

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-096
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.W.H. Vink en drs. L.B. Lauwaars, leden
en mw. mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 30 december 2014
Ingesteld door : Consument
Tegen : London General Insurance Company Ltd., gevestigd te Egham, Verenigd
Koninkrijk, met Nederlands bijkantoor te Amsterdam, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 19 maart 2015
Aard uitspraak : bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsclaim. Verjaring. Consument heeft bij de verlenging van zijn hypotheek in 2005 ongezien voor een betalingsbeschermingsverzekering getekend. Pas in 2014 - als hij een brief van Verzekeraar ontvangt – is hij met deze verzekering bekend geworden. Hij is in 2005 arbeidsongeschikt geraakt en is in 2014 alsnog gaan claimen. De claim is afgewezen met een beroep op de wettelijke verjaringstermijn van 3 jaar. Aangezien uit de wettelijke bepaling over verjaring volgt dat voor het aanvangsmoment van de verjaringstermijn niet bepalend is het moment van opeisbaarheid van de vordering tegen de verzekeraar maar het moment dat de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid bekend is geworden (subjectief criterium) is de Commissie tot de conclusie gekomen dat de verjaringstermijn pas in 2014 is aangevangen en dat de vordering dus niet verjaard is. De Commissie heeft ten overvloede nog overwogen dat bij een verzekering die voorziet in uitkeringen in maandelijkse termijnen, alleen die uitkeringen kunnen verjaren die meer dan 3 jaar voor de schademeldingsdatum liggen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument ondertekende klachtformulier met bijlagen, waaronder het in de interne klachtenprocedure door Verzekeraar ingenomen standpunt;
- Het verweerschrift van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden.

2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende – niet betwiste – feiten. Consument heeft met ingang van 3 januari 2005 via Fortis Bank in het kader van een hypothecaire geldlening bij Verzekeraar een kredietbeschermingsverzekering afgesloten. Verzekerde risico's: arbeidsongeschiktheid en onvrijwillige werkloosheid. Verzekerde maandtermijn: € 225,-. Maandpremie: € 13,50. Van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden "KredietVerzekering 09/04".

Artikel I van de verzekeringsvoorwaarden definieert het begrip arbeidsongeschiktheid als volgt:

“I.f. verzekerd risico arbeidsongeschiktheid gedurende het eerste jaar van ongeschiktheid: de volledige ongeschiktheid tot het verrichten van werkzaamheden, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval.

I.g. verzekerd risico in geval van arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar, van arbeidsongeschiktheid is sprake:

- gedurende het tweede ziektejaar, als verzekerde rechtsreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval, niet in staat is om voor 45 % of meer van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.

- na het tweede ziektejaar, als verzekerde, door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval voor ten minste 45 % arbeidsongeschikt wordt geacht”.

Consument heeft zich op 5 augustus 2014 vanaf 14 maart 2005 arbeidsongeschikt gemeld vanwege (reumatische-) gewrichtsklachten. Op 10 augustus 2014 heeft hij een schadeaanvraagformulier ingevuld, welk formulier op 13 augustus 2014 door Verzekeraar is ontvangen. Consument heeft zijn werkzaamheden in 2005 gedeeltelijk gestaakt.

De klachten namen echter geleidelijk toe, en hebben uiteindelijk per 29 mei 2013 tot volledige arbeidsongeschiktheid (80-100 %) geleid. Consument heeft zich pas op

5 augustus 2014 bij Verzekeraar gemeld met een claim onder de polis omdat hij zich niet bewust was van de aanwezigheid van de verzekering.

Verzekeraar heeft de claim afgewezen op grond van de wettelijke verjaringstermijn van 3 jaar: de periode tussen 14 maart 2005 en 13 augustus 2014 is langer dan 3 jaar.

Verzekeraar acht het zeer onwaarschijnlijk dat Consument op het moment dat hij zich ziek meldde – ongeveer 2 maanden na de ingangsdatum van de verzekering - niet (meer) op de hoogte was van het bestaan van de verzekering.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

3.1 Consument vordert alsnog uitkering van de verzekerde maandtermijnen, zijnde termijnen van € 225,- per maand, zulks met terugwerkende kracht per de datum waarop hij volgens de verzekeringsvoorwaarden recht op uitkering had.

Grondslagen en argumenten daarvoor

Bij de verlenging van de hypotheek is in 2005 bij de notaris ‘ongezien’ een aantal documenten ondertekend. Daarbij blijkt ook een verzekering te zijn afgesloten.

De hypotheekadviseur heeft indertijd geen enkele informatie over de kredietbeschermingsverzekering verstrekt. De notaris evenmin. Deze laatste heeft alleen aangewezen waar op het document de handtekening diende te worden geplaatst. Eerst in juni 2014 heeft Consument ontdekt dat hij een Fortis KredietVerzekering had lopen. Hij ontving in die maand namelijk een brief van Verzekeraar waarmee deze hem nieuwe verzekeringsvoorwaarden toezond, dit naar aanleiding van de inlossing van het krediet bij Fortis. In die brief wordt meegedeeld dat de belangrijkste verandering in deze voorwaarden is dat de maximale uitkering bij arbeidsongeschiktheid niet meer gelijk is aan het netto

saldo van de lening, maar gelijk is aan 60 maal het verzekerd maandbedrag. Tot aan dat moment was Consument er niet mee bekend dat hij een dergelijke verzekering had. Hij heeft wel iedere maand de premie overgemaakt, maar was zich er niet van bewust welke verzekering het betrof. Hij heeft via Fortis (en Aegon) namelijk ook een levens- en schadeverzekeringsspakket lopen. Omdat altijd alle verzekeringen per automatische incasso worden voldaan is deze verzekering nooit opgefallen. Hij heeft vervolgens een kopie van het polisblad opgevraagd en in overleg met zijn zwager een claim ingediend. Het is Consument niet duidelijk waarom Verzekeraar zich op de verjaringstermijn van 3 jaar beroept. De wet verbiedt hem althans niet om daar geen beroep op te doen. Verzekeraar zou in alle redelijkheid rekening kunnen houden met de speciale omstandigheden van dit geval. Consument stelt volledig te goeder trouw te hebben gehandeld, altijd de premie op tijd te hebben betaald, en nu dubbel gestraft te worden doordat hij geen uitkering krijgt, maar wel 9 jaar premie voor niks heeft betaald. Verzekeraar zou dan ook op zijn minst de premie kunnen restitueren.

Verweer Verzekeraar

3.2 Consument voldoet al geruime tijd aan de vereisten om een uitkering onder de verzekering te krijgen. Vanaf het moment dat hij wist dat hij arbeidsongeschikt was én voldeed aan de voorwaarden om een uitkering onder de verzekering te kunnen krijgen, is de verjaringstermijn van 3 jaar gaan lopen. De aanspraak op uitkering is dan ook terecht afgewezen.

4. Beoordeling

4.1 De Commissie stelt vast dat Verzekeraar zich bij de afwijzing van de arbeidsongeschiktheidsclaim beroepen heeft op het per 1 januari 2006 ingevoerde artikel 7:942 lid 1 BW. Dit artikel bepaalt dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgend op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. De verzekeringsuitkering is opeisbaar als het verzekerd risico zich heeft verwezenlijkt en aan de voorwaarden voor het recht op uitkering is voldaan. Uit art. 7:942 lid 1 BW volgt dat voor het aanvangsmoment van de verjaringstermijn niet bepalend is het moment van opeisbaarheid van de vordering tegen de verzekeraar – zoals dat onder het oude recht het uitgangspunt was (objectief criterium) - maar het moment dat de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden (subjectief criterium). Op grond van dit subjectieve criterium gaat de verjaringstermijn pas lopen op het moment dat de verzekerde met het bestaan van de dekking onder de verzekeringsovereenkomst bekend is geworden.

De Commissie stelt tevens vast dat niet voldoende is weersproken dat Consument niet met de kredietbeschermingsovereenkomst bekend was – hij wist niet waarvoor hij bij de notaris getekend had – en dus ook niet met de dekking onder deze verzekeringsovereenkomst. Zou hij daar wel mee bekend zijn geweest, dan zou hij zeker eerder geclaimd hebben. Een en ander impliceert dat de verjaringstermijn niet al op 14 maart 2005 is aangevangen, maar pas in 2014 toen Consument zich voor het eerst

bewust werd van het feit dat hij in 2005 een kredietverzekeringsovereenkomst had afgesloten. In onderhavige zaak vallen de ‘opeisbaarheid’ van de vordering en de ‘bekendheid’ bij de uitkeringsgerechtigde derhalve niet samen.

Nu de verjaringstermijn pas in 2014 is aangevangen, is de vordering niet verjaard.

- 4.2 De vordering is overigens niet reeds per 14 maart 2005 opeisbaar geworden, maar pas later. Consument voldeed immers in 2005, tijdens het eerste ziektejaar, niet aan de verzekeringsvoorwaarde dat sprake moet zijn van de *volledige* ongeschiktheid tot het verrichten van werkzaamheden. Hij is, nadat hij op 14 maart 2005 uitviel, voor de helft gaan werken. Niet bewezen is dat Consument voldoet aan de verzekeringsvoorwaarde dat hij gedurende het tweede ziektejaar als gevolg van rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval niet in staat is om voor 45 % of meer van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten. Hij voldoet echter wél aan de verzekeringsvoorwaarde dat hij na het tweede ziektejaar door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval voor tenminste 45 % arbeidsongeschikt wordt geacht. Uit een arbeidsdeskundig onderzoek in het kader van een herbeoordeling WIA d.d. 29 mei 2013 blijkt dat hij in maart 2007 voor 35-80 % (74,36%) arbeidsongeschikt werd beschouwd.
- 4.3 Ten overvloede overweegt de Commissie nog dat uit artikel 7:942 lid 1 BW volgt dat bij een verzekering die voorziet in uitkeringen in maandelijkse termijnen, alleen die uitkeringen kunnen verjaren die meer dan 3 jaar voor de schademeldingsdatum liggen. Iedere maandtermijn dient beschouwd te worden als een op zich zelf staande, losse vordering – de uitkering is immers afhankelijk van het ziekteverloop – en op iedere vordering tot betaling van een maandtermijn is dan ook telkens een nieuwe verjaringstermijn van 3 jaar van toepassing.

5. **Beslissing**

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument uitkering wordt verstrekt, zulks met terugwerkende kracht per de datum waarop Consument aan de voorwaarden voor het recht op uitkering voldeed, en met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden KredietVerzekering 09/04 over de omvang van de dekking in geval van arbeidsongeschiktheid,

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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-1/4#stappen-plan.