

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-864
(mr. B.F. Keulen, voorzitter en mr. D.G. Rosenquist, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 11 mei 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Tijms Verzekeringen B.V., gevestigd te Heemskerk, verder te noemen de Adviseur
Datum uitspraak : 21 december 2017
Aard uitspraak : bindend advies

Samenvatting

Consument klaagt dat de adviseur een verzekering geadviseerd heeft die niet de door haar gewenste dekking heeft. De Commissie oordeelt dat de adviseur in zijn verplichtingen jegens Consument is tekortgeschoten door onvoldoende aandacht te besteden aan het specifieke doel van de verzekering en de vraag of de dekking passend was voor dat doel. Indien dat niet zo was, had de adviseur moeten onderzoeken of het mogelijk was de gewenste dekking elders te verkrijgen. Alleen zo had Consument een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. De Commissie oordeelt in het licht van alle omstandigheden dat de adviseur een passende oplossing heeft geboden door de premie aan Consument te restitueren.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de aanvullende informatie van Consument;
- het verweerschrift van de Adviseur;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van de Adviseur; en
- de aanvullende uitlating van Consument.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

De Commissie stelt vast 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 Consument heeft in januari 2017 via tussenkomst van de Adviseur een reisverzekering afgesloten bij Reaal Schadeverzekeringen N.V. (hierna: 'de verzekeraar'). De verzekering werd geadmistreerd onder polisnummer [nummer].
- 2.2 Op de verzekering waren de voorwaarden 'Reaal Goed Geregeld Pakket – annuleringsverzekering' van toepassing. Daarin is – voor zover relevant – bepaald:

1.3 Wanneer betalen wij annuleringskosten?

We betalen alleen annuleringskosten als u uw reis annuleert voordat deze begint vanwege de volgende onverwachte gebeurtenissen:

Overlijden en ziekte

- Overlijden, ernstige ziekte of ernstig letsel als gevolg van een ongeval van een verzekerde

- 2.3 Ten behoeve van haar zoon [Naam zoon] heeft Consument een overnachting geregeld op 10 februari 2017 via de Stichting [Naam Stichting]. Wegens ziekte kan [Naam zoon] op de betreffende datum evenwel niet gebruik maken van deze overnachting. Consument heeft de overnachting moeten annuleren. Op 10 februari 2017 heeft de huisarts een brief opgemaakt:

Hierbij wil ik laten weten dat [Naam zoon] afgelopen week mijn spreekuur heeft bezocht in verband met oorspijn.

Consument heeft een bedrag van EUR 242,50 aan annuleringskosten moeten betalen.

- 2.4 Consument heeft op 12 februari 2017 een schadeformulier ondertekend en de verzekeraar verzocht de annuleringskosten te vergoeden.
- 2.5 Per e-mail van 16 maart 2017 heeft de verzekeraar Consument en de Adviseur laten weten geen dekking te bieden voor de door Consument geclaimde schade:

We vinden het vervelend voor verzekerde dat hij schade heeft. Helaas is verzekerde voor deze schade niet verzekerd. Uit artikel 1.3 van de polisvoorwaarden blijkt dat wij alleen betalen voor annulering wegens een ernstige ziekte. Een oorontsteking kwalificeren wij niet als ernstige ziekte. Wij vergoeden de schade daarom niet.

- 2.6 Consument heeft naar aanleiding daarvan op 17 maart 2017 de Adviseur een e-mail gestuurd, waarin zij haar ongenoegen uit over de afwijzing:

Onze zoon[Naam zoon] gaat naar de logeeropvang van de [Naam Stichting] omdat hij autisme en ADHD heeft. Dit is voor ons gezin erg zwaar en daarnaast heeft onze dochter ook een beperking. Om ons gezin nu en dan te ontlasten gaat [Naam zoon] dus naar de [Naam Stichting]. Dit wordt vergoed door de gemeente. Maar als [Naam zoon] ziek is, dan worden de kosten voor het logeerweekend bij ons in rekening gebracht. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat wij die kosten zelf betalen en daarom hebben we daarvoor een annuleringsverzekering afgesloten. Vorige jaar hadden we deze verzekering via de [Naam Stichting] afgesloten, maar voor dit jaar werd de premie verdubbeld naar € 100,-. Daarom heb ik contact met jullie opgenomen met de vraag wat deze verzekering bij jullie kost. Ik heb toen met [Naam medewerker] gesproken. In eerste instantie zei hij dat de premie rond de € 100,- zou zijn, maar dat was toen voor ons hele gezin in plaats van alleen voor [Naam zoon]. Later bleek dat dit niet klopte en dat de jaarpremie € 180,- zou zijn. Hij kwam nog bij ons thuis aan de deur om dat te vertellen. We hebben toen getwijfeld, maar toch maar deze verzekering afgesloten, ook al betalen we nu € 80,- meer dan bij de [Naam Stichting], want voor de rest van het gezin zal deze verzekering waarschijnlijk niet van toepassing zijn. We dachten toen, je weet maar nooit, en dan zijn we wel beter verzekerd. Maar als ik de reactie van Reaal zo lees, dan hebben we een verzekering van € 180,- per jaar afgesloten, waar we niets aan hebben en moeten we de annuleringskosten van € 242,50 zelf betalen en zijn we dus helemaal niet gedekt voor de annuleringskosten van de [Naam Stichting]. Een verlies van € 422,50, een hoop tijdverlies (alleen al de dag dat [Naam zoon] ziek was ben ik ruim een uur aan het bellen geweest, o.a. een verklaring van de huisarts te regelen die dat niet wilde) en een hoop stress.

Nogmaals, het doel van de [Naam Stichting] is dat wij als ouders ontlast worden. Dit is juist een extra belasting. Ik word hier echt niet vrolijk van. En ik begrijp er bovendien helemaal niets van. Ik vraag om een verzekering voor als [Naam zoon] ziek is. Als ik zelf koorts heb, dan mag ik van mijn werkgever ziek thuisblijven en rustig uitzieken in bed. Er is geen enkele arboarts die zal zeggen dat ik dan naar mijn werk zou moeten. Dat de [Naam Stichting] zegt dat [Naam zoon] daar niet welkom is als hij koorts heeft en niet aan het programma deel kan nemen, begrijp ik helemaal. Dat wij hem van school moesten halen omdat hij ziek was, begrijp ik ook helemaal. Maar ik begrijp niet dat een verzekeringsmaatschappij verwacht dat een kind met koorts naar een logeerweekend kan. Ik kan me niet voorstellen dat er een arts is die daar achter staat. Ik heb deze verzekering afgesloten voor het geval dat [Naam zoon] ziek is. Ik heb niet gezegd dat de verzekering alleen uit hoeft te keren als hij 'ernstig' ziek is; dit zou geeneens in mijn gedachten opkomen. Ziek is ziek. Het gaat hier wel om een kind.

Ik ga ervan uit dat dit netjes opgelost wordt en ik wil graag zeker weten dat wij voor een eventuele volgende keer hier nu wel goed voor verzekerd zijn en dat het dan zonder gedoe wordt afgehandeld. (Dus voor elke ziekteoorzaak waardoor een kind niet naar school/logeeropvang kan, dus bijvoorbeeld ook als hij misselijk is en moet overgeven).

Per e-mail van diezelfde datum heeft de Adviseur Consument laten weten:

Ik heb inderdaad ook een afwijzing van de maatschappij ontvangen. De voorwaarden waar ze naar verwijzen heb ik bijgevoegd. Het is een vervelende situatie voor jullie, waar ik alle begrip voor heb. Ik ga schriftelijk bezwaar indienen bij hen.

2.7 Kennelijk naar aanleiding van het herzieningsverzoek van de Adviseur heeft de Verzekeraar per e-mail van 20 maart 2017 gereageerd:

We zullen ons standpunt niet veranderen. Dat uw zoon autistisch en ADHD heeft, doet helaas niets af van het feit dat wij alleen annuleringskosten betalen wanneer er sprake is van een ernstige ziekte. Oorontsteking is geen ernstige ziekte.

2.8 Per e-mail van 24 maart 2017 heeft de verzekeraar de Adviseur laten weten:

Wij kunnen de verzekering helaas niet met terugwerkende kracht per ingangsdatum royeren. [...] De reden dat wij niet met terugwerkende kracht kunnen royeren is omdat er een schademelding is geweest. [...] Omdat wij de situatie spijtig vinden zijn wij bereid om coullance halve de klant niet aan zijn jaarcontract te houden. We royeren de polis dan per direct. In dit geval per 23-03-2017. Normaal gesproken dient de polis (heel zwart wit) een jaar te lopen alvorens die geroyeerd kan worden.

2.9 De Adviseur heeft de e-mail van de verzekeraar dezelfde datum aan Consument doorgestuurd:

Zoals u kunt lezen gaat de maatschappij de verzekering beëindigen per 23/03/2017 en zullen wij de premie van 12/01/2017 t/m 23/03/2017 aan u terugbetalen. Dit is een bedrag van in totaal € 36,82 [...].

2.10 Consument heeft hierop per e-mail van 30 maart 2017 gereageerd:

Bedankt voor de snelle actie met betrekking tot het opzeggen van de annuleringsverzekering. Ik waardeer het ook erg dat je de premie van de annuleringsverzekering vanaf het afsluiten tot het opzeggen van eigen rekening aan ons vergoed. [...] Voor wat betreft het schadebedrag zit mij toch niet lekker. [...] Begin dit jaar heb ik contact opgenomen met de vraag voor een annuleringsverzekering voor de logeeropvang van onze zoon bij de [Naam Stichting]. [...] De folder van de [Naam Stichting] had ik meegenomen en die heb je bekeken.

Ik heb aangegeven dat wij dit konden verzekeren via de [Naam Stichting] (€ 100,-/jaar). Onze keuze is op [Naam Verzekeraar] gevallen, omdat je mij vertelde dat we met die verzekering dekking hadden voor het hele gezin (ook al hebben we dat niet nodig, maar ja, je weet maar nooit) voor € 80,- meer. [...] Achteraf is gebleken dat wij een verzekering hebben afgesloten die geen dekking biedt voor het risico wat wij hebben aangevraagd. Wij hebben niet gevraagd om een verzekering die alleen dekking biedt bij ernstige ziekte, wij hebben gevraagd om een verzekering die dekking biedt bij ziekte. [...] Ik was in de veronderstelling dat we goed verzekerd waren voor dit risico, omdat we deze verzekering juist speciaal voor dit doel ([Naam Stichting]) afgesloten hebben, dat ik het doel uitgelegd heb en de folder van [Naam Stichting] mee had genomen en ik vertrouwde op jouw advies. [...] Achteraf begrijp ik niet dat je ons deze verzekering geadviseerd hebt, zonder ons te wijzen op de voorwaarden dat de verzekering alleen uitkeert bij ernstige ziekte. Als ik dat had geweten, dan had ik deze verzekering natuurlijk nooit afgesloten. Daarom vind ik dat ik niet goed geadviseerd ben. Ik ben blij dat je er voor zorgt dat we de premie voor de annuleringsverzekering terugkrijgen en dat de verzekering opgezegd is (jaarpremie € 180,-), maar ik vind het niet eerlijk dat wij de kosten van de annulering van [Naam Stichting] (€ 242,50) niet vergoed krijgen. Als ik de verzekering bij [Naam Stichting] had afgesloten, dan waren deze kosten wel vergoed. Nu heb ik deze verzekering op jouw advies bij [Naam Verzekeraar] afgesloten en nu krijg ik het niet vergoed en bovendien kost het mij een heleboel tijd en energie.

Consument heeft op deze e-mail geen reactie meer van de Adviseur ontvangen.

Partijen zijn er niet in geslaagd gezamenlijk tot een vergelijk te komen. Consument heeft op 11 mei 2017 een klacht ingediend bij Kifid.

3. Vordering, klacht en verweer

Klacht, grondslag en vordering

- 3.1 Consument klaagt dat de Adviseur toerekenbaar tekortschiet in de uitvoering van de overeenkomst van opdracht, omdat de Adviseur voor haar een verzekering heeft afgesloten die niet de gewenste risico's dekt ook al heeft zij haar wensen expliciet met de Adviseur besproken en heeft de Adviseur toegezegd dit voor haar te regelen.

Tijdens het gesprek met de Adviseur is niet gesproken over ernstige ziekte. Consument heeft de Adviseur gevraagd om een verzekering die uitkeert bij ziekte, niet om een verzekering die alleen uitkeert bij ernstige ziekte.

Consument heeft de folder van [Naam Stichting] laten zien en uitgelegd dat haar zoon gebruik maakt van logeerweekenden en dat die ingeval van ziekte niet vergoed worden.

Het is niet bij Consument opgekomen dat de Adviseur een andere definitie van ziek zijn zou kunnen hanteren dan de gemiddelde Nederlander. Consument vindt het raar dat de Adviseur van haar verwacht dat zij de expliciete vraag stelt of “gewone” ziekte of ernstige ziekte meeverzekerd is.

- 3.2 Consument is niet op de hoogte van de voorwaarden van andere maatschappijen. Dit is ook niet iets waar Consument van op de hoogte behoeft te zijn. Daar is de Adviseur voor. Consument ging er vanuit dat de Adviseur op de hoogte was en haar van het juiste advies zou voorzien. De Adviseur heeft niet met Consument besproken dat het alleen mogelijk was een verzekering af te sluiten met dekking voor annulering bij ernstige ziekten.

Consument bestrijdt dat de verzekering van [Naam Stichting] niet zou uitkeren bij gewone ziekte. Ze verwijst daartoe naar de website van [Naam Stichting], waar staat:

Een annuleringsverzekering vergoedt de gemaakte kosten wanneer je bijvoorbeeld ziek wordt [...]. Ook als je normaliter in geval van verkoudheid of griep niet naar de huisarts gaat, dan is het voor het geval je wilt annuleren wel noodzakelijk dat je eerst de huisarts consulteert en melding maakt van het ziektegeval. De exacte annuleringsvoorwaarden die horen bij de verzekering kun je vinden via [www. XXX].

Bij telefonische navraag bij [Naam Stichting] is aan Consument verteld dat gewoon uitgekeerd wordt bij ziektes zoals griep en koorts/oorontsteking, mits vooraf melding is gemaakt bij de huisarts.

3.3 Consument benadrukt bovendien dat in artikel 3.4.I van de voorwaarden van [Naam Stichting] staat:

3.4 Allrisk Annulering

Allrisk Annulering is verzekerd als deze dekking op uw polisblad staat en u hiervoor premie heeft betaald.

3.4.I Waarvoor bent u verzekerd?

U bent verzekerd als u uw reis wilt annuleren of vervroegd wilt afbreken om een aantoonbare reden die voor u persoonlijk belangrijk is. Deze reden moet buiten uw schulden onvoorzien zijn.

3.4 De Adviseur heeft weliswaar de door Consument voor de verzekering betaalde premie vergoed, maar Consument wenst dat de Adviseur tevens de schade vergoedt die zij heeft geleden, wegens het ontbreken van de juiste dekking. Het gaat dan om een bedrag van EUR 243.

Verweer

3.5 De Adviseur heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- op verzoek van Consument naar beste eer en geweten een annuleringsverzekering bij de verzekeraar afgesloten;
- de verzekering is gekozen, omdat deze qua prijs/kwaliteit het gunstigst was. De verzekering mocht niet teveel kosten, omdat Consument al een goedkopere offerte van [Naam Stichting] had;
- ten tijde van het afsluiten niet gesproken over de volledige polisvoorwaarden. “De ervaring leert dat dat weinig tot nooit gebeurt.”;
- er is door Consument niet de expliciete vraag gesteld of gewone ziekte en/of ernstige ziekte meeverzekerd zou zijn;
- na de schademelding bleek de verzekeraar niet te betalen, omdat sprake moet zijn van ernstige ziekte. Een oorontsteking valt daar niet onder;
- omdat de Adviseur de afwijzing vervelend vond voor Consument, heeft de Adviseur getracht de verzekering met terugwerkende kracht te laten beëindigen. Omdat de verzekeraar daaraan niet volledig meewerkte, heeft de Adviseur een deel van de restitutiepremie voor eigen rekening genomen;
- het gaat de Adviseur te ver ook de schade voor eigen rekening te nemen, omdat de Adviseur zich niet schuldig voelt voor het geven van een verkeerd advies;

- bij andere maatschappijen moet ook altijd sprake zijn van een ernstige ziekte. Dat is een standaard uitsluiting. De Adviseur kan dat niet veranderen;
- in de voorwaarden van [Naam Stichting], waar Consument nu verzekerd is, staat ook dat sprake moet zijn van een ernstige ziekte;
- het is flauw dat Consument nu wijst op een deel in de voorwaarden van [Naam Stichting] dat ziet op *Allrisk* dekking. Tijdens het gesprek met Consument is nimmer sprake geweest van de wens een *allrisk* dekking af te sluiten. Dit is een veel duurdere optie, die zij op het moment van de afspraak met de Adviseur ook niet geoffreerd had gekregen van [Naam Stichting]; en
- de Adviseur heeft niet op de e-mail van 30 maart 2017 van Consument gereageerd, omdat Consument daarin reeds aankondigde een klacht in te zullen dienen bij het Kifid. De Adviseur heeft besloten dit af te wachten.

4. Beoordeling

- 4.1 Consument klaagt dat de Adviseur in zijn verplichtingen jegens haar is tekortgeschoten door een verzekering af te sluiten die niet de gewenste dekking bood, althans door haar niet te informeren dat het alleen mogelijk was een verzekering af te sluiten die dekking biedt bij annulering wegens ernstige ziekten.
- 4.2 De Commissie beoordeelt in het hiernavolgende eerst of sprake is een tekortschieten door de Adviseur. Vervolgens beoordeelt de Commissie welke consequentie daar in dat geval aan verbonden moet worden.
- 4.3 De rechtsverhouding tussen Consument en de Adviseur kwalificeert als een overeenkomst van opdracht (artikel 7:400 van het Burgerlijk Wetboek (BW)). Bij de uitvoering van deze opdracht rust op de Adviseur jegens Consument een zorgplicht, die inhield dat de adviseur tegenover zijn opdrachtgever de zorg moet betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend assurantietussenpersoon mag worden verwacht (vgl. Hoge Raad 10 januari 2003, NJ 2003, 375, r.o.v. 3.4.1).
- 4.4 Dit betekent onder meer dat de Adviseur zorgvuldigheid diende te betrachten bij de advisering van Consument. Van de Adviseur mocht verwacht worden dat hij Consument zodanig informeerde over de aard van het product en de risico's van haar keuzes, dat Consument vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst een weloverwogen beslissing kon nemen.
- 4.5 Consument heeft onweersproken gesteld dat zij de Adviseur heeft toegelicht waarvoor de verzekering bedoeld was. Partijen zijn het erover eens dat niet gesproken is over de verschillende gradaties van ziek zijn en derhalve niet over het verschil tussen “gewone” ziekte en “ernstige” ziekte. Consument stelt dat zij als leek niet op dat onderscheid bedacht was. De Adviseur stelt dat niet gesproken is over de volledige polisvoorwaarden, omdat dit niet gebruikelijk is. De Adviseur benadrukt daarbij dat Consument geen vragen heeft gesteld over gewone ziekte en/of ernstige ziekte.

- 4.6 Juist in het licht van het specifieke doel van de verzekering (primair voor afdekking van het risico dat de zoon van Consument niet naar logeerweekenden zou kunnen gaan) had het op de weg van de Adviseur gelegen aan dit punt extra aandacht te besteden. De Adviseur had hierover – voor zover Consument dit niet zelf heeft toegelicht – duidelijkheid moeten vragen bij Consument om in het licht van die informatie te beoordelen of de verzekering passend was. Indien dit niet het geval was, had de Adviseur moeten onderzoeken of het mogelijk was de gewenste dekking elders te verkrijgen. Alleen zo kon Consument zelf een goed geïnformeerde keuze maken.

Door dit alles na te laten is de Adviseur tekortgeschoten in zijn verplichtingen jegens Consument.

- 4.7 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag welke consequenties daaraan verbonden moeten worden.

Consument heeft van de Adviseur in ieder geval de door haar betaalde premie gerestitueerd gekregen, omdat de verzekering niet de door haar gewenste dekking bood. Ook heeft de Adviseur bewerkstelligd, met behulp van de verzekeraar, dat de verzekering voortijdig kon worden beëindigd. Consument verlangt dat de Adviseur voorts de annuleringskosten voor het logeerweekend van haar zoon (EUR 242,50) aan haar vergoedt.

- 4.8 Als uitgangspunt bij de vaststelling van de schade geldt de situatie waarin Consument zou hebben verkeerd indien de Adviseur zijn opdracht ten behoeve van haar correct zou hebben uitgevoerd.

In dat kader is het van belang te weten of het mogelijk was elders wél de door Consument gewenste dekking af te sluiten tegen betaling van een vergelijkbare premie. Op basis van de informatie die is aangeleverd kan de Commissie niet vaststellen dat dit het geval is. Niet vaststaat dat er een andere verzekering was die wél dekking zou hebben geboden in de onderhavige situatie (vergoeding annuleringskosten bij oorontsteking) én niet vast staat tegen welke premie dit mogelijk geweest zou zijn.

- 4.9 Nu de Commissie niet kan vaststellen dat het afsluiten van de door Consument gewenste dekking mogelijk was, houdt de Commissie het ervoor dat Consument bij een correcte uitvoering van de werkzaamheden door de Adviseur mogelijk zou hebben besloten de verzekering niet af te sluiten. In dat geval zou zijn geen premie hebben moeten betalen, maar zou zij ook geen vergoeding van de annuleringskosten hebben verkregen. Kortom, zij zou in dezelfde situatie verkeren, als waarin zij thans verkeert, de situatie waarin zij de premie retour heeft ontvangen en de annuleringskosten zelf heeft moeten dragen.

De conclusie

- 4.10 De Commissie concludeert dat de Adviseur jegens Consument is tekortgeschoten in de uitvoering van zijn verplichtingen, maar stelt vast dat de Adviseur in de gegeven omstandigheden in voldoende mate is tegemoetgekomen aan de klacht van Consument door de premie voor de verzekering te restitueren en de verzekering met terugwerkende kracht te laten beëindigen.

5. Beslissing

De Commissie verklaart de klacht gegrond in zoverre als hiervoor onder 4.6 overwogen en 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 40 van het Reglement.