

TUCHTRAAD FINANCIËLE DIENSTVERLENING (ASSURANTIËN)

UITSpraak 17-001

in de zaak nr. TFD 16-005 van:

[naam]
(klager)

Tegen

[naam aangeslotene]
(aangeslotene).

1. Inleiding

Namens klager is door zijn gemachtigde op 23 mei 2016 een klacht tegen aangeslotene ingediend bij de Tuchtraad. Deze zaak betreft daarmee een verzoek tot het instellen van een onderzoek als bedoeld in artikel 6 lid 2 onder g van het Reglement Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën).

2. De feiten

2.1 Klager heeft met ingang van 1 maart 2009 een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij aangeslotene. Het verzekerd beroep is chauffeur (vrachtwagen). Op deze verzekering zijn de Algemene Voorwaarden ([nummer]) en de Bijzondere Voorwaarden AOV [naam] ([nummer]) van toepassing. Op 11 april 2009 is klager door een eenzijdig motorongeval gewond geraakt. Aangeslotene is met uitkering gestart na de 30 dagen eigenrisico-termijn, derhalve vanaf 11 mei 2009, op basis van volledige arbeidsongeschiktheid.

2.2 In opdracht van aangeslotene heeft orthopedisch chirurg [naam] expertise verricht en daarover als volgt gerapporteerd op 1 december 2010:

“De totale functionele invaliditeit van de gehele mens (...) is 9% + 8% = 16% (...) Er zijn reeds beginnende degeneratieve veranderingen aan het bovenste spronggewricht links. Het is derhalve mijns inziens wenselijk om deze expertise over vijf jaar te herhalen.”

2.3 Naar aanleiding van deze orthopedische expertise heeft [naam], arts geneeskundig adviseur RGA op 2 februari 2011 als volgt gerapporteerd over de belastbaarheid van klager voor arbeid:

“Alles overziende is er sprake geweest van een ernstige letsel[s] dat geleid heeft tot blijvende beperkingen voor de werkzaamheden als vrachtwagenchauffeur waardoor hij naar mijn mening voor deze werkzaamheden niet meer geschikt te achten is, mede door de beperkingen die er reesteren ten aanzien van de linker schouder en de rechter pols, terwijl verwacht kan worden dat er toenemende beperkingen van de linker enkel zullen optreden. Verzekerde is wel geschikt voor administratieve werkzaamheden cq leidinggevende activiteiten.”

2.4 De arbeidsdeskundige [naam], heeft in zijn rapportage van 22 april 2011 het volgende arbeidsdeskundig advies gegeven:

“In mijn eerdere rapport van 9 oktober 2010 meldde ik u dat verzekerde actief was in het bedrijf en dat deze activiteiten konden worden gezien als een verschuiving van taken die krachtens de polisvoorwaarden van verzekerde verwacht kunnen worden. Aanvullend kan nu worden gesteld dat het vermoeden bestaat dat deze activiteiten nog niet hebben geleid tot een verbetering van het bedrijfsresultaat. Er lijkt zelfs sprake te zijn van een toegenomen verlies. Indien de polisvoorwaarden in enge zin worden geïnterpreteerd hoeft er geen rekening te worden gehouden met het verlies aan inkomen. Art. 7 lid 1 van de polisvoorwaarden rept slechts over het verrichten van arbeid en biedt tevens ruimte dat de arbeidsongeschiktheid wordt gebaseerd op activiteiten die verzekerde in zijn onderneming verricht. Op basis van de enge interpretatie toont verzekerde aan arbeid in zijn onderneming te verrichten en daarmee volledig inzetbaar te zijn. Verzekerde is dan niet meer volledig arbeidsongeschiktheid te beschouwen. Welk arbeidsongeschiktheidspercentage wel van toepassing zou zijn is zonder belastbaarheidprofiel niet vast te stellen. Een ruimere interpretatie van de polisvoorwaarden zou kunnen inhouden dat verzekerde de tijd krijgt om zijn bedrijf om te vormen tot een winstgevende onderneming. Verzekerde is immers aantoonbaar arbeidsongeschikt geraakt voor zijn verzekerde beroep en het kan niet worden uitgesloten dat indien verzekerde niet arbeidsongeschikt was geraakt het bedrijf winstgevend zou zijn. Dat verzekerde dan een periode wordt gegund zijn bedrijf anders vorm te geven, valt dan te billijken.

Een ander aspect van de behandeling van de claim is tot op heden onderbelicht gebleven. De vraag is of verzekerde met behulp van aanpassingen niet in staat zal zijn de activiteiten als chauffeur uit te oefenen. (...) Indien u dit wenst zou gekeken kunnen worden in hoeverre voorzieningen de werkplek van verzekerde toegankelijk kunnen maken, waardoor hij mogelijk (een deel) van zijn activiteiten kan verrichten. Om een dergelijk onderzoek te verrichten dient de arbeidsdeskundige over een belastbaarheidspatroom te beschikken. Het is aan de verzekeringsmaatschappij om een standpunt in te nemen inzake het te voeren beleid.”

2.5 De heer [naam], Manager Kenniscentrum Inkomen en Schade van aangeslotene, heeft op 22 juli 2011 onder meer het volgende aan mevrouw [naam], schadebehandelaar inkomen van aangeslotene geschreven:

“In deze case gaat het om een vrachtwagenchauffeur. Die samen met een compagnon een transportonderneming heeft. De compagnon deed de feitelijke leiding en hij was partner maar reed alleen op de vrachtauto.

(...)

- dat er een te groot verschil zit tussen vrachtwagenchauffeur en directeur (...)
- dat het verschil tussen offerte tekst en voorwaarden tekst dusdanig is dat de verzekerde er van uit mag gaan dat zijn ao wordt afgeschat op basis van zijn beroep

(...)

Op Basis van het bovenstaande geven wij dan ook het advies om sec te kijken naar de beroeps ao en daar op de uitkering te baseren.”

2.6 Op 25 juli 2011 heeft aangeslotene onder meer aan klager geschreven:

“In samenspraak met onze juristen en onze afdeling Verzekeringstechniek zijn wij tot de conclusie gekomen dat er een te groot verschil zit tussen de beroepen vrachtwagenchauffeur en directeur om te kunnen spreken van taakverschuivingen. Op grond hiervan achten wij u voor uw beroep als vrachtwagenchauffeur volledig arbeidsongeschikt en zullen wij uw uitkering vooralsnog op basis van 80-100% arbeidsongeschikt continueren.

De arbeidsdeskundige zal op ons verzoek u in de toekomst verder begeleiden.”

- 2.7 Aangeslotene heeft de arbeidsongeschiktheidsuitkering aan klager op deze basis tot heden gecontinueerd.
- 2.8 De arbeidsdeskundige [naam] heeft in mei 2012 contact gehad met klager over mogelijke aanpassingen van zijn werkplek, waarna hij klager op 9 augustus 2012 heeft bezocht. Hiervan is op 30 augustus 2012 rapport opgemaakt. In dit rapport is onder meer vermeld:

“5. Arbeidsdeskundig advies

Ik sprak verzekerde en diens intermediair op het kantoor van het intermediair. Het werd mij duidelijk dat verzekerde zijn arbeidsmogelijkheden niet ziet in de functie van chauffeur. Hij is actief om buiten het fysieke transport van goederen ook een bedrijfs onderdeel vorm te geven rond het verhandelen van ritten. Dit bedrijfs onderdeel staat nog in de kinderschoenen. Ten aanzien van de ontwikkeling van de klachten lijkt er een situatie te ontstaan waarbij grote verbeteringen niet te verwachten zijn, verzekerde ervaart eerder een afname van de belastbaarheid. Het lukt verzekerde wel om invulling te geven aan zijn rol van directeur in het bedrijf. Hierin is geen wijziging gekomen sinds mijn rapport van juli 2011.

Op dit moment is er geen aanleiding tot concrete actie van de arbeidsdeskundige. Ik adviseer om periodiek contact te onderhouden met verzekerde om de voortgang te bespreken. Over de frequentie en wijze waarop dit contact dient plaats te vinden, kan ik geen uitspraak doen.

6. Visie verzekerde

Verzekerde ervaart het persoonlijke contact met de arbeidsdeskundige als prettig. Hij is kritisch ten opzichte van de opdrachtgever en wenst om die reden dan ook een gesprek aan te gaan in aanwezigheid van het intermediair.

(...)

8. Voortgang/planning

Ik heb geen concrete actiepunten gepland en verdere vervolgspraken met verzekerde gemaakt. Het arbeidsdeskundig traject kan worden afgesloten, tot het moment dat de opdrachtgever van mening is dat een vervolgactie gewenst is. (...)

- 2.9 Bij brief van 8 oktober 2012 heeft aangeslotene aan klager bericht dat de arbeidsdeskundige [naam] in augustus 2013 gevraagd zal worden weer contact met klager op te nemen:

“jaarlijks contact met arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige zal één keer per jaar contact met u opnemen om de voortgang van uw arbeidsongeschiktheid te bespreken. In augustus is de heer [naam] voor het laatst bij u langs geweest. Wij zullen hem volgend jaar augustus weer vragen contact met u op te nemen. Als er in de tussentijd iets in uw situatie wijzigt, wilt u dan zelf contact met de arbeidsdeskundige of met ons opnemen?”

- 2.10 Op 25 september 2013 is er telefonisch contact geweest tussen arbeidsdeskundige [naam] en klager. In het daarvan op 26 september 2013 opgemaakte rapport is onder meer opgenomen:

“4. Mate van arbeidsongeschiktheid

Ik zie geen aanleiding om het arbeidsongeschiktheidspercentage aan te passen. Verzekerde ontvangt een uitkering op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid.

5. Arbeidsdeskundig advies

(...)Ten aanzien van de fysieke klachten zie ik geen interventie mogelijkheden. (...) De basis onder het bedrijf heeft zich helaas niet verder verbreed. (...) Dit is een wankel basis te meer omdat het bedrijf gering in omvang is en opereert in een lastige markt. Mogelijk dat ten aanzien van [de] bedrijfssituatie een stuk ondersteuning geboden kan worden door een bedrijfsadviseur van [naam bedrijf]. (...) Verzekerde vertelde hiervoor open te staan.

8. Voortgang/planning

Ik adviseer een intake te laten plaatsvinden met een bedrijfsadviseur van [naam bedrijf]. Er is geen directe aanleiding om een arbeidsdeskundige interventie voor te stellen. Daarom kan een vervolcontact met verzekerde door de arbeidskundige plaatsvinden op initiatief van de opdrachtgever. Verzekerde wenste een afschrift te ontvangen van dit rapport, hetgeen ik heb toegezegd.”

- 2.11 Op 10 september 2014 heeft mevrouw [naam], schadebehandelaar AOV van aangeslotene, telefonisch contact gehad met klager. Bij brief van diezelfde datum heeft aangeslotene de inhoud van dit gesprek als volgt bevestigd:

“Als verzekeraar hechten wij er waarde aan om periodiek een objectief oordeel te krijgen over uw gezondheidssituatie. Hiervoor maken wij gebruik van een onafhankelijk bureau [naam bureau]. (...) U zult worden onderzocht door een verzekeringsarts. Zoals u in onze verzekeringsvoorwaarden kunt lezen bent u gehouden om aan dit onderzoek mee te werken. (...)”

- 2.12 Klager is op 24 november 2014 onderzocht door de verzekeringsarts mevrouw [naam]. Op 6 januari 2015 heeft de verzekeringsarts een zogeheten ‘functionele mogelijkheden lijst’ (hierna: FML) opgesteld. Op 27 januari 2015 heeft er een telefoongesprek plaatsgevonden tussen klager en mevrouw [naam]. In het van dit telefoongesprek door mevrouw [naam] opgemaakte verslag is onder meer opgenomen dat klager “erg angstig [is] voor het feit dat wij hem uit de uitkering proberen te krijgen want zo stelt hij mijn gezondheidssituatie is onveranderd.”
- 2.13 In opdracht van aangeslotene heeft de registerarbeidsdeskundige [naam] ([naam bedrijf]) op 2 maart 2015 klager bezocht. Naar aanleiding van dit bezoek en op basis van de onder 2.12 genoemde FML is op 16 maart 2015 een concept-rapportage arbeidskundig onderzoek uitgebracht. [naam] concludeerde tot arbeidsongeschiktheid van 91% voor laatst verrichte werkzaamheden en tot arbeidsongeschiktheid van 65-80% voor aangepaste werkzaamheden binnen eigen bedrijf.
- 2.14 De advocaat van klager, [naam] (hierna: de gemachtigde van klager) heeft bij brief van 8 april 2015 (en daarna) bezwaar gemaakt bij aangeslotene tegen de gang van zaken. Het bezwaar richtte zich met name tegen herkeuring en daarnaast tegen de door verzekeringsarts [naam] verwoorde belastbaarheid en het op basis daarvan opgemaakte conceptrapport van registerarbeidsdeskundige [naam]. Aangeslotene is daarbij verzocht het lopende onderzoek ‘on hold’ te zetten.

- 2.15 Aangeslotene heeft medio 2015 nadere medische informatie ingewonnen, op basis waarvan de verzekeringsarts van [naam bureau], [naam], aangeslotene heeft geadviseerd om hernieuwd verzekeringsgeneeskundig onderzoek te laten plaatsvinden. Bij brief van 27 oktober 2015 heeft aangeslotene vervolgens aan klager geschreven:

“Wij ontvingen de aanvullende rapportage van de verzekeringsarts van [naam bureau], de heer [naam]. (...) Na bestudering van de medische informatie, adviseert de verzekeringsarts om een hernieuwd verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaats te laten vinden. Dit omdat er sprake is van nieuwe feiten. Om deze feiten zorgvuldig te kunnen converteren naar de belastbaarheid van de heer [naam klager] is dit onderzoek noodzakelijk. Mevrouw [naam] is niet langer consulteerbaar en zal niet bij het hernieuwde onderzoek zijn betrokken.”

- 2.16 De medisch adviseur van aangeslotene heeft op 27 december 2015 geadviseerd tot herkeuring bij orthopedisch chirurg [naam]. Per e-mail van 4 januari 2016 heeft aangeslotene de gemachtigde van klager hierover geïnformeerd:

“Inmiddels heb ik advies van onze medisch adviseur ontvangen. Op basis van dit advies hebben wij het volgende besloten. Om tot een zorgvuldige vaststelling te komen van de medische beperkingen is het noodzakelijk dat er een orthopedische expertise plaatsvindt.”

In deze e-mail heeft aangeslotene tevens aan de gemachtigde van klager het volgende bericht:

“Zoals ook in onze brief van 30 november aangegeven staan wij open voor een gesprek met de heer [naam klager] over de mogelijkheden om tot een duurzame oplossing te komen voor het inzetbaarheidsprobleem.”

- 2.17 Tussen partijen is discussie blijven bestaan over de noodzaak en grondslag van nadere onderzoeken van klager.

3. Het procesverloop

- 3.1 De gemachtigde van klager heeft bij brief van 23 mei 2016 een klacht ingediend bij de Tuchtraad Financiële Dienstverlening. Op verzoek van de Tuchtraad heeft de gemachtigde van klager op 8 juni 2016 nadere informatie verschaft.
- 3.2 Het verweerschrift van aangeslotene is op 14 juli 2016 door de Tuchtraad ontvangen. Daarop heeft klager gereageerd met een brief van 4 augustus 2016. Deze reactie wordt hierna aangeduid als de repliek. Aangeslotene heeft in reactie daarop een brief van 9 september 2016 (hierna: de dupliek) ingezonden.
- 3.3 Op 22 november 2016 heeft een mondelinge behandeling plaatsgevonden.

4. De klacht

- 4.1 Het klaagschrift bevat zes klachten over de beslissing tot herkeuring en over de wijze waarop aangeslotene het herkeuringstraject heeft vormgegeven en daarnaast een viertal verzoeken aan de Tuchtraad. Meer in het bijzonder is volgens klager sprake van de volgende schendingen van de Gedragscode Verzekeraars.

*Regel 18 Gedragscode Verzekeraars**Kwaliteit & deskundigheid*

18. Wij zorgen dat er adequaat intern toezicht wordt gehouden op relevante bedrijfsprocessen.

- 4.2 De klachten van klager bij dit onderdeel van de Gedragscode luiden als volgt:
- Er was geen medisch adviseur betrokken bij de opdracht tot herkeuring en de opdracht aan de arbeidsdeskundige (volgens klager worden hiermee artikel 2.2 van het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en de artikelen 6.1.4 en 6.1.6 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen geschonden).
 - Er is sprake van een schending van het medisch beroepsgeheim door de medisch adviseur van aangeslotene, omdat er medische stukken waren gevoegd bij de opdracht aan [naam bureau] (hierna: 'de verzekeringsarts'). De gegevens zijn volgens klager niet conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen verwerkt.
 - Het is onzorgvuldig dat aangeslotene heeft nagelaten bij klager te informeren naar diens gezondheid en om het medisch dossier te actualiseren.
- 4.3 Als aangeslotene haar bedrijfsprocessen op orde had gehad, zou dit alles voorkomen zijn.

*Regel 12 Gedragscode Verzekeraars**Betrouwbaarheid*

12. Wij doen geen zaken met personen, instellingen of bedrijven waarvan wij weten of kunnen weten dat zij activiteiten ontplooiën die wettelijk verboden zijn.

- 4.4 De klachten van klager bij dit onderdeel van de Gedragscode zijn:
- Aangeslotene heeft op onrechtmatige wijze stukken uit het medisch dossier van klager verkregen.
 - Aangeslotene vergeet keer op keer dat een reden voor herkeuring ontbrak.
 - Aangeslotene heeft geen redelijk belang bij herkeuring en handelt in strijd met artikel 8 lid 2 Geneeskundig Adviseurs Beroepscode (GAV-code).
 - Klager heeft geen toestemming gegeven tot het verstrekken van medische gegevens aan een derde (de verzekeringsarts).
- 4.5 Op basis van regel 12 van de Gedragscode mocht klager erop vertrouwen dat aangeslotene niet onrechtmatig zou handelen en/of onrechtmatig verkregen stukken zou gebruiken. Door dat toch te doen heeft aangeslotene regel 12 geschonden.

*Regel 7 Gedragscode Verzekeraars**Eenvoud & duidelijkheid*

7. Wij zorgen ervoor dat het acceptatie- en het schadebehandelingsproces inzichtelijk zijn voor de klant.

- 4.6 Klager mocht de brieven van 25 juli 2011 en 8 oktober 2012 opvatten als een definitief standpunt van aangeslotene over klagers recht op uitkering. Door terug te komen op het standpunt in die brieven heeft aangeslotene regel 7 van de Gedragscode geschonden.

Art. 2.1 Gedragscode Verzekeraars

Kernwaarden: de basis van de gedragscode

2.1 De basis van de gedragscode wordt gevormd door onze kernwaarden, die wij als ondertekenaars richtinggevend vinden voor ons doen en laten. Deze waarden zijn 'zekerheid bieden', 'mogelijk maken' en 'maatschappelijk betrokken zijn'.

- 4.7 Door te handelen zoals zij heeft gedaan, heeft aangeslotene geen zekerheid geboden aan klager. Klager is ten gevolge daarvan gedupeerd. Een lening voor een verbouwing werd aan klager geweigerd, toen de bank uit de laatste ontwikkelingen afleidde dat de uitkering van aangeslotene niet zeker zou zijn.
- 4.8 Klager heeft geen belang bij een medische of arbeidsdeskundige herbeoordeling. Hiermee stelt aangeslotene het recht op uitkering ter discussie terwijl klager in de veronderstelling kon en mocht verkeren dat dit niet meer zou gebeuren. Aangeslotene biedt op deze wijze geen zekerheid. De omstandigheid dat aangeslotene de uitkering niet staakt gedurende de herbeoordeling maakt dit niet anders.

Regel 23 Gedragscode Verzekeraars

Mogelijk maken

23. Wij stellen het klantbelang voorop, ook als spanning ontstaat tussen politieke keuzes en klantwensen.

- 4.9 De herbeoordeling is niet in het belang van klager. Door te handelen zoals zij heeft gedaan, heeft aangeslotene het klantbelang niet vooropgesteld.

Regel 3.2 sub e Gedragscode Verzekeraars

Naleving en controle

3.2.e. Wij werken voor zover van toepassing actief mee aan de door de Stichting toetsing verzekeraars uitgevoerde toetsing van naleving van de bindende zelfregulering van het Verbond van Verzekeraars in het algemeen en van deze gedragscode in het bijzonder. Wij zijn open over de uitkomsten van die toetsing.

- 4.10 Aangeslotene is gehouden conform bindende zelfregulering te handelen. Daarvan is geen sprake.

Verzoek

4.11 Klager verzoekt de Tuchtraad zijn klachten gegrond te verklaren en daarbij te bepalen dat aangeslotene:

- i. de uitkering aan hem moet doorbetalen tot de einddatum van de polis;
- ii. geen medische en/of arbeidsdeskundige keuring mag entameren tenzij een substantiële verbetering van zijn gezondheid vanuit de behandelend sector is gerapporteerd;
- iii. de kosten van rechtsbijstand alsmede iv. de kosten van medisch advies dient te vergoeden. Door de schending van de Gedragscode was klager genoodzaakt een advocaat en een medisch adviseur in te schakelen. De advocaatkosten bedragen tot op moment van indiening klacht € 6.942,38 - een nadere opgave volgt. Voor de kosten van het medisch advies volgt een opgave.

5. Het verweer van aangeslotene

5.1 Klager is niet ontvankelijk, nu hij consument is in de zin van artikel I sub e van het Reglement, want:

- klager is zelf verzekernemer en verzekerde;
- de uitkering behoort tot het persoonlijk inkomen van klager, aangeslotene houdt daarop loonbelasting in;
- klager heeft de verzekering afgesloten als natuurlijk persoon, niet handelend in de uitoefening van een beroep of bedrijf;
- klager handelt bij de afsluiting van de verzekering voor zichzelf. Dit handelen voor zichzelf onderscheidt zich van de situatie waarin klager in de uitoefening van een beroep of bedrijf wordt gehandeld, bijvoorbeeld ten aanzien van het afsluiten van bedrijfsschadeverzekeringen.

In artikel I sub f van het Reglement is in de omschrijving van het begrip 'belanghebbende' (onder verwijzing naar de bijlage bij het Reglement) uitgezonderd 'de consument' als omschreven in artikel I sub e van het Reglement. Klager handelde als consument en is derhalve niet-ontvankelijk in zijn klacht bij de Tuchtraad.

5.2 Klager is voorts niet ontvankelijk omdat de klacht zich richt op een inhoudelijke beoordeling en het opleggen van civielrechtelijke sancties die verder gaan dan is bepaald in artikel 5 lid 5 van het Reglement. Daarin is alleen bepaald dat de Tuchtraad zich in een overweging ten overvloede kan uitlaten over een door de aangeslotene te treffen passende maatregel ten aanzien van de civielrechtelijke aspecten van de zaak.

Klacht schending regel 18 Gedragscode Verzekeraars

5.3 Van een schending van artikel 18 van de Gedragscode is geen sprake:

- Uit artikel 2.2 van het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen volgt niet dat de medisch adviseur betrokken had moeten zijn bij de opdracht tot het laten verrichten van een verzekerings-geneeskundig onderzoek.
- De opdracht tot het verzekeringsgeneeskundige onderzoek is gegeven in het kader van het algemene beleid om periodiek onderzoek te doen naar de belastbaarheid en de mogelijkheden tot verbetering van de inzetbaarheid van verzekerden in lopende arbeidsongeschiktheidsdossiers.

- Aangezien de laatste medische beoordeling bijna vier jaar geleden was (dat was het orthopedisch onderzoek van december 2010), had aangeslotene een redelijk belang bij een verzekeringsgeneeskundig onderzoek om de actuele belastbaarheid en mogelijkheden tot inzetbaarheid te laten bepalen.
- De opdracht tot het verzekeringsgeneeskundig onderzoek is gegeven na uitgebreid telefonisch overleg met klager, hetgeen schriftelijk is bevestigd, en op een later moment nog met de assurantietussenpersoon van klager is besproken.
- De schadebehandelaar heeft slechts opdracht gegeven voor periodiek geneeskundig onderzoek. Het is aan de verzekeringsarts de medische beoordeling te doen.
- Er is geen regel dat het entameren van een onderzoek in alle gevallen voorafgegaan zou moeten worden door het inwinnen van informatie uit de behandelende sector en een beoordeling door de medisch adviseur.
- De medische gegevens zijn door aangeslotene in overeenstemming met de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (VPFI) verwerkt, namelijk uitsluitend door de medisch adviseur en het medisch secretariaat. Het toezenden van de medische gegevens aan de verzekeringsgeneeskundige was redelijkerwijs nodig om haar zo volledig mogelijk te informeren over de bestaande problematiek en noodzakelijk om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen. Anderen hebben geen toegang gehad tot de gegevens.

Klacht schending regel 12 Gedragscode Verzekeraars

5.4 Aangeslotene bestrijdt dat er met betrekking tot klager door haar zaken zijn gedaan met personen of instellingen die activiteiten ontplooiën die wettelijk verboden zijn. De medische gegevens zijn verkregen op basis van door klager afgegeven machtigingen. Deze gegevens zijn uitsluitend verwerkt door de medisch adviseur of het medisch secretariaat.

Klacht schending regel 7 Gedragscode Verzekeraars

5.5 Van een schending van artikel 7 van de Gedragscode is geen sprake. Aangeslotene heeft klager tijdig en correct geïnformeerd over het door haar ingenomen standpunt. Dit standpunt laat onverlet dat aangeslotene op grond van artikel 25 lid 1 onder c van de Bijzondere voorwaarden AOV [naam] gerechtigd was klager te doen oproepen voor een periodiek verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Bovendien heeft aangeslotene de uitkering tot op heden gecontinueerd op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid.

5.6 Uit de eerdere brieven (25 juli 2011 en 8 oktober 2012) blijkt juist niet dat er “een definitief besluit” was genomen over de mate van arbeidsongeschiktheid. In de brief van 25 juli 2011 is vermeld dat de mate van arbeidsongeschiktheid “vooralnog” wordt voortgezet op basis van 80-100% en in de brief van 8 oktober 2012 is vermeld dat de arbeidsdeskundige jaarlijks contact zal opnemen voor periodiek onderzoek. In deze brief staat overigens niet dat dit onderzoek steeds door de oorspronkelijke arbeidsdeskundige gedaan zou worden.

Klacht schending artikel 2.1 Gedragscode Verzekeraars

5.7 Aangeslotene geeft invulling aan de kernwaarden uit de Gedragscode. Zolang klager arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering, ontvangt hij een uitkering. Hij ontvangt tot op heden een uitkering op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid. Juist door een zorgvuldige schadebehandeling en de inzet van medische en arbeidsdeskundigen biedt aangeslotene zekerheid en perspectief.

Klacht schending regel 23 Gedragscode Verzekeraars

- 5.8 Aangeslotene bestrijdt de stelling dat het klantbelang door haar niet voorop zou zijn gesteld. Klager heeft deze stelling niet nader gemotiveerd. Aangeslotene heeft klager van meet af aan maandelijkse uitkering gedaan op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid en heeft voor haar rekening uitgebreide medische- en arbeidsdeskundige beoordelingen laten verrichten.
- 5.9 Binnen het contractuele kader van de verzekering is er ook plaats voor de gerechtvaardigde belangen van aangeslotene. Bij de door aangeslotene te bieden ondersteuning ter verhoging van de inzetbaarheid is uiteraard ook een belang voor aangeslotene zelf, maar het belang van klager staat voorop.

Klacht schending regel 3.2 sub e Gedragscode Verzekeraars

- 5.10 Aangeslotene werkt mee aan de toetsing. Van een schending van de door klager aangehaalde gedragsregels is geen sprake.

Conclusie

- 5.11 Klager is niet ontvankelijk in zijn klacht, althans de klacht moet als ongegrond worden afgewezen.

6. Behandeling ter zitting

- 6.1 Namens aangeslotene zijn verschenen de heer [naam], directeur Schade en Inkomen en de heer [naam], advocaat in loondienst. Klager is als belanghebbende toehoorder verschenen, evenals zijn echtgenote en gemachtigde. De gemachtigde van klager heeft mede aan de hand van schriftelijke aantekeningen een toelichting op de klachten gegeven. Deze aantekeningen zijn ter zitting overgelegd aan aangeslotene en aan de Tuchtraad.

Klager

- 6.2 Klager heeft ter zitting verklaard dat hem door aangeslotene te verstaan is gegeven dat een medische keuring noodzakelijk was en dat niet-meewerken zou resulteren in het beëindigen van de uitkering. Klager voelde zich gedwongen om mee te werken. Van meet af aan heeft klager vraagtekens geplaatst bij de noodzaak van een dergelijke keuring, gezien eerdere rapportages en de verslechtering van zijn medische toestand.
- 6.3 In de visie van klager had aangeslotene kunnen wachten op de uitslagen van de medische onderzoeken die klager op dat moment onderging. In de rapportage van verzekeringsarts mevrouw [naam] wordt niet ingegaan op de medische toestand van klager en de lopende medische onderzoeken waarvan klager bij de verzekeringsarts wel melding had gemaakt.
- 6.4 De gemachtigde van klager heeft benadrukt dat in de voorwaarden niets is opgenomen over de procedure bij vaststelling van arbeidsongeschiktheid. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid, ook ingeval van herkeuring, geldt dat de volgende stappen moeten worden doorlopen waarbij voor het verkrijgen van een goed beeld van belang is dat ook deze volgorde wordt aangehouden:

Stap 1: verkrijgen van een compleet medisch beeld.

Stap 2: verzekeringsgeneeskundig onderzoek in het kader van de belastbaarheid.

Stap 3: arbeidsdeskundige beoordeelt wat de belastbaarheid is voor het verzekerd beroep.

Aangeslotene heeft bij de herkeuring deze eerste stap overgeslagen, hetgeen door aangeslotene ook is erkend. Indien aangeslotene eerst de medische informatie had opgevraagd, dan had zij kunnen vaststellen dat de situatie van klager niet was verbeterd en verzekeringsgeneeskundig onderzoek dus niet mogelijk was. Klager is onnodig belast met verzekeringsgeneeskundig onderzoek nu het doen van verzekeringskundig onderzoek zonder eerst de actuele medische situatie vast te stellen niet mogelijk is. Als gevolg hiervan heeft de arbeidsdeskundige geen goede beoordeling kunnen maken. Aangeslotene heeft hiermee beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit niet in acht genomen.

Klager erkent dat het mogelijk is dat de medisch adviseur via de verzekeringsarts medische informatie opvraagt/heeft opgevraagd.

Aangeslotene

- 6.5 Aangeslotene heeft ter zitting desgevraagd toegelicht dat door mevrouw [naam] van aangeslotene op vriendelijke en geduldige wijze met begrip voor de situatie van klager is besproken dat een onderzoek zou plaatsvinden. Daarbij is tevens toegelicht wat de noodzaak van een dergelijk onderzoek was naast de andere medische onderzoeken die klager onderging. De noodzaak van het onderzoek is bovendien besproken met de assurantieadviseur van klager. Binnen de grenzen van de functie van schadebehandelaar is gevraagd hoe het met klager ging.
- 6.6 Aangeslotene heeft er voor zorggedragen dat er ieder jaar contact was tussen de arbeidsdeskundige en klager. Aangeslotene beoordeelt periodiek dossiers en omdat het laatste onderzoek dateerde van 2010 werd het nuttig geacht in 2014 opnieuw arbeidsdeskundig onderzoek te doen. De verzekeringsgeneeskundige neemt de daarvoor noodzakelijke stappen en beoordeelt of ook medische inlichtingen noodzakelijk zijn. De schadebehandelaar heeft de verzekeringsgeneeskundige ingelicht over de actuele situatie van klager. Het is aan de verzekeringsgeneeskundige om dan de situatie in kaart te brengen en te beoordelen of nadere medische inlichtingen noodzakelijk zijn. Het opvragen van medische informatie kan ook via de verzekeringsarts.
- 6.7 De inzetbaarheid van klager is een belangrijk issue voor aangeslotene. Aangeslotene stuurt daarbij niet aan op vervangend werk maar op de vraag of klager zijn eigen werkzaamheden kan hervatten met aanpassingen.
- 6.8 Aangeslotene bestrijdt dat zij stappen zou hebben overgeslagen of onzorgvuldig te werk zou zijn gegaan. De door klager genoemde volgorde van het onderzoek volgt niet uit wet- of regelgeving. Aangeslotene heeft een verzekeringsgeneeskundig onderzoek gevraagd. In een dergelijk onderzoek kan ook medische informatie worden verkregen. Er is geen regel die verbiedt om een verzekeringsgeneeskundige in te schakelen. Bovendien is daadwerkelijk medische informatie opgevraagd en is (op basis daarvan) geadviseerd om een nieuw orthopedisch onderzoek te verrichten. Er is geen sprake geweest van het beëindigen van de uitkering van klager en dus ook niet van een schending van diens vertrouwen. Een vaststelling op enig moment van arbeidsongeschiktheid sluit niet uit dat een herkeuring plaatsvindt op een later moment. Aangeslotene heeft nimmer de verwachting gewekt dat zij tot de einddatum zou uitkeren. Zij heeft het recht om een

herkeuring te gelasten. Het is in het belang van alle betrokkenen dat de inzetbaarheid vergroot wordt. Het is niet te veel gevraagd om klager te verzoeken medewerking te verlenen aan het vaststellen van de medische toestand.

7. Het oordeel van de Tuchtraad

- 7.1 De Tuchtraad heeft ingevolge artikel 5 lid 1 van zijn Reglement tot taak erop toe te zien dat aangeslotenen tegenover consumenten de goede naam van, het aanzien van en het vertrouwen in de bedrijfstak in stand houden, terwijl de Tuchtraad daarnaast op grond van lid 2 tot taak heeft klachten van een in de bijlage genoemde belanghebbende met betrekking tot het naleven van de Gedragscode Verzekeraars te beoordelen. Bij de uitoefening van deze taak toetst de Tuchtraad het handelen of nalaten van de aangeslotenen in het bijzonder aan de toepasselijke gedragscodes, keurmerken en ereregelen. De Gedragscode Verzekeraars is daarvan een voorbeeld.
- 7.2 Dat betekent dat de Tuchtraad geen inhoudelijke beslissing kan geven omtrent de gehoudenheid tot het (blijven) doen van een uitkering door aangeslotene en evenmin omtrent de daarmee samenhangende kwesties, zoals verzocht door klager en weergegeven onder 4.11 (onder i tot en met iv). De Tuchtraad is daartoe niet bevoegd. De Tuchtraad zal in het hiernavolgende uitsluitend een oordeel geven over de tucht-rechtelijke aspecten van deze zaak.

Ontvankelijkheid

- 7.3 De Tuchtraad is van oordeel dat klager in zijn klacht kan worden ontvangen omdat hij in deze kwestie niet is te beschouwen als consument in de zin van artikel 1 onder e van het Reglement. Klager heeft immers in 2009 de arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten voor zijn beroep als vrachtwagenchauffeur. Klager handelt daarmee in de uitoefening van een beroep of bedrijf, aangezien hij zijn verdien capaciteit (in bedrijf) heeft verzekerd. Dat dit (tevens) zijn persoonlijk inkomen betreft, maakt dit niet anders.

Gedragscode

- 7.4 De meest vergaande klacht houdt in dat klager er gerechtvaardigd op heeft mogen vertrouwen dat de maximale uitkering die hem in 2011 werd toegekend zonder nader onderzoek zou worden gehandhaafd tot aan de einddatum van de verzekering (1 februari 2023) en dat aangeslotene dit vertrouwen heeft beschaamd.
- 7.5 Deze klacht wordt verworpen. Zoals uit de hiervoor weergegeven feitelijke gang van zaken blijkt, heeft aangeslotene in dit verband steeds een slag om de arm gehouden. Zo wordt in de brief van 25 juli 2011 gesproken over 'vooralsnog' continueren en blijkt dat de arbeidsdeskundige, zoals aangekondigd, jaarlijks de vinger aan de pols heeft gehouden. Evenmin is er een aanwijzing dat aangeslotene een toezegging in voormelde zin aan klager heeft gedaan. Onder deze omstandigheden is de Tuchtraad van oordeel dat de kernwaarden van de Gedragscode Verzekeraars op dit punt niet zijn geschonden.
- 7.6 De klacht heeft voor het overige betrekking op de door aangeslotene geëntameerde herkeuring en de daaruit voortvloeiende herbeoordeling van klager en de uitvoering daarvan. Niet in geschil is dat de herbeoordeling alleen betrekking heeft op het verzekerde beroep, te weten het beroep van vrachtwagenchauffeur.

- 7.7 Bij de beoordeling van deze kwestie stelt de Tuchtraad voorop dat op aangeslotene de verplichting rust om bij een eventuele herbeoordeling zorgvuldig te werk te gaan en zich bewust te zijn en blijven van de impact daarvan voor betrokkene. Een beslissing tot herkeuring mag dan ook niet lichtvaardig worden genomen, terwijl betrokkene over de te volgen gang van zaken goed moet worden geïnformeerd. Op de vraag of aangeslotene jegens klager in dit verband voldoende zorgvuldig heeft gehandeld gaat de Tuchtraad in het hiernavolgende in.
- 7.8 Aangeslotene heeft een zekere beleidsvrijheid waar het gaat om de aanpak en moment van (her)beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van klager. Het is niet aan de Tuchtraad om vast te stellen op welke wijze aangeslotene dit proces dient in te richten. Daarnaast is de Tuchtraad niet bevoegd om een oordeel te geven over de inhoudelijke beoordeling door een verzekeringsarts, medisch adviseur of arbeidsdeskundige. De Tuchtraad is van oordeel dat het advies in 2010 van orthopedisch chirurg [naam] om na vijf jaar de expertise te herhalen niet doorslaggevend is, althans dat klager daaraan geen rechten kan ontlenen. Nu aangeslotene zich voorts in dit geval redelijkerwijs op het standpunt heeft kunnen stellen dat een objectief oordeel over de gezondheidstoestand van klager na vier jaar gewenst was, valt aangeslotene in dit opzicht geen tuchtrechtelijk verwijt te maken.
- 7.9 Anders dan klager stelt hoeft de opdracht tot herkeuring niet uit te gaan van de medisch adviseur. De Tuchtraad gaat dan ook voorbij aan de klachtonderdelen over de algemene handelwijzen van aangeslotene in dit opzicht. Van het onrechtmatig verkrijgen van stukken uit het medisch dossier van klager is de Tuchtraad niet gebleken. Aangeslotene heeft immers gemotiveerd toegelicht dat medische informatie binnen het domein van de medisch adviseur blijft, dat de organisatie daarop is ingericht en dat uitwisseling van medische gegevens steeds plaats vindt tussen medici in gesloten envelop. De Tuchtraad heeft geen reden om aan deze informatie te twijfelen.
- 7.10 Op basis van de bij het klachtschrift gevoegde bijlagen, zoals deels hiervoor onder de feiten weergegeven, stelt de Tuchtraad vast dat er sinds 2011 verschillende contactmomenten zijn geweest tussen aangeslotene en klager. De Tuchtraad volgt klager dan ook niet in diens stelling dat aangeslotene gedurende een aantal jaren niets van zich heeft laten horen en zich vervolgens in 2014 plotseling heeft gemeld. Aangeslotene heeft in dit opzicht niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld.
- 7.11 Partijen verschillen van mening over de wijze waarop aangeslotene klager heeft geïnformeerd over haar voornemen tot het laten doen van een verzekerings-geneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek en meer in het bijzonder over de inhoud van het telefoongesprek tussen klager en met mevrouw [naam], zowel de feitelijke mededeling als over de sfeer van het gesprek, waarin de schadebehandelaar klager over dit voornemen heeft geïnformeerd. Bij een tegenstrijdige lezing van de feiten kan de Tuchtraad geen oordeel geven over een mogelijk tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van aangeslotene. Dit berust er niet op dat aan het woord van klager minder waarde

wordt gehecht dan aan dat van aangeslotene maar op het uitgangspunt dat, ook als aan beide verklaringen evenveel waarde wordt toegekend, het handelen dat door een klager ter toetsing aan het college wordt voorgelegd eerst met voldoende mate van zekerheid moet kunnen worden vastgesteld, alvorens kan worden beoordeeld of dit al dan niet tuchtrechtelijk door de beugel kan. Hiermee ontvalt de grondslag aan ook dit verwijt. Overigens wijst de Tuchtraad er nog op dat de assurantietussenpersoon van klager eveneens bij de informatievoorziening betrokken is geweest, terwijl uit de mailwisseling blijkt dat aangeslotene op enig moment (zie 2.16) nog te kennen heeft gegeven open te staan voor een gesprek met de heer [naam klager] over de mogelijkheden om tot een duurzame oplossing te komen voor het inzetbaarheidsprobleem.

- 7.12 De gemachtigde van klager heeft bij de mondelinge behandeling nog aangevoerd dat een herkeuring niet mogelijk is zonder dat eerst het medisch dossier is geactualiseerd. Nog afgezien van het feit dat ook de verzekeringsarts of medisch adviseur voor actualisering van het dossier kan zorgen en dat dit ook is gebeurd, is dit klachtonderdeel te laat aangevoerd. Dit geldt ook voor overige nieuwe stellingen ter zitting.

Conclusie

- 7.13 Het voorgaande leidt ertoe dat de klachten ongegrond zijn. Datgene wat partijen verder hebben aangevoerd, kan buiten bespreking blijven.

8. De beslissing

De Tuchtraad oordeelt dat aangeslotene door haar handelen de goede naam van het verzekeringsbedrijf, het aanzien en het vertrouwen in de bedrijfstak, niet heeft geschaad en verklaart de klachten ongegrond.

Aldus is beslist op 17 januari 2017 door mr. E.M. Wesseling-van Gent, voorzitter, mr. F. Ensel, mr. H.F.M. Hofhuis, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper en mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, leden, in tegenwoordigheid van mr. D.G. Rosenquist, secretaris.

De voorzitter:

(mr. E.M. Wesseling-van Gent)

De secretaris:

(mr. D.G. Rosenquist)