

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0526

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. D. van der Linden,
mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Datum uitspraak	13 juli 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., h.o.d.n. Movir, gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Tussen de consument en de verzekeraar bestaat verschil van mening over de vraag of de mate van arbeidsongeschiktheid zoals die is vastgesteld naar aanleiding van de herbeoordelingsprocedure een definitief bindend karakter heeft voor de verdere looptijd van de verzekering. Met de verzekeraar is de commissie van oordeel dat dit niet het geval is. Uit de verzekeringsvoorwaarden volgt niet dat de uitkomst van een herbeoordeling een definitief bindend karakter heeft. Een dergelijke conclusie valt ook moeilijk te rijmen met een dynamisch proces waarin wordt toegewerkt naar re-integratie. Dat partijen onderling met elkaar zouden hebben afgesproken dat de uitkomst van de herbeoordeling een definitief bindend karakter zou hebben volgt evenmin uit de stukken. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

I. Procedure

- I.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar en; 6) de e-mailwisseling tussen de vertegenwoordiger van de consument en de verzekeraar van 28 april 2023, 8 mei 2023 en 19 mei 2023.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 21 april 2023. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mr. B.J.L. Baas, advocaat. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 1], jurist en drs. [naam 2], medisch adviseur.
- I.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

- 1.4 Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld in onderling overleg tot een oplossing van de klacht te komen. Omdat geen overeenstemming is bereikt tussen partijen zal de commissie uitspraak doen.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering (verder te noemen de AOV) bij de verzekeraar. Het verzekerd beroep op de polis is advocaat. Het verzekerd dagbedrag bij aanvang van de overeenkomst was € 178,-. Inmiddels is dit € 224,-. Op de AOV zijn 'Voorwaarden van verzekering Langlopende verzekering (L), versie-nummers L 2020/01 en L 2013/01' van toepassing (verder te noemen de voorwaarden). Voor zover van toepassing zijn de relevante bepalingen daaruit in de bijlage bij deze uitspraak opgenomen.
- 2.2 Op 30 januari 2018 heeft de consument een beroep gedaan op de AOV.
- 2.3 Naar aanleiding hiervan heeft een oriënterend arbeidsdeskundig onderzoek plaatsgevonden en vervolgens een specialistisch onderzoek door een psychiater. In de psychiatrische expertise AOV van 20 april 2018 wordt als diagnose een licht depressieve stoornis vastgesteld. De prognose wordt door de psychiater gunstig ingeschat daar de consument geen psychiatrische voorgeschiedenis heeft en hij bereid is aan zijn klachten te werken.
- 2.4 Op basis van het oriënterend arbeidsdeskundig onderzoek en de psychiatrische expertise heeft de verzekeraar per 30 januari 2018 een uitkering aan de consument toegekend op basis van een mate van arbeidsongeschiktheid die is ingedeeld in klasse 80-100%.
- 2.5 Deze mate van arbeidsongeschiktheid is door de arbeidsdeskundige bevestigd in zijn vervolgrapport van 20 juli 2018. Hierin staat onder andere dat de arbeidsdeskundige het reëel acht om uit te gaan van een middellang traject. De arbeidsdeskundige hoopt het dossier eind 2018 te kunnen sluiten.
- 2.6 Ook wordt vormgegeven aan een coaching traject waarin de consument begeleid wordt naar een nieuw toekomstperspectief/werkplek.
- 2.7 Op 1 oktober en 28 november 2018 volgen wederom vervolgrapporten van de arbeidsdeskundige. Naar aanleiding van zijn bevindingen heeft de verzekeraar bij brief van 11 december 2018 aan de consument laten weten dat de mate van arbeidsongeschiktheid ongewijzigd is ingedeeld in klasse 80-100%. Hetgeen inhoudt dat de consument een uitkering blijft ontvangen op basis van 100% van het verzekerd bedrag.

Verder staat in deze brief dat de verzekeraar graag wil weten welke mogelijkheden de consument heeft om zijn beroep uit te oefenen. Om die reden wil de verzekeraar een verzekeringsgeneeskundig onderzoek laten doen.

- 2.8 Op 1 maart 2019 is het verzekeringsgeneeskundig rapport gereedgekomen. Hierna is een arbeidsdeskundig onderzoek uitgevoerd naar de mate van arbeidsongeschiktheid. Op basis van de hieruit voortvloeiende bevindingen heeft de verzekeraar in zijn brief van 20 mei 2019 aan de consument laten weten dat de mate van zijn arbeidsongeschiktheid is ingedeeld in klasse 45-55%. Wat meebrengt dat de consument per 18 mei 2019 recht heeft op uitkering op basis van 50% van het verzekerd bedrag.
- 2.9 Dit arbeidsongeschiktheidspercentage is door de arbeidsdeskundige bevestigd in zijn rapport van 20 juni 2019.
- 2.10 Omdat de consument zich hierin niet kon vinden heeft de verzekeraar hem bij brief van 26 juni 2019 een herbeoordeling aangeboden.
- 2.11 Vervolgens is er veelvuldig gecorrespondeerd tussen de vertegenwoordiger van de consument en de verzekeraar over het in te zetten herbeoordelingstraject. Uiteindelijk zijn partijen overeengekomen dat [naam verzekeringsarts] het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zou doen. De [naam verzekeringsarts] heeft op 11 maart 2020 gerapporteerd. Vervolgens is met goedvinden van beide partijen [naam arbeidsdeskundige] ingeschakeld om het arbeidsdeskundig onderzoek voor zijn rekening te nemen. De [naam arbeidsdeskundige] heeft op 24 juli 2020 gerapporteerd en komt in zijn rapport tot een arbeidsongeschiktheidspercentage van 91,66% (klasse 80-100%).
- 2.12 Bij brief van 14 augustus 2020 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat het herbeoordelingsonderzoek is afgerond. Op basis van de daaruit voortvloeiende conclusies heeft de verzekeraar de mate van zijn arbeidsongeschiktheid per 18 mei 2019 ingedeeld in klasse 80-100%. De consument zal daarom per die datum een uitkering op basis van 100% van het verzekerd bedrag ontvangen. Ook maakt de verzekeraar in de brief melding van het voornemen om over zes maanden een arbeidsdeskundig onderzoek te willen doen om de mate van arbeidsongeschiktheid en de re-integratie te blijven evalueren.
- 2.13 In 2020 heeft contact plaatsgevonden tussen de consument en de verzekeraar over het vervolgbeleid. Dit heeft erin geresulteerd dat de verzekeraar op 17 november 2021 aan de consument liet weten de belastbaarheid voor het verzekerd beroep opnieuw in kaart te willen brengen door middel van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en een beoordeling door de arbeidsdeskundige. Reden hiervoor is het feit dat de consument vanaf medio 2020 voor 40 uur per week de functie van jurist vervult.
- 2.14 Hiermee was de consument het niet eens.

Naar zijn mening was met het herbeoordelingsonderzoek in 2020 overeengekomen dat de uitkomst daarvan een bindend karakter zou hebben. Hierop is door de verzekeraar op 14 januari 2022 gereageerd. Strekking van deze reactie is dat de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument opnieuw wil beoordelen, omdat geen sprake is van een definitief bindend percentage arbeidsongeschiktheid.

- 2.15 In reactie op het standpunt van de verzekeraar, heeft de consument op 28 januari 2022 een klacht ingediend. Hierop is op 21 februari 2022 door de verzekeraar gereageerd. Ondanks zijn bezwaren, is de consument wel akkoord gegaan met het nogmaals benoemen van [naam arbeidsdeskundige] in het kader van een nieuwe beoordelingsprocedure ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid.
- 2.16 Nadat de [naam arbeidsdeskundige] op 28 april 2022 had gerapporteerd, ontstond discussie tussen [naam arbeidsdeskundige] en de verzekeraar over de inhoud van diens rapport en de uitvoering van de opdracht.
- 2.17 Hierna heeft de verzekeraar de consument bij brief van 27 juli 2022 geïnformeerd dat de mate van arbeidsongeschiktheid zoals eerder vastgesteld ongewijzigd blijft en de consument een uitkering van 100% blijft ontvangen. Ook staat in de brief dat de verzekeraar een nieuw verzekeringsgeneeskundig onderzoek wil laten doen. Mocht dit leiden tot het doen van een aanvullend arbeidsdeskundigonderzoek, dan wil de verzekeraar een andere arbeidsdeskundige inschakelen dan degene die eerder gerapporteerd heeft. Dit vanwege een vertrouwensbreuk.
- 2.18 Dit heeft er vervolgens toe geleid dat de consument een directieklacht bij de verzekeraar en vervolgens een klacht bij Kifid heeft ingediend.

De klacht en vordering

- 2.19 De consument vordert een verklaring voor recht dat zijn mate van arbeidsongeschiktheid definitief is vastgesteld op 80-100%. Daarnaast vordert de consument vergoeding van de kosten voor rechtsbijstand, te weten € 10.000,- inclusief wettelijke rente berekend vanaf 15 november 2022.
- 2.20 Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument – voor zover relevant en zakelijk weergegeven – het volgende aangevoerd.
- 2.21 Tussen de consument en de verzekeraar is afgesproken dat de herbeoordeling een bindend karakter zou hebben. Dit volgt, aldus de consument uit een e-mail van zijn advocaat van 6 augustus 2020 aan een medewerkster van de verzekeraar waarin hij spreekt over een bindende vaststelling van de arbeidsongeschiktheid, welke afspraak is gemaakt voordat de onderzoeken werden uitgevoerd.

Dat de verzekeraar nadat de herbeoordelingsprocedure is afgerond wederom een onderzoek wil laten doen naar de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument is in strijd met hetgeen is afgesproken.

Het verweer

- 2.22 De verzekeraar heeft – zakelijk weergegeven – de volgende verweren gevoerd.
- 2.23 Uit hetgeen is opgenomen in voorwaarden volgt dat de verzekering voorziet in een ‘van dag tot dag verkregen’ uitkering. De verzekeraar bepaalt door middel van onderzoek middels door hem aangewezen deskundigen periodiek of er sprake is van arbeidsongeschiktheid volgens de voorwaarden en dus of er recht is op uitkering. Verzekerde is op grond van de voorwaarden verplicht aan die onderzoeken mee te werken.
- 2.24 Nadat bleek dat de consument het niet eens was met de op 20 mei 2019 vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid in klasse 45-55% heeft de verzekeraar hem een herbeoordeling aangeboden conform artikel 3.4 van de voorwaarden. Met de zinsnede ‘de uitkomst van de herbeoordeling wordt door u en door ons geaccepteerd’, is bedoeld te voorkomen dat als de uitkomst van de herbeoordeling niet naar de wens van de verzekeringnemer is er nogmaals om een herbeoordeling wordt gevraagd. Daarom is in de voorwaarde ook de volgende zin opgenomen: ‘U kunt daarna niet nog eens om een herbeoordeling vragen’. De bindendheid in deze bepaling betekent daarmee dat de uitkomst van de herbeoordelingsprocedure bindend is, in die zin dat er niet nog een herbeoordeling kan plaatsvinden die gericht is tegen hetzelfde besluit. Bindend betekent niet dat de uitkomst van de herbeoordelingsprocedure definitief is voor de verdere looptijd van de verzekering.
- 2.25 Er is van de zijde van de verzekeraar nooit aangegeven dat de uitkomst van de herbeoordelingsprocedure definitief zou zijn. Dat is ook niet logisch aangezien de eindleeftijd op de polis 65 jaar is terwijl de consument 43 jaar oud is en er geen sprake is van een eindsituatie.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 In de kern komt de klacht van de consument erop neer dat het de verzekeraar na het doorlopen van de herbeoordelingsprocedure in 2020 niet meer vrijstaat nieuw onderzoek te doen naar de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument.
- 3.2 De commissie ziet zich aldus voor de vraag gesteld of met het doorlopen van de herbeoordelingsprocedure een definitief en bindend oordeel is gegeven over de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument gedurende de verdere looptijd van de verzekering.

Het beoordelingskader

- 3.3 Uitgangspunt voor de beantwoording van deze vraag is dat wat tussen partijen overeen is gekomen in de voorwaarden.
- 3.4 In artikel 3.4 van de voorwaarden is het recht op herbeoordeling opgenomen in het geval de verzekeringnemer het niet eens is met de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of als de aanspraak op de verzekering volledig is afgewezen. Uit het artikel volgt ook dat de uitkomst van de herbeoordeling door beide partijen wordt geaccepteerd en dat het niet mogelijk is om nog een keer om een herbeoordeling te vragen. In artikel 3.1 van de voorwaarden staat verder dat de verzekeringnemer verplicht is alle benodigde gegevens te verstrekken aan de door de verzekeraar aangewezen deskundigen die nodig zijn voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid.

De klacht van de consument is ongegrond

- 3.5 In aanvulling op hetgeen in de voorwaarden is opgenomen, heeft de consument aangevoerd dat tussen hem (bij monde van zijn vertegenwoordiger/advocaat) en een medewerkster van de verzekeraar mondeling is afgesproken dat de herbeoordeling een definitief bindend karakter zou hebben met betrekking tot de mate van arbeidsongeschiktheid. Dit zou, aldus de consument, volgen uit e-mailverkeer.
- 3.6 De commissie stelt vast dat op basis van de e-mailberichten en overige correspondentie in het dossier niet vastgesteld kan worden dat tussen de consument en de verzekeraar overeen is gekomen dat de uitkomst van de herbeoordelingsprocedure in 2020 een definitief bindend karakter zou hebben in die zin dat de verzekeraar nadien geen nader onderzoek meer zou mogen doen naar de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument. Wel ziet de commissie contra-indicaties voor die stelling. Zo wordt in de brief van 14 augustus 2020 waarin de verzekeraar aan de consument laat weten dat het herbeoordelingsonderzoek is afgerond, ook melding gemaakt van het voornemen van de verzekeraar om na zes maanden een arbeidsdeskundig onderzoek te willen doen om de mate van arbeidsongeschiktheid en de re-integratie te blijven evalueren. Daar komt bij dat het blijven evalueren van de mate van arbeidsongeschiktheid te doen gebruikelijk is in een dynamisch proces waarin iemand werkt aan re-integratie op de arbeidsmarkt. Dit geldt des te meer in de situatie waarin geen eindsituatie is bereikt, maar, zoals in het geval van de consument, de arbeidsdeskundige positief is aangaande het toekomstperspectief.

Overige vorderingen

- 3.7 Voor zover de consument heeft gevorderd dat de geschillencommissie zich uitlaat over de wijze waarop de verzekeraar al dan niet onderzoek mag blijven doen naar de mate van arbeidsongeschiktheid en de frequentie daarvan, deelt de commissie mede dat het binnen de beleidsvrijheid van de verzekeraar valt hieraan invulling te geven.

Binnen die beleidsvrijheid dient de verzekeraar echter wel rekening te houden met de belangen van de consument. Het staat de verzekeraar niet vrij te pas en te onpas een herbeoordeling van de arbeidsongeschiktheid te doen, maar hij dient daarbij te handelen zoals van een redelijk handelend verzekeraar mag worden verwacht. Het is de commissie niet gebleken dat de verzekeraar in dit geval onzorgvuldig te werk is gegaan nu de arbeidsdeskundige positief is over het toekomstperspectief van de consument met als gevolg dat een nieuw onderzoek op niet al te lange termijn verdedigbaar is.

De consument heeft geen recht op een proceskostenvergoeding

3.8 Nu de vordering van de consument wordt afgewezen, bestaat ook geen grond tot een proceskostenveroordeling te komen zodat ook deze vordering wordt afgewezen.

Ambtshalve toetsing

3.9 Voor de beoordeling van de klacht is het beding 3.4 van de voorwaarden van belang. Dit beding is door de commissie getoetst aan het Europees en Nederlands (consumenten)recht en de commissie acht het beding niet in strijd met deze regelgeving waarvoor ambtshalve toetsing geldt.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden

Voorwaarden van verzekering Langlopende verzekering (L), versienummer L 2013/01

(...)

3. Arbeidsongeschiktheid

3.1 Verplichtingen

I De verzekerde is verplicht bij arbeidsongeschiktheid:

a ons zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk te informeren door het toesturen van een ingevuld en ondertekend formulier melding van ziekte of ongeval,

b zich direct onder behandeling van een medicus te stellen, onder diens behandeling te blijven, diens voorschriften nauwkeurig op te volgen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen:

c alle adviezen van ons of door ons aangewezen deskundigen tot aanpassing van de werksituatie die de mate van arbeidsongeschiktheid kunnen verminderen of op een andere manier kunnen bijdragen aan re-integratie, op te volgen;

d zich te laten onderzoeken door een door ons aangewezen medicus. De medicus bepaalt de plaats van het onderzoek. Daarnaast is de verzekerde verplicht zich voor onderzoek te laten opnemen in een door ons aangewezen ziekenhuis of andere medische instelling. Movir betaalt de kosten van het onderzoek:

e ons of door ons aangewezen deskundigen alle benodigde gegevens te verstrekken of te laten verstrekken en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die nodig zijn voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering:

f ons te machtigen om informatie bij derden op te vragen; g ons vooraf toestemming te vragen voor een verblijf in het buitentand.

2 Het is belangrijk dat de verzekerde de hierboven genoemde verplichtingen nakomt. Doet hij dat niet, dan moet u de verplichtingen nakomen voor zover dat in uw vermogen ligt.

(...)

3.3 Vaststelling arbeidsongeschiktheid

Nadat de arbeidsongeschiktheid is gemeld, stellen wij de mate en de periode van de arbeidsongeschiktheid vast. Dit doen we aan de hand van gegevens van door ons aangewezen medische en andere deskundigen. Wij informeren u altijd zo spoedig mogelijk over deze vaststelling.

3.4 Recht op herbeoordeling

Als wij uw arbeidsongeschiktheidsaanspraak hebben afgewezen of als u het niet eens bent met de mate van arbeidsongeschiktheid die wij hebben vastgesteld, dan hebt u recht op herbeoordeling. Wij stellen de mate van uw arbeidsongeschiktheid in dat geval opnieuw vast. Wilt u gebruikmaken van het recht op herbeoordeling, dan dient u dit binnen 30 dagen na ons besluit aan ons bekend te maken. Daarbij moet u uw bezwaar zo goed mogelijk onderbouwen en moet u aangeven tegen welk(e) onderzoek(en) uw bezwaar gericht is. De kosten van herbeoordeling zijn voor onze rekening. De uitkomst van de herbeoordeling wordt door u en door ons geaccepteerd. U kunt daarna niet nog eens om een herbeoordeling vragen.

(...).'

Voorwaarden van verzekering Langlopende verzekering (L), versienummer L 2020/01

Artikel 5 Wat moet u doen bij arbeidsongeschiktheid?

5.1 Verplichtingen

Als u arbeidsongeschikt bent, dan moet u zich houden aan de regels die wij stellen. Wat moet u in ieder geval doen?

1. U moet ons zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 30 dagen nadat u arbeidsongeschikt bent geworden of dat uw arbeidsongeschiktheid is toegenomen, informeren over uw arbeidsongeschiktheid. Dit doet u met het formulier 'Melding van Ziekte of Ongeval'.
2. U moet zich direct laten onderzoeken en behandelen door een arts, onder zijn behandeling blijven en zijn voorschriften nauwkeurig opvolgen. U moet alles doen wat u kan om weer arbeidsgeschikt te worden. En u mag niets doen of nalaten waardoor u niet of minder snel herstelt.
3. U moet alle adviezen van ons of door ons aangewezen deskundigen tot aanpassing van de werksituatie, die de mate van arbeidsongeschiktheid kunnen verminderen of op een andere manier kunnen bijdragen aan re-integratie, opvolgen.
4. U bent verplicht mee te werken aan een onderzoek door een door ons aangewezen deskundige. De deskundige bepaalt de plaats van het onderzoek. Daarnaast bent u verplicht zich voor onderzoek te laten opnemen in een door ons aangewezen ziekenhuis of andere medische instelling. Wij betalen de kosten van het onderzoek.
5. U moet ons zo snel mogelijk alle informatie (laten) geven die wij vragen. Als wij het vragen moet u de informatie (laten) geven aan deskundigen die wij aanwijzen. Bijvoorbeeld aan een medisch adviseur, arbeidsdeskundige of een re-integratiebegeleider. Het is belangrijk dat u alles wat nodig is voor het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid volledig en juist vertelt. U mag daarbij geen dingen verzwijgen of onjuist vertellen.
6. U moet ons toestemming geven om informatie bij derden op te vragen.
7. U moet ons zo snel mogelijk informeren als u hersteld bent en/of als u weer aan het werk gaat. Ook als u voor een deel hersteld bent en/of aan het werk gaat.
8. U moet ons vooraf toestemming vragen voor een verblijf in het buitenland.
9. Als u arbeidsongeschikt bent mag u niets doen dat nadeel voor ons oplevert.

(...)

6.1 Recht op uitkering

Als u arbeidsongeschikt bent, krijgt u van ons een uitkering. Er moet dan wel aan de polisvoorwaarden zijn voldaan. De arbeidsongeschiktheid moet zijn ontstaan na de ingangsdatum van de verzekering. De uitkering begint na afloop van de eigenrisicotermijn.

6.2 Hoogte van de uitkering Hoe hoog de uitkering is hangt af van het percentage dat u arbeidsongeschikt bent en het verzekerd dagbedrag. Bij het afsluiten van de verzekering hebt u gekozen vanaf welk percentage arbeidsongeschiktheid u een uitkering wilt ontvangen. Dit noemen wij de uitkeringsdrempel. (...)

(...)

6.6 Wat kunt u doen als u het niet eens bent met ons standpunt over de uitkering?

Bent u het niet eens met ons standpunt over het percentage van uw arbeidsongeschiktheid? Dan kunt u een nieuw medisch en/of arbeidsdeskundig onderzoek aanvragen. Dit wordt ook wel herbeoordeling genoemd.

Hoe vraagt u dit aan?

- Geef uw verzoek om een herbeoordeling binnen 30 dagen na ons besluit schriftelijk of per e-mail aan uw re-integratiebegeleider door.
- Geef daarbij zo duidelijk mogelijk aan met welk(e) onderzoek(en) u het niet mee eens bent en waarom.

Stellen wij in overleg met u een nieuw medisch of arbeidsdeskundig onderzoek in? Dan spreken wij met u af wie het nieuwe onderzoek gaat doen. En welke vragen de deskundige in het nieuwe onderzoek moet beantwoorden. Wij betalen de kosten van dit nieuwe onderzoek volledig. De uitkomst van de herbeoordeling wordt door u en door ons geaccepteerd.

Laat u een nieuw onderzoek doen zonder dit eerst met ons te overleggen? Dan vergoeden wij in principe de kosten niet en achten wij ons niet gebonden aan de uitkomst van dat onderzoek.

U hebt geen recht op een tweede herbeoordeling.

(...).