

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2013-267 d.d. 4 september 2013
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. E.M. Dil-Stork en mr. B.F. Keulen, leden en mr. E.E. Ribbers, secretaris)

Samenvatting

Verzekering die recht geeft op een eenmalige uitkering indien zich een bepaalde aandoening voordoet. Volgens de polis staan de gedekte aandoeningen in de voorwaarden. Aangeslotene vermeldt echter de verkeerde voorwaarden waarin géén aandoeningen staan vermeld. Consument claimt uitkering op grond van een aandoening die ook niet onder de juiste voorwaarden gedekt zou zijn. Mede aan de hand van de Haviltex formule komt de Commissie tot het oordeel dat partijen zijn overeengekomen dat Aangeslotene zich uitsluitend heeft verplicht uit te keren indien zich een in de juiste voorwaarden genoemde aandoening voordoet. Consument had door eenvoudige controle van de polis en de voorwaarden kunnen vaststellen dat sprake was van een vergissing en mocht er redelijkerwijs niet vanuit gaan dat uitgekeerd zou worden.

Consument,

en

Monuta Verzekeringen N.V, gevestigd te Apeldoorn, hierna te noemen: Aangeslotene,

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- het faxbericht van 26 april 2012 van Consument;
- het door Consument ingevulde en op 1 juni 2012 ondertekende vragenformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen;
- de repliek van Consument met bijlagen;
- de dupliek van Aangeslotene met bijlagen;
- de pleitnota namens Consument.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.

Tussenkost van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.

Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 17 juni 2013 en zijn aldaar

verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1 Door de advisering en bemiddeling van een assurantietussenpersoon heeft Consument in 2005 een zogenoemde Trivalentverzekering (hierna: de “Verzekering”) gesloten bij Aangeslotene. Consument treedt op als verzekerde. Volgens de polis maakt van de Verzekering deel uit een aanvullende dekking, de zogenoemde “Zekerheidspolis bij Ernstige Ziekte”. De ingangsdatum van deze aanvullende dekking was 1 juli 2005, de einddatum 1 juli 2015. Uit hoofde van deze aanvullende dekking wordt eenmalig een bedrag € 50.000,- uitgekeerd bij “bepaalde aandoeningen zoals beschreven in de voorwaarden”. Als toepasselijke voorwaarden vermeldt de polis de MV99-200 (hierna: de “MV99-200”).

3.2 In de offerte van 13 juni 2005 staat dat een eenmalige uitkering van € 50.000,- verzekerd zal worden, uit te keren “bij de vaststelling vóór 13-6-2015 van bepaalde aandoeningen zoals beschreven in de voorwaarden”. In de begeleidende brief bij de offerte staat onder meer het volgende:

“(....)

De **trivalent** verzekering keert uit e[e]n (belastingvrij)bedrag ineens indien een aantal met name genoemde ziektes zich manifesteert. (....)”

3.3 In mei 2011 is bij Consument vastgesteld dat hij een versleten hartklep heeft. Consument heeft vervolgens een beroep op de Verzekering gedaan en om uitkering van € 50.000,- verzocht.

3.4 Aangeslotene heeft uitkering geweigerd omdat naar haar oordeel geen sprake is van dekking. Volgens haar zijn de voorwaarden MV96-410 (hierna: de “MV96-410”) toepasselijk en is in 2005 per abuis in de polis vermeld dat de MV99-200 toepasselijk zijn.

3.5 De MV96-410 hebben als opschrift: “Aanvullende voorwaarden Trivalent Verzekering”. Op grond van de MV96-410 bestaat dekking in geval van een aantal in die voorwaarden met name genoemde aandoeningen. Een versleten hartklep is niet een van de gedekte aandoeningen.

4. De vordering en grondslagen

4.1 Consument vordert primair dat Aangeslotene gehouden wordt tot betaling van een bedrag van € 50.000,-. Subsidiair vordert Consument dat Aangeslotene gehouden wordt tot restitutie van de voor de Verzekering betaalde premies, een bedrag van € 7.608,-.

4.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen:

- a. Consument heeft zijn klacht binnen de door het Reglement van de Commissie gestelde termijn ingediend en verwijst daarvoor naar een op 26 april 2012 door Consument aan de Commissie gezonden faxbericht.
- b. Aangeslotene is jegens Consument toerekenbaar tekortgeschoten in haar verplichtingen uit hoofde van de Verzekering door uitkering te weigeren. In dit kader voert Consument het volgende aan:

- Aangeslotene heeft Consument bij de totstandkoming van de Verzekering onjuist en onvolledig geïnformeerd over de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden;
- Aangeslotene heeft destijds een fout gemaakt door in de polis verkeerde verzekeringsvoorwaarden te vermelden. Zij kan dat niet afschuiven op de assurantietussenpersoon;
- Aangeslotene heeft de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (MV96-410) niet tijdig ter beschikking gesteld aan Consument en kan zich daarom niet daarop beroepen omdat deze niet zijn overeengekomen. Consument heeft niet tijdig kennis kunnen nemen van deze voorwaarden;
- de toepasselijkheid van de op de polis genoemde MV99-200 is wel overeengekomen. De Verzekering is wel degelijk gedeeltelijk een levensverzekering en Consument hoefde niet te twijfelen aan de toepasselijkheid van de MV99-200. Hiernaast gaat het bij de MV96-410 om aanvullende voorwaarden hetgeen suggereert dat basisvoorwaarden van toepassing zijn, dit hadden even goed de MV99-200 kunnen zijn;
- weliswaar noemen de MV99-200 geen aandoeningen maar het is de fout van Aangeslotene dat de omschrijving van welke aandoeningen bedoeld waren niet nader was ingevuld. Consument wijst er in dit verband op dat de aanvullende dekking “Zekerheidspolis bij Ernstige Ziekte” werd genoemd en is van mening dat een versleten hartklep als een “ernstige ziekte” dient te worden beschouwd. Consument heeft dat bij de totstandkoming van de Verzekering ook zo van zijn assurantietussenpersoon begrepen. Als Aangeslotene het begrip “ernstige ziekte” had willen inperken had zij dat destijds moeten doen en met Consument moeten overeenkomen. Zij heeft dit echter nagelaten, in de MV99-200 staan immers geen beperkingen;
- de stelling van Aangeslotene dat alleen bij bepaalde aandoeningen zou worden uitgekeerd, komt er in het onderhavige geval, waar de MV99-200 géén aandoeningen vermelden, op neer dat Aangeslotene bij geen enkele aandoening uitkering zou hoeven verlenen. Dit zou betekenen dat Consument gedwaald zou hebben omtrent de overeenkomst. Hij zou de Verzekering dan nimmer hebben gesloten. Consument behoudt zich daarom subsidiair het recht voor de Verzekering te vernietigen.

- 4.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- a. Aangeslotene stelt dat de Commissie de klacht van Consument niet ontvankelijk dient te verklaren omdat hij deze te laat bij de Commissie heeft ingediend;
 - b. Volgens Aangeslotene is geen sprake is van toerekenbare tekortkomingen van haar jegens Consument. Zij voert het volgende aan:
 - Consument is bij het sluiten van de Verzekering geadviseerd door een assurantietussenpersoon. In de offerte van 13 juni 2005 is opgenomen

- dat een bedrag van € 50.000,- zou worden uitgekeerd indien sprake zou zijn van een aandoening als vermeld in de voorwaarden;
- Aangeslotene heeft de polis en de voorwaarden aan zowel Consument als zijn assurantietussenpersoon toegezonden. Door een fout in het in het systeem van Aangeslotene is in de polis bij de aanvullende dekking “Zekerheidspolis bij Ernstige Ziekte” in plaats van de MV96-410 vermeld dat de MV99-200 toepasselijk waren. De MV99-200 zijn wel toepasselijk op het eerste deel van de Verzekering, namelijk een overlijdensrisicoverzekering. Op de aanvullende dekking zijn de MV 99-200 niet toepasselijk omdat daarin geen aandoeningen worden genoemd. Dit terwijl in de polis wel staat dat € 50.000,- wordt uitgekeerd indien sprake is van bepaalde aandoeningen zoals beschreven in de voorwaarden. Aangeslotene wijst in dit verband ook op door de assurantietussenpersoon aan Consument verstrekte informatie, waaronder de offerte over de Verzekering, waaruit duidelijk blijkt dat alleen wordt uitgekeerd bij een aantal met name genoemde ziektes. De assurantietussenpersoon had de polis moeten controleren en de fout moeten constateren.

5. Beoordeling

5.1 Aangeslotene stelt dat de Commissie de klacht van Consument niet-ontvankelijk dient te verklaren omdat deze te laat bij de Commissie is ingediend. De Commissie overweegt dat op grond van artikel 29.1 Reglement de Consument zijn klacht binnen drie maanden na de dagtekening van het oordeel van de Ombudsman aan de Geschillencommissie dient voor te leggen. In het onderhavige geval heeft de Ombudsman zijn oordeel bij brief van 27 januari 2013 aan Consument toegezonden en heeft Consument zich bij faxbericht van 26 april 2013 tot de Commissie gewend. De Commissie stelt vast dat Consument hiermee aan het gestelde in artikel 29.1 Reglement heeft voldaan en verwerpt het beroep van Aangeslotene op niet-ontvankelijkheid.

5.2 De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Aangeslotene uit hoofde van de Verzekering gehouden is tot betaling van een bedrag van € 50.000,- op grond van het feit dat in mei 2011 bij Consument is vastgesteld dat hij een versleten hartklep heeft. Hiertoe is noodzakelijk dat de Commissie onderzoekt wat tussen partijen is overeengekomen.

5.3 De vraag hoe in een schriftelijk contract de verhouding van partijen is geregeld en of dit contract een leemte vertoont die moet worden aangevuld, kan niet worden beantwoord op grond van alleen maar een zuiver taalkundige uitleg van de bepalingen van dat contract. Voor de beantwoording van die vraag komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (HR 13 maart 1981, NJ 1981, 635).

5.4 In dit geval staat tussen partijen vast dat Consument de Verzekering heeft gesloten na advisering en bemiddeling door een assurantietussenpersoon. In de offerte van 13 juni 2005

staat dat eenmalig een bedrag van € 50.000,- zal worden uitgekeerd “bij de vaststelling vóór 13-6-2015 van bepaalde aandoeningen zoals beschreven in de voorwaarden”.

In de begeleidende brief bij de offerte staat onder meer:

“(....)

De **trivalent** verzekering keert uit e[e]n (belastingvrij)bedrag ineens indien een aantal met name genoemde ziektes zich manifesteert. (....)”

In het door Consument op 5 juli 2005 ondertekende aanvraagformulier wordt uitdrukkelijk geopteerd voor een aanvullende verzekering, trivalent, met een uitkering van € 50.000,-.

Blijkens de naar aanleiding van het aanvraagformulier door Aangeslotene opgemaakte polis maakt van de Verzekering deel uit een aanvullende dekking, de zogenoemde

“Zekerheidspolis bij Ernstige Ziekte” die recht geeft op een eenmalige uitkering van € 50.000,- bij “bepaalde aandoeningen zoals beschreven in de voorwaarden”.

Op de polis is vermeld dat van toepassing zijn de voorwaarden MV99-200. In die voorwaarden worden geen aandoeningen genoemd of beschreven.

De Commissie is van oordeel dat Consument op basis van de aldus aan hem verstrekte informatie, redelijkerwijs niet heeft kunnen concluderen dat, zoals hij thans stelt, de verzekering dekking zou bieden bij elk geval van “ernstige ziekte”. Het feit dat Aangeslotene per abuis de verkeerde voorwaarden vermeldt doet daaraan niets af. Indien Consument, zoals van hem mag worden verwacht, kennis had genomen van de polis en de voorwaarden, had hij op eenvoudige wijze kunnen en moeten constateren dat in de genoemde voorwaarden MV99-200 géén aandoeningen werden omschreven en dat dus sprake was van een vergissing van Aangeslotene. Het had vervolgens op zijn weg gelegen opheldering te vragen bij Aangeslotene. Dat Consument en ook zijn assurantietussenpersoon kennelijk geen kennis van de polis en de voorwaarden hebben genomen - en dus geen nadere toelichting hebben gevraagd - komt voor risico van Consument en kan niet ten laste van Aangeslotene worden gebracht.

Het voorgaande leidt tot de slotsom dat partijen over en weer redelijkerwijs hadden kunnen en moeten begrijpen dat de verzekering slechts dekking zou bieden in geval van een aantal specifiek omschreven aandoeningen. Onder die omstandigheden moet ervan worden uitgegaan dat tussen Consument en Aangeslotene is overeengekomen dat Aangeslotene zich heeft verplicht tot het doen van een eenmalige uitkering van € 50.000,- bij een aandoening zoals beschreven in de voorwaarden MV96-410. Nu een versleten hartklep in die voorwaarden niet is vermeld, bestaat in dit geval ook geen grond voor uitkering.

5.5 Consument heeft subsidiair terugbetaling van de voor de Verzekering betaalde premies gevorderd. De Commissie wijst deze vordering af. In overweging 5.4 is vastgesteld dat tussen partijen is overeengekomen dat Aangeslotene zich verplichtte tot het verrichten van een eenmalige uitkering van € 50.000,- bij een aandoening zoals beschreven in de voorwaarden. Deze aandoeningen worden omschreven in de toepasselijke voorwaarden MV96-410. Voor deze aandoeningen bestond derhalve dekking en was premie verschuldigd.

5.6 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de vorderingen van Consument zullen worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

De Commissie wijst, als bindend advies, de vorderingen van Consument af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor [kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan](https://www.kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan).