

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/071 Br

in de klacht nr. 2006.4324 (132.06)

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster' respectievelijk 'klager', en tezamen te noemen 'klagers',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klagers hebben in oktober 2003 een woning gekocht. Op 15 oktober 2003 hebben zij bij verzekeraar een pakket verzekeringen afgesloten, met onder meer een opstalverzekering met glasdekking voor deze woning. De glasdekking betreft glasschade door breuk.

In artikel 3 B van de op de opstalverzekering van toepassing zijnde algemene voorwaarden brandverzekering is bepaald:

'(...) Een verzekerde verliest het recht op schadevergoeding indien hij opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt'.

In artikel 6 C van deze voorwaarden is bepaald:

'(...) Verder kunnen wij in de volgende gevallen een verzekering schriftelijk opzeggen:

(...)

4 als een verzekerde in verband met een bij ons gemelde gebeurtenis ons opzettelijk heeft misleid of heeft geprobeerd dat te doen; in dat geval hebben wij niet alleen het recht binnen een maand na ontdekking van de misleiding of de poging daartoe deze verzekering te beëindigen maar ook alle andere verzekeringen die u bij ons hebt gesloten (...)'.

Met een op 24 oktober 2005 gedateerd schadeaangifteformulier heeft klaagster bij verzekeraar aangifte gedaan van schade door breuk op 21 september 2005 van de voordeurruit, ontstaan doordat 'verzekerde gooide een bal naar de hond en gooide per abuis door voordeur'. Bij vraag 7 van het schadeaangifteformulier was vermeld dat de reparatie reeds was uitgevoerd, voor een bedrag van € 452,95. De bij het schadeaangifteformulier gevoegde nota van een schildersbedrijf vermeldt: 'Glasrekening voor: Het vervangen van float glas
Totaal €452,95 incl. BTW (...)'.
'

2007/071 Br

In een brief van 14 februari 2006 heeft verzekeraar aan klagers bericht dat een door hem van het schildersbedrijf ontvangen kopie van de nota vermeldt dat deze nota zes ruiten van circa 2,15 x 1,05 meter betreft, welke vermelding op de van klagers ontvangen nota ontbreekt. Verder heeft hij aan klagers bericht dat hij omdat zij bij de schademelding opzettelijk onjuiste informatie hebben verschaft, de claim zal afwijzen, de afwijzing zal doen opnemen bij de Stichting CIS en de polisafdeling zal verzoeken de verzekeringen van klagers te beëindigen.

De klacht

Klagers hebben sinds 2003 bij verzekeraar verzekeringen voor onder meer de opstal en de inboedel van hun woning, aansprakelijkheid, een boot en twee auto's.

In het pand van klagers waren zes ruiten kapot, waarvan vijf door een niet gedekte en één door een gedekte oorzaak. De ruitbreukschade is aan verzekeraar gemeld. Het ware juist geweest als klagers de breuk van die ene ruit (materiaal en arbeidsloon) bij verzekeraar hadden gepresenteerd, maar zij hebben ervoor gekozen om het materiaal van de zes ruiten bij verzekeraar te claimen en de ruiten zelf te plaatsen, en zo het arbeidsloon te besparen. De schade kwam zo op (ongeveer) hetzelfde bedrag uit. Zij hadden dus niet de intentie om door het verstrekken van onjuiste informatie een hogere uitkering te verkrijgen en/of verzekeraar anderszins te benadelen.

Verzekeraar stelt echter dat klagers zich schuldig hebben gemaakt aan fraude en heeft hun verzekeringen beëindigd en klagers aangemeld bij de Stichting CIS.

De beëindiging van de verzekeringen en de CIS-melding hebben ertoe geleid dat klagers een aantal risico's niet meer of zeer ontoereikend kunnen verzekeren. Daarom zijn de beëindiging van de verzekeringen en de CIS-melding veel te zware en disproportionele maatregelen.

Daarbij komt dat verzekeraar aanvankelijk de indruk wekte dat de aangekondigde maatregelen zouden worden verzacht. Bovendien wekte hij de indruk dat de beëindiging werd veroorzaakt door een (te) hoog schadeverleden. Van dat laatste is echter in het geheel geen sprake.

De Ombudsman Verzekeringen lijkt het eens te zijn met klagers. Hij schreef: '(...) Dit betekent echter naar mijn mening nog niet dat daarmee bewezen is dat uw cliënten opzettelijk deze informatie hebben overgelegd met de bedoeling een (hogere) uitkering te verkrijgen waar, bij het verstrekken van juiste informatie, in het geheel geen recht op zou zijn geweest. (...).

Waar het in casu om gaat, is de vraag in hoeverre de door de maatschappij genomen zware maatregelen gerechtvaardigd zijn in verhouding tot de handelwijze van uw cliënten. Onder verwijzing naar de hierbijgaande uitspraak van de Raad van Toezicht Verzekeringen (Nr. 2006/013 Re) meen ik dat een meer genuanceerde benadering van (verzekeraar) ook mogelijk zou zijn geweest, doch niet afdwingbaar althans niet via mijn instituut (...).

Zoals u zelf heeft aangegeven, komt het op klagers inconsistent over dat vanuit de interne klachtbehandelingsprocedure bij de maatschappij eerst de indruk wordt gewekt dat er een oplossing zal worden gevonden, terwijl later een ander standpunt wordt verwoord. (...)'.

Volgens klagers dient verzekeraar de beëindiging van de verzekeringen en de CIS-melding ongedaan te maken.

2007/071 Br

Het standpunt van verzekeraar

In een pakket waren een boot, twee auto's, het woonhuis, de inboedel en de particuliere aansprakelijkheid van klagers verzekerd tot 1 april 2006. In verband met hun frauduleuze claim zijn alle verzekeringen door verzekeraar beëindigd. Gedurende de behandeling van de klacht worden de verzekeringen met uitzondering van de opstalverzekering voortgezet. Voor het woonhuis hebben klagers dus alvast elders dekking moeten zoeken.

De feiten:

- In oktober 2003 kochten klagers de woning.
- Op 15 oktober 2003 sloten zij bij verzekeraar een pakketverzekering waarin onder meer een opstalverzekering met glasdekking voor de woning.
- Bij schadeaanvraagformulier, ondertekend op 24 oktober 2005, dienden zij een claim in ter zake van breuk van het (float)glas van de voordeur.
- Op dit formulier was als oorzaak van de breuk vermeld: 'Verzekerde gooide een bal naar de hond en gooide per abuis door voordeur.'
- Volgens het schadeaanvraagformulier was de schadedatum 21 september 2005.
- Bij het schadeaanvraagformulier was een kopie van een rekening gevoegd van een schildersbedrijf van 23 september 2005 'voor het vervangen van floatglas, Totaal € 452,95'.
- Onderzoek naar de claim en correspondentie met de tussenpersoon van klagers wezen het volgende uit:

.Ten tijde van de aankoop van het pand en het sluiten van de pakketverzekering was reeds een deel van de ruiten van het pand gebroken/beschadigd; welk deel is niet duidelijk geworden.

. Klagers hebben met de rekening van het schildersbedrijf geknoeid door de specificatie van het geleverde glas onzichtbaar te maken. De rekening betrof niet één ruit (van de voordeur), maar zes ruiten van 105.3 x ca. 215 cm elk.

. Klagers hebben de opgegeven schadeoorzaak ('Verzekerde gooide een bal naar de hond en gooide per abuis door voordeur') gefingeerd. In werkelijkheid waren er, aldus hun tussenpersoon, diverse ramen stuk, zonder dat de oorzaak (en daarmee - aldus verzekeraar - de schadedatum) duidelijk was.

Daarom is niet aangetoond dat de zes ruiten zijn gebroken na het ingaan van de verzekering. Feitelijk staat niet eens vast dat bij alle zes ruiten sprake was van breuk. Daarmee is, anders dan klagers betogen, niet komen vast te staan dat de zes ruiten hoe dan ook onder de dekking vallen.

Klagers stellen bij hun keuze om zes ruiten te declareren in plaats van één, doch te besparen op het arbeidsloon, niet de intentie te hebben gehad om een hogere uitkering te verkrijgen of verzekeraar anderszins te benadelen. De schade zou immers ongeveer op hetzelfde bedrag uitkomen.

Verzekeraar kan echter geen andere conclusie trekken dan dat wel degelijk bewust is geprobeerd een uitkering te verkrijgen waarop geen recht bestond. Met welk ander doel zouden anders de schadedatum en de schadeoorzaak zijn gefingeerd en de nota zijn bewerkt om te doen voorkomen dat het slechts gaat om één ruit? Indien klaagster er werkelijk zo van overtuigd was dat alle zes ruiten onder de dekking vielen, was dit niet nodig. Dit kwalificeert haar handelwijze in de bewoordingen van de Raad van Toezicht als een (poging tot) opzettelijke benadeling van verzekeraar. In dat geval is niet alleen afwijzing van de claim en beëindiging van de verzekering een proportionele sanctie, maar heeft ook, aldus de Raad, als uitgangspunt te gelden dat registratie bij de Stichting CIS mag

2007/071 Br

plaatsvinden, en mogen, zo voegt verzekeraar er aan toe, ook de andere verzekeringen van de pakketpolis worden opgezegd.

De Raad geeft in Uitspraak Nr. 2006/013 Re specifiek met betrekking tot de registratie bij de Stichting CIS wel aan dat deze pas mag plaatsvinden nadat de verzekeraar heeft onderzocht of door de bijzondere omstandigheden van het concrete geval, zoals de geringe ernst van het bedrog of de betrekkelijke geringe gevolgen daarvan, externe registratie onevenredig hard zou zijn. In casu kan echter niet gesproken worden van een geringe ernst van het bedrog of van betrekkelijke geringe gevolgen ervan. Ook andere bijzondere omstandigheden zijn er niet. Sprake is van een samenweefsel van onjuiste opgaven: schadedatum en schadeoorzaak zijn gefingeerd en met de nota is geknoeid. Daarmee is gepoogd een nota ten bedrage van € 492,95 vergoed te krijgen, waarvan overigens op geen enkele wijze aannemelijk is gemaakt dat deze onder de dekking valt. Dat kan verzekeraar niet aanmerken als een geringe ernst van bedrog.

Het criterium van 'betrekkelijk geringe gevolgen van het bedrog' lijkt moeilijk hanteerbaar. Het woord 'betrekkelijk' suggereert dat de gevolgen tegen een ander gegeven moeten worden afgezet. Waarschijnlijk doelt de Raad hier op het geval dat een ander deel van de claim wel is aangetoond en dat het gefingeerde deel in verhouding tot het aangetoonde deel in het niet valt. In het geval van klagers is van een dergelijke 'wanverhouding' echter geen sprake. Er zijn alleen maar aanwijzingen dat de gehele claim is gefingeerd.

Tijdens de behandeling van de klacht heeft de behandelaar van het Klachtenbureau van verzekeraar uitgesproken zich sterk te maken voor verzachting van de genomen maatregelen. Hoewel dit bij uitstek blijkt geeft van een goed werkende objectieve klachtenbehandeling - de klachtbehandelaar heeft immers in de eigen organisatie oppositie gekozen tegen de afdeling die heeft beslist over hetgeen onderwerp van het geschil is - kan vanwege de kennelijk gewekte verwachting bij de tussenpersoon van klagers worden betwijfeld hoe wijs het was om hem zo duidelijk blij te geven van het afwijkende standpunt. De tussenpersoon is er overigens snel op gewezen dat de meningen bij verzekeraar verschilden en dat bij tegengestelde meningen niet het Klachtenbureau maar de directie het standpunt van verzekeraar bepaalt. De directie stelde zich achter de genomen maatregelen. De mededeling van het Klachtenbureau staat gezien het voorgaande het uiteindelijke standpunt van de directie niet in de weg.

Samenvatting en conclusie

- Klagers hebben een schade gemeld onder opgave van een gefingeerde schadeoorzaak en schadedatum en met indiening van een door henzelf gemanipuleerde rekening.
- Zo hebben zij opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt, waarmee zij het recht op schadevergoeding hebben verloren (artikel 3 B van de algemene voorwaarden brandverzekering).
- Artikel 6 C sub 4 van deze algemene voorwaarden geeft verzekeraar het recht alle verzekeringen die een verzekerde bij hem heeft, te beëindigen indien de verzekerde in verband met een gemelde schade hem opzettelijk heeft misleid althans een poging daartoe geeft gedaan.
- Verzekeraar heeft schadevergoeding afgewezen, heeft alle verzekeringen beëindigd (gedurende de behandeling van de klacht biedt hij overigens wel

2007/071 Br

dekking voor alle risico's behalve voor de opstal) en heeft klagers laten opnemen in het register CIS.

- In deze zaak zijn geen bijzondere omstandigheden gebleken die opname in dit register CIS een onevenredig harde maatregel maken. Geen sprake is van een geringe ernst van het bedrog gezien de doelbewuste opgave van een gefingeerde schadeoorzaak en eigenhandige manipulatie van de rekening.

Het commentaar van klagers

Klagers hebben, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, hun klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Klagers hebben, met hun op 24 oktober 2005 gedateerd schadeaangifteformulier met bijgevoegde, door hen zelf aangepaste nota van een schildersbedrijf, bij verzekeraar vergoeding geclaimd van schade door breuk op 21 september 2005 van de voordeurruit, daarbij als oorzaak opgegeven: 'verzekerde gooide een bal naar de hond en gooide per abuis door voordeur' en op het schadeaangifteformulier vermeld dat de reparatie reeds was uitgevoerd voor een bedrag van €452,95. Nadien is aan verzekeraar gebleken dat deze nota niet één, maar zes ruiten betrof, en dat de schadedatum en de schadeoorzaak door klagers zijn gefingeerd. Volgens verzekeraar is niet aangetoond dat de zes ruiten zijn gebroken na de ingangsdatum van de verzekering en staat zelfs niet vast dat bij alle zes ruiten sprake was van breuk. Volgens verzekeraar hebben klagers hem bij de schademelding opzettelijk onjuiste informatie verschaft.
2. De Raad acht alleszins verdedigbaar het standpunt van verzekeraar dat klagers hem aldus opzettelijk onjuiste gegevens hebben verstrekt en daarom krachtens het bepaalde in artikel 3 B van de op de opstalverzekering van toepassing zijnde algemene voorwaarden brandverzekering het recht op schadevergoeding hebben verloren.
3. Verder kon verzekeraar wegens de voormelde opzettelijke misleiding door klagers, met een beroep op het bepaalde in artikel 6 C van deze voorwaarden overgaan tot beëindiging van de door klagers bij hem gesloten verzekeringen.
4. Ook stond het verzekeraar vrij om klagers wegens de gebleken, opzettelijke poging tot benadeling van hem door klagers en gezien de ernst van het door hen gepleegde bedrog extern te doen registreren bij de Stichting CIS. Onder de gebleken omstandigheden van het geval is deze registratie niet onevenredig hard voor klagers.
5. Aan het voorgaande doet niet af dat in de interne klachtprocedure door de behandelaar van de klacht is uitgesproken dat hij zich sterk zou maken voor verzachting van de genomen maatregelen. Het moet klagers immers steeds duidelijk zijn geweest dat de beslissing daarover uiteindelijk was voorbehouden aan de directie van verzekeraar.
6. Het oordeel moet dan ook luiden dat verzekeraar door aan klagers uitkering van het bedrag van €452,95 te onthouden, de verzekeringen van klagers te beëindigen en over te gaan tot het doen registreren bij de Stichting CIS de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet heeft geschaad.

2007/071 Br

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 1 oktober 2007 door mr. E.M. Wesseling-van Gent, voorzitter, mr. J.G.C. Kamphuisen, mr. E.J. Numann, mr. F.R. Salomons en mr. C.W.M. van Ballegooijen, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

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

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)