

ZLM en De Zeeuwse ieder een bedrag van € 925,00 vergoeden aan [verzekerde], vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de datum van de dagvaarding.

Proceskosten

4.22. ZLM en De Zeeuwse zijn in het ongelijk gesteld en moeten daarom de proceskosten (inclusief nakosten) betalen. Aangezien [verzekerde] vordert om ZLM en De Zeeuwse afzonderlijk in de proceskosten te veroordelen, en ZLM en De Zeeuwse niet bij dezelfde advocaat zijn verschenen en geen gelijkkluidend verweer hebben gevoerd, begroot de rechtbank de proceskosten van [verzekerde] als volgt.

Ten aanzien van ZLM:

- kosten van de dagvaarding € 141,67
- griffierecht € 160,00 (1/2 x € 320,00)
- salaris advocaat € 614,00 (1/2 x 2 punten x € 614,00)
- nakosten € 132,00 (zoals gevorderd, plus de verhoging zoals gevorderd en vermeld in de beslissing)

Totaal € 1.047,67

Ten aanzien van De Zeeuwse:

- kosten van de dagvaarding € 141,67
- griffierecht € 160,00 (1/2 x € 320,00)
- salaris advocaat € 614,00 (1/2 x 2 punten x € 614,00)
- nakosten € 132,00 (zoals gevorderd, plus de verhoging zoals gevorderd en vermeld in de beslissing)

Totaal € 1.047,67

Uitvoerbaar bij voorraad

4.23. De verklaring voor recht wordt niet uitvoerbaar bij voorraad verklaard. Een verklaring voor recht is naar haar aard niet vatbaar voor tenuitvoerlegging.⁶

5. De beslissing

De rechtbank

5.1. verklaart voor recht dat ZLM en De Zeeuwse gehouden zijn aan [verzekerde] dekking te verlenen op grond van de met hen afgesloten verzekeringsovereenkomsten betreffende de brand(en) op het perceel van [verzekerde] in [woonplaats], op of omstreeks 1 juni 2023,

5.2. veroordeelt ZLM om tegen behoorlijk bewijs van kwijting aan [verzekerde] de buitengerechterlijke incassokosten van € 925,00 te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 12 februari 2024,

5.3. veroordeelt De Zeeuwse om tegen behoorlijk bewijs van kwijting aan [verzekerde] de buitengerechterlijke incassokosten van € 925,00 te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 12 februari 2024,

5.4. veroordeelt ZLM in de proceskosten van € 1.047,67, te vermeerderen met € 67,00 plus de kosten van betekening als ZLM niet tijdig aan de veroordelingen voldoet en het vonnis daarna wordt betekend,

5.5. veroordeelt De Zeeuwse in de proceskosten van € 1.047,67, te vermeerderen met € 67,00 plus de kosten van betekening als De Zeeuwse niet tijdig aan de veroordelingen voldoet en het vonnis daarna wordt betekend,

5.6. verklaart dit vonnis wat betreft de veroordelingen uitvoerbaar bij voorraad,

5.7. wijst het meer of anders gevorderde af.

74

Geen benoeming verzekeringsarts want geen medisch objectiveerbare stoornis of herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Afwijzing verzoek voorlopig deskundigenbericht

Rechtbank Gelderland zp Arnhem
12 februari 2025, nr. C/05/442014 / HA RK
24-147, ECLI:NL:RBGEL:2025:1321
(mr. Olthof)

Noot mr. dr. E.J. Wervelman

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Voorlopig deskundigenbericht. Geen medisch objectiveerbare stoornis. Geen herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.

[BW art. 6:248, 7:925]

Een verzekerde heeft nakoming gevorderd van een arbeidsongeschiktheidsverzekering en daartoe een verzoekschrift ingediend tot het gelasten van een voorlopig deskundigenbericht door een verzekeringsarts. Om in aanmerking te komen

6 HR 17 december 2010, ECLI:NL:HR:2010:BO1815, r.o. 3.10.2.

voor een uitkering moet volgens de polisvoorwaarden (in ieder geval) sprake zijn van een medisch objectiveerbare stoornis als gevolg van ziekte of een ongeval. Verzekeraar liet eenzijdig een neurologische expertise uitvoeren. Daar bleek dit niet uit. Datzelfde geldt voor de uitkomst van de second opinion. De rechtbank was het daarom met verzekeraar eens dat het verzoek tot benoeming van een verzekeringsarts moest worden afgewezen. Verzekerde betoogde nog dat voor dekking voldoende was dat zijn klachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven waren en dat het patroon van de klachten plausibel was omdat deze consistent consequent en samenhangend waren en hij deze klachten niet had voor de nekhernia. De rechtbank wees dat betoog af door erop te wijzen dat een essentieel verschil bestaat tussen het beoordelingskader bij letselschade en dat van de ongeschiktheidsverzekering waarvan verzekerde nakoming vordert.

[verzoeker],
wonende te [woonplaats],
verzoeker,
advocaat mr. A.C.E.G. Cordesius te Den Haag,
tegen
de naamloze vennootschap
Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Centraal beheer Achmea
gevestigd te Apeldoorn,
verweerster,
advocaat mr. H.E. Foudraïne te Apeldoorn.
Partijen worden hierna [verzoeker] en Achmea genoemd.

1. De procedure

(...)

2. De feiten

2.1. [verzoeker] werkt als zzp'er in de glastuinbouwsector.

2.2. Op 18 september 2020 heeft [verzoeker] een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Achmea. Op deze arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn de voorwaarden 'Arbeitsongeschiktheidsverzekering AOV Compleet' van toepassing. In deze polisvoorwaarden staat, voor zover hier van belang:

'2.3. Wanneer bent u voor deze verzekering arbeidsongeschikt?

Als u uw beroep geheel of gedeeltelijk niet meer kunt doen.

– Er sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis

– En de oorzaak is ziekte of een ongeval

– En u bent hiervoor bij een arts geweest

– De dag nadat u de arts bezocht, is de 1e dag van de arbeidsongeschiktheid

– En u bent 25 % of meer arbeidsongeschikt

– Niet: als wij de oorzaak van uw arbeidsongeschiktheid niet verzekeren (uitsluitingen). U vindt deze oorzaken op uw verzekeringsbewijs.

(...)

2.5. Wie stelt de mate van arbeidsongeschiktheid vast?

Wij stellen vast voor welk percentage u arbeidsongeschikt bent

– U heeft daarover contact met de claimbehandelaar.

– Wij gebruiken de rapporten van deskundigen die wij aanwijzen.

– Bijvoorbeeld artsen en arbeidsdeskundigen.

– U heeft recht op een medische of arbeidsdeskundige herbeoordeling (second opinion).

– Als u en wij geen akkoord hebben over de mate van arbeidsongeschiktheid.

– Wij bepalen samen met u wie de second opinion uitvoert.

– De uitslag van de second opinion is bindend voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

– Wij betalen de kosten.'

2.3. Op 13 april 2021 heeft [verzoeker] nekpijn gekregen, uitstralend naar het hoofd en de schouders. In het kader van zijn medische behandeling is bij DC klinieken een MRI gemaakt, waarmee een hernia C5 C6 is vastgesteld.

2.4. Na de melding van arbeidsongeschiktheid, heeft Achmea [verzoeker] vanaf 13 april 2021 een uitkering verstrekt waarbij zij in eerste instantie is uitgegaan van 100 % arbeidsongeschiktheid.

2.5. In opdracht van Achmea heeft neuroloog dr. [naam 2] een neurologische expertise verricht bij [verzoeker]. In het rapport van 25 februari 2022 staat, voor zover hier van belang:

'Samenvatting.

(...) Er wordt een MRI van de halswervelkolom gemaakt die een hernia C5 C6 laat zien, echter zonder uitgesproken compressie van zenuwweefsel. Betrokkene blijft daarna wisselende pijnklachten houden, overwegend in de nek, maar ook elders in het lichaam. Hij ervaart ernstige vermoeidheid. Bij neurologisch onderzoek worden geen aanwijzingen gevonden voor een cervi-

caal radiculair compressiesyndroom, even min voor verschijnselen van myelopathie. Hernieuwd beeldvormend onderzoek van de halswervelkolom laat een lichte discusprotrusie C5 C6 zien zonder wezenlijke zenuwcompressie.

Beschouwing.

Het is zeker mogelijk dat de nekhernia een rol heeft gespeeld bij het ontstaan van de klachten in april. Het is ongebruikelijk dat dergelijke klachten zo lang blijven en de beschreven exacerbaties zijn eveneens ongebruikelijk. Daarnaast is het grootste deel van de klachten niet te verklaren uitgaande van een hernia C5 C6, zoals de hoofdpijn, het vermoeide gevoel in het lichaam, vooral in de benen, de verhoogde slaapbehoefte. Een vermoeid gevoel in het lichaam zouden kunnen samenhangen met compressie van het ruggenmerg cervicaal, hiervan is echter geen sprake, noch bij onderzoek, noch bij beeldvorming. De beeldvorming maakt duidelijk dat er op het niveau C5 C6 in feite niet of nauwelijks meer sprake is van afwijkingen, zoals wel vaker voorkomt bij hernia's. Daarbij moet ook nog worden bedacht dat hernia's vaak toevallsbevinding zijn, die de klachten niet altijd verklaren. Er zijn bij het huidige onderzoek verder geen klachten of verschijnselen die zouden kunnen samenhangen met een geringe foramenvernauwing op het niveau C5 C6. (...)

3. Welke diagnose kunt u stellen?

"Betrokken heeft blijkbaar een hernia C5 C6 doorgemaakt in 2021, die spontaan is hersteld. De huidige klachten kan ik niet verklaren door een aandoening op neurologisch vakgebied."

4. Is er naar uw mening sprake van medisch vast te stellen gevolg van ziekte? Zo ja, geeft aanleiding tot beperkingen? Zo ja, welke beperkingen zijn dat?

(...)

"Ik heb op neurologisch vakgebied geen reden betrokkene beperkingen op te leggen."

(...)"

2.6. Bij brief van 15 maart 2022 heeft Achmea aan [verzoeker] bericht dat de neuroloog geen beperkingen heeft vastgesteld, zodat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering. In deze brief is een afbouw van de uitkering opgenomen vanaf 15 maart 2022 tot 15 juni 2022 en een aanbod voor een (partijen bindende) second opinion.

2.7. Partijen hebben in samenspraak neuroloog dr. [naam 3] verzocht om een second opinion uit te voeren.

2.8. In het expertiserapport van [naam 3] staat, voor zover hier van belang:

'SAMENVATTING EN BESCHOUWING

(...) De huidige klachten bestaan uit locale nekpijn, sterk wisselende pijn in de bovenarm links, de polsen, de linker schouder, links van de wervelkolom halverwege de rug en vermoeidheid.

In het verlengde hiervan ervaart betrokkene subjectieve beperkingen ten aanzien van het beroepsmatig functioneren, meer specifiek ten gevolge van de toename van genoemde klachten door activiteiten in het algemeen, waarbij hij zijn werk – dat voor een belangrijk deel bestaat uit fysieke activiteiten – niet meer kan uitvoeren.

Bij het neurologisch onderzoek als zodanig worden geen relevante afwijkingen gevonden, behoudens een licht beperkte lateroflexie en retroflexie van het hoofd, wegens hierbij optredende pijnklachten in de nek.

Er vond een herbeoordeling plaats van drie vervaardigde MRI's, die in essentie vergelijkbaar zijn, met als conclusie: breedbasische discuspuiling op het niveau C5-C6, reikend tot aan de voorzijde van het myelum, zonder tekenen van myelopathie of vervorming / verplaatsing van het myelum. Hierbij beiderzijds relatief nauwe neuroforamina C5-C6.

Met betrekking tot de objectiveerbaarheid van de klachten kom ik tot de volgende afweging. De klachten die betrokkene beschrijft zijn weinig specifiek en, op basis van het neurologisch onderzoek als zodanig in combinatie met het algehele functioneren, niet of nauwelijks objectiveerbaar. Een en ander geeft dan ook geen aanleiding om een – al dan niet ernstig – neurologisch ziektebeeld te veronderstellen. Het is niet onmogelijk dat de HNP C5-C6 een rol heeft gespeeld bij de oorspronkelijke pijnklachten in april 2021, maar zeker is dit allerminst, veel hernia's zijn asymptomatisch. De aanhoudende, wisselende klachten kan ik hier echter niet aan toeschrijven. Er zijn evenmin overtuigende aanwijzingen voor een cervicaal radiculair syndroom, niet anamnestic, en niet bij het neurologisch onderzoek. Op grond van het beeldvormend onderzoek is beïnvloeding van de wortels C6 t.g.v. de relatief nauwe foramina (de openingen waar de zenuwwortels uittreden) niet uit te sluiten: ook voor deze radiologische bevinding geldt echter dat deze zeer vaak

asymptotisch is. Alleen bij een episode met aanhoudende uitstraling naar een arm volgens een traject passend bij de betreffende zenuw wortel is een wortelblokkade (zoals ook gesuggereerd door dr. [naam 4]) een optie. De licht beperkte mobiliteit van de nek is tendomyogeen bepaald.

CONCLUSIE

Op neurologisch gebied vind ik geen duidelijke verklaring voor de door betrokkene geclaimde klachten.

BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN

(...)

Vraag 2. “Wat zijn uw bevindingen bij lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek?”

Antwoord 2. “Bij het neurologisch onderzoek als zodanig worden geen relevante afwijkingen gevonden, behoudens een licht beperkte lateroflexie en retroflexie van het hoofd, die tendomyogeen bepaald is.

Er vond een herbeoordeling plaats van MRI's, die in essentie vergelijkbaar zijn, met als conclusie: breedbasische discuspijling op het niveau C5-C6, reikend tot aan de voorzijde van het myelum, zonder tekenen van myelopathie of vervorming/verplaatsing van het myelum. Hierbij beiderzijds relatief nauwe neuroforamina C5-C6.”

Vraag 3. “Welke diagnose(n) kunt u stellen?”

Antwoord 3. “Hiervoor wil ik verwijzen naar de paragraaf ‘Samenvatting en Beschouwing’. Daaronder vindt u e. e. a. samengevat onder de paragraaf ‘Conclusie.’”

Vraag 4.a. “Is er naar uw mening sprake van medisch vast te stellen gevolgen van ziekte op 15-02-2022? Zo ja, geeft dit dan aanleiding tot beperkingen? Zo ja, welke beperkingen zijn dit? Wilt u zo concreet mogelijk de mate aangeven, rekening houdend met de werkzaamheden van betrokkene?”

Antwoord 4.a. “Nee, deze kan ik niet vaststellen. Aangezien ik op neurologisch gebied geen duidelijke verklaring vind voor de door betrokkene geclaimde klachten leiden deze ook niet tot beperkingen op mijn vakgebied.”

b. “Is er naar uw mening sprake van medisch vast te stellen gevolgen van ziekte op 14-12-2022? Zo ja, geeft dit dan aanleiding tot beperkingen? Zo ja, welke beperkingen zijn dit? Wilt u zo concreet mogelijk de mate aangeven, rekening houdend met de werkzaamheden van betrokkene?”

Antwoord 4.b. “Nee, deze kan ik niet vaststellen. Op genoemde datum bezocht betrokkene het spreekuur van de neuroloog in het [naam zieken-

huis]. Deze dacht dat er mogelijk sprake was van radiculare pijn, naast tendomyogene pijnklachten. Deze episode is hersteld, en heeft niet tot objectiveerbare neurologische restverschijnselen geleid. Aangezien ik op neurologisch gebied geen duidelijke verklaring vind voor de huidige door betrokkene geclaimde klachten leiden deze ook niet tot beperkingen op mijn vakgebied.”

(...)

2.9. Achmea heeft naar aanleiding van dit expertiserapport haar uitkeringen aan [verzoeker] niet hervat. Partijen hebben evenmin overeenstemming bereikt over het verrichten van nader onderzoek naar (de oorzaak van) de klachten.

3. Het verzoek en het verweer

3.1. [verzoeker] verzoekt de rechtbank een voorlopig deskundigenbericht te gelasten door een verzekeringsarts. [verzoeker] stelt dat hij klachten ervaart die duidelijk een uitvloeisel zijn van een nekhernia en dat hij klachten ervaart die meer indirect het gevolg zijn van de nekhernia. De klachten die hij ervaart zijn: klachten aan de nek, schouders, rug en bovenarmen, krachtverlies en kramp in de linkerarm, hoofdpijn, pijnlijke ogen, lichtgevoeligheid, duizeligheid en een kloppend gevoel in de oren. Volgens [verzoeker] zijn de klachten medisch objectiveerbaar (het gevolg van de nekhernia en de vastgestelde nauwe foramina) of in ieder geval passend bij een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Hij voldoet dan ook aan de eerste twee voorwaarden van artikel 2.3 van de polisvoorwaarden, zodat hij nu belang heeft bij een onderzoek door een verzekeringsarts naar de mate van zijn arbeidsongeschiktheid, aldus [verzoeker].

3.2. Achmea voert primair aan dat het verzoek moet worden afgewezen wegens, kort samengevat, gebrek aan belang en onderbouwt dit als volgt. Volgens Achmea voldoet [verzoeker] niet aan de polisvoorwaarden en is het daarnaast ook niet aan een verzekeringsarts om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. In de neurologische expertises, waarvan de second opinion van dr. [naam 3] tussen partijen bindend is, is onderzocht of de aanhoudende klachten van [verzoeker] te verklaren zijn vanuit de reeds doorstane nekhernia of een nauwe foramina, hetgeen niet het geval is. De ingeschakelde deskundigen kunnen dus geen neurologische verklaring vinden voor de klachten van [verzoeker], zodat geen sprake is van een vastgestelde medisch objecti-

veerbare stoornis die tot beperkingen leidt, aldus Achmea. Subsidiair voert Achmea aan dat, als er een deskundigenbericht moet worden bevolen, dit een orthopedisch onderzoek moet zijn, omdat in de eerste fase een medisch specialist het bestaan van een medisch objectieveerbare stoornis moet vaststellen.

3.3. Op de stellingen van partijen wordt hierna, voor zover nodig, nader ingegaan.

4. De beoordeling

4.1. Een voorlopig deskundigenonderzoek als bedoeld in artikel 202 lid 1 Rv biedt een partij de mogelijkheid om aan de hand van het uit te brengen deskundigenbericht zekerheid te verkrijgen over de voor de beslissing van het geschil relevante feiten en omstandigheden en daardoor beter te kunnen beoordelen of het raadzaam is de procedure te beginnen of voort te zetten. Aan de rechter die moet oordelen over het verzoek om een dergelijk onderzoek te gelasten komt geen discretionaire bevoegdheid toe. Hij moet het onderzoek in beginsel bevelen, indien het verzoek voor genoemde afwegingen relevant kan zijn en voldoende concreet is en feiten betreft die met het deskundigenonderzoek bewezen kunnen worden. Dit is echter anders als de rechter op grond van in zijn beslissing te vermelden feiten en omstandigheden van oordeel is dat het verzoek in strijd is met een goede procesorde, dat misbruik wordt gemaakt van de bevoegdheid om zo'n verzoek te doen – bijvoorbeeld als dit door onevenredigheid van de over en weer betrokken belangen in redelijkheid niet kan worden toegelaten – of dat het verzoek moet afstuiten op een ander door de rechter zwaarwichtig geoordeeld bezwaar.¹

4.2. De rechtbank stelt voorop dat het Achmea als verzekeraar vrij staat om in haar polisvoorwaarden vast te leggen welke gebeurtenis zij wenst te verzekeren.² In dit geval is dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van een medisch objectieveerbare stoornis. Dit zorgt ervoor dat voor een recht op uitkering niet, zoals [verzoeker] betoogt, bepalend is of hij zijn verzekerd beroep kan uitoefenen, maar of sprake is van een medisch objectieveerbare stoornis die zorgt voor minimaal 25 %

arbeidsongeschiktheid. Uit jurisprudentie³ volgt dat onder de medisch objectieveerbare stoornis óók moet worden begrepen het geval waarin het ziektebeeld herkenbaar en benoembaar is maar de oorzaak onbekend is. Het gaat daarbij om de situatie dat aan de hand van bepaalde klachten of symptomen weliswaar een bepaald ziektebeeld kan worden herkend en benoemd, maar dat de (precieze) oorzaak van dit ziektebeeld als gevolg van de stand van de (medische) wetenschap (nog) niet kan worden vastgesteld.

4.3. Bij de vaststelling van (de mate van) arbeidsongeschiktheid zijn meerdere deskundigen betrokken, met ieder een eigen taak op grond van zijn of haar vakgebied. De medisch specialist brengt de klachten en eventuele beperkingen in kaart en komt daarbij wel of niet tot een diagnose, waarna eventueel een verzekeringsarts kan onderzoeken in welke mate de beperkingen gevolgen hebben voor de belastbaarheid van betrokkene in (in dit geval) het verzekerde beroep. Daarna is het aan de arbeidsdeskundige om de mate van arbeids(on)geschiktheid vast te stellen. Dit betekent dat de verzekeringsarts verder moet gaan met de conclusies van de medisch specialist. Voor toewijzing van dit verzoek is daarom van belang dat voldaan is aan de polisvoorwaarde wat betreft het vaststaan van een medisch objectieveerbare stoornis en dat kan worden overgegaan naar de volgende stap behorend bij de vaststelling van het recht op een uitkering.

4.4. [verzoeker] heeft in zijn verzoekschrift het verwijt opgenomen dat de deskundigen de klachten van [verzoeker] niet hebben onderzocht en de relatie met het beroep van [verzoeker] niet hebben onderzocht. Dat dit niet is gebeurd blijkt niet uit de overgelegde rapportages. [naam 3] heeft de huidige klachten in zijn samenvatting en beschouwing opgenomen (zie onder 2.8) en het beroep van [verzoeker] is meegenomen in de vraag naar de beperkingen, nu daarin gevraagd wordt rekening te houden met de werkzaamheden van [verzoeker]. Verder heeft [verzoeker] tijdens de mondelinge behandeling nog naar voren gebracht dat het volgens hem onredelijk zou zijn om het rapport van [naam 3] bindend te laten zijn. De rechtbank ziet in deze verder niet onderbouwde stelling onvoldoende aanwijzingen om er in deze

1 Hoge Raad 19 december 2003, ECLI:NL:HR:2003:AL8610

2 Hoge Raad 6 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1736

3 Zie onder meer Hoge Raad 16 april 1999, ECLI:NL:HR:1999:ZC2887

procedure vanuit te kunnen gaan dat partijen niet gebonden zouden kunnen zijn aan dat rapport. De rechtbank zal dan ook het hier aan de orde zijnde verzoek beoordelen op basis van alle stukken die zijn overgelegd.

4.5. Naar het oordeel van de rechtbank volgt uit de onder 2.5 en 2.8 opgenomen passages uit de rapporten van de neurologische expertises dat de neurologen tot de conclusie komen dat op neurologisch gebied geen verklaring kan worden gevonden voor de huidige klachten van [verzoeker]. De neurologen achten het beiden niet onmogelijk dat de nekhernia een rol heeft gespeeld bij het ontstaan van de klachten, maar kunnen de aanhoudende, wisselende klachten van [verzoeker] niet toeschrijven aan de doorgemaakte nekhernia. Wat betreft de foramina heeft te gelden dat [naam 3] weliswaar in zijn second opinion spreekt van een relatief nauwe neuroforamina C5 C6, maar daarin geen verklaring ziet voor de klachten van [verzoeker]. De conclusie is dat beide neurologische expertises niet kunnen leiden tot een vastgestelde medisch objectieveerbare stoornis.

4.6. Uit de neurologische expertises volgt evenmin dat voldaan is aan de eis van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, ondanks dat het bestaan van klachten bij [verzoeker] op zichzelf niet wordt betwist. Immers houden de stellingen van [verzoeker] in dat zijn klachten het gevolg zijn van de nekhernia (ofwel de nauwe formamina) en dat de ingeschakelde neurologen niet hebben meegenomen dat een nekhernia kan zorgen voor uiteenlopende klachten, hetgeen hij bevestigt ziet in de door hem overgelegde informatie van medische instellingen. Er is dus, in de visie van [verzoeker], geen sprake van een onbekende oorzaak (waar de jurisprudentie van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld juist op ziet) maar van een door [verzoeker] aangewezen oorzaak die niet door de ingeschakelde medisch deskundigen wordt gevolgd. Hieraan kan niet afdoen dat volgens [verzoeker] ook moet worden meegewogen dat zijn klachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn en dat het patroon van klachten plausibel is, omdat de klachten consistent, consequent en samenhangend zijn en dat hij deze klachten niet had voor de nekhernia. [verzoeker] lijkt hiermee het beoordelingskader ruimer op te vatten dan de bestaande jurisprudentie over een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld bij een arbeidsongeschiktheidsverzekering en lijkt de beoordelingsruimte bij de

vaststelling van letselschade in het aansprakelijkheidsrecht te willen toepassen. Dat is hier niet aan de orde nu het verzochte deskundigenbericht betrekking heeft op een mogelijke nakomingsverdering uit een verzekeringsovereenkomst waarbij een verzekeraar zoals gezegd vrij is om in de polisvoorwaarden de dekking te beperken.

4.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de rechtbank het verzoek als niet ter zake dienend zal afwijzen. Voor een veroordeling in de proceskosten ziet de rechtbank geen aanleiding.

5. De beslissing

De rechtbank

5.1. wijst het verzoek af.

NOOT

Bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering is de gang bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheid onder meer vastgelegd in de Gedragscode Claimbehandeling 2020. En, meer specifiek, in art. 7 van deze code die betrekking heeft op individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De gebruikelijke wijze in de branche ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is aldus dat een medisch specialist vaststelt of bij verzekerde sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot ziekte of ongeval. Vervolgens stelt een verzekeringsarts op basis van de door de medisch specialist vastgestelde stoornissen in eigen onderzoek vast in hoeverre bij verzekerde beperkingen bestaan bij arbeidswerkzaamheden. Ten slotte maakt de arbeidsdeskundige op basis van deze beperkingen in eigen onderzoek een inschatting van de mate waarin de verzekerde de werkzaamheden van zijn of haar beroep of in passende arbeid niet meer kan verrichten (vgl. conclusie A-G Hartlief 6 juli 2018, ECLI:NL:PHR:2018:788, r.o. 4.6 voor: HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800; E.J. Wervelman, 'De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering', par. 27.7.2 in: Hendrikse, Van Huizen & Rinkes, *Verzekeringsrecht* (R&P VR, nr. 2), 2023). De drie genoemde deskundigen, de medisch specialist, de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige, hebben ieder hun eigen expertise en moeten zich wat oordelen betreft daar ook toe beperken. Een medicus mag bijvoorbeeld niet vaststellen in welke mate verzekerde door

zijn beperkingen in staat is om de werkzaamheden te verrichten; die beoordeling is voorbehouden aan de arbeidsdeskundige. Kort en goed konden de beide in deze zaak benoemde neurologen bij verzekerde geen medisch objectiveerbare stoornis vaststellen. De rechtbank overweegt – in aansluiting daarop – dat uit de beide neurologische expertises evenmin volgde dat voldaan was aan de eis van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Die constatering is van belang en laat het doek voor de grondslag van het verzoekschrift als geheel verder ook vallen. Daarmee is immers vastgesteld dat geen sprake is van een krachtens de polis gedekte stoornis.

Het onderscheid dat de rechtbank in deze beschikking maakt tussen een medisch objectiveerbare stoornis en een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld volgt de vaste jurisprudentie. Voor een beroep op de polisvoorwaarden is immers noodzakelijk dat sprake is van een objectief medisch vast te stellen stoornis die (in dit geval) wordt veroorzaakt door een ziekte of ongeval. Doorgaans geldt in de branche dat arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bepalen dat sprake moet zijn van een objectief medisch vast te stellen stoornis in relatie tot ziekte of ongeval. De normaal geïnformeerde en redelijk omzichtige en oplettende gemiddelde verzekerde moet volgens vaste jurisprudentie op basis van de door verzekeraar verstrekte informatie redelijkerwijs begrijpen dat klachten moeten kunnen worden herleid tot een ziektebeeld (Vgl. HR 10 juli 2020, ECLI:NL:HR:2020:1268; HR 6 november 2020, «JA» 2021/18 m.nt. EJW). Uit de tekst van de polisvoorwaarden volgt afdoende duidelijk dat de polisvoorwaarden een scheidslijn beogen aan te brengen tussen klachten die op zichzelf serieus zijn, maar waarvoor geen medische grond valt aan te wijzen en klachten waarbij dat wel het geval is (vgl. voor dit onderscheid ook HR 16 april 1999, *NJ* 1999/666). Om aanspraak te kunnen maken krachtens de polis moet sprake zijn van klachten die behoren tot laatstgenoemde categorie. Klachten waarvoor geen medische grond valt aan te wijzen zijn in de verzekeringsvoorwaarden van dekking uitgesloten. Onafhankelijk van het (in de praktijk soms lastig te geven) antwoord op de vraag of de klachten op zichzelf alleszins serieus te nemen zijn dan wel of er reden is om aan te nemen dat sprake is van aanstellerij, inbeelding of aggraviatie. Dit betekent dat voor het aan-

nemen van dekking niet voldoende is dat de verzekerde klachten ervaart en dat dit door de beoordelende artsen als reëel wordt ervaren, zonder dat zij de klachten op hun vakgebied kunnen verklaren. In dat laatste geval ontbreekt immers het verband met het herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. En is dus geen sprake van in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen. In de casus die leidde tot het arrest van de Hoge Raad van 10 juli 2020 (ECLI:NL:HR:2020:1268) stond vast dat – als de belemmeringen van verzekerde hun oorzaak zouden vinden in een besmetting met de ziekte van Lyme – sprake was van arbeidsongeschiktheid die gedekt was onder de polis. Als zodanig stond in die zaak tussen partijen – als niet betwist – vast dat als dat objectief medisch zou worden vastgesteld, zulks in lijn lag met de CRO-richtlijn Lymeziekte uit juli 2013. In geschil was echter in die zaak of een actieve chronische of persisterende ziekte van Lyme bij verzekerde speelde. Verzekerde zal dat als claimant onder de polis moeten stellen en bewijzen (vgl. HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800; HR 24 maart 1995, *NJ* 1995/350; art. 150 Rv). Dat bleek uiteindelijk niet het geval te zijn. Daarbij tekende het hof, in cassatie gedeeld door de Hoge Raad, aan dat een redelijke uitleg van de polisvoorwaarden meebrengt dat ook in geval sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, doch de oorzaak daarvan onbekend is, reeds kan worden gesproken van een medisch vaststelbare stoornis gerelateerd aan ziekte. In die zaak kwam dat echter niet vast te staan. Dat was aldus evenzeer het geval in de zaak die leidde tot het verzoekschrift tot benoeming van de verzekeringsarts in deze zaak (vgl. HvJ EU 23 april 2015, ECLI:EU:C:2015:262). De rechtbank verwerpt terecht het betoog van verzekerde dat de dekking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering breder zou zijn. Verzekerde trekt in zijn betoog de lijn door naar de criteria die gelden voor de beoordeling van letselschade. Juist hierin schuilt immers het grote verschil tussen Vorderingen uit hoofde van een arbeidsongeschiktheidsverzekering zoals de onderhavige en vorderingen uit hoofde van een vordering wegens onrechtmatige daad (Vgl. HR 8 juni 2001, *NJ* 2001/433). Terecht en op goede gronden verwerpt de rechtbank dat door erop te wijzen dat de verzekeraar vrij is om in de polisvoorwaarden de dekking te beperken. Ook dit oordeel ligt in lijn met vaste rechtspraak. De Hoge Raad heeft erop

gewezen dat de verzekeraar vrij is in de keuze om medisch objectieveerbare stoornissen die niet zijn te herleiden tot een (herkenbaar en benoembaar) ziektebeeld van dekking uit te sluiten. De verzekeraar mag immers de grenzen omschrijven waarbinnen hij bereid is om aan de markt dekking te bieden (Vgl. HR 18 mei 2008, *NJ* 2008/284; HR 9 juni 2006, *NJ* 2006/326; HR 6 november 2020, «JA» 2021/18, m.nt. EJW). Het weigeren van een vergoeding die buiten de verzekeringsdekking valt, kan naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn indien zich bijzondere omstandigheden voordoen die dat rechtvaardigen. Daarvan zal niet snel sprake zijn, zoals wel blijkt uit het arrest dat de Hoge Raad wees op 6 november 2020, «JA» 2021/18, m.nt. EJW. Voor zover die omstandigheden betrekking hebben op de keuze van de verzekeraar om medisch objectieveerbare stoornissen die niet zijn te herleiden tot een (herkenbaar en benoembaar) ziektebeeld van dekking uit te sluiten, miskent verzekerde dat de verzekeraar in die keuze vrij was. Om dezelfde reden is niet van belang dat verzekerde zijn klachten niet simuleerde, zoals de Hoge Raad in dat arrest overwoog. Een beroep op de primaire dekkingsomschrijving kan immers niet met succes worden afgeweerd met de stelling dat dat naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is omdat de redenen waarom de verzekeraar een bepaalde gebeurtenis niet wil verzekeren zich in het concrete geval niet voordoen. In die zaak speelde de omstandigheid dat verzekerde niet kon terugvallen op een verplichte verzekering van overheidswege. Dat bracht volgens de Hoge Raad evenmin met zich mee dat het beroep van de verzekeraar op de dekkingsbeperking naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar was (vgl. ook: HR 19 december 2014, *NJ* 2015/344). Al met al ligt de opvatting van de rechtbank dan ook naar mijn oordeel in lijn met vaste jurisprudentie van de Hoge Raad. In die zin dat geen aanleiding bestaat om een verzekeringsarts te benoemen in de situatie dat uit de medisch-specialistische expertises niet blijkt dat sprake is van een medisch objectieveerbare stoornis, dan wel van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.

mr. dr. E.J. Wervelman
advocaat

75

Heeft autoverzekeraar terecht uitsluiting wegens roekeloos rijden ingeroepen?

Rechtbank Amsterdam
19 maart 2025, nr. C/13/749121 / HA ZA 24-338, ECLI:NL:RBAMS:2025:1871
(mr. De Koning)

Aanrijding. Roekeloos rijden. Regresblokkade.

[BW art. 7:952, 7:962 lid 3]

Eiser heeft voor zijn Bentley een allrisk verzekering afgesloten bij Ansvar. Zijn zoon (gedaagde) rijdt met toestemming van eiser in de Bentley en rijdt achterop een Jaguar.

Ansvar laat eiser weten dat de schade niet gedekt is wegens roekeloos rijden (art. 7:952 BW en de algemene voorwaarden).

Eiser vordert veroordeling van Ansvar de schade aan de Bentley van € 175.000 te vergoeden. Er is geen sprake van roekeloos rijgedrag van gedaagde. In vrijwaring vordert Ansvar een verklaring voor recht dat gedaagde aansprakelijk is voor de schade en veroordeling van gedaagde tot betaling aan Ansvar van € 175.000

De rechtbank oordeelt dat Ansvar niet hoeft uit te keren, omdat de uitsluiting voor roekeloos rijden in de algemene voorwaarden doel treft. Reden hiervoor is dat gedaagde op het moment van de aanrijding 185 km/uur reed waar 100 km/uur was toegestaan en kort daarvoor een snelheid van 206 km/uur reed. Bovendien heeft gedaagde enkele minuten voor de aanrijding een gemiddelde van 174 tot 261 km/h gereden. Daarbij komt dat gedaagde op de vierde baan van de snelweg reed die kort daarop eindigde, terwijl hij het bord 'ritsen over 300 meter' al gepasseerd was. Om deze reden hoeft Ansvar geen dekking te verlenen.

Omdat Ansvar niet gehouden is de schade aan eiser te vergoeden, wordt ook de vordering van Ansvar jegens gedaagde tot vergoeding van de schade afgewezen.

De rechtbank verwerpt de stelling van gedaagde dat Ansvar geen regres op hem kan nemen. De uitzondering van art. 7:962 lid 3 BW geldt niet,