

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0775
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. K. Engel, J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden
en mr. J.J. Guijt, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 25 januari 2021
Ingediend door : De consument
Tegen : Klaverblad Schadeverzekeringsmaatschappij N.V., gevestigd te Zoetermeer, verder te
noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 1 september 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft de consument een uitkering verstrekt, deze daarna geleidelijk afgebouwd en vanaf 1 april 2020 stopgezet. De commissie is van oordeel dat dat terecht is. De consument heeft weliswaar een reëel ziektebeeld, maar de door hem geclaimde beperkingen kunnen niet aan dit ziektebeeld worden toegeschreven en zijn onvoldoende geobjectiveerd, wat nodig is voor dekking onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De vordering wordt afgewezen.

1. De procedure

- 1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de medische stukken van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 28 juni 2021 en zijn aldaar verschenen.
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft met ingang van 28 november 1995 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering) gesloten bij de verzekeraar. Het verzekerde beroep is 'exploitant reclamebureau' en het verzekerd bedrag bedraagt maximaal € 38.075,- per jaar. Het criterium voor arbeidsongeschiktheid is passende arbeid 25%. Er is sprake van een eigen risicotermijn van 365 dagen.

- 2.2 Op de verzekering zijn de 'Voorwaarden van verzekering nr. AO 04' (hierna: de voorwaarden) van toepassing. Hierin staat – voor zover hier van belang – dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is als de verzekerde geheel of gedeeltelijk ongeschikt is om werkzaamheden te verrichten als gevolg van medisch objectief vast te stellen stoornissen die rechtstreeks veroorzaakt zijn door ziekte of door uit een ongeval voortgevloeid letsel.
- 2.3 De consument heeft zich op of omstreeks 11 juni 2018 ziek gemeld bij de verzekeraar. Hij heeft medegedeeld dat hij sinds twee maanden op halve kracht werkt. Hij heeft aangegeven dat hij een onderzoekstraject is ingegaan wegens persisterende verkoudheid gevolgd door aanhoudende hoofdpijn en dat inmiddels is gebleken dat hij het syndroom van Horner heeft. De zenuw van het oog zou worden afgeknelnd door een verdikte slagader. Scanonderzoek heeft aangetoond dat de ader verstopt is en ook is afgescheurd. De vermoeidheid en hoofdpijn die de consument ervaart, zouden hierdoor verklaard kunnen worden. De consument heeft de verzekeraar te kennen gegeven dat hij voorlopig voor 50% wil blijven werken.
- 2.4 In het schadeaangifteformulier van 27 juni 2018 heeft de consument vermeld dat zijn klachten begin april 2018 begonnen met ernstige hoofdpijn en vermoeidheid. Hij kan in principe bijna alles doen in zijn werk, maar dan op een laag tempo en gedurende halve dagen.
- 2.5 De verzekeraar heeft de consument bericht dat hij 1 april 2018 als eerste ziektedag aanmerkt en dat vóór 1 april 2019 geen recht op uitkering bestaat in verband met de eigen risicotermijn van 365 dagen.
- 2.6 Vanaf 1 april 2019 heeft de verzekeraar de consument een uitkering verstrekt van 50% van het verzekerd maandbedrag.
- 2.7 Op verzoek van de verzekeraar heeft op 23 augustus 2019 een neurologisch onderzoek door dr. [naam I] plaatsgevonden. De consument heeft tijdens het onderzoek aangegeven dat hij na een paar uur werken hoofdpijnlachten ervaart. Ook ervaart hij in de loop van de dag toenemende (mentale) moeheid, traagheid en geheugenproblemen. Daarnaast heeft de consument tijdens het onderzoek geklaagd over een licht gevoel in het hoofd bij overeind komen. Neuroloog [naam I] heeft in zijn rapport opgenomen dat hij de cognitieve klachten niet kan objectiveren. Hij duidt ze als functioneel en afhankelijk van mentale belasting en moeheid. Als mogelijke verklaring noemt hij verwerkingsproblematiek, angst of somatisatie. Voor het syndroom van Horner en de dissectie kan hij geen beperkingen aannemen. De hoofdpijn duidt hij als spanningshoofdpijn waarvoor evenmin beperkingen gelden.

Wel merkt hij op dat de hoofdpijn de consument angstig kan maken en kan leiden tot vermoeidheid. De duizeligheid bij overeind komen kan volgens hem vermeden worden door langzamer overeind te komen. Een uur-beperking of beperkingen bij het persoonlijk en sociaal functioneren acht hij niet aanwezig omdat er geen cognitieve of andere neurologische stoornissen zijn geobjectiveerd.

- 2.8 De verzekeraar heeft de consument in september 2019 bericht dat er uit de neurologische expertise geen neurologische afwijkingen zijn gevonden die tot objectiveerbare beperkingen leiden. De consument heeft tegen dit standpunt bezwaar gemaakt en daarbij ook zijn onvrede geuit over het door neuroloog [naam 1] uitgevoerde onderzoek.
- 2.9 Omdat de consument vraagtekens plaatste bij de zorgvuldigheid van het door neuroloog [naam 1] uitgebrachte onderzoek, heeft de verzekeraar de consument in de gelegenheid gesteld daarop te reageren en te laten weten aan welke aandoening/medische afwijking hij de belemmeringen die hij ervaart, toeschrijft.
- 2.10 Bij brief van 28 oktober 2019 heeft de verzekeraar de consument bericht dat op basis van het expertiserapport van neuroloog [naam 1] een medische onderbouwing voor arbeidsongeschiktheid ontbreekt en dat er geen recht op uitkering meer is. De verzekeraar heeft de uitkering niet ineens gestopt, maar heeft over de maand oktober 2019 nog een uitkering van 50% van het verzekerd bedrag verstrekt.
- 2.11 De consument heeft vervolgens op 29 oktober 2019 aan de verzekeraar doorgegeven dat zijn behandelend neuroloog hem heeft uitgelegd dat zijn klachten veroorzaakt worden doordat het bloed een langere weg moet afleggen om de linkerkant van zijn hersenen te voorzien. Daarnaast heeft hij opgemerkt dat hij niet denkt dat zijn klachten een psychische oorsprong hebben.
- 2.12 Naar aanleiding van de door de consument geuite bezwaren heeft de verzekeraar besloten een tweede neurologische expertise te doen plaatsvinden. In afwachting van deze expertise is vanaf 1 november 2019 een uitkering van 25% van het verzekerd bedrag aan de consument toegekend.
- 2.13 Op 21 januari 2020 heeft het neurologisch onderzoek door dr. [naam 2] plaatsgevonden. Uit het door neuroloog [naam 2] opgestelde rapport volgt dat de consument tijdens het onderzoek heeft medegedeeld geen geheugenproblemen meer te hebben. Wel leidt een combinatie van moeheid, hoofdpijn en duizelingen tot problemen op het werk.

Ook heeft de consument tijdens het onderzoek medegedeeld dat in het rapport van neuroloog [naam 1] zijn ziekteverloop, onderzoeken en verdere persoonlijke gegevens op juiste wijze zijn beschreven, maar dat hij het alleen niet eens is met de conclusies wat betreft zijn resterende klachten en beperkingen. Het gedeelte van het rapport waarin het bovenstaande is opgenomen, is in conceptvorm aan de consument voorgelegd. Hij heeft toen laten weten dat het een juiste weergave is, maar dat hij van mening is dat onvoldoende aandacht aan zijn duizeligheidsklachten is besteed.

- 2.14 Op basis van de anamnese en het medische dossier heeft neuroloog [naam 2] geconcludeerd dat de klachten die de consument ervaart niet kunnen worden toegeschreven aan een specifieke aandoening op neurologisch vakgebied en dat daaraan dus geen beperkingen kunnen worden ontleend. Neuroloog [naam 2] twijfelt niet aan de realiteit van de klachten die de consument ervaart. Hij merkt op dat na het doormaken van enige vasculaire gebeurtenis vaker een tijd specifieke klachten bestaan, zoals hoofdpijn en moeheid.
- 2.15 Nadat het tweede neurologisch onderzoek had plaatsgevonden, heeft de verzekeraar telefonisch contact met de consument opgenomen en gemeld dat ook uit dit onderzoek geen neurologische beperking gebleken is. De consument heeft toen medegedeeld na overleg met zijn behandelend neuroloog een aanvullend onderzoek naar de doorbloeding van de hersenen tijdens stress/inspanning te willen laten uitvoeren.
- 2.16 Op 4 mei 2020 heeft de verzekeraar de consument medegedeeld dat de uitkering per 1 april 2020 stopt omdat uit de door de twee neurologen opgestelde rapporten niet blijkt dat sprake is van een neurologische beperking. Daarnaast heeft de verzekeraar de consument medegedeeld dat hij het initiatief voor het door de consument voorgestelde aanvullende onderzoek bij de consument en zijn behandelaar laat. De verzekeraar heeft het dossier vervolgens gesloten en aangegeven slechts tot heropening over te gaan als hij informatie ontvangt die daartoe aanleiding geeft.
- 2.17 Op 11 juni 2020 heeft de consument zich bij de verzekeraar beklagd over de stopzetting van de uitkering per 1 april 2020. Daarbij heeft de consument vermeld dat zijn huisarts zijn mening over de beperkingen onderschrijft. De verzekeraar heeft toen informatie opgevraagd bij de huisarts van de consument. De huisarts heeft verklaard dat de consument klachten over duizeligheid en over een onzeker gevoel houdt, met name bij werken op een steiger of in een hoogwerker, en dat het hem niet lukt om een volledige dag op kantoor vol te houden. Daarnaast heeft de huisarts verwezen naar de brief van de behandelend neuroloog van de consument van 19 maart 2020 en medegedeeld dat nog aanvullend onderzoek in de zin van een SPECT-scan volgt om te beoordelen of de bloedtoevoer in de hersenen bij inspanning al dan niet vermindert.

- 2.18 Deze aanvullende informatie heeft er niet toe geleid dat de verzekeraar zijn standpunt heeft gewijzigd.
- 2.19 Ter zitting heeft de consument medegedeeld dat hij de SPECT-scan, na advies van zijn behandelend arts, niet heeft laten uitvoeren in verband met de risico's daarvan.

De klacht en vordering

- 2.20 De consument vordert dat de verzekeraar de uitkering over de periode van 1 november 2019 tot 1 april 2020 verhoogt van 25% naar 50% van het verzekerd maandbedrag en de uitkering vanaf 1 april 2020 voortzet voor 50% van het verzekerd maandbedrag. Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument de volgende argumenten aangedragen.
- 2.21 De klachten en belemmeringen die de consument ervaart, te weten vermoeidheid, verminderde concentratie en duizeligheid, zijn toe te schrijven aan een algemeen erkend ziektebeeld, te weten de afsluiting en dissectie van een hersenvat in combinatie met het syndroom van Horner. Hierdoor is de bloedvoorziening in de linkerhersen helft voor 30% verminderd is en deze hersen helft ook aangetast.
- 2.22 De twee expertiseonderzoeken die de verzekeraar heeft laten uitvoeren zijn niet relevant. Neuroloog [naam 1] heeft zijn onderzoek ten onrechte voornamelijk gericht op het aantonen van een doorgemaakt herseninfarct. Hiervan is nooit sprake geweest. De behandelend neuroloog van de consument heeft dat zelfs uitgesloten. Neuroloog [naam 2] heeft zonder enig onderzoek alle bevindingen van neuroloog [naam 1] overgenomen. Er heeft slechts een 15 minuten durend gesprek met hem plaatsgevonden.
- 2.23 Uit de door de huisarts van de consument en de behandelend neuroloog verstrekte gegevens volgt dat zij de mening van de consument over zijn beperkingen onderschrijven. Ten onrechte heeft de verzekeraar deze gegevens naast zich neergelegd.

- 2.24 Van mentale (angst)klachten is geen sprake.

Het verweer

- 2.25 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 Is de consument vanaf 1 november 2019 arbeidsongeschikt in de zin van de verzekering en kan hij daarom aanspraak maken op uitkering van 50% van het verzekerd maandbedrag?

Geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering

- 3.2 De commissie neemt op grond van het medisch dossier het volgende als vaststaand aan. Bij de consument is sprake van afsluiting en dissectie van een hersenvat, in combinatie met het syndroom van Horner. Dit betreft een algemeen erkend ziektebeeld. De commissie stelt vast dat de verzekeraar twee neurologische expertiseonderzoeken heeft laten verrichten en dat beide neurologen de door de consument ervaren klachten niet hebben kunnen verklaren vanuit het bij hem geconstateerde ziektebeeld aangezien de dissectie geen hersenschade heeft aangericht en de doorbloeding van de hersenen ook goed is. Daarnaast hebben beide neurologen de klachten ook niet kunnen objectiveren; zij hebben dus geen oorzaak van de klachten kunnen vinden. Hieruit volgt dat beide neurologen ook geen beperkingen bij het verrichten van werkzaamheden konden duiden (noemen).
- 3.3 De consument is van mening dat de twee neurologische expertiseonderzoeken niet relevant zijn. De commissie volgt deze mening niet. Anders dan de consument stelt, heeft neuroloog [naam 1] niet alleen gekeken naar de verschijnselen van een herseninfarct, maar is hij op alle aspecten van de ziekte ingegaan. Zijn rapport is ook goed onderbouwd. Bovendien heeft de consument zelf bij neuroloog [naam 2] verteld dat neuroloog [naam 1] alles op de juiste wijze heeft beschreven.
- 3.4 Ook het verwijt van de consument dat neuroloog [naam 2] geen eigen onderzoek heeft verricht en zich volledig heeft gebaseerd op het rapport van neuroloog [naam 1] gaat niet op. Niet gebleken is dat neuroloog [naam 2] andere of aanvullende werkzaamheden had kunnen verrichten. Een fysiek onderzoek had na het al eerder door [naam 1] verrichte onderzoek geen meerwaarde. Het laten maken van bijvoorbeeld een SPECT-scan is voorbehouden aan de behandelend artsen en mag alleen op strenge indicatie gebeuren. Het is aan de consument om te beslissen of hij al dan niet een dergelijke scan wil laten uitvoeren. Na overleg met zijn behandelend arts, heeft de consument besloten om geen SPECT-scan te laten maken. Hij vindt de risico's te groot. Ook is het de vraag of een SPECT-scan wel iets zal opleveren.
- 3.5 De consument stelt dat wel sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden en beroept zich op de berichtgeving van zijn huisarts en behandelend neuroloog. Uit deze berichtgeving blijkt evenwel niet dat sprake is van arbeidsongeschiktheid in de definitie van de verzekeringsovereenkomst. De huisarts verwoordt slechts de door de consument ervaren klachten en uit de berichtgeving van de behandelend neuroloog volgt dat ook zij geen neurologische uitval bij de consument heeft geconstateerd.
- 3.6 Voor zover de consument nog heeft aangevoerd dat hij geen mentale (angst)klachten heeft, merkt de commissie op dat de beslissing van de verzekeraar over het recht op een uitkering niet is gebaseerd op door de consument ervaren mentale (angst)klachten.

3.7 De consument heeft ongetwijfeld klachten en zal daardoor belemmeringen ervaren. Ook kan de commissie begrijpen dat de consument het zo heeft ervaren dat de klachten zijn veroorzaakt door de dissectie omdat hij eerder geen last had van deze klachten. Zoals hiervoor vermeld moet echter voldaan worden aan het begrip arbeidsongeschiktheid zoals neergelegd in de voorwaarden. Gelet op het hiervoor overwogene is de conclusie van de commissie dat op grond van de twee neurologische expertisearchieven geen medisch objectieve verklaring voor de klachten van de consument te duiden is, zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering.

Conclusie

3.8 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de verzekeraar op goede gronden heeft mogen aannemen dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering en om die reden de uitkering vanaf 1 november 2019 heeft mogen afbouwen en vanaf 1 april 2020 heeft mogen stopzetten.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.