

## **Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-250**

Klacht ontvangen op: 11 december 2014  
Ingesteld door: Consument  
Tegen: Monuta Verzekeringen N.V., gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak: 7 september 2015  
Aard uitspraak: Bindend advies

### **Samenvatting**

Uitvaartverzekering. Artikel 7:930 BW. Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens. Mededelingsplicht. Nu vaststaat dat Verzekeraar aan al haar verplichtingen jegens Consument heeft voldaan kan daarover geen klacht bestaan. Consument bestrijdt vervolgens ook niet dat zij het buiten de verzekeringsdekking door Verzekeraar betaalde bedrag in beginsel aan Verzekeraar verschuldigd is, maar meent kennelijk dat Verzekeraar haar dat coulancehalve ook zou moeten kwijtschelden. De Commissie stelt vast dat het door Consument aan Verzekeraar verschuldigde bedrag niet als een financiële dienst in de zin van het Reglement kan worden betiteld zodat in dit opzicht eigenlijk geen taak (meer) voor de Commissie is weggelegd. Ook overigens ziet de Commissie echter geen rechtsgronden te beslissen dat Verzekeraar Consument niet terugbetaling van dit bedrag zou mogen aanspreken. Vordering wordt afgewezen.

### **1. Procesverloop**

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

- . de brief van Consument van 11 december 2014;
- . het verweerschrift van Verzekeraar van 10 februari 2015;
- . de repliek van Consument van 10 april 2015;
- . de dupliek van Verzekeraar van 30 april 2015;
- . de brief van Verzekeraar van 4 juni 2015.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden en heeft afgezien van mondelinge behandeling van het geschil tussen partijen.

### **2. Feiten**

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende – niet betwiste – feiten.

- 2.1 De moeder van Consument, mevrouw [naam], geboren op 28 april 1942, vroeg begin januari 2013 een “Uitvaart Basis-verzekering” aan. Ter beoordeling van het risico werden door Verzekeraar aan haar een tweetal vragen gesteld:
- a. Staat één van de verzekerden onder controle van een huisarts of specialist, of heeft één van de verzekerden de laatste 5 jaar een specialist geraadpleegd?
  - b. Gebruikt één van de verzekerden medicijnen?

Beide vragen zijn door mevrouw [naam] met ‘neen’ beantwoord.

- 2.2 Op de verzekering waren de Voorwaarden MV 12-300 van toepassing. Artikel 12.3 van deze Voorwaarden luidde als volgt:

“Indien sprake is van een overlijden binnen twee jaar na de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst is Monuta gerechtigd inlichtingen in te winnen over de medische situatie van de verzekerde bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Indien Monuta twijfelt over de verkregen inlichtingen kan zij de aanvraag voorleggen aan de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens.”

- 2.3 Op 24 januari 2014 is de moeder van Consument overleden. Omdat het overlijden heeft plaatsgevonden binnen de hiervoor vermelde termijn, is door Verzekeraar navraag gedaan bij Consument. De verkregen medische informatie gaf aanleiding om het dossier voor te leggen aan de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens. Deze Commissie heeft geoordeeld dat Verzekeraar indertijd bij het sluiten van de verzekering niet juist is geïnformeerd.
- 2.4 Verzekeraar stelt dat zij bij een correcte voorstelling van zaken de aanvraag had geaccepteerd tegen een hogere premie. Op grond van artikel 7:930 van het Burgerlijk Wetboek (BW) besloot zij het vrij door Consument te besteden bedrag te beperken tot 72% van het oorspronkelijke bedrag van € 2.500.

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering*

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar gehouden wordt om de openstaande factuur van in totaal € 2.542,91 kwijt te schelden.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.

Verzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van haar verbintenissen uit een overeenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:

- . Haar moeder heeft bij het aangaan van de verzekering alle vragen naar waarheid beantwoord. Pas in een veel later stadium, te weten eind december 2013, is de werkelijke gezondheidstoestand van mevrouw [naam] bekend geworden.
- . Indien Verzekeraar vooraf over meer concrete informatie wenste te beschikken, dan had het haar vrij gestaan om betrokkene een uitgebreidere gezondheidsverklaring te laten invullen. Gezien de leeftijd van mevrouw [naam] bij het sluiten van de verzekering had dit ook voor de hand gelegen. Dat Verzekeraar dit heeft nagelaten mag niet voor rekening van Consument komen.

## Verweer Verzekeraar

### 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- . Op grond van de Voorwaarden was Verzekeraar gerechtigd om nadere informatie op te vragen bij Consument. Hieruit is onder andere naar voren gekomen, hetgeen ook door de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens is bevestigd, dat mevrouw [naam] al tenminste 5 jaar bekend was met haar hoge bloeddruk waarvoor zij ook medicatie gebruikte. Beide vragen op de gezondheidsverklaring hadden derhalve niet met ‘neen’ mogen worden beantwoord.
- . Artikel 7:930 BW bepaalt dat wanneer niet aan de mededelingsplicht is voldaan en de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, de uitkering verminderd wordt naar evenredigheid van hetgeen de premie meer zou hebben bedragen. De in rekening gebrachte premie bedroeg € 36,58. Als Verzekeraar op de hoogte was geweest van de werkelijke gezondheidstoestand van mevrouw [naam] zou op basis van het percentage oversterfte in combinatie met de leeftijdscorrectie een premie zijn berekend van € 50,71. Verzekeraar is Consument echter uitermate coulant tegemoet getreden, door niet het pakket van verzekerde diensten te korten, maar dit te beperken tot het vrij te besteden bedrag aan uitvaartkosten. De korting op het vrij te steden bedrag bedroeg 28%, zijnde € 696,60.

## 4. Beoordeling

- 4.1 Verzekeraar heeft in haar brief van 4 juni 2015 erkend dat in het overleg tussen de medisch acceptant en de medisch adviseur per abuis 3 januari 2014 – in plaats van 2013 – als ingangsdatum van de verzekering aangehouden. Hierdoor is de korting op het vrij te besteden bedrag te hoog vastgesteld.
- 4.2 Verzekeraar betreurt de gemaakte fout en heeft besloten om die reden de korting coulanche halve in zijn geheel achterwege te laten. Verzekeraar is dus bereid alsnog het gehele verzekerde bedrag van € 2.500 te vergoeden. Dit betekent overigens niet dat Consument niets meer verschuldigd zou zijn. Er resteert € 1.846,31 zijnde het restant van de rekening van het uitvaartbedrijf. Dit bedrag heeft betrekking op de aan Consument geleverde diensten welke niet binnen het verzekeringspakket vielen.
- 4.3 De Commissie stelt voorop dat zij uitsluitend kan oordelen over een klacht zoals omschreven in artikel I van het Reglement:

“Elk blijk van onvrede inzake een Financiële dienst tussen een Consument en een of meer Aangeslotenen (...)”.

Nu vaststaat dat Verzekeraar aan al haar verplichtingen jegens Consument heeft voldaan kan daarover geen klacht bestaan. Consument bestrijdt vervolgens ook niet dat zij het buiten de verzekeringsdekking door Verzekeraar betaalde bedrag in beginsel aan Verzekeraar verschuldigd is, maar meent kennelijk dat Verzekeraar haar dat coulanchehalve ook zou moeten kwijtschelden.

De Commissie stelt vast dat het door Consument aan Verzekeraar verschuldigde bedrag niet als een financiële dienst in de zin van het Reglement kan worden betiteld zodat in dit opzicht eigenlijk geen taak (meer) voor de Commissie is weggelegd. Ook overigens ziet de Commissie echter geen rechtsgronden te beslissen dat Verzekeraar Consument niet tot terugbetaling van dit bedrag zou mogen aanspreken.

- 4.5 De vordering van Consument zal derhalve worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

*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](http://kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan)*