

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2017-031
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. S.W.A. Kelterman, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 19 april 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : ABN AMRO Bank N.V., gevestigd te Amsterdam,
verder te noemen Tussenpersoon
Datum uitspraak : 12 januari 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

In september 2010 heeft Consument met advies en bemiddeling van Tussenpersoon een woonhuisverzekering gesloten bij verzekeraar Y. Het woonhuis was op dat moment nog verzekerd bij verzekeraar X. In januari 2016 bleek, dat die verzekering nog niet was opgezegd en dat Consument voor die verzekering nog premie betaalde. Tussenpersoon heeft het verzoek om vergoeding van de aan verzekeraar X betaalde premies vanaf 2 september 2010 afgewezen. Wel was hij bereid tot vergoeding van de premie die was betaald over een periode van 13 maanden. Als uitgangspunt geldt, dat een assurantietussenpersoon tegenover zijn opdrachtgever de zorg dient te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht. Het behoort evenwel, behoudens concrete afwijkende afspraken met zijn opdrachtgever, niet tot de taak van de tussenpersoon om zelfstandig verzekeringen van een cliënt, met name als die niet tot zijn portefeuille behoren, op te zeggen of te doen wijzigen. Uit de stukken blijkt niet dat Consument bij het sluiten van de nieuwe woonhuisverzekering aan Tussenpersoon opdracht heeft gegeven om zorg te dragen voor opzegging van de bij verzekeraar X lopende verzekering. Het had op zijn weg gelegen om te controleren of die verzekering daadwerkelijk was beëindigd. De gevolgen van de handelwijze van Consument om poststukken die afkomstig waren van verzekeraar X ongeopend weg te gooien komen voor zijn rekening. De visie van Consument, dat de nieuwe verzekeraar Y geen risico heeft gelopen, berust op een misvatting. Bij samenloop van verzekeringen op hetzelfde object heeft de verzekerde op grond van de wet - zie artikel 7:961 lid 1 Burgerlijk Wetboek - de keuze welke van de betrokken verzekeraars hij wil aanspreken tot schadevergoeding. De vordering van Consument wordt afgewezen.

I. Procesverloop

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

- Het door Consument ingediende klachtformulier met begeleidende brief van zijn gemachtigde;
- Het verweerschrift van Tussenpersoon d.d. 27 juni 2016;
- De repliek van Consument d.d. 18 juli 2016;
- De dupliek van Tussenpersoon d.d. 16 september 2016;
- De reactie daarop van Consument en zijn gemachtigde met het verzoek om verdere behandeling van de klacht op basis van de stukken.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies en dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 In september 2010 heeft Consument met advies en bemiddeling van Tussenpersoon enkele verzekeringen gesloten, waaronder een woonhuisverzekering, bij verzekeraar Y. Het woonhuis was op dat moment nog verzekerd bij verzekeraar X. De nieuwe woonhuisverzekering is ingegaan op 2 september 2010.
- 2.2 De gemachtigde van Consument heeft zich op 19 januari 2016 tot Tussenpersoon gewend, omdat gebleken was dat de woonhuisverzekering bij verzekeraar X niet was opgezegd en dat Consument voor die verzekering ook premie betaalde.
- 2.3 Tussenpersoon heeft het verzoek om vergoeding van de aan verzekeraar X betaalde premies vanaf 2 september 2010 afgewezen. Wel was hij bereid tot vergoeding van de premie die was betaald over een periode van 13 maanden.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert vergoeding door Tussenpersoon van de aan Verzekeraar X betaalde premies over de periode 2 september 2010 tot eind februari 2016, vermeerderd met wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Tussenpersoon is toerekenbaar tekortgeschoten in zijn bij de advisering en bemiddeling in acht te nemen zorgplicht, door na te laten zorg te dragen voor opzegging van de woonhuisverzekering bij verzekeraar X, als gevolg waarvan Consument gedurende langere periode dubbel verzekerd is geweest en over die periode teveel premie heeft betaald. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
 - Bij het sluiten van de nieuwe woonhuisverzekering is afgesproken dat de lopende woonhuisverzekering door Tussenpersoon zou worden opgezegd. Hij is die afspraak niet nagekomen en is aansprakelijk voor de door Consument dientengevolge geleden schade.
 - Verzekeraar Y met wie de woonhuisverzekering in september 2010 is gesloten en die tot hetzelfde concern behoort als Tussenpersoon, heeft geen risico gelopen. In geval van schade zou Consument de claim hebben ingediend bij verzekeraar X, omdat daar de langstlopende verzekering was gesloten.
 - De post die nog van verzekeraar X is ontvangen, heeft Consument ongelezen weggegooid, omdat hij naast de nog lopende financiële producten niets meer met die maatschappij te maken wil hebben.

Verweer Tussenpersoon

3.3 Tussenpersoon heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.

- Voor de opzegging van een verzekering is een door de verzekerde ingevuld en ondertekend opzegkaartje nodig. In de administratie van Tussenpersoon en de verzekeraar waar de nieuwe verzekering is ondergebracht, verzekeraar Y, bevindt zich geen opzegkaartje. Consument heeft niet aangetoond dat met Tussenpersoon een afspraak was gemaakt voor het opzeggen van de vorige woonhuisverzekering bij verzekeraar X.
- Ook al zou die afspraak zijn gemaakt, dan heeft Consument nog een eigen verantwoordelijkheid voor het op orde houden en controleren van zijn administratie. Tussenpersoon stuurt jaarlijks ter controle een overzicht van de lopende verzekeringen. Daarnaast wordt sinds september 2010 premie afgeschreven voor de woonhuisverzekering. Ook van verzekeraar X zal Consument overzichten hebben gekregen en zijn premies afgeschreven. Hij had dus bekend moeten zijn met de dubbele verzekering van het woonhuis.
- Volgens de van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden van Tussenpersoon heeft Consument de verplichting de toegezonden informatie te controleren. In de voorwaarden is tevens vermeld dat wanneer niet binnen 13 maanden na ingangsdatum de transactie wordt betwist, deze door Tussenpersoon als goedgekeurd mag worden beschouwd. Tussenpersoon heeft niet de mogelijkheid om te controleren of Consument dubbel verzekerd was; Consument had die mogelijkheid wel.
- Tussenpersoon heeft aangeboden de betaalde premie over een periode van 13 maanden, een bedrag van totaal €450,71, te vergoeden.
- De gevolgen van het ongelezen laten van de post van verzekeraar X kunnen Tussenpersoon niet worden tegengeworpen.
- Consument heeft geen documentatie aangeleverd waaruit blijkt dat hij al die jaren ook verzekerd was bij verzekeraar X en daarvoor premie heeft betaald. Daarmee is dus niet vast te stellen dat Consument daadwerkelijk schade heeft geleden.
- Er is wel degelijk risico gelopen. Indien sprake is van dubbele verzekering kan de verzekerde in geval van schade kiezen welke verzekeraar hij aanspreekt voor vergoeding.

4. Beoordeling

4.1 Ter beoordeling ligt de vraag voor of Tussenpersoon tekort is geschoten in zijn bij de advisering over en bemiddeling bij het sluiten van de woonhuisverzekering in september 2010 in acht te nemen zorgplicht en zo ja, of hij op grond daarvan gehouden is tot vergoeding van de door Consument gestelde schade, bestaande in de betaalde premies aan de vorige verzekeraar over de periode waarin sprake was van dubbele verzekering. Daarbij geldt als uitgangspunt dat een assurantietussenpersoon tegenover zijn opdrachtgever de zorg dient te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht. Het is zijn taak te waken voor de belangen van de verzekeringnemers bij de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen.

Tot deze taak behoort in beginsel ook dat - kort gezegd - de assurantietussenpersoon de verzekeringnemer tijdig opmerkzaam maakt op de gevolgen die hem bekend geworden feiten voor de dekking van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kunnen hebben. Daarbij gaat het om feiten en omstandigheden die aan de assurantietussenpersoon bekend zijn of die hem redelijkerwijs bekend behoorden te zijn. Zie HR 10 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0122.

De zorgplicht van een assurantietussenpersoon vergt een actieve en voortdurende bemoeienis van deze met alle tot zijn portefeuille behorende verzekeringen teneinde te bewerkstelligen dat de belangen van zijn opdrachtgever ter zake van elk van die verzekeringen steeds adequaat zijn gediend. De assurantietussenpersoon mag niet stil blijven zitten als hij kennis neemt van feiten die meebrengen dat door hem beheerde verzekeringen aanpassing behoeven. Hij zal er, voor zover dat binnen zijn vermogen valt, ook voor moeten waken dat de opdrachtgever onbedoeld niet of onvoldoende is verzekerd, maar ook dat de situatie ontstaat waarin sprake is van een ongewenste dubbele verzekering.

Het behoort evenwel, behoudens concrete afwijkende afspraken met zijn opdrachtgever, niet tot de taak van de assurantietussenpersoon om zelfstandig verzekeringen van een cliënt, met name als die niet tot zijn portefeuille behoren, op te zeggen of te doen wijzigen.

- 4.2 Uit de stukken blijkt niet dat Consument bij het sluiten van de nieuwe woonhuisverzekering in september 2010 bij verzekeraar Y aan Tussenpersoon opdracht heeft gegeven om zorg te dragen voor opzegging van de bij verzekeraar X lopende verzekering. Het had op zijn weg gelegen om te controleren of die verzekering daadwerkelijk was beëindigd nu voor het woonhuis met ingang van 2 september 2010 via Tussenpersoon een nieuwe verzekering tot stand was gekomen. Tussenpersoon had die mogelijkheid tot controle niet, omdat de stukken door verzekeraar X rechtstreeks aan Consument werden gezonden. De gevolgen van de handelwijze van Consument om poststukken die afkomstig waren van verzekeraar X ongeopend weg te gooien komen voor zijn rekening.
- 4.3 Uitgaande van de beschikbare gegevens is waarschijnlijk vanaf 2 september 2010 sprake geweest van dubbele verzekering van het woonhuis van Consument, maar niet is komen vast te staan dat Tussenpersoon daarvoor verantwoordelijk kan worden gesteld. De door beide verzekeraars jaarlijks aangeboden verzekerings-overzichten met vermelding van het verzekerde object zijn kennelijk door Consument geaccepteerd en de in rekening gebrachte premies zijn door hem zonder voorbehoud of bezwaar betaald. Pas begin 2016 heeft Consument gewezen op de ongewenste dubbele verzekering en heeft hij gevraagd om teruggave van een deel van de betaalde premies. Van tekortkomingen van Tussenpersoon met betrekking tot de beëindiging van de woonhuisverzekering die bij verzekeraar X liep, is niet gebleken. De visie van Consument, dat de verzekeraar bij wie Tussenpersoon de woonhuisverzekering had ondergebracht, verzekeraar Y, geen risico heeft gelopen, berust op een misvatting. Bij samenloop van verzekeringen op hetzelfde object heeft de verzekerde op grond van de wet - zie artikel 7:961 lid 1 Burgerlijk Wetboek - de keuze welke van de bij de samenloop van verzekeringen betrokken verzekeraars hij wil aanspreken tot schadevergoeding.

4.4 Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, wordt de vordering van Consument afgewezen. Al hetgeen partijen verder nog hebben gesteld, kan niet tot een andere beslissing leiden en zal 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 www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.