

TUCHTRAAD FINANCIËLE DIENSTVERLENING (ASSURANTIËN)

UITSpraak 16-004

in de zaak nr. TFD 15-009

naar aanleiding van een klacht van: [naam], hierna te noemen 'klager',

met betrekking tot: [naam aangeslotene], hierna te noemen 'aangeslotene'.

1. Inleiding

Deze zaak betreft het verzoek tot het instellen van een onderzoek als bedoeld in artikel 6 lid 2 onder b van het Reglement Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën).

2. De feiten

2.1 Klager heeft sinds 1995 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij aangeslotene. Naar aanleiding van het in 2005 intreden van arbeidsongeschiktheid bij klager is tussen aangeslotene en klager onenigheid ontstaan over de inhoud van de overeenkomst van verzekering en de verplichtingen die uit dien hoofde op aangeslotene rusten. Het gaat om de volgende voorwaarden van de overeenkomst:

1.7.1 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken.

1.7.2 [Aangeslotene] stelt het bestaan van de in 1.7.1 bedoelde stoornissen vast aan de hand van rapportage van door [aangeslotene] aangewezen deskundigen.
[...]

4.8.1 De mate van arbeidsongeschiktheid alsmede de omvang en de duur van de uitkering zullen door [aangeslotene] worden vastgesteld aan de hand van gegevens van door [aangeslotene] aangewezen medische en andere deskundigen. De uitkomst zal zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle noodzakelijke gegevens worden meegedeeld. Als hiertegen niet binnen 30 dagen bezwaar is gemaakt, mag en zal [aangeslotene] ervan uitgaan dat met het standpunt akkoord wordt gegaan.

2.2 Klager heeft een klacht ingediend die aanvankelijk in behandeling is geweest bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening. Na tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft aangeslotene de arbeidsongeschiktheidsuitkering ten behoeve van klager hervat. De klachtbehandeling door de Ombudsman is daarmee geëindigd.

2.3 Klager heeft vervolgens zijn klacht aan de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening voorgelegd. Hij heeft daarbij beklemtoond dat het recht op uitkering niet de kern van de klacht was. Hij wenste een beoordeling van de klacht in het licht van de Gedragscode Verzekeraars. Om die reden is de klacht van klager, op diens verzoek, op 4 juni 2015 door de voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening naar de Tuchtraad doorgeleid.

3. Het procesverloop

Aangeslotene heeft op 29 juli 2015 een verweerschrift ingezonden, gevolgd door een nadere reactie op 5 november 2015. Daarop heeft klager gereageerd met een brief van 17 november 2015. Deze reactie wordt hierna aangeduid als de repliek. Aangeslotene heeft in reactie daarop een brief van 2 december 2015 (hierna: de dupliek) ingezonden. Op 15 april 2016 heeft een mondelinge behandeling plaatsgevonden.

4. Door klager ingeroepen toepasselijke regeling

4.1 Klager beroept zich op onderdeel 2.3 van de huidige versie van de Gedragscode Verzekeraars. Aangeslotene heeft zich in haar verweer ook op deze versie gebaseerd. Dit onderdeel 2.3 luidt als volgt:

2.3 Zekerheid bieden

Verzekeraars bieden zekerheid. De zekerheid waar wij voor staan, maakt dat klanten weten waar ze aan toe zijn. Zekerheid betekent: eenvoud, duidelijkheid, betrouwbaarheid, kwaliteit en deskundigheid. Dat geeft rust, bescherming, veiligheid en zelfvertrouwen. Zo benadrukken wij dat onze klanten erop mogen vertrouwen dat wij hen de zekerheid bieden die ze mogen verwachten. Wij zorgen voor de zekerheid waaraan de behoefte in een steeds complexere en dynamische samenleving groeit. Daarmee zijn verzekeringen een basisvoorwaarde voor een welvarende, stabiele samenleving. Zekerheid bieden betekent dat onze dienstverlening en producten zoveel mogelijk aansluiten op de verwachtingen van de klant.

Eenvoud & duidelijkheid

1. Wij communiceren helder en open met klanten.
2. Wij zorgen voor begrijpelijke producten en goede informatie hierover.
3. Wij investeren in educatie en voorlichting zodat klanten weten wat verzekeringen voor ze kunnen betekenen.
4. Wij zijn duidelijk over de zekerheid die wij bieden en dus ook over wat wij uitsluiten.
5. Wij zijn duidelijk over de werking en kosten van producten.
6. Wij hebben een product goedkeuringsproces, met een zorgvuldige afweging van de risico's en zorgvuldige toetsing van andere relevante aspecten, waaronder de zorgplicht jegens de klant.
7. Wij zorgen ervoor dat het acceptatie- en het schadebehandelingsproces inzichtelijk zijn voor de klant.
8. Wij motiveren het besluit een klant niet te accepteren schriftelijk en in begrijpelijke bewoordingen. Wij wijzen de klant daarbij op eventuele andere (beroeps)-mogelijkheden.

Betrouwbaarheid

9. Wij onthouden ons van oneigenlijke verkoopmotieven, -methoden en -uitingen.
10. Wij zorgen ervoor dat een verschil van inzicht tussen verzekeraars over een schadegeval, waarbij het recht op uitkering niet ter discussie staat, geen nadelige gevolgen heeft voor de dienstverlening aan de klant.
11. Wij dragen in het schadebehandelingsproces zorg voor een voortvarende en zorgvuldige afhandeling met oog voor alle betrokkenen.
12. Wij doen geen zaken met personen, instellingen of bedrijven waarvan wij weten of kunnen weten dat zij activiteiten ontplooiën die wettelijk verboden zijn.
13. Wij doen in geval van verzekeringsfraude aangifte volgens onze afspraken met het Openbaar Ministerie.
14. Wij registreren onrechtmatig handelen jegens ons, ons personeel of onze klanten.

Kwaliteit & deskundigheid

15. Wij beheren de ons toevertrouwde premies zorgvuldig en verantwoord.
16. Wij beleggen ontvangen gelden solide en rendementsbewust.
17. Wij dragen zorg voor een zorgvuldig, beheerst en duurzaam ondernemingsbestuur.
18. Wij zorgen dat er adequaat intern toezicht wordt gehouden op relevante bedrijfsprocessen.
19. Wij hebben een klantgerichte interne klachtenregeling. Wij brengen klanten hiervan op de hoogte en wijzen hen, voor zover van toepassing, op het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid).
20. Wij werken onvoorwaardelijk mee aan bemiddeling door de Ombudsman Financiële Dienstverlening en volgen, afgezien van hoger beroep, de bindende adviezen op van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening. Daarnaast onderwerpen wij ons aan de toepasselijke rechtsgang bij de Tuchtraad Assurantiën (Tuchtraad) en de burgerlijke rechter.

5. De standpunten van partijen*De klacht*

5.1 De klacht van klager heeft betrekking op de in 2.1 aangehaalde verzekeringsvoorwaarden van aangeslotene. Klager maakt aangeslotene op twee punten een verwijt, te weten:

Het recht op contra-expertise

In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden ontbreekt het recht op contra-expertise. Daardoor is er een ongelijke positie tussen aangeslotene en klager.

Het recht op contra-expertise werd al in 1995 door schadeverzekeraars in polisvoorwaarden opgenomen en was dus een bekende en bestaande voorwaarde. Aangeslotene wist of behoorde te weten dat het verankeren van dit recht in de polisvoorwaarden voor verzekerden van groot belang was. Dit paste ook bij het in de wet verankerde recht van de artikelen 6:96 BW en 7:959 BW (283 WvK).

Er bestaat geen recht op inspraak in de keuze van de deskundige. Dit zou moeten nopen tot het opnemen in de verzekeringsvoorwaarden van een recht op contra-expertise. Verzekerden kunnen overigens slechts op adequate wijze invulling geven aan het recht op inspraak als zij zich kunnen laten bijstaan door een jurist, een medisch adviseur en/of een arbeidsdeskundig adviseur.

Aangeslotene handelt in strijd met artikel 2.3 van de Gedragscode Verzekeraars, omdat zij niet voldoende zekerheid biedt.

Het medisch begrip

De verzekeringsvoorwaarden zijn niet voldoende duidelijk geredigeerd. Er geldt in de verzekeringsvoorwaarden namelijk een uitsluiting voor het geval dat de oorzaak van arbeidsongeschiktheid is gelegen in de categorie ziektebeelden die medisch moeilijk objectiveerbaar zijn. Aangeslotene omschrijft niet wat dit criterium precies inhoudt. In 1995 was bij verzekeraars het bestaan van het medische begrip ‘medisch moeilijk objectieveerbare aandoeningen’ al bekend. Dit gold ook voor de uitleg daarvan. Door uitsluitend dit medisch begrip te noemen, zonder concretisering van de aandoeningen, heeft aangeslotene geen helderheid verschaft, terwijl dit wel mogelijk was. Destijds was al bekend dat het medisch begrip tot onduidelijkheid en onbegrip leidde en dat daarover procedures bij de civiele rechter werden gevoerd. Klager verwijst naar HR 16 april 1999, *NJ* 1999, 666. Dit was in ieder geval in 2005 bekend, toen klager een beroep deed op zijn verzekering. Niettemin had aangeslotene op dat moment haar polisvoorwaarden nog niet aangepast. In het licht van haar wetenschap op dit punt had aangeslotene niet de vrijheid andere keuzen te maken.

Indien de Tuchtraad van oordeel is dat aangeslotene deze vrijheid wel had, verzoekt klager de Tuchtraad “ten minste in haar overwegingen aan verzekeraars mee te geven dat anno 2015 dit toch echt wel de geldende maatstaven zijn en dat het een verzekeraar niet past om bij het redigeren van de polisvoorwaarden hier geen gehoor aan te geven”.

Aangeslotene handelt in strijd met artikel 2.3 van de Gedragscode Verzekeraars en meer in het bijzonder met de daarin genoemde onderdelen 1, 2, 3, 4 en 9.

Het verweer

5.2 Aangeslotene heeft de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad. Ook anderszins is er geen aanleiding haar een tuchtrechtelijk verwijt te maken. De polis en polisvoorwaarden dateren uit 1995 (of zelfs daarvoor) en worden door klager langs de maatstaf van de huidige gebruiken en handelwijzen gelegd. De polisvoorwaarden waren voldoende duidelijk naar de ten tijde van het sluiten van de overeenkomst geldende maatstaven. In elk geval werd daarmee niet afgeweken van hetgeen toen in de branche gebruikelijk was.

5.3 Het eerste klachtonderdeel is onvoldoende concreet, nu klager heeft nagelaten te specificeren welk onderdeel van artikel 2.3 van de Gedragscode precies geschonden zou zijn. De aangehaalde polisvoorwaarde vermeldde naar de destijds geldende maatstaven welke zekerheid geboden werd en wat uitgesloten was. Op basis van de polisvoorwaarde was duidelijk op welke wijze de beoordeling zou plaatsvinden en ook dat deze beoordeling zou plaatsvinden door een onafhankelijk deskundige. Hoor en wederhoor werden daarbij wel degelijk toegepast, omdat de deskundige klager (verzekerde) feitelijk heeft onderzocht en met hem heeft gesproken. Bovendien was in de voorwaarden een regeling opgenomen voor het geval dat de verzekerde de eerste keuring met steun van een andere deskundige terecht bestreed. Hiermee is voldoende zekerheid geboden. Het feit dat dit onderwerp in andere verzekeringen anders geregeld is, maakt niet dat aangeslotene tuchtrechtelijk laakbaar heeft gehandeld.

5.4 Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel geldt dat geen sprake is van een uitsluiting. Met de in die tijd voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gebruikelijke omschrijving van het begrip arbeidsongeschiktheid zijn de grenzen van de verzekering bepaald. Het stond en staat aangeslotene vrij haar voorwaarden op deze wijze vorm te geven. Dit onderwerp onttrekt zich aan een tuchtrechtelijke beoordeling, althans de Tuchtraad dient zich bij toetsing daarvan terughoudend op te stellen. Wat het toetsingscriterium voor arbeidsongeschiktheid inhoudt, is voldoende duidelijk omschreven. Artikel 1.7.2 houdt immers in dat het bestaan van de bedoelde objectief medisch vast te stellen stoornissen wordt vastgesteld aan de hand van rapportage van door aangeslotene aangewezen deskundigen.

5.5 De polisvoorwaarden voldeden aan de destijds geldende maatstaven van helder communiceren en openheid ten opzichte van klanten. Het product was voldoende begrijpelijk en er was voldoende informatie over het product. De polisdekking en uitsluitingen waren duidelijk en van oneigenlijke verkoopmotieven, verkoopmethoden en verkoopuitingen was geen sprake. Klager bevestigt dit feitelijk ook, nu op pagina 5 van de bijlage bij zijn repliek is vermeld “dat er een marktadvies in 1995 door het Verbond van Verzekeraars is verzonden met daarin een formulering voor de arbeidsongeschiktheidsvoorwaarden”. Die tekst is zowel in de voorwaarden van aangeslotene te vinden als in het merendeel van de destijds geldende voorwaarden van andere maatschappijen.

5.6 Klager gaat voorbij aan de beoordelingsmaatstaf van de Tuchtraad. Het heeft er alle schijn van dat klager en zijn gemachtigde de inhoudelijke kant van de zaak beoordeeld willen krijgen “en een soort van algemene actie willen voeren om oude polisvoorwaarden van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gewijzigd te krijgen”.

5.7 De deskundige die door aangeslotene wordt ingeschakeld, is steeds een onafhankelijke, niet bij aangeslotene in dienst zijnde of op enigerlei wijze aan haar verbonden, medisch deskundige. Deze beoordeelt de situatie niet van papier maar heeft een ontmoeting met de verzekerde en onderzoekt de verzekerde. Dit is de basis van de rapportage. Er bestaat geen wettelijk recht op contra-expertise op de wijze zoals klager stelt. In de artikelen waaraan klager refereert, is voorzien in de mogelijkheid om een eigen onderzoek te laten doen, waarvan de (redelijke) kosten vergoed worden indien op basis daarvan de oorspronkelijke beoordeling gewijzigd moet worden. Het ontbreken van het recht op contra-expertise in de polisvoorwaarden leidt niet tot de conclusie dat sprake is van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen.

6. Behandeling ter zitting

6.1 De Tuchtraad heeft de zaak behandeld ter zitting van 15 april 2016. Namens aangeslotene zijn verschenen [naam], directeur, [naam], productmanager inkomensverzekeringen, [naam], advocaat, en [naam], advocaat. Namens klager (als belanghebbende toehoorder) is zijn gemachtigde, [naam], verschenen.

6.2 Zoals vooraf aan partijen was meegedeeld, is ter zitting alleen gesproken over de klacht betreffende de contra-expertise.

6.3 Tijdens de zitting heeft de Tuchtraad aan partijen voorgehouden dat hij de klacht betreffende de contra-expertise zo verstaat dat aangeslotene nalatig is gebleven van het recht op contra-expertise in de voorwaarden melding te maken. Partijen hebben met deze lezing van de klacht ingestemd.

6.4 Aangeslotene heeft ter zitting nog het volgende betoogd. Ook destijds was het al praktisch dat een verzekerde, binnen 30 dagen, kon reageren als hij het niet eens was met de vaststelling van aangeslotene op basis van artikel 4.8.1, eerste volzin, van de polisvoorwaarden. Vervolgens was er een mogelijkheid tot herbeoordeling. Verzekerde kon dit zelf laten uitvoeren of aanvragen bij aangeslotene. Indien de beoordeling in de visie van aangeslotene correct was uitgevoerd, waren de kosten van herbeoordeling (in ieder geval aanvankelijk) voor de verzekerde. Bij strijdigheid tussen de oorspronkelijke beoordeling en de herbeoordeling werd een arbiter ingeschakeld. Tegenwoordig vindt herbeoordeling plaats op kosten van aangeslotene. Een en ander is sinds 2012 in de polisvoorwaarden opgenomen.

De beoordeling geschiedt door een door aangeslotene aangewezen adviseur. Bij herbeoordeling vindt overleg plaats over de arts die geconsulteerd zal worden en kan verzekerde eventueel zelf een voorstel doen. Aangeslotene maakt gebruik van een vaste groep adviseurs. Dit zijn zowel interne als externe adviseurs. Wie van hen wordt ingeschakeld, is afhankelijk van de situatie en van hun expertise. Zowel de interne als de externe adviseurs zijn onafhankelijk, doordat zij medici zijn. Aangeslotene beklemtoont dat bij moeilijk objectiveerbare kwesties altijd een niet-verbonden adviseur wordt ingeschakeld.

De beoordeling door de adviseur is geen papieren beoordeling. De adviseur gaat het gesprek aan met de verzekerde. De adviseur voldoet aan de medische regels en geeft derhalve recht op inzage en de mogelijkheid tot correctie van de rapportage. Dit stond voorheen niet in de voorwaarden, maar was wel de praktijk. Bovendien stelde de adviseur aan de verzekerde de vraag of hij het rapport op voorhand wilde zien. Bij afwijzing op basis van het rapport werd niet vermeld dat een recht op contra-expertise bestond. Wel werd vermeld dat verzekerde binnen 30 dagen bezwaar kon maken. Voor zover de verzekerde het rapport op dat moment nog niet had ingezien, bestond voor hem die mogelijkheid alsnog. De uitkomst van een herbeoordeling in de huidige praktijk is bindend voor aangeslotene.

In de huidige praktijk wordt de verzekerde gedurende het gehele proces bij de hand genomen. Dit is in de loop van de jaren is ook steeds meer vastgelegd in de polisvoorwaarden. Conflicten als het onderhavige doen zich daarom niet meer voor.

6.5 De gemachtigde van klager heeft ter zitting nog gelegenheid gekregen een en ander naar voren te brengen. Zij heeft onder meer het volgende aangevoerd. Het onderhavige incident deed zich voor in 2005, zodat dit jaar als uitgangspunt geldt en niet 1995. De door aangeslotene geschetste praktijk inzake het recht op herbeoordeling blijkt niet te worden gevolgd, in elk geval niet in deze kwestie. Kennisachterstand blijft een probleem. Een leek kan niet beoordelen of een medisch oordeel correct is. Hij moet zelf een medisch adviseur en wellicht ook een jurist inschakelen om een deugdelijke afweging te kunnen maken. Dit zijn grote stappen voor een leek. Het is niet steeds duidelijk waar te beginnen en er zijn hoge kosten mee gemoeid. Bovendien is de huidige praktijk zo dat medisch adviseurs zich niet laten

inhuren door particulieren. Deze zaak is gekozen om dit onderwerp op tafel te krijgen. Er is geen effectieve uitleg over de stappen die een verzekerde moet ondernemen. Klager had bij het gehele proces aan de hand genomen moeten worden.

7. Het oordeel van de Tuchtraad

7.1 De Tuchtraad heeft ingevolge artikel 5.1 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. 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 zo'n code.

7.2 De klacht betreft de tekst van polisvoorwaarden die in 1995 zijn overeengekomen en in 2005 ten opzichte van klager zijn toegepast. De Tuchtraad dient deze klacht te beoordelen aan de hand van de versie van de gedragscode die gold in 2005, ten tijde van de arbeidsongeschiktheidsmelding. Toen was de versie van de Gedragscode Verzekeraars uit 2002 van kracht. Daarin is, voor zover relevant, het volgende bepaald:

3 Basiswaarden en gedragsregels

3.1 Basiswaarden: de kern van de Code

De kern van de gedragscode wordt gevormd door een vijftal basiswaarden, die wij als ondertekenaars richtinggevend achten voor ons doen en laten. Deze waarden zijn: betrouwbaarheid, professionaliteit, solidariteit, maatschappelijke verantwoordelijkheid en transparantie. Om ze handen en voeten te geven, voorzien wij elk van deze waarden van een concrete invulling in de vorm van gedragsregels. Deze regels vormen het gedragskader waaraan ieder van ons vervolgens in het eigen bedrijfsbeleid nader inhoud geeft.

3.2 Gedragsregels: de concretisering van de basiswaarden

Betrouwbaarheid

B.a) Wij houden de goede naam van de branche in stand.

B.b) Wij handelen conform het vertrouwen dat in ons is gesteld en het vertrouwen dat wij in elkaar stellen.

Professionaliteit

P.e) Wij staan degenen die bij ons een verzekering hebben afgesloten en hun slachtoffers bij en bieden hun een goede service, voorlichting en adequate schaderegeling.

P.f) Wij dragen zorg voor een voortvarende, zorgvuldige en rechtvaardige schadebehandeling alsmede een tijdige uitbetaling van gelden, een en ander overeenkomstig de polisvoorwaarden.

Transparantie

T.a) Wij geven heldere voorlichting zodat de consument en andere afnemers begrijpen welk product zij aanschaffen, welke voorwaarden daaraan zijn verbonden en voor welke periode het contract geldt.

T.b) Wij verkopen duidelijke producten. Wij bieden duidelijkheid in de weergave van en evenwichtigheid in wederzijdse rechten en verplichtingen. Wij zorgen ervoor dat het acceptatieproces en het schadebehandelingsproces inzichtelijk zijn. Dit houdt onder andere in dat duidelijk moet zijn welke informatie wij nodig hebben en waarom.

7.3. De Tuchtraad verstaat het verweer van aangeslotene aldus dat zij het standpunt inneemt dat de basisprincipes waarop klager zich beroept, in 2005 in essentie niet anders waren dan die welke in de huidige versie van de gedragscode zijn neergelegd. De Tuchtraad acht dit standpunt juist. De versie van 2002 beschreef de gedragsregels betreffende het geven van heldere voorlichting, het bieden van duidelijkheid in de weergave en evenwichtigheid in wederzijdse rechten en verplichtingen. In de kern zijn dit de basiswaarden waarop klager zich, met verwijzing naar de huidige versie van de code, in deze klacht heeft beroepen. De toets aan de tekst van de Gedragscode 2002 valt dus niet anders uit dan die aan de tekst van de huidige Gedragscode die onderwerp van het debat is geweest.

7.4 In deze zaak zijn twee vragen aan de orde, te weten (i) de vraag of aangeslotene, doordat in de voorwaarden (de vermelding van) het recht op contra-expertise ontbreekt, in strijd handelt met de aangehaalde basiswaarden van de Gedragscode Verzekeraars en (ii) de vraag of de voorwaarden voldoende duidelijk zijn geredigeerd bij arbeidsongeschiktheid die is veroorzaakt door medisch moeilijk objectiveerbare stoornissen. Bij deze laatste vraag is ook aan de orde of aangeslotene het criterium nader had moeten omschrijven. De Tuchtraad zal hierna de beide vermelde vragen behandelen, in omgekeerde volgorde.

Het medisch criterium (vraag ii)

7.5 De Tuchtraad wijst het tweede onderdeel van de klacht van de hand. Het is begrijpelijk dat aangeslotene bepaalde risico's wil uitsluiten. Dat staat haar ook vrij. Dit geldt ook voor het risico van arbeidsongeschiktheid door stoornissen die niet objectief medisch kunnen worden vastgesteld. Klager bestrijdt dit op zichzelf ook niet. Hij stelt dat aangeslotene op dit punt duidelijker had moeten zijn.

7.6 De Tuchtraad is van oordeel dat aangeslotene in dit opzicht niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, ook niet in de periode waarin zij de door klager bestreden clausule jegens hem heeft toegepast. Kenmerkend voor stoornissen die “niet objectief medisch kunnen worden vastgesteld” is immers veelal het vage karakter daarvan. Aangeslotene heeft ervoor gekozen geen opsomming te geven van alle haar bekende stoornissen die aan dit criterium voldoen en daarom niet tot een uitkering kunnen leiden. Dit stond haar vrij. Klager heeft gelijk als hij betoogt dat het hier gebruikte criterium voor een leek vaak niet duidelijk zal zijn. Dat geldt echter voor meer polisbepalingen, en ook een opsomming zal stoornissen kunnen bevatten die een leek niet begrijpt. Hoe dit ook zij, dit klachtonderdeel is ongegrond.

Het recht op contra-expertise (vraag i)

7.7 De klacht dat aangeslotene nalatig is gebleven in de voorwaarden melding te maken van het recht op contra-expertise, dient primair te worden beoordeeld aan de hand van de maatstaven die gelding hadden in 1995, het jaar waarin de verzekeringsvoorwaarden zijn overeengekomen. Afhankelijk van het resultaat van deze beoordeling zal de Tuchtraad ook bezien of aangeslotene zich in 2005 (nog) kon beroepen op de in 1995 overeengekomen tekst.

7.8 De Tuchtraad stelt, met partijen, vast dat het recht op contra-expertise niet expliciet in de polisvoorwaarden is vermeld. In het licht van de in 1995 geldende maatstaven was aangeslotene niet gehouden dit recht met zoveel woorden in haar polisvoorwaarden op te nemen. Door een dergelijke vermelding na te laten heeft aangeslotene niet in strijd gehandeld met de gedragsverplichtingen die op dat moment op haar rustten. In de kern was dit in 2005

niet anders. Hierbij acht de Tuchtraad van belang dat aangeslotene heeft gesteld dat het recht op contra-expertise in 2005 wel degelijk bestond en werd gerespecteerd. De toen gangbare praktijk is volgens aangeslotene inmiddels neergelegd in de polisvoorwaarden volgens de versie van 2012. De Tuchtraad ziet geen reden voor twijfel aan deze mededelingen van aangeslotene. Door in de praktijk de ruimte te bieden voor contra-expertise heeft aangeslotene, bezien naar de maatstaven van 1995 en van 2005, niet in strijd met haar hier besproken gedragsverplichtingen gehandeld. Een verplichting om in de polisvoorwaarden expliciet melding te maken van de mogelijkheid tot contra-expertise bestond in die jaren niet. Dit onderdeel van de klacht is dan ook ongegrond.

7.9 Ten overvloede – immers buiten de afdoening van de hier besproken klacht – voegt de Tuchtraad hieraan toe dat het aanbeveling verdient dat aangeslotene de huidige polisvoorwaarden op het punt van de contra-expertise nog eens goed tegen het licht houdt. Weliswaar zijn de polisvoorwaarden uit 2012 en 2015, die bij de mondelinge behandeling zijn overgelegd, veel duidelijker dan de voorwaarden uit 1995, maar de tekst roept op het eerste gezicht diverse vragen op. Zonder volledigheid te willen betrachten noemt de Tuchtraad het volgende:

- (a) Het is de vraag of de gebezigde terminologie steeds voldoende duidelijk is. Zo lijken de begrippen *second opinion* en beoordeling door elkaar te lopen.
- (b) Uit de tekst is niet voldoende duidelijk dat, zoals aangeslotene ter zitting heeft verklaard, het tweede advies beslissend is.
- (c) Onduidelijk is wie het recht op uitkering bepaalt: de arts of aangeslotene (zonder meer afgaande op het standpunt van de arts).
- (d) Het blokkeringsrecht lijkt niet toereikend geregeld te zijn. Ongewenst is de situatie (die in de huidige voorwaarden lijkt te bestaan) waarin de verzekerde dit recht moet uitoefenen op het moment dat hij de rapportage van de arts nog niet (in volledigheid) kent. De voorkeur gaat uit naar een regeling waarbij de verzekerde eerst de concept-rapportage ontvangt, dan eventuele feitelijke onjuistheden rechtgezet kan krijgen en daarna de gelegenheid krijgt te besluiten of hij van zijn blokkeringsrecht gebruik wil maken.
- (e) In algemene zin verdient het aanbeveling dat aangeslotene duidelijker is over de stappen die gezet kunnen worden en de acties die de verzekerde eventueel zelf zou kunnen of moeten ondernemen nadat aangeslotene een standpunt heeft ingenomen over de (mate van) arbeidsongeschiktheid.

Conclusie

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

Overigens

7.11 Naar aanleiding van de behandeling ter zitting is bij de Tuchtraad een vraag opgekomen over de discrepantie tussen datgene wat aangeslotene in haar schriftelijke stukken heeft vermeld en datgene wat namens haar ter zitting is verklaard. Deze vraag zal nog onderwerp zijn van een nader ambtshalve onderzoek door de Tuchtraad op de voet van artikel 6 lid 2 onder f van het Reglement.

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 19 juli 2016 door mr. E.M. Wesseling-van Gent, voorzitter, mr. F. Ensel, mr. H.F.M. Hofhuis 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)