

Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
11 mei 2016, nr. 2016-214

GEEN OBJECTIEVE STOORNIS

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. De toepasselijke polisvoorwaarden bepalen het volgende bij arbeidsongeschiktheid:

'Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren.'

Wegens vermoeidheid, diverse lichamelijke (pijn)klachten, prikkelbaarheid, concentratie- en geheugenproblemen heeft Consument zich in april 2012 arbeidsongeschikt gemeld.

Verzekeraar is hierop gaan uitkeren, maar stopt de uitkering drie jaar later omdat geen sprake zou zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Hierdoor zijn geen beperkingen voor het verrichten van werkzaamheden te duiden en is er geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering.

In reactie hierop heeft Consument gesteld dat zijn klachten zijn toe te rekenen aan 'chronische Lyme'. Een positieve serologische test is beschikbaar. Hoewel geen persisterende borrelia-infectie werd vastgesteld en over het restbeeld van een borrelia-infectie uit het verleden geen zekerheid kan worden gegeven, is Consument wel degelijk beperkt in zijn functioneren en kan hij zijn werkzaamheden niet hervatten.

Naar het oordeel van de Commissie biedt het medisch dossier van Consument onvoldoende aanknopingspunten om die stelling te onderschrijven. De diagnose chronische Lyme/neuroborreliose is, gezien de presentatie van de klachten van Consument en gezien ook de curatieve bevindingen, onwaarschijnlijk en niet onderbouwd. Een door Consument bij zijn internist opgevraagde verklaring maakt dit niet anders. Hoe invoelbaar de klachten ook zijn, medisch gezien kunnen deze niet in relatie met ziekte worden gebracht en kunnen deze niet worden gezien als een objectieve stoornis. Verzekeraar is dan ook niet toerekenbaar tekortgeschoten en mocht zich in redelijkheid op dit standpunt stellen.

Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
22 april 2016, nr. 2016-186

MEDISCH BEPERKT?

Consument heeft bij Verzekeraar een beroepsarbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten, waarbij een verhoogde drempel van 45 procent arbeidsongeschiktheid is overeengekomen.



In 2005 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld wegens nekkklachten na een aanrijding. De Verzekeraar is hierop gaan uitkeren. In 2007 en 2008 wordt een neurologische en orthopedische expertise verricht. Hoewel hierin geen beperkingen worden geïd, geen diagnose wordt gesteld en Consument zich inmiddels heeft laten omscholen, heeft Verzekeraar de uitkering gecontinueerd.

De uitkering wordt vervolgens in 2014 beëindigd, nu geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot het ongeval, waardoor Consument is beperkt in het functioneren. Sinds 2007 was al geen sprake van medisch objectiveerbare beperkingen voor het uitoefenen van het oude, verzekerde beroep van Consument. Bovendien verrichte Consument in haar nieuwe functie voor meer dan 65 procent werkzaamheden.

Consument stelt dat Verzekeraar toerekenbaar tekortgeschoten is in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst en vordert uitkering onder de verzekering met terugwerkende kracht. Zij voert hiertoe onder meer aan dat de polis nooit werd aangepast op haar nieuwe beroep, er in 2006 zou zijn toegezegd dat er geen verdere medische onderzoeken zouden worden verricht en dat het niet mogelijk is het oude (verzekerde) beroep uit te oefenen, hetgeen zou blijken uit een recente MRI-scan.

Verzekeraar stelt, op basis van drie onafhankelijke expertiserapporten, dat de uitkering terecht is stopgezet vanwege het ontbreken van krachtens de verzekering gedekte beperkingen. Consument heeft geen nieuwe medische gegevens aangedragen die aanleiding geven thans beperkingen aan te houden. Daarbij is het niet aannemelijk dat Consument de uitkeringsdrempel van 45 procent arbeidsongeschiktheid bereikt.

De Commissie neemt op grond van het medisch dossier als vaststaand aan dat geen sprake is van medisch objectiveerbare stoornissen. Hierdoor zijn ook geen medische beperkingen te duiden. Hoewel dit niet zegt dat Consument geen klachten heeft, vallen deze niet onder de verzekering. Aan de vraag of de arbeidsongeschiktheid moet worden beoordeeld aan de hand van het oude dan wel nieuwe beroep, komt men om die reden niet toe. Aldus heeft Verzekeraar in redelijkheid kunnen besluiten de uitkering

te beëindigen en bestaat geen grondslag voor de overige vorderingen van Consument.

Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
17 mei 2016, nr. 2016-218

RECHTSTREEKS ONGEVALSGEVOLG?

Consument heeft bij Verzekeraar een ongevalverzekering afgesloten. Over de definitie van het begrip 'ongeval' bepaalt de polis het volgende:

'Ongeval: een plotselinge, ongewilde, van buiten komende, onmiddellijke geweldadige inwerking op het lichaam van de verzekerde, welke rechtstreeks en uitsluitend oorzaak is van objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat rechtstreeks de dood of blijvende invaliditeit tot gevolg heeft.'

Als gevolg van meerdere ongevallen in 2007, 2008 en 2009 heeft Consument klachten aan de linkerknie ontwikkeld. Van Verzekeraar ontving zij hierop een uitkering op basis van 8 procent functieverlies aan het linkerbeen. De klachten van Consument persisteren en als gevolg van een hierop volgende injectie in de knie, is deze gaan ontsteken. Consument meent dat de verergering van de klachten rechtstreeks aan het ongeval is toe te rekenen en vordert uitkering op basis van 50 procent van het functieverlies van het been, dan wel op basis van 35 procent zonder finale kwijting.

Verzekeraar betwist dit en stelt dat het knieprobleem is toe te rekenen aan een brace die Consument droeg vanwege een nieuwe behandeling voor spataderen. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat dit niet kan worden aangemerkt als een rechtstreeks en uitsluitend ongevalsgevolg.

De Commissie overweegt dat Consument met overlegging van rapportages voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de in 2011 ontwikkelde knieklachten het gevolg zijn van de eerdere ongevallen. Verzekeraar heeft deze stelling van Consument onvoldoende betwist en – ondanks het verzoek hiertoe van het Kifid – geen nadere informatie beschikbaar gesteld over de kennelijk door Consument genoten nieuwe spataderbehandeling. Als gevolg hiervan concludeert de Commissie dat de verergering van de knieklachten niet het gevolg is van die nieuwe behandeling, maar van het ongeval. Voor toekenning van een uitkering op basis van 50 procent functieverlies aan het been ziet de Commissie echter geen aanleiding. Wel kent de Commissie een uitkering toe op basis van 35 procent functieverlies van het been, inclusief toekomstrisico en aldus tegen finale kwijting.

Mr. A.C. (Sanne) van der Salm
De auteur is advocate bij Ekelmans & Meijer
Advocaten te Den Haag.