inconsistenties in het klachtenpatroon of andere aanwijzingen dat de klachten niet reëel zouden zijn. De psychiater geeft ook therapeutische suggesties voor de kennelijk als reëel beschouwde klachten.
- Aangezien het moet gaan om medisch vast te stellen klachten heeft Verzekeraar in de vraagstelling aan de psychiater ten onrechte de woorden ‘objectief medisch vast te stellen’ gebruikt. Dit is niet het juiste criterium. Ook de medisch adviseur van Verzekeraar hanteert dit foutieve criterium.
- Consument is vanwege zijn medische klachten en beperkingen nog steeds niet in staat het verzekerde beroep van directeur van een freesbedrijf uit te oefenen. Naast de lichamelijke klachten heeft hij nog steeds last van spanningsklachten als hij onder druk komt te staan of als er iets mis gaat. Ook de verzekeringsarts van het UWV komt tot stevige beperkingen zowel op lichamelijk als psychisch vlak. Dat is weliswaar in augustus 2015, nadat Consument in oktober 2014 en juli 2015 opnieuw moest worden geopereerd, maar duidelijk is dat de verzekeringsarts tot belangrijke psychische beperkingen concludeert die ook op 12 februari 2013 aan de orde waren en mede de oorzaak waren van de vanaf mei 2012 ingetreden arbeidsongeschiktheid.



- Verzekeraar heeft geheel eenzijdig de arbeidsongeschiktheid vastgesteld door eenzijdig een psychiater aan te wijzen voor het verrichten van expertise en door eenzijdig een medisch adviseur om advies te vragen. Het is al geruime tijd vaste rechtspraak dat een deskundige in overleg moet worden aangewezen, zeker als de verzekerde bezwaar maakt.
- In het onderhavige dossier heeft steeds dezelfde medisch adviseur van Verzekeraar geadviseerd. Consument moet het dus doen met het advies van een adviseur die hij niet kent, nooit gesproken heeft en ook niet zelf heeft uitgezocht. Verzekeraar had ten minste een andere verzekeringsarts om een herbeoordeling kunnen vragen.
- Dat Consument besloten heeft tot het verkopen van zijn bedrijf is het gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid. Consument was niet meer opgewassen tegen de stress en de spanning die zijn beroep meebrengen. Hij kon vanwege zijn klachten geen leiding meer geven, waardoor het bedrijf in grote problemen raakte, in een toch al moeilijke economische tijd.
- Bij het beëindigen van de uitkering in juni 2013 heeft Verzekeraar niet onderzocht of Consument nog lichamelijke klachten had. Consument heeft tegen de expertiserend psychiater weliswaar gezegd dat hij hersteld was van de vaatoperatie maar daarmee heeft hij niet bedoeld te zeggen dat hij in het geheel geen klachten meer had en al helemaal niet dat er geen belemmeringen voor hervatting van arbeid waren. Op 30 januari 2013 schreef de behandelend chirurg nog dat het verdere beloop moest worden afgewacht en dat intensieve looptraining nodig was. De huisarts schreef op 12 februari 2013 nog dat Consument herstellende was van de ingreep. Dit had aanleiding moeten vormen voor een gericht medisch onderzoek naar de lichamelijke klachten. Verder is geen rekening gehouden met een geleidelijke afbouw van de uitkering of met een geleidelijke hervatting van de werkzaamheden of met begeleiding naar ander werk. Een arbeidsdeskundige is niet ingeschakeld. Consument is aan zijn lot overgelaten. Omdat de uitkering per direct werd stopgezet zag Consument zich genoodzaakt weer aan het werk te gaan en was hij, gelet op zijn leeftijd, achtergrond en gezien de arbeidsmarkt, aangewezen op zwaar lichamelijk werk, hetgeen achteraf bepaald geen goede keuze is geweest en al snel tot uitval heeft geleid.
- Verzekeraar was niet gerechtigd de verzekering tussentijds op te zeggen gezien de nog altijd bestaande spanningsklachten en het verhoogde risico op nieuwe vaatklachten. Het gaat niet aan om eenzijdig de dekking te beëindigen bij reeds bestaande problematiek. Dit volgt uit zowel de slotzin van artikel 7:940 lid 3 Burgerlijk Wetboek (BW) als de richtlijn oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten, artikel 6:238 BW en artikel 6:248 leden 1 en 2 BW. Bij een eenzijdige tussentijdse beëindiging moet de verzekeraar de wederzijdse belangen afwegen en dan prevaleert hier het belang van Consument bij behoud van dekking voor reeds bestaande problematiek (vaatproblematiek en psychische problematiek) boven het belang van Verzekeraar bij onmiddellijke beëindiging van de verzekering, welk belang overigens niet is toegelicht.

Het zou volstrekt onredelijk zijn dat Consument geen dekking meer zou hebben voor eventuele toekomstige vaatproblemen of voor een eventuele toekomstige verergering van de psychische klachten. Artikel 2.5.2 van de verzekeringsvoorwaarden dient – zeker in dit specifieke geval – met de nodige souplesse te worden uitgelegd en toegepast.

- De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van de verzekerings-geneeskundige rapportage van de verzekeringsarts van het UWV van 6 augustus 2015 advies uitgebracht. Uit dit advies is door Verzekeraar geciteerd maar het volledige advies is, ondanks een verzoek daartoe, niet overgelegd.

#### *Verweer Verzekeraar*

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

- Consument heeft richting de expertiserend psychiater aangegeven dat hij hersteld was van de vaatoperatie(s) en dat hij daarvan geen klachten meer ondervond. Dit lag ook geheel in lijn met de eerdere verwachtingen over de herstelperiode en de effecten van de operatie. Verzekeraar kan dan ook niet inzien welk onderzoek hij nog had moeten laten verrichten.
- Op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (artikel 6 van de Algemene Voorwaarden) heeft de verzekerde onder bepaalde voorwaarden dekking voor kosten van re-integratie. Verzekeraar is nimmer gevraagd re-integratiekosten te vergoeden. Artikel 6 voorziet niet in een verplichting voor Verzekeraar tot werkbegeleiding.
- Kennelijk heeft Consument na de beëindiging van zijn uitkering en van de verzekering nieuwe lichamelijke klachten gekregen, die in oktober 2013 en juli 2014 tot operaties hebben geleid. Voor eventuele arbeidsongeschiktheid die verband houdt met deze klachten bestaat geen verzekeringsdekking. Zie artikel 2.1.5.1 en 2.1.5.2 van de Algemene Voorwaarden. Uit deze artikelen volgt dat indien zich na een initiële arbeidsongeschiktheid, waarvan de uitkering beëindigd is omdat het arbeidsongeschiktheidspercentage gedaald was tot minder dan 25, een nieuwe arbeidsongeschiktheid voordoet, voor deze laatste arbeidsongeschiktheid geen recht op uitkering bestaat, ongeacht of deze arbeidsongeschiktheid verband houdt met een nieuwe of een reeds bestaande medische problematiek. De rapportage van de verzekeringsarts van het UWV van 6 augustus 2015 is dan ook niet relevant. Het oordeel van het UWV behoeft Verzekeraar niet in zijn beoordeling te betrekken.
- Verzekeraar kan Consument met betrekking tot het beding van artikel 2.1.5.2 van de Algemene Voorwaarden niet volgen in zijn – ongemotiveerde – beroep op de richtlijn oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten, artikel 6:238 BW en artikel 6:248 leden 1 en 2 BW. Verzekeraar kan voorts niet inzien waarom het beding van artikel 2.1.52 met de nodige souplesse uitgelegd en toegepast zou moeten worden en betwist hij uitdrukkelijk dat aanleiding zou bestaan voor een zodanige uitleg en/of toepassing dat hieruit kan volgen dat Consument aanspraak op uitkering zou (kunnen) hebben.
- Verzekeraar kan zich niet vinden in de stelling dat Consument aan zijn lot is overgelaten en geen toereikende uitleg of begeleiding heeft gekregen.

Consument heeft in de maanden oktober tot en met december 2012 telefonische begeleiding gekregen en in april 2013 specialistisch onderzoek. Bij brief van 18 juni 2013 is Consument uitgelegd waarom zijn uitkering werd beëindigd.

- Volgens de dekkingsomschrijving van artikel 2.1 van de Bijzondere Voorwaarden Variant 4 dienen psychische stoornissen of klachten medisch vastgesteld te kunnen worden. Aangezien de medisch adviseur van Verzekeraar geconcludeerd heeft dat de diagnose is gesteld op basis van het klachtenverhaal en dat er geen afwijkingen zijn gevonden – de gediagnosticeerde (lichte) stoornis heeft niet tot duidelijke c.q. specifieke beperkingen geleid - zijn de klachten of stoornissen van Consument niet medisch vast te stellen en is dus geen sprake van arbeidsongeschiktheid. Overigens kan arbeidsongeschiktheid alleen aan de orde zijn als de klachten of stoornissen beperkingen opleveren die tot gevolg hebben dat de verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het verzekerde beroep.
- De opdracht aan de expertiserend psychiater is conform de daaraan op grond van de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage te stellen eisen.
- Niet de werkzaamheden van het verzekerde beroep zorgden voor stress en spanning, maar de slechte economische omstandigheden en de daardoor uitzichtloze werksituatie.
- De medisch adviseur van Verzekeraar heeft mogen varen op het onderzoek van de expertiserend psychiater. Uit dit onderzoek volgt dat er noch medisch vast te stellen klachten of stoornissen noch beperkingen zijn die tot een onder de verzekering gedekte arbeidsongeschiktheid leiden. Voor de medisch adviseur bestond geen aanleiding om Consument zelf op te roepen, ook niet na het bezwaar van de huisarts.
- Verzekeraar is niet verplicht Consument een afschrift te verstrekken van het medisch advies dat de medisch adviseur heeft opgesteld naar aanleiding van het rapport van de verzekeringsarts van het UWV. Het betreft een intern stuk. Het inzage- en blokkeringsrecht van artikel 7:464 lid 2 BW is daarop niet van toepassing.
- Van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering is geen sprake. Consument komt daarom geen uitkering toe.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument vanaf 20 juni 2013 met recht aanspraak kan maken op uitkering onder de verzekering. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.2 Het gaat in deze zaak om lichamelijke en psychische klachten. Ten aanzien van de lichamelijke klachten (vaatproblemen) stelt de Commissie op grond van het medisch dossier vast dat Consument in januari 2013 voor de vierde maal een vernauwing in de beenvaten had waarvoor een ingreep nodig was.

Gezien de aard van deze ingreep, de berichtgeving van de behandelaar (na ingreep goede circulatie), de mededeling van Consument ten tijde van de psychiatrische expertise dat hij hersteld was en geen klachten meer had, en het sportieve dagverhaal van Consument – zo loopt Consument regelmatig heen en weer naar het dorp, een afstand van in totaal 5 à 6 kilometer, en sport hij drie maal per week – maken het naar het oordeel van de Commissie niet waarschijnlijk dat Consument ten tijde van de psychiatrische expertise nog relevante vaatklachten/beperkingen had. Dit betekent dat Verzekeraar ervan uit mocht gaan dat de arbeidsongeschiktheid van Consument hierdoor niet werd veroorzaakt c.q. beïnvloed en dat dus geen vaatexpertise nodig was. Een en ander zegt overigens niets over het verdere beloop in de toekomst. Sclerotische vaten kunnen uiteraard weer dichtslibben. In de tussenliggende tijd is evenwel geen reden aanwezig om beperkingen aan te houden bij goede circulatie en functie.

- 4.3 In oktober 2013 en juli 2014 is Consument daadwerkelijk opnieuw geopereerd vanwege problemen met de bloedvaten in de benen. De verzekering was toen evenwel al beëindigd. Consument heeft begin 2013 de aandelen in zijn bedrijf verkocht en is gestopt met de uitoefening van het verzekerde beroep. Verzekeraar is om die reden tot beëindiging overgegaan en was tot die beëindiging op grond van artikel 9.2.4 van de Algemene Voorwaarden gerechtigd. Consument behield naar het oordeel van de Commissie na de verkoop van de aandelen en nadat hij gestopt was met de uitoefening van het verzekerde beroep, geen op zichzelf staand belang bij continuering van de verzekering. Aangezien Consument per eind april 2013 geen beperkingen meer werd geacht te hebben met betrekking tot de klachten aan de benen, is het uitkeringspercentage voor de vaatproblematiek per eind april 2013 minder dan 25 geworden en is de uitkering daarmee geëindigd. Op grond van artikel 2.1.5.1 van de Algemene Voorwaarden ontbreekt dan verzekeringsdekking voor arbeidsongeschiktheid vanwege nieuwe klachten. De Commissie vermag niet in te zien waarom het beding van artikel 2.1.5.1. van de Algemene Voorwaarden een oneerlijk beding zou zijn, zoals Consument stelt.
- 4.4 Ten aanzien van de psychische klachten stelt de Commissie op grond van het dossier vast dat deze klachten gerelateerd zijn (geweest) aan de slechte bedrijfssituatie waarin Consument verkeerde. Deze situatie heeft tot spanningsklachten geleid. De expertiserend psychiater schreef in zijn rapport dat de klachten begonnen zijn in mei 2012 nadat Consument een aangenomen werk verkeerd bleek te hebben ingeschat. “Dat was de druppel.” Consument werd onzeker en twijfelzuchtig. De expertiserend psychiater schreef voorts onder meer: ‘Als onderhoudende factoren van de klachten lijken van belang de geringe perspectieven die betrokkene nu ziet op de arbeidsmarkt vanwege het samenspel tussen de huidige economische crisis en zijn leeftijd.’”

De psychiater stelde de diagnose ‘aanpassingsstoornis niet anders omschreven, chronisch van aard daar deze langer dan zes maanden duurt’. De Commissie stelt vast dat de ziekte daarmee dus medisch is vastgesteld, zoals vereist in artikel 2.1 van de Bijzondere Voorwaarden Variant 4.

- 4.5 Dan de vraag of deze ziekte tot beperkingen leidt. Consument en zijn huisarts zijn van mening dat dit het geval is, maar onderbouwen dit niet. De expertiserend psychiater heeft aangegeven bij onderzoek in engere zin geen ernstige beperkingen te kunnen objectiveren in het cognitieve en psychisch functioneren. Hij heeft zijn conclusie goed onderbouwd en de Commissie acht dan ook geen redenen aanwezig om aan te nemen dat de psychiatrische expertise onzorgvuldig is geweest. Punt is wel, en daarin volgt de Commissie Consument, dat de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet over ‘ernstige’ beperkingen spreken. Dat de psychiater geen ‘ernstige’ beperkingen heeft kunnen objectiveren doet de vraag rijzen of er wel andere dan ernstige beperkingen zijn te duiden, en zo ja, welke dat dan zijn en welke betekenis daar dan aan moet worden toegekend. Het rapport van de expertiserend psychiater geeft hierover geen uitsluitsel, net zo min als over de vraag wat de psychiater zelf onder ‘ernstige’ beperkingen verstaat. De Commissie is van oordeel dat het op de weg van (de medisch adviseur van) Verzekeraar had gelegen om de expertiserend psychiater op dit punt om een toelichting te vragen. Nu dat achterwege is gebleven dient dat voor een goede beoordeling van deze zaak alsnog te gebeuren. De Commissie zal daarom (de medisch adviseur van) Verzekeraar in de gelegenheid stellen alsnog met een gerichte vraagstelling aan de expertiserend psychiater een toelichting te vragen. Na beantwoording van de vragen zullen partijen in de gelegenheid worden gesteld daarop te reageren, eerst Verzekeraar en vervolgens Consument.
- 4.6 De Commissie merkt op dat het, anders dan Consument meent, nog geen vaste rechtspraak is dat inschakeling van een deskundige, zoals de psychiater in de onderhavige zaak, in overleg met de verzekerde dient te geschieden nu dienaangaande prejudiciële vragen aan de Hoge Raad zijn voorgelegd.
- 4.7 Verder merkt de Commissie op dat het haar is opgevallen dat de uitkering wel erg abrupt is stopgezet. Bij brief van 18 juni 2013 is stopzetting per 20 juni 2013 aangekondigd. Enige afbouw en aanbod tot begeleiding was op zijn plaats geweest, zoals een goed verzekeraar betaamt. De Commissie ziet echter geen aanleiding om aan haar constatering consequenties te verbinden.
- 4.8 Tot slot merkt de Commissie nog op dat Verzekeraar niet gehouden is om het advies van zijn medisch adviseur van 6 augustus 2015 over te leggen. Zoals Verzekeraar terecht stelt is het inzage- en blokkeringsrecht van artikel 7:464 lid 2 BW niet van toepassing op de schadebehandeling van een lopende verzekering.

Dit blijkt duidelijk uit de tekst van het wetsartikel. Verder is het vrij gebruikelijk in de particuliere arbeidsongeschiktheidsbranche om een medisch advies op stukken te geven, mits goed onderbouwd en beargumenteerd. De door de medisch adviseur van Verzekeraar gegeven adviezen zijn helder en consistent.

## **5. Beslissing**

De Commissie beslist dat (de medisch adviseur van) Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan de expertiserend psychiater om een nadere toelichting op diens rapport van 18 april 2013 vraagt, overeenkomstig hetgeen hiervoor onder 4.5. is overwogen.

Na ontvangst van de antwoorden zullen partijen, Verzekeraar eerst en daarna Consument, in de gelegenheid worden gesteld daarop te reageren.

De Commissie houdt iedere verdere beslissing aan.

Hoger beroep van deze tussenbeslissing is eerst mogelijk tegelijk met hoger beroep tegen de eindbeslissing.