

Kroniek van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering 2014-2019 (Deel II)

AV&S 2019/32

De auteur gaat in deze bijdrage in op de belangrijkste ontwikkelingen rondom particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in de periode 2014-2019. De kroniek besteedt aandacht aan het karakter van deze verzekering door uitwerking van het onderscheid tussen schade- en sommenverzekeringen. De schending van de mededelingsplicht en het begrip “arbeidsongeschiktheid” komen aansluitend aan de orde, gevolgd door een uiteenzetting van de claimbehandeling, waarna ook de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is besproken. Tot slot zijn enkele beslissingen behandeld rondom het einde van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en het recht op uitkering.

Deze kroniek bestaat uit een tweeluik. Het eerste deel is gepubliceerd in het vorige nummer van dit tijdschrift en beslaat de paragrafen 1 tot en met 4 (Inleiding, het karakter van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, schending van de mededelingsplicht en het begrip “arbeidsongeschiktheid”). Het tweede deel is hieronder gepubliceerd en beslaat de overige paragrafen, te weten claimbehandeling, de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek en wijzigingen en het einde van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Het tweede deel sluit af met een conclusie.

5. Claimbehandeling

Ten aanzien van de claimbehandeling bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is gedurende de verslagperiode een aantal aspecten van belang. Allereerst wordt het arrest besproken dat de Hoge Raad wees op 28 september 2018.² De Hoge Raad heeft prejudiciële vragen beantwoord van de rechtbank Den Haag.³ Het arrest geeft antwoord op enkele belangrijke vragen die partijen bij de claimbehandeling van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen lange tijd verdeeld hielden.⁴ Voorts is aandacht geschonken aan de rol van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Ook ziet deze paragraaf op de rechtspraak rondom “essentiële” werkzaamheden die zijn verbonden aan het beroep of bedrijf. Het antwoord op deze vraag is van groot belang, omdat de (juridische) beoordeling ertoe kan leiden dat sprake

is van volledige arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeskundige beoordeling slechts tot een gedeeltelijke uitkering leidt. Besproken is voorts onder meer tuchtrechtspraak over medisch adviseurs bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen waarbij ook de Richtlijn “Claimbeoordeling AOV” van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken (GAV) aan de orde komt.

De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 28 september 2018⁵ desgevraagd allereerst duidelijk gemaakt dat ter beantwoording van de vraag welke gezichtspunten in aanmerking moeten worden genomen bij het vaststellen of een arbeidsongeschiktheidsverzekering door de verzekerde wordt aangegaan als consument volgens de Richtlijn 93/13/EEG een consument iedere natuurlijke persoon is die bij onder de Richtlijn vallende overeenkomsten handelt voor doeleinden die buiten zijn bedrijfs- of beroepsactiviteiten vallen. Alleen natuurlijke personen kunnen consument zijn. Voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is dat van belang, omdat deze soms worden afgesloten door rechtspersonen. In dat geval mist de Richtlijn 93/13/EEG toepassing. De Hoge Raad heeft voorts overwogen dat niet van belang is over welke concrete kennis of informatie verzekeringnemer beschikt. Evenmin is van belang of hij een onderneming drijft. In plaats daarvan moet aan de hand van alle omstandigheden van het geval worden vastgesteld met welk doel de overeenkomst is aangegaan. Dat moet met name worden afgeleid uit de aard van het goed of de dienst waarop de betrokken overeenkomst betrekking heeft. Ook als een natuurlijke persoon een overeenkomst (mede) aangaat ten behoeve van een bedrijf is betrokkene nog steeds als consument aan te merken, mits hij zelf geen functionele banden heeft met het bedrijf. In het geval waarop de prejudiciële vragen betrekking hebben gaat het om een natuurlijk persoon die als zelfstandig ondernemer een beroep of bedrijf uitoefent en een verzekering afsluit met het doel om, ingeval hij dat beroep of bedrijf door gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid niet of slechts beperkt kan uitoefenen, met een uitkering uit hoofde van die verzekering in vervangend inkomen te voorzien. De verzekering maakt dus geen deel uit van de uitoefening van het beroep of bedrijf van de onderneming. De verzekering wordt ook niet ten behoeve van de beroeps- of bedrijfsactiviteit afgesloten, aldus nog steeds de Hoge Raad. Het doel daarvan is volgens de Hoge Raad immers juist dat de ondernemer als privépersoon op alternatieve wijze in zijn levensonderhoud kan voorzien als de mogelijkheid tot verwerving van inkomen uit het beroep of bedrijf wegvalt of wordt beperkt. In een dergelijk geval is verzekeringnemer de overeenkomst dan ook als consument aangegaan. Daarbij is volgens de

1 Mr. dr. E.J. (Erik-Jan) Wervelman is advocaat bij VVW Advocaten-Mediation te Utrecht. Citeerwijze: E.J. Wervelman, ‘Kroniek van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering 2014-2019 (Deel II)’, AV&S 2019/32, afl. 5.

2 ECLI:NL:HR:2018:1800.

3 Rb. Den Haag 15 november 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:16419; tussenvonnis Rb. Den Haag 7 maart 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:2633.

4 Zie over dit arrest: E.J. Wervelman, ‘De benoeming van deskundigen bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen; geen oneerlijk beding: HR 28 september 2018’, NTHR 2019, afl. 1, p. 10-17.

5 ECLI:NL:HR:2018:1800.

Hoge Raad niet van belang of zijn verplichting om als verzekeringnemer premie te betalen feitelijk door een derde wordt nagekomen. Inzet van het geding vormde art. 14 van de polisvoorwaarden:

“Zolang verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarover deze zal gelden worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van gegevens van door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaar heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.”

De Hoge Raad beoordeelde deze polisvoorwaarde niet als kernbeding, omdat deze ziet op de wijze waarop wordt vastgesteld of sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis. Het is geen beding dat het verzekerde risico en de verbintenis van de verzekeraar duidelijk omschrijft of afbakent. Evenmin kon volgens de Hoge Raad gezegd worden dat de verbintenissen die uit de overeenkomst voortvloeien zonder het beding onvoldoende bepaalbaar zouden zijn. De wijze van vaststelling van de gestelde arbeidsongeschiktheid zou dan immers door de toepasselijke wettelijke regels worden bepaald.⁶

Kern van de prejudiciële vragen van de rechtbank Den Haag vormde het antwoord op de vraag of art. 14 van de polisvoorwaarden een oneerlijk beding was. De Hoge Raad vindt van niet. De tekst van het beding geeft op zichzelf geen uitsluitsel over de betekenis ervan, aldus de Hoge Raad die uitvoerig uiteenzet dat het Protocol bij Claims op individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen uit 2016 van het Verbond van Verzekeraars bindend is voor de leden van het Verbond. Het Protocol zet uiteen op welke wijze een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar een claim dient te behandelen. Kort gezegd gaat het erom dat de verzekeraar na ontvangst van de claim aangeeft welke actie wordt ondernomen. Na ontvangst van het resultaat van het onderzoek informeert de verzekeraar de verzekerde binnen twee weken wat haar standpunt is. Daarvan uitgaande is de Hoge Raad, kort gezegd, van oordeel dat de procedure die is beschreven in het Protocol leidt tot een standpunt van de verzekeraar. Daar kan de verzekerde bezwaar tegen maken. De bezwaartermijn die in de polisvoorwaarden is neergelegd heeft volgens de Hoge Raad kennelijk geen ander doel dan het bevorderen van een voortvarende afhandeling van de claim. Een sanctie is aan het niet-benutten van die termijn niet verbonden. In zoverre heeft het beding dus geen betekenis voor de rechtspositie van de verzekerde. Oneerlijk

acht de Hoge Raad het beding daarom niet.⁷ Er is volgens de Hoge Raad geen sprake van een aanzienlijke verstoring van het evenwicht. De Hoge Raad overweegt daartoe dat met name rekening moet worden gehouden met de toepasselijke regels van het nationale recht, wanneer partijen op dit punt geen regeling hebben getroffen. In dat geval geldt volgens de Hoge Raad dat art. 7:941 lid 2 BW verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde verplicht om binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Dit kan meebrengen dat de verzekerde dient mee te werken aan een door de verzekeraar wenselijk geacht onderzoek. Als de verzekerde deze wettelijke verplichting niet nakomt kan de verzekeraar daar onder omstandigheden sancties aan verbinden (art. 7:941 lid 3 en 4 BW). Het verschil in de rechtspositie is dat er een rapport ligt dat op kosten van de verzekeraar is tot stand gekomen. Verzekerde heeft geen aanspraak kunnen maken op inspraak bij de keuze van de persoon van de deskundige en de onderzoeksvragen. Dat levert de verzekerde, het beding weggedacht, een voordeel op omdat hij de kosten anders voor eigen rekening zou moeten nemen. Het nadeel voor de verzekerde ligt erin dat hij geen invloed heeft kunnen uitoefenen op de totstandkoming van het rapport wat betreft de keuze van de persoon van de deskundige en de onderzoeksvragen. De Hoge Raad tekent daar echter bij aan dat het gaat om een partijrapport. Verzekerde heeft de mogelijkheid om de uitkomsten ervan met behulp van eigen onderzoek te betwisten. Als het komt tot een klacht of gerechtelijke procedure zullen de bezwaren tegen het rapport van de verzekeraar tegen de achtergrond van het overige materiaal - waaronder eventueel ook een rapport van een door de rechter benoemde deskundige - moeten worden gewogen. Bovendien relativeert de Hoge Raad het gebrek aan inspraak door te overwegen dat de verzekerde ook op grond van de wet gehouden is mee te werken aan een door de verzekeraar gewenst onderzoek.⁸ De opvatting van de Hoge Raad heeft inmiddels ruime bijval gekregen in de lagere jurisprudentie.⁹

Herbeoordelingen vormen vaker inzet van geschillen. Een voorbeeld daarvan vormt de casus die leidde tot de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 30 januari

⁶ Zie omtrent kernbedingen: Asser/Wansink, *Van Tiggele & Salomons 7-IX* 2019/107.

⁷ Zie omtrent oneerlijke bedingen bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen ook: Rb. Gelderland 27 juli 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:4772 (verzuimverzekering); Hof Amsterdam 12 juli 2016, ECLI:NL:GHAMS:2016:2856 (ambtshalve onderzoek naar oneerlijke bedingen); Hof Arnhem-Leeuwarden 31 mei 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:4228 (vervaltermijn oneerlijk beding); Hof Amsterdam 31 oktober 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:4417 (polisvoorwaarde die verzekerde verplichtte om in Nederland te wonen als onredelijk bezwaren aangemerkt); P.M. Leerink, 'Oneerlijke bedingen in arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)', *TAV* 2016/163; Rb. Rotterdam 23 november 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:9380; *RAV* 2017/30.

⁸ Gelet op de ontkennende beantwoording kwam de Hoge Raad niet toe aan de beantwoording van de vragen 4 en 5. Zie daaromtrent: A-G Hartlief in zijn Conclusie van 6 juli 2018, ECLI:NL:PHR:2018:788.

⁹ Rb. Gelderland 20 maart 2019, ECLI:NL:RBGEL:2019:1175; Hof Amsterdam 26 februari 2019, ECLI:NL:GHAMS:2019:623; Hof Amsterdam 19 februari 2019, ECLI:NL:GHAMS:2019:482; Rb. Overijssel 21 december 2018, ECLI:NL:ROBOE:2018:5050; Rb. Midden-Nederland 7 december 2018, ECLI:NL:RBMNE:2018:6407.

2019. Verzekerde kon zich niet verenigen met de uitkomst van de herbeoordeling. De Geschillencommissie volgde de verzekerde daarin niet door te overwegen dat mag worden verlangd dat de juistheid van de constatering en de conclusies deugdelijk moeten worden onderbouwd. Bij gebreke daarvan wees de Commissie de vorderingen af.¹⁰

De gebruikelijke wijze in de branche ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is aldus dat (i) een medisch specialist vaststelt of bij verzekerde sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in directe relatie tot ziekte of ongeval. Vervolgens (ii) stelt een verzekeringsarts op basis van de door de medisch specialist vastgestelde stoornis en eigen onderzoek vast in hoeverre bij verzekerde beperkingen bestaan voor arbeidswerkzaamheden. Ten slotte (iii) 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.¹¹

De rol van verzekeringsartsen bij de claimbehandeling van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen komt uitvoerig aan de orde in het arrest van 25 augustus 2015 van het hof Den Haag.¹² Het hof geeft aan dat het afhankelijk is van de opdracht die partijen aan de verzekeringsarts hebben gegeven om antwoord te geven op de vraag of hij gehouden is om zich bij de vaststelling van de beperkingen te beperken tot de uitkomsten van het medisch specialistisch onderzoek, dan wel ook meer of andere beperkingen kan vaststellen. Uiteraard laat dit onverlet dat een verzekeringsarts daarbij steeds de grenzen van zijn deskundigheid in het oog behoort te houden en bovendien de grenzen van zijn opdracht in acht moet nemen als hij wordt ingeschakeld in het kader van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, aldus nog steeds het hof.¹³

Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bepalen dat arbeidsongeschiktheid van de verzekerde zo spoedig mogelijk,

soms binnen een nader omschreven termijn van enkele dagen, na het ontstaan daarvan schriftelijk aan de verzekeraar dient te worden gemeld. De polisvoorwaarden bepalen daarover tevens dat overschrijding van die termijn verval van recht op uitkering tot gevolg heeft. Daarbij is tevens doorgaans een bepaling opgenomen in de trant van dat dat alleen anders is, indien de verzekeraar niet in haar belangen is geschaad. Inzet van een te late melding van arbeidsongeschiktheid vormde de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 24 juli 2018.¹⁴ Verzekerde voerde aan dat hij wegens zijn ziektebeeld niet eerder in staat was om zijn arbeidsongeschiktheid te melden; het was nog niet tot hem doorgedrongen dat sprake was van uitval voor zijn beroeps werkzaamheden. Hij bevond zich naar eigen zeggen nog in de ontkenningfase. De Geschillencommissie verwierp dat betoog. Uit de overgelegde medische stukken volgde niet dat de verzekerde zo ziek was dat hij geen melding van arbeidsongeschiktheid kon doen, dan wel dat bij hem sprake was van ontkenning daarvan waardoor hij niet tijdig kon melden. Uit het huisartsenjournaal dat overgelegd was bleek dat de verzekerde ten tijde van de melding toen zeer wel in staat was om zijn situatie aan de huisarts te verwoorden. De Geschillencommissie honoreerde het verweer van de verzekeraar dat zij de mate van arbeidsongeschiktheid over de geclaimde periode niet had kunnen vaststellen door de te late melding vanwege onvolledige dossiervorming. Tevens had zij de verzekerde niet voldoende kunnen begeleiden. De verzekeraar lichtte uitvoerig toe dat bij eerdere melding direct actie zou zijn ondernomen zoals een gesprek met de bedrijfsarts, een huisbezoek door de arbeidsdeskundige, coaching en een expertise. Aldus zou schadebeperkend zijn gehandeld. De Geschillencommissie honoreerde het beroep en wees de vordering af.¹⁵

Ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en in het kader van de re-integratie maken arbeidsongeschiktheidsverzekeraars veelvuldig gebruik van de inzet van arbeidsdeskundigen. Deze zijn doorgaans geregistreerd bij de Stichting Register Arbeidsdeskundigen (SRA). Registerarbeidsdeskundigen moeten rapporteren overeenkomstig de eisen van art. 3 Gedragscode SRA. Dat betekent dat arbeidsdeskundige rapporten uit oogpunt van zorgvuldigheid en motivering moeten voldoen aan de navolgende vijf eisen:

1. het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. in het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;

10 2019-061. Zie in gelijke zin: Geschillencommissie KiFiD 9 januari 2019, 2019-009. Zie omtrent herbeoordeling ook: Rb. Den Haag 2 februari 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:1860; Rb. Midden-Nederland 10 januari 2018, ECLI:NL:RBMNE:2018:49, waarin de rechtbank een verzoekschrift tot het gelasten van een voorlopig deskundigenbericht afwees wegens strijd met de goede procesorde nu partijen reeds overeenstemming hadden bereikt over de gelaste onderzoeken.

11 Zie bijvoorbeeld: Hof Arnhem-Leeuwarden 30 augustus 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:6941; Rb. Midden-Nederland 6 november 2013, ECLI:NL:RBMNE:2013:7381; Rb. Rotterdam 17 april 2013, ECLI:NL:RBROT:2013:CA2698. Zie hieromtrent voorts: E.J. Wervelman, 'De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering', in: *Verzekeringsrecht*, 5^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2019, p. 1016.

12 ECLI:NL:GHDHA:2015:2198.

13 Vgl. omtrent de benoeming van verzekeringsartsen ook: Rb. Midden-Nederland 27 december 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:6807; Hof Arnhem-Leeuwarden 30 augustus 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:6941; Rb. Gelderland 31 januari 2018, ECLI:NL:RBGEL:2018:321; Rb. Rotterdam 23 november 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:9380; RAV 2017/30; JA 2016/60; Rb. Midden-Nederland 17 mei 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:3103; Geschillencommissie KiFiD 16 januari 2017, 2017-044 (r.o. 4.4); Rb. Overijssel 29 juni 2016, ECLI:NL:RBOVE:2016:4677, waar de rechtbank voorbijgaat aan de bevindingen van de verzekeringsarts vanwege onvoldoende onderzoek.

14 2018-459. Zie omtrent de ingangsdatum van arbeidsongeschiktheid: Geschillencommissie KiFiD 27 maart 2019, 2019-215.

15 Zie omtrent de niet-tijdige melding van schade ook: E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, diss. 3e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2016, par. 4.2.6.

4. het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust; daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de consulteerde personen;
5. de arbeidsdeskundige blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Register-arbeidsdeskundigen zijn onderworpen aan het tuchtrecht van het (Centraal) Arbeidsdeskundig Tuchtcollege van de SRA. Enkele beslissingen uit de verslagperiode zijn het bespreken waard. Bij beslissing van 7 mei 2018 oordeelde het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege dat het rapport dat inzet vormde van de klacht gebrekkig was. Verzekerde was in het geheel niet gekend in de totstandkoming. Het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege kon ook niet vaststellen dat bij verzekerde was gecheckt of de op hem betrekking hebbende gegevens correct waren. Het is vaste rechtspraak van het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege dat een rapport van een arbeidsdeskundige zodanig is opgesteld dat deze op zich geen bron van conflicten wordt doordat deze niet duidelijk genoeg is over de wijze waarop de arbeidsdeskundige tot zijn oordeel is gekomen. Een arbeidsdeskundige dient erop bedacht te zijn dat de rapportage ingrijpende gevolgen voor de verzekerde heeft en voor extern gebruik volledig helder en duidelijk dient te zijn.¹⁶ Een register-arbeidsdeskundige dient volgens het arbeidsdeskundig tuchtrecht op heldere en zakelijke wijze zijn beroepshandelingen conform de relevante bevindingen, alsmede de gronden waarop zijn conclusies berusten, te rapporteren. Bovendien wordt van de arbeidsdeskundige verwacht dat deze de gegevens waarvan wordt uitgegaan bij de opstelling van de rapportage verifieert bij een cliënt alvorens deze in een rapportage op te nemen en uit te brengen aan de opdrachtgever.¹⁷ De arbeidsdeskundige rapportage die inzet vormde van de klacht die leidde tot de beslissing van het Centraal Arbeidsdeskundig Tuchtcollege (CAT) van 26 mei 2017 kon de toets der kritiek evenmin doorstaan. Naar het oordeel van het CAT muntte het rapport uit in niet-verifieerbare en niet-kwantificeerbare algemeenheden. Het sprak van een afgesproken afbouwschema, terwijl duidelijk was dat de verzekerde het daarmee beslist niet eens was. Het CAT tekende daarbij nog aan dat de beroepsgroep van arbeidsdeskundigen geen algemene verplichting kent om een rapport eerst in concept of definitieve vorm aan de verzekerde toe te zenden. Het CAT deelt evenwel het oordeel van het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege dat in de door hem in aanmerking genomen omstandigheden van het geval die niet waren betwist niet kon worden volstaan met enkel de vraag aan de verzekerde of zij het eens was met de voorgenomen rapportage. De arbeidsdeskundige had als goed arbeidsdeskundige zich ervan dienen te vergewissen dat het verzekerde duidelijk was wat de rapporten zouden inhouden en waartoe die zouden leiden. Met name door aan haar in aansluiting op de bezoe-

ken concept-rapporten te doen toekomen en haar (eventuele) reactie daarop te verwerken in de definitieve rapportage.¹⁸ Het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege SRA legde de arbeidsdeskundige bij beslissing van 2 mei 2016 de maatregel van een berisping op. Reden daartoe was dat de rapportages ten onrechte waren gebaseerd op aannames die niet waren geverifieerd bij de verzekerde. Bovendien had de arbeidsdeskundige geen helder inzicht gegeven in de aard en omvang van de diverse deeltaken die behoren bij het verzekerde beroep. Hij had naar aanleiding van bezwaar van de verzekerde bij de verzekeraar tegen zijn primaire arbeidsdeskundige beoordeling een geheel nieuwe deeltaakanalyse vervaardigd zonder contact op te nemen met de verzekerde. Hij had deze analyse vervolgens ook niet met de verzekerde besproken. Door dat alles was niet na te gaan of en zo ja in hoeverre, de door hem gemaakte berekeningen binnen het verzekerde beroep juist waren, aldus het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege SRA.¹⁹

Arbeidsdeskundigen stellen op basis van de beperkingen en de belastbaarheid zoals vastgesteld door de verzekeringsarts in eigen onderzoek de mate vast waarin de verzekerde de werkzaamheden van zijn beroep niet meer kan verrichten. Daarbij zal de arbeidsdeskundige dienen na te gaan (i) welke werkzaamheden ofwel “taken” voor dat beroep verricht worden; (ii) hoeveel tijd de afzonderlijke taken in beslag nemen; en (iii) in hoeverre het uitvoeren van die afzonderlijke taken wordt beperkt door de genoemde beperking(en) in de belastbaarheid.²⁰ Dit uitgangspunt heeft sinds de vorige kroniek niets aan waarde ingeboet.²¹

Een redelijke uitleg van het begrip “arbeidsongeschiktheid” brengt met zich dat de verzekerde redelijkerwijs mag verwachten dat hij als volledig arbeidsongeschikt wordt aangemerkt, indien de werkzaamheden die hij niet langer kan verrichten dermate essentieel zijn voor de uitoefening van zijn beroep dat hij dat beroep in feite niet langer kan uitoefenen.²² De omstandigheid dat de op grond van de verzekering uit te keren som niet afhankelijk is van de in feite als gevolg van de arbeidsongeschiktheid door de verzekerde gederfde inkomsten (en de verzekering in zoverre te beschouwen is als sommenverzekering) verzet zich volgens het hof Amsterdam niet tegen deze uitleg. Voorts acht het hof niet relevant dat het arbeidsongeschiktheidspercentage pleegt te worden vastgesteld volgens de door verzekeraar

16 AT-SRA 22 oktober 1997; AT-SRA 19 november 2007; AT-SRA 28 november 2008. De beslissingen van het (C)AT SRA zijn te kennen via www.register-arbeidsdeskundigen.nl.

17 Vgl. art. 2 Gedragscode SRA. AT-SRA 28 februari 2011. Het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege legde de arbeidsdeskundige ter zake de maatregel van een waarschuwing op.

18 Zie omtrent concept-rapportages van arbeidsdeskundigen ook de beslissing van het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege SRA 7 maart 2019.

19 Zie omtrent de beoordeling van een arbeidsdeskundige rapportage ook: Geschillencommissie KiFiD 4 september 2017, 2017-592, waarin zij de door de verzekerde overgelegde arbeidsdeskundige rapportages weegt en terzijde schuift.

20 Zie omtrent een voorstel tot samenwerking tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid: H. Artoos & P. van der Ham, TLR 2016, p. 27-31.

21 Vgl. Hof Amsterdam 30 augustus 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:6941; Rb. Midden-Nederland 26 april 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:2047; Rb. Rotterdam 17 april 2013, ECLI:NL:RBROT:2013:CA2698.

22 Hof Amsterdam 21 maart 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:975; Hof Amsterdam 12 januari 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:5130.

gestelde systematiek waarbij het verzekerde beroep wordt opgedeeld in taken en per taak een uitval wordt bepaald.

Veel arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bepalen dat ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid rekening wordt gehouden met taakaanpassingen en/of taakverschuivingen, dan wel aanpassingen van werkomstandigheden binnen het eigen beroep of bedrijf die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd. Deze zogenoemde “taakverschuivingsclausule” maakt dan deel uit van het begrip “arbeidsongeschiktheid”.²³ Deze clausule kan van grote invloed zijn op de uiteindelijke mate van arbeidsongeschiktheid, omdat de verzekeraar door die clausule bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet alleen rekening houdt met de werkzaamheden die de verzekerde verrichtte ten tijde van de melding van arbeidsongeschiktheid, maar tevens met de bedoelde taakaanpassingen. Het staat de verzekeraar vrij om de werkzaamheden op te splitsen in deeltaken en de taakverschuivingsclausule daarbij te betrekken.²⁴

Bij berekening van de mate van arbeidsongeschiktheid moet overigens worden bedacht dat ter verzekering niet is aangeboden het beroep of bedrijf, maar de daaraan verbonden werkzaamheden.²⁵ Dat blijkt overigens op zichzelf ook uit de tekst van de polisvoorwaarde. Daarin is doorgaans bepaald dat “arbeidsongeschiktheid aanwezig is als de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is voor het verrichten van de werkzaamheden die zijn verbonden aan het beroep of bedrijf”. Of woorden van gelijke strekking.

Verzekerden dienen, ook bij sommenverzekeringen, inzage te geven in de inkomensgegevens. De inzage in die gegevens staat los van de kwalificatie van het karakter van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, te weten een sommen- of schadeverzekering. In alle polisvoorwaarden is neergelegd dat verzekeringnemer alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens moeten verstrekken. Dat strookt ook met art. 7:941 BW. Tot die verplichting behoort mede het geven van inzage in het cijfermateriaal. Dat is temeer ook van belang bij de claimbehandeling van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, omdat dat een helder en compleet overzicht geeft van de aard en omvang van de verzekerde werkzaamheden en de activiteiten die de verzekerde (al dan niet) heeft ontplooid. Het hof Den Bosch heeft in zijn arrest van 25 april 2017²⁶ overwogen dat het nog maar de vraag is of het door de verzekeraar betoogde onderscheid tussen uitvoerende en niet-uitvoerende taken dus niet relevant is bij sommenverzekeringen. Ook bij sommenverzekeringen is immers uiteindelijk de vraag of en zo ja in hoeverre de verzekerde als gevolg van beperkingen in de belastbaarheid

niet meer in staat is om de werkzaamheden te verrichten die zijn verbonden aan het beroep of bedrijf.²⁷

Ter vaststelling van de omvang van de werkweek voor uitval is het aantal gewerkte uren en de tijd die de afzonderlijke taken in beslag nemen essentieel. Aan de hand daarvan doet de arbeidsdeskundige immers onderzoek om vast te stellen in hoeverre de beperkingen in de belastbaarheid leiden tot een zodanige mate van arbeidsongeschiktheid dat de verzekerde in aanmerking komt voor een uitkering. De stelplicht ten aanzien van de zogenoemde “maatman” rust op de verzekerde.²⁸

De Richtlijn Claimbeoordeling AOV van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in Particuliere Verzekeringzaken (GAV) vormde inzet van een klacht tegen een medisch adviseur. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) wees erop dat de Richtlijn beschrijft dat bij de claimbeoordeling van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in veel gevallen niet één medisch advies wordt gegeven, maar dat het advies dat wordt gegeven uit meerdere deeladviezen kan bestaan. Het geheel van deeladviezen moet voldoen aan de in het tuchtrecht gestelde normen. De medisch adviseur zette uiteen dat hij zijn deeladviezen mondeling of schriftelijk versterkte aan de medisch medewerker die deze vervolgens weer doorgaf aan de claimbehandelaar. Voor zover de medisch adviseur zijn deeladviezen mondeling verstrekt, worden deze door de medewerker van het medisch team overgenomen in een spreadsheet dat deel uitmaakt van het dossier. Door die werkwijze was naar de overtuiging van het CTG sprake van een schriftelijk medisch advies, zodat de daartegen gerichte klacht werd afgewezen. Datzelfde gold voor de klacht ten aanzien van de toetsbare opstelling van de medisch adviseur. In het algemeen wordt van de medisch adviseur een toetsende houding verwacht ten aanzien van de organisatiestructuur bij de verzekeraar, aldus het CTG. Dat heeft niet alleen tot doel dat aan de geheimhoudingsplicht kan worden voldaan, maar ook dat cliënten op de juiste wijze worden bericht over medische adviezen. De medisch adviseur zette uiteen dat de manier waarop hij bij de verzekeraar werkte op orde is. Hij was in staat om zijn werk conform de daarvoor geldende richtlijnen uit te voeren. Het enkele feit dat het gevraagde stuk niet direct was verstrekt maakte naar de overtuiging van het CTG nog niet dat sprake was van een tuchtrechtelijk verwijt. De medisch adviseur wist immers niet dat de

23 Zie omtrent de taakverschuivingsclausule ook: Geschillencommissie KiFid 25 oktober 2017, 2017-712.

24 Rb. Gelderland 27 september 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:4961; Rb. Midden-Nederland 26 april 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:2047; Rb. Gelderland 2 december 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:7514; Rb. Rotterdam 17 april 2013, ECLI:NL:RBROT:2013:CA2698.

25 Vgl. Hof 's-Hertogenbosch 25 april 2017, JA 2017/116.

26 JA 2017/116.

27 Hof Arnhem-Leeuwarden 23 oktober 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:7788; Rb. Midden-Nederland 9 december 2015, JA 2016/92; Rb. Midden-Nederland 26 april 2017, JA 2017/117; Rb. Midden-Nederland 27 december 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:6768. Zie ook: E.J. Wervelman, ‘De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering’, in: *Verzekeringsrecht*, 5^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2019, p. 1024.

28 Hof Arnhem-Leeuwarden 8 oktober 2013, ECLI:NL:GHARL:2013:7457. Zie omtrent geschillen over het aantal gewerkte uren ook: Hof Arnhem-Leeuwarden 9 juni 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:4173; Hof 's-Hertogenbosch 28 oktober 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:4451; Hof 's-Hertogenbosch 17 december 2013, ECLI:NL:GHSHE:2013:6063. Zie omtrent de waardering tussen diverse deeltaken zoals geld-genererende en ondersteunende taken: E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, diss. 3^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2016, p. 426-439.

claimbehandelaar het eerste verzoek tot het verstrekken van de medisch adviezen had geweigerd. Toen de medisch adviseur dat verzoek wel had bereikt had hij direct actie ondernomen. Nu de medisch adviseur schriftelijke adviezen had opgesteld en had afgegeven, had hij zich voldoende toetsbaar opgesteld volgens het CTG, die de klacht aldus geheel verwierp.²⁹

De Tuchtraad Financiële Dienstverlening verwierp klachten tegen de gang van zaken rondom de medische beoordeling van een arbeidsongeschiktheidsclaim bij beslissing van 17 januari 2017³⁰ door te overwegen dat de verzekeraar een zekere beleidsvrijheid heeft waar het gaat om de aanpak en het moment van de (her)beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Bovendien hoeft de opdracht tot herkeuring niet uit te gaan van de medisch adviseur. Van onrechtmatig verkrijgen van stukken uit het medisch dossier bleek de Tuchtraad evenmin. Verzekeraar had gemotiveerd toegelicht dat de medische informatie binnen het domein van de medisch adviseur bleef, dat de organisatie daarop was ingericht en dat de uitwisseling van medische gegevens steeds plaatsvond tussen medici in een gesloten envelop. De Tuchtraad had geen reden om aan deze informatie te twijfelen.

Soms speelt de vraag welke polisvoorwaarden van toepassing zijn. Een voorbeeld daarvan vormt de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 31 maart 2017.³¹ Tot hoofdregel geldt dat van toepassing zijn de voorwaarden die gelden ten tijde van de melding van arbeidsongeschiktheid. Dat betekent dat nieuwe polisvoorwaarden eerst van toepassing worden na volledig herstel. Verzekeraar had dat in niet mis te verstane woorden aan verzekerde bericht door aan te geven:

“Zolang u arbeidsongeschikt bent wordt de arbeidsongeschiktheid afgewikkeld op basis van de voorwaarden die u had. Na volledig herstel worden de nieuwe polisvoorwaarden van toepassing.”

De daartegen gerichte klacht werd dan ook verworpen.³²

Doorgaans bieden arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in Nederland dekking op basis van “beroepsarbeidsongeschiktheid”. Deze komen voor in diverse gradaties, in de trant van:

“verzekerd zijn de werkzaamheden die zijn verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep of bedrijf zoals deze in de regel en redelijkerwijs worden verricht.”

Of, breder omschreven, door aanvulling met een taakverschuivingsclausule. Daarbij wordt dan bij vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid tevens rekening gehouden met aanpassingen en taakverschuivingen binnen het eigen beroep of bedrijf. Sommige polissen bieden geen dekking tegen arbeidsongeschiktheid in het eigen beroep of bedrijf, maar tegen “passende arbeid”. Daarbij gaat het erom of en zo ja in hoeverre de verzekerde geschikt is om werkzaamheden die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Bij passende arbeid wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid. Daarmee wordt bedoeld dat het gaat om een theoretische beoordeling en niet om het antwoord op de vraag of de geduide functie daadwerkelijk vacant is. Ter beantwoording van de vraag en zo ja in hoeverre een geduide functie passend is speelt het inkomen niet direct een rol. Het inkomen komt immers in de definitie van het begrip arbeidsongeschiktheid niet voor. Toch kunnen onder omstandigheden ook de financiële gevolgen in aanmerking worden genomen, indien de in beginsel als passend geduide functie een zo grote terugval in inkomen met zich brengt dat de werkzaamheden niet langer als passend gekwalificeerd kunnen worden. Een concreet toetsingskader ter invulling daarvan bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen ontbreekt; ook jurisprudentie is op dit terrein nauwelijks voorhanden.³³ De rechtbank Midden-Nederland was bij vonnis van 20 juli 2016³⁴ van oordeel dat een inkomensvermindering die (ruimschoots) boven de 50% ligt in redelijkheid niet meer als passend is aan te merken. Gelet op het doel van de verzekering waarbij een periodieke uitkering wordt verleend bij gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid hoeft de verzekerde er niet op bedacht te zijn dat functies die (te) ver af liggen van de situatie voor het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid als passend geïdentificeerd worden met als gevolg dat geen uitkering wordt verkregen. Daarvan is bij een zo groot inkomensverlies sprake, waardoor de in beginsel als passend geduide functie (uiteindelijk) dus (toch) niet passend is.

Er is (ook) weinig rechtspraak over uitsluitingsclausules. Het bespreken waard is dan ook een zaak die betrekking heeft op het aansteken van illegaal vuurwerk in een bedrijfskantine. Anders dan de rechtbank was het hof van oordeel dat de daaruit voortvloeiende arbeidsongeschiktheid gedekt was

29 CTG 13 december 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:325. Zie in dit verband ook: CTG 16 januari 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:18, waarin het CTG een klacht tegen de medisch adviseur verwierp ter zake van beweerdelijk tekortschieten inzake de overdracht van het medisch dossier. Afgewezen werd ook de klacht tegen de medisch adviseur van een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar met betrekking tot het beweerdelijk opstellen van een medisch advies bij beslissing van 27 maart 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:111.

30 17-001.

31 2017-223.

32 Zie omtrent een verzoek tot wijziging van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de daaruit voortvloeiende gevolgen voor de uitkering: Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:3898. Zie over de vraag welke polisvoorwaarden van toepassing zijn ook: Geschillencommissie KiFiD 11 januari 2019, 2019-020.

33 Zie over passende arbeid bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen: Handleiding Omgaan met Passende Arbeid in het civiel recht door arbeidsdeskundigen, NVvA 2016; E.J. Wervelman, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, diss. 3^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2016, p. 462-466. Zie ook: Rb. Den Haag 28 april 2010, ECLI:NL:RBSGR:2010:BN9319 die functies met een inkomenssterugval van resp. 28, 36 en 38% nog passend achtte. Zie over passende arbeid ook: Geschillencommissie KiFiD 19 februari 2019, 2019-127.

34 ECLI:NL:RBMNE:2016:4151.

krachtens de polis. Van dekking was uitgesloten arbeidsongeschiktheid die:

“was ontstaan, bevorderd of verergerd door of in verband met een handeling waarbij de verzekerde het leven en het lichaam bewust en roekeloos in gevaar brengt, tenzij dit redelijkerwijs noodzakelijk was ter juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen tot het redden van personen of zaken.”

Het hof oordeelde dat de verzekeraar niet had bewezen dat de verzekerde (subjectief) wist dat hij - kort gezegd - zeer zwaar vuurwerk aanstak. Hem was niet verteld om wat voor vuurwerk het ging; de Cobra 6 was van een collega die deze illegaal in België had gekocht. De grootte van het vuurwerk alleen vormde volgens het hof onvoldoende aanwijzing voor de bijzondere eigenschappen ervan, de explosiviteit in het bijzonder. Bijkomende uiterlijke kenmerken waaraan de verzekerde dat had kunnen zien waren niet gesteld. Daarbij kwam volgens het hof nog dat de verzekerde (onbetwist) naar eigen zeggen nauwelijks iets wist van vuurwerk. Hij was voorts al enige uren op een feest met collega's onder elkaar. Daarbij werd alcohol gedronken. Dat alles wees er volgens het hof op dat het handelen van de verzekerde - objectief gezien - weliswaar zeer onverantwoord en gevaarlijk was, maar ingegeven door baldadigheid zonder dat daarbij de gevaren de revue waren gepasseerd en op de koop toe waren genomen. Dat de verzekerde was gewaarschuwd om het (aansteken) niet te doen leidde volgens het hof niet tot een ander oordeel. In de gegeven omstandigheden was dat naar zijn overtuiging onvoldoende om de verzekerde (alsnog) de vereiste bewustheid te doen bijbrengen. Die waarschuwing op zich zegt volgens het hof niets over het gevaar; ook relatief ongevaarlijk vuurwerk dient bij voorkeur niet binnen afgestoken te worden.³⁵

De polisvoorwaarden bevatten doorgaans een verplichting in de trant van het “verschaffen van alle inlichtingen en bescheiden die voor de verzekeraar van belang zijn om de arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering te beoordelen”. Doorgaans is tevens contractueel bepaald dat het recht op uitkering vervalt bij opzet tot misleiding. Deze regeling strookt met art. 7:941 lid 5 BW. Tot uitgangspunt geldt dat de verzekeraar er bij beoordeling van de arbeidsongeschiktheid op moet kunnen vertrouwen dat de verzekerde juiste en zo volledig mogelijke informatie verstrekt.³⁶ De plicht tot het geven van inlichtingen houdt niet alleen de verplichting in tot het verstrekken van de informatie die de verzekeraar vraagt, maar ook tot het - spontaan - mededelen van feiten en omstandigheden waar niet specifiek om is gevraagd. Juist omdat zij niet bij de verzekeraar, maar wel bij de verzekerde bekend zijn en de laatste weet of behoort te begrijpen dat deze van belang zijn van het vaststellen van de mate van

arbeidsongeschiktheid of de uitkering. Dat brengt daarom met zich mee dat uitbreiding van de werkzaamheden tijdig had moeten worden gemeld aan de verzekeraar, opdat deze op dat moment onderzoek had kunnen verrichten.³⁷

Onder “opzet tot misleiding” verstaat het hof Arnhem-Leeuwarden in zijn arrest van 17 juli 2018³⁸ dat een meldingsplicht is geschonden met de bedoeling om de verzekeraar te bewegen een hogere uitkering te krijgen of te behouden. Daarbij geldt de feitelijke vraag of de verzekerde relevante feiten niet heeft gemeld een wezenlijk andere vraag is dan de (normatief te beoordelen) vraag waarom hij deze feiten niet heeft gemeld.³⁹ Van belang is voorts dat het bij opzet tot misleiden niet alleen gaat om het opgeven van inkomsten die de verzekerde heeft genoten uit de werkzaamheden die zijn verricht, maar (ook) om het in staat zijn tot de werkzaamheden als zodanig.⁴⁰ Bij het beoordelen van de uitkeringsplicht komt het erop aan in hoeverre de verzekerde beperkt is de aan het verzekerde beroep verbonden werkzaamheden uit te oefenen. Evident is dat ten aanzien van die beperkingen (zo veel mogelijk) helderheid gegeven dient te worden. Verzekerde dient de verzekeraar daarom een zo volledig mogelijk beeld te geven van hetgeen waartoe hij in staat was en in dit kader ondernam. Ook indien sprake is van een sommenverzekering. Verzekerde heeft er gelet op het karakter van de afgesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering niet van mogen uitgaan dat hij recht had op een volledige uitkering van de verzekering, naast de in zijn vennootschap gerealiseerde substantiële omzet. Ook al was hij, zoals hij stelt, niet in staat zijn werkzaamheden te verrichten op de wijze zoals hij dat eerder had gedaan. Dat de winst uit die omzet mogelijk, zoals hij stelde, in concreto niet aan hem was uitbetaald deed daaraan niet af. De winst vormde volgens de voorwaarden van de verzekering inkomen. Bovendien was de winst hem ook ten goede gekomen nu deze naar zijn zeggen was toegevoegd aan de reserves, dan wel was afgeboekt op zijn rekening-courantschuld aan de besloten vennootschap.⁴¹ Het gedurende meerdere jaren stelselmatig (later) verklaren dat hij niet werkte, terwijl dat wel het geval was en daarmee substantiële omzetten behaalde terwijl hij het belang van de verzekeraar onderkende om juist te worden geïnformeerd, rechtvaardigde het oordeel dat sprake was van opzet tot misleiding. Dat de verzekeraar niet zelf naar de omzet- en winstgegevens heeft gevraagd kan haar niet worden tegengeworpen. Nog afgezien van het feit dat de verzekerde gehouden is om ongevraagd

35 Hof Amsterdam 22 december 2015, ECLI:NL:GHAMS:2015:5428. Het hof vernietigde het vonnis van de Rb. Amsterdam van 11 juni 2014, JA 2014/111.

36 Vgl. Rb. Noord-Nederland 26 september 2018, ECLI:NL:RBNNE:2018:5056; Rb. Midden-Nederland 19 augustus 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:9314; Hof Arnhem-Leeuwarden 17 juli 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:6537.

37 Hof Arnhem-Leeuwarden 17 juli 2018.

38 ECLI:NL:GHARL:2018:6537.

39 Vgl. *Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX 2019/29*; E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, diss. 3^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2016, p. 322-326.

40 Vgl. Rb. Noord-Nederland 26 september 2018, ECLI:NL:RBNNE:2018:5056. Zie omtrent het opzet tot misleiding wegens het tegen beter weten in volhouden dat geen activiteiten in het kader van een verkoop hadden plaatsgevonden: Rb. Den Haag 1 augustus 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:9360. Zie omtrent afwijzing van een beroep op opzet tot misleiding: Gerecht in eerste aanleg van Curaçao 9 juli 2018, ECLI:NL:OGAC:2018:167. Zie omtrent opzet tot misleiding ook: Hof Amsterdam 24 april 2018, ECLI:NL:GHAMS:2018:1372.

41 Hof Arnhem-Leeuwarden 17 april 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:3511.

relevante informatie aan haar te verstrekken, behoefde de verzekeraar er niet op bedacht te zijn dat de verzekerde met werkzaamheden omzet genereerde aangezien hij steeds verklaarde dat hij volledig arbeidsongeschikt was en niet in staat tot werken. Zulks geldt temeer ook, daar het doel van de arbeidsongeschiktheidsverzekering is het bieden van dekking van risico van inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Essentieel is dan ook voor de verzekeraar om te weten in hoeverre de verzekerde in staat is om te werken en inkomsten verwerft. Verzekeraar had daarom dienen te weten dat de verzekerde, anders dan hij steeds verklaarde, toch in staat was (in enige vorm en omvang) te werken en dat de omzet/winst van de verzekerde in het eerste volle jaar niet minder was dan voor de melding van arbeidsongeschiktheid. En ook daarna nog steeds substantieel.⁴²

Tot uitgangspunt geldt dat opzet tot misleiding het algeheel verval van het recht op uitkering rechtvaardigt en mitsdien ook terugbetaling van de (onverschuldigde) uitkeringen, verhaal van de gemaakte kosten en voldoening van de (alsnog verschuldigde) premie.⁴³

6. Gedragscode Persoonlijk Onderzoek

De Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is gedurende de verslagperiode veelvuldig inzet geweest van geschillen⁴⁴. Bij arrest van 18 april 2014 heeft de Hoge Raad zich uitgelaten over deze Gedragscode.⁴⁵ De Hoge Raad roept in dit arrest in herinnering dat het instellen door de verzekeraar van een persoonlijk onderzoek een inbreuk vormt op het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. Zodanige inbreuk is in beginsel onrechtmatig. De aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond kan aan een inbreuk het onrechtmatige karakter ontnemen. Of zich een rechtvaardigingsgrond voordoet kan slechts worden beoordeeld in het licht van de omstandigheden van het geval, door tegen elkaar af te wegen enerzijds de ernst van de inbreuk op het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en anderzijds de belangen die met die inbreuk-makende handelingen redelijkerwijs kunnen worden gediend.⁴⁶ De Hoge Raad tekent daarbij aan dat de aard en inhoud van de verzekeringsovereenkomst mede van belang kunnen zijn in dit verband. Dienaangaande overweegt de Hoge Raad dat het in dit geval gaat om een afweging van het belang van de verzekerde bij eerbiediging van zijn persoon-

lijke levenssfeer tegen het belang van de verzekeraar bij het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van oneigenlijk gebruik van het recht op een verzekeringsuitkering. De Hoge Raad wijst daarbij op de inleiding van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek. Om te vervolgen:

“Met de Gedragscode heeft het Verbond van Verzekeraars beoogd, mede ten behoeve van de verzekerden, invulling te geven aan de hiervoor genoemde belangenafweging, met name door het opnemen van de verplichting van verzekeraars tot het in acht nemen van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit (...).”

De Hoge Raad vervolgt dat blijkens de inleiding van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek beoogd is om aan te sluiten bij de bestaande wetgeving op het gebied van privacy. Gelet op de inhoud en opzet van de Gedragscode kan dan ook volgens de Hoge Raad tot uitgangspunt worden genomen dat indien de verzekeraar handelt in strijd met de Gedragscode, sprake is van een ongerechtvaardigde en derhalve onrechtmatige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. De Hoge Raad tekent daarbij aan dat tussen partijen niet in geschil was dat de beslissing van de verzekeraar om een persoonlijk onderzoek te doen uitvoeren door het hof diende te worden getoetst aan de in de Gedragscode uitgewerkte beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. De Hoge Raad deelde de opvatting van het hof dat de verzekeraar de Gedragscode had geschonden, nu tot het inzetten van het veel zwaardere middel van een persoonlijk onderzoek pas mag worden overgegaan:

“indien de conclusie gerechtvaardigd is dat het vragen van (nadere) medewerking van verzekerde zelf geen zin heeft.”

Daarvan was in dit geval volgens de Hoge Raad geen sprake. De informatie over wat de verzekeraar in het kader van de behandeling van de claim had ondernomen was uiterst summier en niet met stukken onderbouwd. Dat blijkt uit het arrest van het hof Den Bosch van 4 september 2012 waarover de Hoge Raad oordeelde.⁴⁷ Het hof verwierp alle wren van de verzekeraar, zoals het argument dat de verzekerde nog maar korte tijd was verzekerd toen hij de claim indiende en de loutere speculaties rondom de klachten. Dit betrof zowel de activiteiten van de medisch adviseur, als die van de schadebehandelaar en de arbeidsdeskundige. Het hof overwoog dat vaststond dat de verzekerde voor het aangaan van de verzekering immers al langdurig elders tegen arbeidsongeschiktheid was verzekerd. Als dat gegeven niet voor het instellen van persoonlijk onderzoek al aan de orde was gekomen had het, nu de verzekeraar die verzekeringshistorie kennelijk van belang achtte, op de weg van de verzekeraar gelegen om daarover navraag te doen bij de verzekerde of de tussenpersoon. Bovendien was gesteld, noch gebleken

42 Zie omtrent opzet tot misleiding ook: Hof Arnhem-Leeuwarden 4 maart 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:1698; Rb. Gelderland 12 juli 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:4196; Geschillencommissie KiFiD 17 januari 2019, 2019-032. Vgl. hieromtrent ook: Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX 2019/279; N. van Tiggele-van der Velde, 'De foute verzekerde. Over verzekering & fraude', *Het Verzekerings-Archief* 2013, p. 67-84.

43 Vgl. Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX 2019/282. Zie toegespitst op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bijvoorbeeld: Hof Arnhem-Leeuwarden 17 april 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:3511; Hof 's-Hertogenbosch 21 juli 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:270; Rb. Gelderland 12 juli 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:4196. Zie in afwijkende zin: Rb. Den Haag 1 augustus 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:9360.

44 Zie omtrent de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek: Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX 2019/267.

45 ECLI:NL:HR:2014:942; NJ 2015/20, m.nt. MMM.

46 Vgl. HR 31 mei 2002, ECLI:NL:HR:2002:AD9609, NJ 2003/589.

47 ECLI:NL:GHSHE:2012:BX9465. Zie omtrent dit arrest uitvoeriger: E.J. Wervelman, 'Persoonlijk onderzoek bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen', PIV-Bulletin december 2012, p. 1-7.

dat hij die informatie niet zou hebben willen verstrekken of daaraan had willen meewerken. Ook de medische onderzoeken waren naar de overtuiging van het hof onvoldoende uitgediept. Het hof begreep niet waarom de verzekeraar, die in rechte stelde dat een alternatieve wijze van onderzoek niet voorhanden was en in het bijzonder dat nieuw medisch onderzoek niets zou hebben opgeleverd, niettemin in haar eigen brief na confrontatie met de resultaten van het persoonlijk onderzoek een uitgebreid aantal activiteiten had aangekondigd, waaronder medische expertises en arbeidsdeskundig onderzoek. Een en ander had verstrekkende gevolgen. De verzekeraar betoogde dat het verkregen bewijs niettemin mee diende te wegen in de bewijslevering. Dat betoog vond geen gehoor bij de Hoge Raad die overwoog dat in een civiele procedure:⁴⁸

“niet als algemene regel geldt dat de rechter op onrechtmatig verkregen bewijs geen acht mag slaan. In beginsel wegen het algemene en maatschappelijke belang dat de waarheid in rechte aan het licht komt, alsmede het belang dat partijen er bij hebben hun stellingen in rechte aannemelijk te kunnen maken, welke belangen mede aan artikel 152 Rv. ten grondslag liggen, zwaarder wegen dan het belang van uitsluiting van bewijs. Slechts indien sprake is van bijkomende omstandigheden is terzijdelegging van dat bewijs gerechtvaardigd.”

Daarvan achtte hij in deze zaak sprake vanwege schending van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek. De Hoge Raad was dan ook, met het hof, van oordeel dat de resultaten daarvan buiten beschouwing dienden te blijven. Daarbij tekent de Hoge Raad aan dat het hof die beslissing niet alleen had gegrond op de enkele omstandigheid dat de verzekeraar niet gerechtigd was tot het doen uitvoeren van het onderzoek en het uitvoeren daarom onrechtmatig was geweest. Neen, het hof had volgens de Hoge Raad mede het doel van de Gedragscode in aanmerking genomen. Daarmee strookt vervolgens niet dat in de omstandigheden van het geval in strijd daarmee verkregen bewijsmateriaal toch door de verzekeraar kan worden gebruikt, aldus nog steeds de Hoge Raad.

Een deskonderzoek, waaronder het raadplegen van de FISH-databank waarin onder meer schademeldingen worden geregistreerd en het benaderen van de persoonlijke Facebookpagina van de verzekerde en die van diens bedrijf, achtte het hof Arnhem-Leeuwarden gerechtvaardigd bij arrest van 9 februari 2016.⁴⁹ Het hof achtte het observatieonderzoek dat de verzekeraar nadien had ingesteld evenwel in strijd met de Gedragscode. Daartoe overwoog hij dat het kort tevoren gebrachte bezoek aan de verzekerde geen aanleiding had gegeven om te twijfelen aan de moraliteit van de

verzekerde en evenmin aan haar bereidheid om mee te werken aan de afhandeling van de schade. Het deskonderzoek had geen informatie opgeleverd waarmee de verzekeraar niet bekend was, althans reeds bekend behoorde te zijn. Het onderzoek dat was verricht op het internet had evenmin informatie opgeleverd waarmee de verzekeraar niet reeds bekend was, althans bekend had behoren te zijn. Voorts had diens medisch adviseur twijfels over het causaal verband tussen de gestelde klachten en het ongeval en gaf hij aan dat de verzekerde niet wilde meewerken aan een nader of nieuw neurologisch onderzoek. Naar het oordeel van het hof vormde deze twijfel - die op zichzelf niet uitzonderlijk is bij de afwikkeling van een claim - een volstrekt onvoldoende rechtvaardiging voor het starten van een persoonlijk onderzoek:

“Niet alleen kon bij deze stand van zaken bij verzekeraar niet in redelijkheid het vermoeden postvatten dat verzekerde haar bij de uitvoering van de afhandeling misleidde (laat staan grondig en/of structureel misleidde), evenmin deed zich de situatie voor dat verzekerde structureel weigerde medewerking te verlenen aan de schadeafhandeling. Verzekerde wilde gemotiveerd aan één onderdeel niet meewerken. Indien verzekeraar al twijfel had over de juistheid van de door verzekerde verstrekte informatie zou zij bij verzekerde kunnen informeren naar de aard en de omvang van haar werkzaamheden en de frequentie van het paardrijden.”

In dat verband wees het hof er voorts op dat de verzekeraar de verzekerde had kunnen confronteren met de door haar gevonden informatie in de interne systemen en op het internet. Voor wat betreft het neurologisch onderzoek had de verzekeraar mogelijkheden om een dergelijk onderzoek in rechte af te dwingen of door het aanhangig maken van een procedure tot het verkrijgen van een voorlopig deskundigenbericht dan wel een deelgeschilprocedure. Kortom, de verzekeraar had diverse - en aanzienlijk minder vergaande - middelen en mogelijkheden om haar eventuele twijfels over de causaliteit te toetsen. De slotsom was dan ook dat de verzekeraar in strijd met de Gedragscode had gehandeld. Dat rechtvaardigde terzijdelegging van het verkregen bewijs.⁵⁰

Een anonieme tip dat de verzekerde sinds enige tijd een succesvol (internationaal) surfer was met verwijzing naar een website rechtvaardigde volgens het hof Den Bosch⁵¹ ob-

48 Zie in gelijke zin: HR 7 februari 1992, ECLI:NL:HR:1992:ZC0500, NJ 1993/78; HR 12 februari 1993, ECLI:NL:HR:1993:ZC0860, NJ 1993/599; HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1632. Zie omtrent een en ander ook: M. Jongkind & M. Verheijden, 'Fraude en de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering', *L&S* 2017, nr. 2, p. 17-29.

49 ECLI:NL:GHARL:2016:1004. Zie in gelijke zin: Rb. Noord-Holland 26 juni 2014, ECLI:NL:RBNHO:2014:5555; *Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX* 2019/268.

50 Zie in gelijke zin: Rb. Noord-Nederland 14 juni 2017, ECLI:NL:RBNNE:2017:2211; Rb. Midden-Nederland 2 mei 2018, ECLI:NL:RBMNE:2018:1792; Rb. Limburg 30 november 2018, ECLI:NL:RBLIM:2018:11505.

51 Hof 's-Hertogenbosch, 21 juli 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:770. Zie in gelijke zin: Hof Arnhem-Leeuwarden 17 april 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:3511, zijnde het appel van het vonnis van de Rb. Midden-Nederland van 19 augustus 2015, JA 2016/71, m.nt. E.J. Wervelman. Zie voorts in gelijke zin: Hof Den Haag 5 juni 2018, ECLI:NL:GHDHA:2018:1281; Hof Amsterdam 24 april 2018, ECLI:NL:GHAMS:2018:1372; Geschillencommissie KiFID 8 maart 2017, 2017-160; Rb. Den Haag 25 mei 2016, ECLI:NL:RBDHA:2016:5695. Zie omtrent registraties bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in het Interne en Externe Verwijzingsregister (IVR/EVR): Geschillencommissie KiFID 17 januari 2019, 2019-032; Rb. Den Haag 1 augustus 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:9360; Geschillencommissie KiFID 20 januari 2017, 2017-058.

servatie. Op de website was onder meer een internationale ranglijst aangetroffen waarop de verzekerde met foto stond afgebeeld als tweede. Voorts was een groot aantal wedstrijden vermeld waaraan de verzekerde zou hebben deelgenomen. Alvorens te beslissen over de observatie liet de verzekeraar arbeidsdeskundig onderzoek plaatsvinden. Tijdens dat bezoek antwoordde de verzekerde op de vraag naar zijn sportactiviteiten dat hij alleen wandelde. Surfen had hij niet gemeld. Verzekeraar liet daarop een nieuwe orthopedische expertise verrichten en besloot tot een persoonlijk onderzoek. De anonieme tip, de positieve identificatie van de foto van de verzekerde door de arbeidsdeskundige, de door haar medisch adviseur gesignaleerde discrepantie en het verzwijgen van het deelnemen aan vele windsurfwedstrijden tegenover de arbeidsdeskundige mochten de verzekeraar redelijkerwijs doen twijfelen aan de juistheid en de volledigheid van het eerder in haar opdracht verrichte feitenonderzoek en wel zodanig dat zij mocht uitgaan van een redelijk vermoeden van fraude. Daarmee was voldaan aan artikel 1.1 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek. Met de verzekeraar was het hof dan ook van oordeel dat observatie in de gegeven omstandigheden geëigend was.

7. Wijzigingen en einde AOV

De meeste arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hebben een en-blocbepaling opgenomen in de polisvoorwaarden. Deze bepaling is nodig voor een gezonde bedrijfsvoering, maar kan voor de klant onduidelijkheid en onzekerheid opleveren. Via bindende zelfregulering in de 'Regeling spelregels bij en-blocwijzigingen AOV' verplicht het Verbond van Verzekeraars haar leden verzekeraars dan ook om bij de klant voorafgaand aan het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering een reëel verwachtingspatroon te creëren over het toepassen van en-bloc (premie)wijzigingen. Bijvoorbeeld door vooraf aan te geven wanneer en hoe vaak de klant een wijziging kan verwachten en aan te geven dat de premie niet vaststaat gedurende de looptijd van de verzekering, maar veranderlijk is. Tegelijkertijd is de regeling bedoeld om (flinke) premieschokken zoveel mogelijk te voorkomen.⁵²

De Geschillencommissie KiFiD achtte bij beslissing van 16 mei 2014⁵³ het beroep op de en-blocbepaling naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar, omdat de verzekeraar daarmee de nadelige gevolgen van haar eigen inschattingfouten bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering alsnog deels ten laste van de verzekerde zou kunnen brengen. Verzekerde, bij wie het verze-

kerde risico zich al had gerealiseerd, had immers niet meer de mogelijkheid om elders een andere arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten.

Enkele geschillen in de verslagperiode hebben voorts betrekking op de vraag of, en zo ja wanneer, het recht op uitkering eindigt vanwege het bereiken van de verzekerde eindleeftijd of vanwege het einde van de arbeidsongeschiktheidsverzekering.⁵⁴ Verworpen werd het betoog van de verzekerde in de zaak die leidde tot het vonnis van de Rechtbank Gelderland van 19 november 2014.⁵⁵ De gewenste dekking was afgesloten tot een eindleeftijd van zestig jaar, zoals ook bleek uit het polisblad. Verzekerde stelde dat uit de correspondentie die was gevoerd met de verzekeraar bleek dat partijen anders waren overeengekomen. De rechtbank verwierp dat, door te overwegen dat partijen bij aanvang waren overeengekomen dat de verzekering zou lopen tot de 60ste verjaardag van de verzekerde. Dat bleek uit de polisbladen en had hij ter zitting bovendien erkend.⁵⁶

De vraag die de verzekerde aan de rechter voorlegde in deze zaak was overigens op zichzelf niet geheel onbegrijpelijk. Er zijn particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in omloop die aan de verzekerde ook na het einde van de polis - onder voorwaarden - een recht op uitkering toekennen. Bij dergelijke regelingen neemt de mate van arbeidsongeschiktheid na het einde van de verzekering overigens niet meer toe.⁵⁷

Gelijkenis met de voorgaande casus vormt die welke ten grondslag ligt aan de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 19 maart 2013.⁵⁸ Inzet van dat geding vormde een niet geheel sluitende regeling in de polis ten aanzien van het einde van het recht op uitkering. Art. 12 van de toepasselijke polisvoorwaarden bepaalde dat elk recht op uitkering eindigde op de eerste dag van de eerstvolgende maand na het bereiken van de overeengekomen eindleeftijd. In art. 13 van de toepasselijke polisvoorwaarden, dat betrekking had op het recht op uitkering na beëindiging van de verzekering, ontbrak een zodanige specifieke regeling echter. Dat klemde temeer ook, daar juist art. 13 van toepassing was, nu de verzekerde arbeidsongeschikt was op het moment dat de verzekering eindigde. Verzekerde tekende bezwaar aan tegen beëindiging van de uitkering. Hij kreeg echter nul op het rekest nu de Geschillencommissie KiFiD van oordeel

52 De Regeling "spelregels bij en-blocwijzigingen AOV" van het Verbond van Verzekeraars geldt met ingang van 1 januari 2017 en is te raadplegen via www.verzekeraars.nl. Ook de minister heeft in 2014 naar aanleiding van Kamervragen in het verband van premieverhoging bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aangegeven dat de *en bloc*-clausule zorgvuldig en terughoudend moet worden toegepast (Brief Minister van Financiën 25 maart 2014; *Kamerstukken II* 2013/14, Aanhangsel 1544). Zie omtrent de en-blocbepaling voorts: *Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX* 2019/241-244.

53 2014-200.

54 Zie hieromtrent ook: E.J. Wervelman, 'De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering', in: *Verzekeringsrecht*, 5^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2019, p. 1039-1041.

55 *JA* 2015/31, m.nt. E.J. Wervelman. Zie voor een casus waarin de verzekerde (zonder succes) doorbetaling vorderde tot de AOW-leeftijd: Geschillencommissie KiFiD 19 juli 2017, 2017-477. Vgl. ook: Geschillencommissie KiFiD 17 december 2018, 2018-777; Geschillencommissie KiFiD 11 november 2015, 2015-335.

56 Zie omtrent een geschil over de datum waarop de uitkering uit hoofde van de arbeidsongeschiktheidsverzekering eindigt ook: Geschillencommissie KiFiD 16 januari 2019, 2019-058 en Geschillencommissie KiFiD 25 april 2016, 2016-189.

57 Vgl. E.J. Wervelman, 'De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering', in: *Verzekeringsrecht*, 5^e druk, Deventer: Wolters Kluwer 2019, p. 1039.

58 2013-80. Zie in gelijke zin: Commissie van Beroep KiFiD 29 augustus 2013, 2013-25.

was dat de verzekerde er redelijkerwijs niet van uit mocht gaan dat de uitkering na het bereiken van de eidleeftijd van 60 jaar zou worden voortgezet.

8. Conclusie

Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen vormden in de verslagperiode veelvuldig inzet van geschillen. In het oog springend zijn met name drie arresten waarin de Hoge Raad richting heeft gegeven aan al jaren bestaande discussies over de "redelijk handelend verzekeraar" ingeval van schending van de mededelingsplicht⁵⁹, de eisen die moeten worden gesteld aan observaties⁶⁰ en de polisvoorwaarde die strekt tot benoeming van deskundigen door verzekeraars.⁶¹ Deze arresten bevatten duidelijke vingerwijzingen voor de praktijk. Met name de discussie rondom de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid aan de hand van door de verzekeraar benoemde deskundigen speelt in veel claims. Zonder afbreuk te willen doen aan de rechten en verplichtingen van partijen acht ik het - als uitgangspunt - onwenselijk dat partijen in ieder van die claims afzonderlijk discussiëren over de geldigheid van een daartoe strekkende polisvoorwaarde, de bewijswaarde van de verkregen rapporten en dergelijke. Uiteindelijk dient de waarheid naar mijn oordeel zoveel mogelijk aan het licht te komen. De claimbehandeling behoort niet te worden verstoord door nevendiscussies over het buiten beeld houden van medische of andere rapporten voor nieuw te benoemen deskundigen (of zelfs voor de rechter) op grond van formele argumenten, met alle vertraging van dien. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 28 september 2018 expliciet overwogen dat het gaat om het "wegen" van de aangevoerde bezwaren. Daarmee heeft hij duidelijk gemaakt dat alle voor handen zijnde rapporten deel uit dienen te maken van de claimbehandeling. Ik maak mij sterk dat dat de rechtszekerheid - en daarmee de claimbehandeling van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen - ten goede zal komen.

59 HR 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841.

60 HR 18 april 2014, ECLI:NL:HR:2014:942, NJ 2015/20, m.nt. MMM.

61 HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800.