

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0923

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	24 oktober 2024
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheid. De consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar. Hij heeft zich ziek gemeld na een Covid-19-infectie. De klacht van de consument is dat hij druk heeft ervaren om het aantal werkuren op te bouwen en er geen rekening mee is gehouden dat hij in de door hem opgegeven werkuren minder effectief was en beperkt in de taken die hij aankon. De consument verzoekt om de verzekeraar te verplichten om hem te laten onderzoeken door een deskundige op het gebied van postinfectieuze ziekten en post-covid. De commissie ziet geen aanknopingspunten voor de stelling van de consument dat hij onder druk is gezet om zijn werkuren op te bouwen. Zijn klacht over de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid slaagt wel. Zijn uren-opbouw is namelijk niet hetzelfde als de opbouw van zijn arbeidsgeschiktheid. Een arbeidsdeskundige moet beoordelen welke werkzaamheden de consument heeft verricht in de door hem opgegeven werkuren en wat op basis daarvan zijn mate van arbeidsongeschiktheid was. Het verzoek van de consument om de verzekeraar te verplichten tot onderzoek door een deskundige op het gebied van postinfectieuze ziekten en post-covid wordt afgewezen.

1. Procedure

- 1.1 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) de klachtbrief van de gemachtigde van de consument met als één van de bijlagen het namens de consument ingediende klachtformulier; 2) de namens de consument ingediende aanvullende stukken; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) de namens de consument ingediende aanvullende reactie.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 12 september 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met mevrouw mr. A.M.W.A. van der Hoeven, advocaat te Breda. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mevrouw [naam 1], juriste en de heer [naam 2], klachtbehandelaar.

- 1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft sinds 27 januari 2004 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar. Het verzekerde beroep is automatiseringsdeskundige. Het verzekerde bedrag was op het moment van de ziekmelding van de consument voor rubriek A (eerstejaarsrisico) en voor rubriek B (na-eerstejaarsrisico) € 52.541,-. De wachttijd is 90 dagen. De einddatum van de verzekering is 1 december 2026.
- 2.2 De consument heeft zich ziek gemeld met ingang van 27 maart 2020 als gevolg van een corona-infectie. De verzekeraar heeft op 18 september 2020 van de consument het formulier "Ziekmelding AOV" ontvangen. Op dit formulier is de consument gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij niet meer kan doen. Daarop heeft de consument geantwoord:

"Ik kan al mijn taken doen, maar het werk gaat trager en ik kan geen hele dagen maken."

De consument heeft bij de vraag op het formulier of hij nog extra informatie kan geven die voor het beoordelen van de melding belangrijk is, een overzicht gegeven van zijn inzetbaarheid per week:

"van begin tot week 16: 0% week 17-19: 5-10% vanaf week 20: 20-25% vanaf week 31: 30% vanaf week 33: 50% vanaf week 36: 60%"

- 2.3 De verzekeraar heeft deze opgave van de consument gevolgd: vanaf 27 maart 2020 80-100%, arbeidsongeschikt, vervolgens vanaf 11 mei 2020 65-80%, vanaf 10 augustus 2020 45-55% en vanaf 31 augustus 2020 35-45%. Er is door de verzekeraar uitgekeerd na het verstrijken van de wachttijd van 90 dagen.
- 2.4 Op 8 maart 2021 heeft de consument aan de controlerend arts gemeld dat het minder goed met hem ging en dat hij nog 20 uur per week kon werken. De verzekeraar heeft daarop per 8 maart 2021 de uitkering verhoogd, gebaseerd op de mate van arbeidsongeschiktheid van 45-55%.
- 2.5 Op 28 januari 2021 heeft er een intakegesprek plaatsgevonden met de arbeidsfysiotherapeut die door de verzekeraar was ingeschakeld ter ondersteuning van het herstel van de consument. In overleg met hem heeft de consument op 2 juli 2021 een opbouw van zijn werkzaamheden afgesproken uitgaande van een mate van arbeidsongeschiktheid van 35-45% per 22 september 2021, 25-35% per 15 oktober 2021 en beëindiging van de uitkering per 1 december 2021.

- 2.6 De arbeidsfysiotherapeut heeft in zijn e-mail van 17 augustus 2021 aan de consument geschreven:

“Ten aanzien van de opbouw van je werkzaamheden heb je een urenopbouw doorgegeven. Dit is niet hetzelfde als de opbouw van de arbeidsgeschiktheid, omdat dit laatste gaat over productiviteit. Iemand die hele dagen werkt kan bijvoorbeeld maar voor 70% productief zijn, waarbij dus ook maar 70% arbeidsgeschiktheid is.”

- 2.7 De consument heeft per e-mail van 26 oktober 2021 aangegeven dat het herstel toch trager verliep, waarna de mate van arbeidsongeschiktheid per 26 oktober 2021 is aangepast naar 45-55%.
- 2.8 De verzekeringsgeneeskundige heeft na onderzoek van de consument op 14 februari 2022 geconcludeerd dat hij geen objectiveerbare beperkingen kon vaststellen. Hij gaf de verzekeraar een urenbeperking in overweging in het kader van de re-integratie. Een arbeidsdeskundige heeft de consument op 6 april 2022 bezocht. De consument heeft de arbeidsdeskundige geïnformeerd over de beperkingen in zijn persoonlijk functioneren als gevolg van zijn cognitieve klachten. De arbeidsdeskundige heeft overeenkomstig het advies van de verzekeringsgeneeskundige geadviseerd om in drie maanden de werkzaamheden op te bouwen met de ondersteuning door een coach. De verzekeraar heeft een coach ingeschakeld om de consument te ondersteunen bij de werkhervatting. De mate van arbeidsongeschiktheid is door de verzekeraar overeenkomstig het advies van de arbeidsdeskundige aangepast naar 35-45% per 1 juli 2022 en naar minder dan 25% per 1 augustus 2022.
- 2.9 In augustus/september 2022 heeft de consument voor de tweede keer een corona-infectie opgelopen. De verzekeraar heeft vanaf 13 september tot 11 oktober 2022 uitgekeerd, gebaseerd op een mate van arbeidsongeschiktheid van 80-100%. Na ontvangst van medische informatie van de advocaat van de consument is de per 11 oktober 2022 beëindigde uitkering hervat. In eerste instantie gebaseerd op een mate van arbeidsongeschiktheid van 45-55%. Na herhaald bezwaar van de advocaat van de consument is dit gewijzigd in een uitkering op basis van een mate van arbeidsongeschiktheid van 80-100%.
- 2.10 Naar aanleiding van een nieuwe diagnose van de huisarts is de uitkering aan de consument vanaf 12 december 2022 gebaseerd op een mate van arbeidsongeschiktheid van 80-100% in verband met psychische klachten. De consument heeft dus vanaf 13 september 2022 een uitkering die op deze mate van arbeidsongeschiktheid is gebaseerd.

De klachtonderdelen en vorderingen

- 2.11 Na de schriftelijke fase van de klachtprocedure resteren nog twee klachtonderdelen van de consument. Het eerste is dat de consument druk heeft ervaren om het aantal werkuren op te bouwen en de verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid heeft gebaseerd op de door hem gewerkte uren, zonder er rekening mee te houden dat hij door zijn klachten minder effectief was en beperkt was in de taken die hij aankon.

Hij vordert dat de verzekeraar wordt opgedragen om de mate van arbeidsongeschiktheid vanaf 27 maart 2020 opnieuw te laten vaststellen. Het tweede klachtonderdeel ziet op zijn vordering om de verzekeraar binnen afzienbare tijd voorafgaand aan een eventuele afbouw van de huidige 100% uitkering te verplichten om hem te laten onderzoeken door een deskundige op het gebied van postinfectieuze ziekten en post-covid op basis waarvan een verzekeringsgeneeskundige een Functionele Mogelijkheden Lijst (hierna: FML) opstelt en vervolgens een arbeidsdeskundige de mate van arbeidsongeschiktheid bepaalt. Beide klachtonderdelen worden met meer details omschreven in 2.12 tot en met 2.14.

Het verzoek tot herbeoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid

- 2.12 Volgens de consument heeft hij steeds laten weten dat hij een aantal uren probeerde te werken, maar dat hij tijdens deze uren niet in staat was op het oude niveau te presteren en dat zijn inzet niet effectief bleek. Hij voelde zich door de arbeidsfysiotherapeut die de verzekeraar had ingeschakeld gedwongen om een plan te maken voor urenopbouw, hoewel hij had aangegeven daartoe niet in staat te zijn. Er werd hem verteld dat als hij geen herstelplan maakte, de verzekeraar hem mogelijk niet meer wilde ondersteunen. Hoewel de arbeidsfysiotherapeut in zijn e-mail van 17 augustus 2021 heeft geschreven dat urenopbouw niet hetzelfde is als de opbouw van arbeidsgeschiktheid, heeft de verzekeraar de uitkering verlaagd overeenkomstig het schema van de urenopbouw. Zonder er rekening mee te houden dat hij in deze uren verre van effectief was en alleen in staat was tot eenvoudige taken, niet tot zijn werkzaamheden die een hoog mentaal denkniveau en innovatiekracht vereisen.
- 2.13 Hij werd naar een andere fysiotherapiepraktijk gestuurd waarbij hij in eerste instantie wat vorderingen maakte met de opbouw van zijn lichamelijke conditie. Cognitief liep hij echter tegen allerlei grenzen aan (brainfog, concentratieproblemen, het zoeken naar woorden). Deze postvirale problemen worden door de wetenschap inmiddels herkend bij post-covid. Hij heeft zich proberen te richten op herstel, maar dit heeft geleid tot verergering van de klachten. Hij was niet in staat om op 14 februari 2022 op eigen kracht naar de verzekeringsgeneeskundige te gaan. De verzekeraar heeft voor hem een taxi betaald. In het gesprek met de verzekeringsgeneeskundige heeft hij verteld dat hij probeerde 50% te werken, maar dat het werk verre van effectief was, dat hij zich niet kon concentreren en veel fouten maakte. Ook gaf hij aan dat alle energie naar zijn werk ging, waardoor hij geen energie meer had voor andere zaken buiten het werk, zoals sociale contacten en de zorg voor zijn kinderen en zijn vriendin. Na het gesprek met de verzekeringsgeneeskundige is hij onder meer vanwege zware hoofdpijn de rest van de week niet in staat geweest iets te doen. De door de verzekeraar ingeschakelde coach heeft in juni 2022 gerapporteerd dat de werkuren niet ondersteunend zijn aan het herstel. Nu de verzekeraar post-covid heeft erkend als objectief ziektebeeld verzoekt hij om de uitkering met terugwerkende kracht opnieuw vast te stellen.

Toekomstige beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid

- 2.14 De consument is blij dat de verzekeraar post-covid inmiddels als objectief ziektebeeld erkent. Zijn huidige mate van arbeidsongeschiktheid is echter (mede) gebaseerd op zijn psychische klachten. Voor de consument is van belang dat er snel duidelijkheid komt over zijn inkomenssituatie door aanvullend onderzoek of er sprake is van post-covid door een deskundige die gespecialiseerd is in de specifieke kenmerken en nieuwste wetenschappelijke kenmerken van post-covid en (post)infectieuze ziekten die kan oordelen of bij de consument sprake is van beperkingen ten gevolge van post-covid en/of medisch kan vaststellen of er sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. De conclusies van de verzekeringsarts na zijn onderzoek van 14 februari 2022 zijn inmiddels door nieuwe wetenschappelijke inzichten achterhaald. Hij heeft de conclusies van de verzekeringsarts reeds weerlegd door het door hem ingebrachte rapport van de medisch adviseur van de Stichting C-support, nazorg Covid-19. De consument heeft vier medisch specialisten voorgesteld die een dergelijk onderzoek kunnen doen. Een verzekerings-geneeskundige kan dan op basis van de door de specialist vastgestelde functionele beperkingen een FML opstellen, met de vraag of een beoordeling met terugwerkende kracht mogelijk is, waarna een arbeidsdeskundige de mate van arbeidsongeschiktheid kan vaststellen.

Het verweer

- 2.15 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.
- 2.16 De door de consument bij zijn ziekmelding uit eigen beweging genoemde percentages arbeidsgeschiktheid zijn gevolgd bij de vaststelling van de uitkering. In een gesprek met de claimbehandelaar op 25 september 2020 bevestigde de consument dat hij 5 uur per dag werkte. Tijdens het gesprek met de controlearts op 7 december 2020 heeft de consument gezegd 25 uur te werken in meewerkende taken. Ook bij het intakegesprek met de arbeidsfysiotherapeut heeft de consument aangegeven 4 tot 5 uur per dag te werken. Nadat de consument in het gesprek met de controlerend arts op 8 maart 2021 had aangegeven dat het minder goed ging en hij nog 20 uur per week kon werken, is dat ook weer gevolgd en is de mate van arbeidsongeschiktheid verhoogd naar 45-55%. Op 14 juli 2021 heeft de consument geheel onverplicht per e-mail aangegeven dat een werkschema van vier keer een uur met 15 minuten pauze en een iets langere lunchpauze best haalbaar was. Daarbij heeft hij zelf een schema opgesteld voor de opbouw van zijn werkzaamheden vanaf 1 september 2021 naar 5 uur per dag, vanaf 15 oktober 2021 naar 6 uur per dag, vanaf 1 december 2021 naar 7 uur per dag en vanaf 1 januari 2022 volledige werkhervatting. Na de e-mail van de consument van 26 oktober 2021 met de mededeling dat het herstel toch trager verliep is de mate van arbeidsongeschiktheid ook weer verhoogd naar 45-55%. Tijdens het onderzoek door de verzekeringsarts op 14 februari 2021 heeft de consument gezegd dat hij 4 uur per dag werkte.

Het opbouwschema dat de arbeidsdeskundige vervolgens heeft opgesteld is gebaseerd op het oordeel van de verzekeringsarts dat hij geen objectiveerbare beperkingen heeft kunnen vaststellen. Na melding van de door de verzekeraar ingeschakelde coach dat de consument stress ervaart bij de druk tot wederopbouw is de afbouw van de mate van arbeidsongeschiktheid uitgesteld om meer rust te creëren voor de consument. Ook in dat geval werd rekening gehouden met de wensen van de consument. De coach liet in een bericht van 3 augustus 2022 weten dat de consument door dit uitstel minder stress ervaart. Na melding van de nieuwe corona-infectie is de mate van arbeidsongeschiktheid zonder discussie weer aangepast. Net zoals dat is gebeurd na ontvangst van de medische informatie dat er sprake is van psychische klachten. Er is steeds aangenomen dat er sprake is van klachten en beperkingen op basis van een stoornis. De consument heeft consequent aan verschillende partijen doorgegeven hoeveel uur hij per dag werkzaam was. Er is geen sprake (geweest) van druk op zijn re-integratie. De consument is gevolgd op basis van zijn eigen feitelijke inbreng. Er is geen arbeidsongeschiktheid in de uren dat de consument (uit eigen beweging) zijn werkzaamheden daadwerkelijk verrichtte.

- 2.17 Volgens de verzekeraar mocht hij vertrouwen op de mededelingen van de consument over zijn werkhervatting. Als de door hem doorgegeven werkhervatting niet klopt, dan heeft de consument hem consequent en doorlopend onjuist geïnformeerd. In dat geval zou hij in strijd hebben gehandeld met de polisvoorwaarden én is het aannemelijk dat de verzekeraar in zijn belangen is geschaad. Immers, als er totaal geen werkhervatting had plaatsgevonden zouden er andere onderzoeken, behandelingen of externe dienstverleners voor de begeleiding van de consument (providers) zijn aanbevolen of ingezet. De verzekeraar handhaaft zijn standpunt dat er geen grond is voor een herbeoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument met terugwerkende kracht tot de eerste ziektedag.
- 2.18 Een medisch onderzoek is volgens de verzekeraar nu niet zinvol. Het onderzoek zou belemmerd kunnen worden door de aanwezige psychische aandoening waarvoor reeds volledige (80-100%) arbeidsongeschiktheid is aangenomen. Het zou ook onnodig belastend zijn voor de consument en mogelijk herhaald moeten worden als de klachten door de psychische aandoening afnemen of verdwijnen. De verzekeraar wil zich niet vastleggen op de door de consument voorgestelde wijze waarop de medische beoordeling in de toekomst moet worden ingericht. Dat hangt namelijk af van de verdere ontwikkelingen ten aanzien van de gezondheid van de consument en de op dat moment beschikbare medische informatie. De verzekeraar heeft ter zitting toegezegd dat als er wordt besloten tot een medische expertise, dit onderzoek in overleg met de (advocaat van de) consument voorafgaand aan een eventuele afbouw van de uitkering zal worden gedaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht van de consument over de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid in de periode van 27 maart 2020 tot 13 september 2022 slaagt en wijst zijn vordering tot herbeoordeling toe. Het verzoek van de consument om de verzekeraar op te dragen om een onderzoek te laten doen door een deskundige op het gebied van postinfectieuze ziekten en post-covid gevolgd door een verzekerings-geneeskundige en arbeidsdeskundige beoordeling wordt afgewezen. De commissie licht dit hierna toe.

Herbeoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid

- 3.2 De commissie ziet geen aanknopingspunten voor de stelling van de consument dat hij onder druk is gezet om op te bouwen in het aantal werkuren. Bij zijn ziekmelding heeft de consument eigener beweging een overzicht gegeven van zijn inzetbaarheid per week. De keren dat de consument aangaf dat het toch minder goed met hem ging heeft de verzekeraar hem daarin gevolgd en de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid en dienovereenkomstig de uitkering verhoogd. De commissie volgt de consument echter wel in zijn betoog dat zijn urenopbouw niet hetzelfde is als de opbouw van zijn arbeids-geschiktheid. Bij arbeidsgeschiktheid gaat het over de mate van productiviteit, zoals de arbeidsfysiotherapeut in zijn e-mail van 17 augustus 2021 aan de consument heeft geschreven. De verzekeraar mocht er niet van uitgaan dat de consument in de door hem opgegeven werkuren volledig arbeidsgeschikt was omdat dit door de intellectuele zwaarte van het werk, gegeven de aard van zijn klachten, niet aannemelijk is. Er moet daarom worden vastgesteld welke werkzaamheden de consument in de periode vanaf zijn ziekmelding per 27 maart 2020 tot 13 september 2022 nog heeft kunnen verrichten en hoe productief hij was in de door hem gewerkte uren. De commissie wijst de vordering van de consument tot nader onderzoek van de mate van arbeidsongeschiktheid in deze periode daarom toe. De verzekeraar wordt opgedragen om op zijn kosten, gezamenlijk met (de advocaat van) de consument een arbeidsdeskundige opdracht te geven om voor partijen bindend vast te stellen welke werkzaamheden de consument in de periode van 27 maart 2020 tot 13 september 2022 heeft verricht in de door hem opgegeven werkuren en wat op basis daarvan de mate van zijn arbeidsongeschiktheid was, waarna de verzekeraar overeenkomstig de uitkomsten van dit onderzoek de uitkering aan de consument aanvult.

Toekomstige beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid

- 3.3 De commissie volgt de verzekeraar in zijn standpunt dat een medische expertise in verband met post-covid klachten kan worden belemmerd door de psychische klachten van de consument en dat het daarom niet wenselijk is om het onderzoek nu te doen. Dit zou onnodig belastend zijn voor de consument, die al een uitkering ontvangt op basis van volledige arbeidsongeschiktheid.

De commissie gaat ervan uit dat (een deel van) de onzekerheid van de consument over zijn toekomstige inkomenssituatie is weggenomen door de toezegging van de verzekeraar op de zitting dat voorafgaand aan een eventuele afbouw van de uitkering overleg zal plaatsvinden met de (advocaat van de) consument over de vraag of een expertise nodig is en, zo ja, door wie het onderzoek moet worden gedaan. Onder deze omstandigheden is er geen grond om de verzekeraar op te dragen om het door de consument gevorderde onderzoek te laten doen. Of een dergelijk onderzoek gedurende de resterende looptijd van de verzekering tot 1 december 2026 nog moet plaatsvinden, is uiteraard niet zeker en zal onder meer afhangen van de gezondheidstoestand van de consument en de daarover beschikbare medische informatie.

Slotsom

- 3.4 De klacht van de consument over de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid slaagt. Zijn urenopbouw is niet hetzelfde als de opbouw van zijn arbeidsgeschiktheid. Een arbeidsdeskundige moet beoordelen welke werkzaamheden de consument in de periode vanaf 27 maart 2020 tot 13 september 2022 heeft verricht in de door hem opgegeven werkuren en wat op basis daarvan zijn mate van arbeidsongeschiktheid is. Het verzoek van de consument om de verzekeraar te verplichten tot onderzoek door een deskundige op het gebied van postinfectieuze ziekten en post-covid wordt afgewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd, op zijn kosten, gezamenlijk met (de advocaat van) de consument een arbeidsdeskundige opdracht geeft om voor partijen bindend vast te stellen welke werkzaamheden de consument in de periode van 27 maart 2020 tot 13 september 2022 heeft verricht in de door hem opgegeven werkuren en wat op basis daarvan de mate van arbeidsongeschiktheid was, waarna de verzekeraar overeenkomstig de uitkomsten van dit onderzoek de uitkering aan de consument aanvult.

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 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl