

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-061
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter en drs. A. Paulusma-de Waal en R.J. Henninger, leden
en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 25 juli 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 30 januari 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft van Verzekeraar een aanvullende uitkering gevorderd. Verzekeraar heeft geen aanvullende uitkering verstrekt omdat Consument volgens de herbeoordeling minder dan 25% arbeidsongeschikt is bevonden. Volgens Consument is bij die herbeoordeling onvoldoende rekening gehouden met de beperkingen door de ziekte van Lyme en is de FML te weinig toegespitst op het beroep van tandarts. De Commissie heeft geoordeeld dat op basis van hetgeen Consument heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twifelen aan de juistheid van en de conclusies in de herbeoordeling. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de brief met opmerkingen van Consument die zij ter zitting heeft overhandigd;
- de pleitaantekeningen van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 8 oktober 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1983, heeft voor haar beroep van tandarts bij Verzekeraar twee arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gesloten. Voor Verzekering A geldt een verzekerd dagbedrag van € 77,- met een eigenrisico-termijn van 30 dagen. Voor Verzekering B geldt een verzekerd dagbedrag van € 62,- met een eigenrisico-termijn van 30 dagen. De volgende beperkende voorwaarden zijn van toepassing op de Verzekering B:

“Nader wordt bepaald dat van de verzekering is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard. Eveneens is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de behandeling van de aandoening.

Nader wordt bepaald dat van de verzekering is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van de lumbosacrale wervelkolom (=het deel van de wervelkolom ter hoogte van de lendenen en het heiligbeen) met bijbehorende banden en spieren en aandoeningen die daarmee redelijkerwijs verband houden, waaronder ischias (=zenuwpijn in de bil en het bovenbeen) en lumbago (=”spit”). Deze restrictie geldt niet voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van infecties, kanker en botbreuken.

Herbeoordeling van deze restrictie is op verzoek van verzekerde mogelijk na 1 maart 2017.”

- 2.2 De toepasselijke Voorwaarden van verzekering – Langlopende verzekering (L) – versienummer L2013/01 (hierna: de Voorwaarden) bepalen - voor zover van belang – als volgt:

“3 *Arbeidsongeschiktheid*

(...)

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.”

- 2.3 Op 29 april 2014 heeft Consument zich met ingang van 13 januari 2014 bij Verzekeraar gedeeltelijk arbeidsongeschikt gemeld vanwege al langer bestaande rugklachten.

Daarnaast was sprake van al langer bestaande psychische klachten. Verzekering B bood hiervoor geen dekking. Onder Verzekering A heeft Consument uitkering gekregen.

- 2.4 Per 8 juni 2015 is Consument van de psychische klachten hersteld. Consument is vanwege rug- en vermoeidheidsklachten (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt gebleven. In 2015 is door orthomoleculair arts, de heer [X], diagnose ziekte van Lyme gesteld.
- 2.5 Consument is op 22 december 2015 verzekeringsgeneeskundig onderzocht door verzekeringsarts, mevrouw [Y]. Volgens de conclusies uit dat onderzoek is Consument onder andere arbeidsgeschikt voor langdurig statisch en zwaarder dynamisch rug belastend werk met een urenbeperking van 6 uur per dag bij een 5 dagen durende werkweek. Ten gevolge van de ziekte van Lyme werden geen beperkingen geduid omdat volgens de reumatoloog geen sprake was van Lyme volgens de Nederlandse maatstaven. Consument was het niet eens met de conclusies uit het onderzoek en is in dat geschil door een advocaat (hierna: de Advocaat) bijgestaan.
- 2.6 Per brief van 26 januari 2016 heeft Verzekeraar de Advocaat – voor zover van belang - als volgt bericht:

“Bindend advies

U stelt voor om de beide geschilpunten voor te leggen aan een ter zake kundige specialist in het kader van een bindend advies. Movir gaat hiermee niet akkoord. Onze ervaring is dat de rechter prima een oordeel kan vellen over dergelijke verzekeringstechnische c.q. medische vraagstukken. Het zou voor het Nederlandse rechtssysteem ook niet best zijn als dat niet het geval was. Wat ons betreft legt uw cliënte de geschilpunten dus gewoon aan de rechter voor.

(...)

Verzekeringsgeneeskundige rapportage

(...) Het is ons gebleken dat uw cliënte zich niet kan vinden in de conclusies van de verzekeringsarts.

Herbeoordeling

Gelet op het feit dat uw cliënte bezwaar heeft tegen de verzekeringsgeneeskundige rapportage van mevrouw [Y], bieden wij haar een herbeoordeling aan. Onze medische adviseur stelt voor om de herbeoordeling uit te laten voeren door een van de volgende drie verzekeringsartsen: de heer mr. [Z] te [Plaats], de heer [A] te [Plaats 1], of mevrouw [B] te [Plaats 2]. Onze medisch adviseur heeft al een concept opdrachtbrief opgesteld die u als bijlage aantreft. Graag verneem ik van u naar welke verzekeringsarts de voorkeur van uw cliënte uitgaat en of zij akkoord gaat met de concept opdrachtbrief.”

- 2.7 Per e-mailbericht van 8 september 2016 heeft de Advocaat Verzekeraar geïnformeerd dat Consument kon instemmen met een herbeoordeling door de heer [Z] en dat zij ook kon instemmen met de vraagstelling als haar medische informatie met betrekking tot de ziekte van Lyme en het behandeltraject aan de heer [Z] zou worden meegezonden. Hiermee heeft Verzekeraar ingestemd.
- 2.8 De heer [Z] heeft op 4 november 2016 een medische en zakelijke verzekerings-geneeskundige rapportage opgesteld en aan Verzekeraar toegestuurd. Volgens de heer [Z] is sprake van verschillende diagnoses waaronder de ziekte van Lyme. Het rapport vermeldt verder: *“Sprekend over de beperkingen is ondergetekende van mening dat ten gevolge van de rugklachten die zowel kunnen passen bij morbus Bechterew als wel bij een sacroiliitis, patiënte is aangewezen op arbeid waarbij beperkingen gelden ten aanzien van zowel statische als dynamische belasting van de thoracolumbale en lumbosacrale wervelkolom. Er gelden dan ook beperkingen met betrekking tot staan, lopen traplopen, knielen, kruipen, hurken, dragen, tillen en trekken etc. Sprekend over de vermoeidheidsklachten, die zowel bij de ziekte van Lyme als bij morbus Bechterew kunnen passen, is ondergetekende van mening dat deze aanleiding zijn voor beperkingen met betrekking tot fysiek zware werkzaamheden. Er gelden dan ook beperkingen met betrekking tot tillen, duwen, dragen, lopen etc. Daarnaast is ondergetekende van mening dat er aanleiding is een restrictie met betrekking tot het arbeidspatroon van toepassing te achten in de vorm van maximaal 7 uur per dag, 35 uur per week. Waarbij patiënt de mogelijkheid moet hebben halverwege de werkdag 90 minuten te kunnen recupereren. Nachtdiensten dienen vermeden te worden. Gezien de door patiënt aangegeven vermoeidheidsklachten, die kunnen passen bij genoemde diagnoses is ondergetekende van mening dat er aanleiding is om patiënt in geringe mate beperkt te achten met betrekking tot het persoonlijk functioneren. Inhoudende dat patiënt is aangewezen op arbeid waarin goed structuur is aan te brengen en hoge tijdsdruk vermeden dient te worden.”*
- 2.9 In de brief van 7 december 2016 heeft Verzekeraar aan de Advocaat medegedeeld dat, hoewel Verzekeraar vragen heeft aan de heer [Z] over de conclusies die hij in zijn verzekeringsgeneeskundige rapportage trekt, hij de rapportage accepteert omdat het verzekeringsgeneeskundige onderzoek met Consument is overeengekomen in het kader van een herbeoordelingsprocedure. Verzekeraar heeft vervolgens voorgesteld op basis van de zakelijke verzekeringsgeneeskundige rapportage een arbeidsdeskundig onderzoek door de heer [C] te laten uitvoeren.
- 2.10 Per e-mailbericht van 31 januari 2017 heeft de Advocaat Verzekeraar geïnformeerd dat Consument geen bezwaar had tegen het verrichten van een arbeidsdeskundig onderzoek door de heer [C].
- 2.11 De arbeidsdeskundige heeft in zijn rapport van 31 maart 2017, een mate van arbeidsongeschiktheid van 19% vastgesteld.

Dit percentage is gebaseerd op de medische beperkingen zoals vastgesteld door de heer [Z] en de consequenties van die beperkingen voor de verschillende werkzaamheden van Consument.

- 2.12 Per brief van 26 april 2017 heeft Verzekeraar de Advocaat medegedeeld dat de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument per 27 april 2017 op minder dan 25% wordt gesteld. Verzekeraar heeft de re-integratieuitkering per 1 augustus 2017 beëindigd. Met dit standpunt van Verzekeraar heeft Consument zich niet kunnen verenigen en dat heeft tot de onderhavige klacht geleid.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekeringen, vergoeding van advocaatkosten voor een bedrag van € 4250,- en kosten voor een medisch advies voor een bedrag van € 750,-.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.
- De procedures zijn door Verzekeraar goed doorlopen maar ook in de herbeoordeling is onvoldoende rekening gehouden met beperkingen door de ziekte van Lyme. Door de restverschijnselen van de ziekte van Lyme, kan Consument niet voor 81% haar vak uitoefenen terwijl de arbeidsdeskundige stelt dat Consument slechts voor 19% arbeidsongeschikt is. Consument heeft haar eigen praktijk waardoor zij flexibel is in haar werktijden en mensen kan inhuren om haar werk te doen maar dit heeft geen verband met de (on)belastbaarheid van Consument. De positieve instelling en het doorzettingsvermogen van Consument heeft de verzekeringsarts ten onrechte geïnterpreteerd als bekwaamheid om het verzekerde beroep uit te oefenen. Aaneengesloten werken gedurende 30 minuten met daarna rust is niet realistisch vanwege het beroep van tandarts. De functionele mogelijkhedenlijst (hierna: FML) is te theoretisch en te weinig toegespitst op het beroep van tandarts. De heer [Z] heeft hier onvoldoende bij stilgestaan.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op een aanvullende uitkering onder haar verzekeringen. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt daarover het volgende.

- 4.2 Volgens Verzekeraar is de herbeoordeling die heeft plaatsgevonden gelijk aan een door de rechter opgedragen deskundigenbericht omdat partijen gezamenlijk opdracht hebben gegeven tot het verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek. Ook stelt Verzekeraar, in zijn ter zitting overgelegde pleitaantekeningen, dat de herbeoordeling contractueel in artikel 3.4 van de Voorwaarden is verankerd en dat daarin is neergelegd dat de uitkomst van de herbeoordeling door partijen wordt geaccepteerd. Volgens Verzekeraar is de herbeoordeling bindend.
- 4.3 Consument kan zich niet verenigen met de uitkomst van de herbeoordeling zodat daarin besloten ligt dat zij zich niet aan de herbeoordeling gebonden acht. Omdat een bindende herbeoordeling hier verstrekkende gevolgen kan hebben en omdat niet is gebleken dat Verzekeraar bij zijn aanbod tot herbeoordeling Consument expliciet op het bindende karakter daarvan of de (betreffende bepaling in de) Voorwaarden heeft gewezen, moet het aanbod van Verzekeraar als een bijzondere afspraak tussen partijen worden gezien. De Commissie beschouwt de herbeoordeling dan ook niet als van een bindend karakter. De Commissie zal daarom hieronder over gaan tot de inhoudelijke beoordeling van de herbeoordeling.
- 4.4 De Commissie is van oordeel dat van een consument die de juistheid van de constatering en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt. Consument stelt dat bij de herbeoordeling onvoldoende rekening is gehouden met de beperkingen door de ziekte van Lyme. Die stelling is voor de beoordeling niet relevant. Bij het vaststellen van beperkingen laat de verzekeringsgeneeskundige zich door zijn bevindingen leiden en niet door diagnoses. Daargelaten of Consument haar stelling voldoende heeft onderbouwd, volgt deze niet uit de onder 2.8 opgenomen herbeoordeling. In tegenstelling tot het standpunt van Consument, heeft de herbeoordeling niet alleen tot het duiden van beperkingen geleid, volgens de herbeoordeling is ook sprake van verschillende diagnoses waaronder de ziekte van Lyme.
- 4.5 De stelling van Consument dat de FML te theoretisch is en te weinig rekening houdt met haar beroep van tandarts, leidt evenmin tot een ander oordeel. De FML vertegenwoordigt geen beroepen dus ook niet die van tandarts. De FML is een uitwerking van de belasting in het dagelijks leven voor alle personen van 15 jaar tot de AOW-gerechtigde leeftijd. De beperkingen die in de FML zijn geduid gebruikt de arbeidsdeskundige vervolgens om in relatie tot het werk van Consument het arbeidsongeschiktheidspercentage te duiden, zijnde 19%. Hieruit volgt dat bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid rekening is gehouden met het beroep van tandarts.
- 4.6 De slotsom is dat op basis van hetgeen Consument daartoe heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twijfelen aan de juistheid van en de conclusies in de herbeoordeling.

Niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomsten door de uitkering stop te zetten. In dat geval moeten alle vorderingen van Consument worden afgewezen.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vorderingen 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.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.