

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-004
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, mr. J.S.W. Holtrop, leden
en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 5 januari 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Bovemij Finance B.V., gevestigd te Nijmegen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 3 januari 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft zich bij Verzekeraar op 27 mei 2016 per 25 januari 2011 arbeidsongeschikt gemeld. Het meldingsformulier is door Verzekeraar op 3 juni 2016 ontvangen. Verzekeraar heeft de claim met een beroep op de wettelijke verjaringstermijn van 3 jaar afgewezen. In lijn met eerdere uitspraken heeft de Commissie geoordeeld dat iedere maandtermijn dient te worden beschouwd als een op zichzelf staande, losse vordering - de uitkering is immers afhankelijk van het voortduren van de arbeidsongeschiktheid - en dat op iedere vordering tot betaling van een maandtermijn telkens een nieuwe verjaringstermijn van 3 jaar van toepassing is. Verder heeft de Commissie geoordeeld dat Consument vanwege de in de onderhavige zaak vastgestelde feiten, geacht wordt bekend te zijn geweest met de opeisbaarheid van haar vordering op de dag dat zij arbeidsongeschikt werd, maar dat de verjaringstermijn van de eerste vordering pas is aangevangen na ommekomst van de eigen risicoperiode van 2 jaar. Dit betekent in het onderhavige geval dat Consument aanspraak kan maken op uitkering vanaf 3 juni 2013. Vordering gedeeltelijk toegewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument nagezonden stukken;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de namens Verzekeraar ingezonden dupliek.

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

De Commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak zal daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1985, heeft op 31 maart 2009 bij Verzekeraar een verzekering Woongarant Inkomensbeschermingsplan aangevraagd. Verzekeraar heeft op 20 april 2009 schriftelijk aan de tussenpersoon van Consument bevestigd dat hij de aanvraag medisch heeft geaccepteerd. Ingangsdatum: datum ontvangst koopsom (= 6 juli 2009). Dekking: arbeidsongeschiktheid en overlijden als gevolg van een ongeval. Uitkering van 35 tot 80% arbeidsongeschiktheid: volledig. Criterium: gangbare arbeid. Eigen risicotermijn: 730 dagen. Duur verzekering: 20 jaar. Verzekerd maandbedrag: € 332,-. Premie: € 2.390,40 (eenmalig). Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: 200807.
- 2.2 Op 27 mei 2016 heeft Consument zich per 25 januari 2011 arbeidsongeschikt gemeld.
- 2.3 Verzekeraar heeft de claim afgewezen met een beroep op verjaring. In zijn brief van 13 juni 2016 heeft hij Consument gewezen op de volgende bepaling in de verzekeringsvoorwaarden: alle vorderingen op verzekeraar uit hoofde van of in verband met de verzekering vervallen na verloop van drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop een aanspraak uit hoofde van of in verband met de verzekering ontstond (artikel 11 lid 2). De arbeidsongeschiktheidsmelding per 25 januari 2011 is door hem op 3 juni 2016 ontvangen en is volgens hem dus verjaard.
- 2.4 Namens Consument is bezwaar aangetekend tegen de afwijzing. In het bezwaarschrift van 2 augustus 2016 is onder meer verwezen naar een uitspraak van de Geschillencommissie van Kifid van 19 maart 2015 (nr. 2015-096), waarin de Commissie overweegt dat uit artikel 7:942 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) volgt dat bij een verzekering die voorziet in uitkeringen in maandelijkse termijnen, alleen die uitkeringen kunnen verjaren die meer dan drie jaar voor de schademeldingsdatum liggen. Iedere maandtermijn dient beschouwd te worden als een op zichzelf staande, losse vordering en op iedere vordering tot betaling van een maandtermijn is dan ook telkens een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar van toepassing. Daarbij is namens Consument gesteld dat aangezien Consument sinds januari 2013 voor meer dan 35% arbeidsongeschikt is, en de verzekering een eigen risicotermijn kent van twee jaar, Consument recht heeft op een volledige maandelijkse uitkering vanaf januari 2015 en wel gedurende 20 jaar. In latere correspondentie is dit bezwaar aangevuld met de mededeling dat Consument eerst op 29 januari 2014 met de verzekering bekend is geworden. Op deze datum heeft haar assurantietussenpersoon haar op het bestaan van de verzekering gewezen. Consument was dus pas op 29 januari 2014 bekend met de opeisbaarheid van haar vordering. Nu de verjaringstermijn op 29 januari 2014 is aangevangen en Consument op 27 mei 2016 haar schade heeft gemeld, is de vordering niet verjaard.
- 2.5 Verzekeraar heeft zijn afwijzing gehandhaafd.
- 2.6 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen voor zover relevant:
“Artikel 6 Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
I. Uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid
a. De verzekering voorziet in geval van arbeidsongeschiktheid in een uitkering ter grootte van het aantal aaneengesloten perioden van een maand na het verstrijken van de eigen risico periode.
(...)”

“Artikel 11 Vervaltermijnen
(...)”

2. Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald vervallen alle vorderingen op verzekeraar uit hoofde van of in verband met de verzekering na verloop van drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop een aanspraak uit hoofde van of in verband met de verzekering ontstond.”

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering van de verzekerde maandtermijnen.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Op 25 januari 2011 heeft de werkgever van Consument haar bij het UWV ziek gemeld. Zij was toen nog gewoon aan het werk, maar verdiende vanwege haar gezondheid minder dan voorheen.
- In april 2009 zijn door Consument diverse documenten ondertekend. Zij heeft daarbij zo veel informatie ontvangen dat zij het bestaan van de verzekering was vergeten. Dit temeer daar zij geen maandpremie betaalde maar indertijd een koopsom heeft gestort die bij het afsluiten van de hypotheek was meegefinancierd. Vervolgens heeft zij nooit post van Verzekeraar ontvangen. Op 10 maart 2014 is zij 100% arbeidsongeschikt verklaard door het UWV. Nadat een medische diagnose was gesteld heeft zij een erg moeilijke tijd gehad en is zij zelfs in behandeling geweest bij een psycholoog. Zij heeft toen dus niet aan de verzekering gedacht.

Verweer Verzekeraar

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

- Artikel 7:942 lid 1 BW 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, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Verzekeraar heeft eerst op 3 juni 2016 het schademeldingsformulier ontvangen. Dit leidt ertoe dat de vordering van Consument is verjaard indien zij op enig moment vóór 3 juni 2013 bekend is geworden met de opeisbaarheid van haar vordering.
- In de literatuur is de heersende opvatting dat de verbintenis van de verzekeraar tot het doen van een uitkering moet worden aangemerkt als een verbintenis onder een opschortende voorwaarde, dat deze opschortende voorwaarde bestaat uit de verwezenlijking van het verzekerde risico en dat de rechtsvordering tegen de verzekeraar (dus) opeisbaar is vanaf het moment waarop het verzekerde risico zich heeft verwezenlijkt. Blijkens het polisblad en de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden biedt de verzekering dekking in geval van arbeidsongeschiktheid. De verwezenlijking van het verzekerde risico was in dit geval een feit op het moment dat Consument arbeidsongeschikt raakte.

Blijkens het meldingsformulier heeft Consument haar werkzaamheden op 25 januari 2011 gestaakt in verband met klachten die in juli 2010 zijn ontstaan en waarvoor Consument toen een arts heeft geconsulteerd.

- Het verzekerde risico heeft zich dus op 25 januari 2011 verwezenlijkt, zodat reeds op dat moment sprake was van opeisbaarheid in de zin van artikel 7:942 lid 1 BW. De omstandigheid dat in dit geval een eigen risicoperiode van twee jaar van toepassing is, maakt dit niet anders. Zou van opeisbaarheid wel pas sprake zijn na afloop van de eigen risicoperiode, dan maakt dat voor de verjaring geen verschil. Uit informatie van het UWV blijkt dat de eerste ziektedag van Consument 28 januari 2011 is, en dat Consument vanaf 25 januari 2013 recht heeft op een WIA-uitkering. Consument had dus ruim vóór 3 juni 2013 aanspraak kunnen maken op uitkering onder de verzekering.
- De opeisbaarheid van de vordering en de bekendheid daarmee vallen in dit geval samen. Consument was van meet af aan bekend met haar eigen arbeidsongeschiktheid en met de beslissing van het UWV daaromtrent.
- Consument is voorts langs meerdere wegen bekend geraakt met het bestaan van de woonlastenverzekering. Zo blijkt uit correspondentie tussen Consument en haar rechtshulpverlener dat op de nota van afrekening van de notaris uitdrukkelijk staat vermeld dat Consument een KoopsomInkomensbeschermer had. Verder is aan de tussenpersoon de medische acceptatie van de verzekeringsaanvraag bevestigd met het verzoek om de premie te betalen. Uit het feit dat de premie vervolgens daadwerkelijk is voldaan blijkt dat Consument bekend was met de acceptatie. Nadat de verschuldigde premie was voldaan, is op 15 juli 2009 de polis opgemaakt. Deze is bij brief van 17 juli 2009 aan Consument toegezonden met kopie aan de tussenpersoon. Uit de repliek van Consument blijkt ook niet dat zij betwist dat zij een polis heeft ontvangen. Consument stelt slechts dat zij vervolgens, nadat de koop, financiering en verzekering in orde waren gemaakt, nooit post heeft ontvangen. Consument heeft ook niet verklaard dat zij niet van het bestaan van de verzekering heeft geweten, maar alleen dat het “makkelijk is om te vergeten over bestaan van de verzekering.” Het door haar ingevulde klachtformulier is van gelijke strekking: “dacht ik niet aan de verzekering.” Daar komt bij dat een tot uitkering gerechtigde zich niet kan beroepen op onbekendheid indien hij heeft nagelaten een redelijkerwijs van hem te verlangen, eenvoudig uit te voeren onderzoek te doen. Tot slot is van belang dat Consument zich heeft laten bijstaan door een professionele tussenpersoon.
- De woonlastenverzekering van Consument voorziet niet in uitkeringen in maandelijkse termijnen. Maar ook bij een verzekering die wel voorziet in uitkeringen in maandelijkse termijnen, verwezenlijkt het risico zich op het moment van arbeidsongeschiktheid. Die arbeidsongeschiktheid ontstaat naar haar aard maar één keer en is dus niet periodiek. Het is niet de (al dan niet periodieke) betalingsverplichting van de verzekeraar die verjaart, maar de aanspraak op de verzekeraar als zodanig. Die ontstaat (in één keer) op het moment van verwezenlijking van het risico. Het moment van opeisbaarheid staat dus los van het moment waarop de verzekeraar daadwerkelijk tot betaling dient over te gaan. Zou het moment van opeisbaarheid wel samenvallen met het moment waarop de verzekeraar daadwerkelijk tot betaling dient over te gaan, dan zou de verzekeringnemer het zelf in de hand hebben wanneer de driejaarstermijn aanvangt. Dat valt niet te rijmen met de rechtszekerheid die met verjaring wordt beoogd.

Ook uit het wettelijk systeem volgt dat bij verjaring van verzekeringsvorderingen geen onderscheid moet worden gemaakt tussen betaling ineens en betaling in termijnen. Waar de wetgever voor ‘gewone’ nakomingsvorderingen in artikel 3:308 BW een van artikel 3:307 BW afwijkend regime heeft gecreëerd voor “alles wat bij het jaar of een kortere termijn moet worden betaald”, heeft de wetgever bij de invoering van artikel 7:942 BW volstaan met één regime voor alle verzekeringsvorderingen. De aanspraak op een verzekeraar voortvloeiend uit één en hetzelfde voorval – in dit geval het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid – kan niet worden opgeknipt in meerdere, maandelijks opeisbare vorderingen, maar moet worden beschouwd als één rechtsvordering tot het doen van een uitkering in de zin van artikel 7:942 lid I BW en verjaart dus in één keer. Zie ook Gerechtshof Amsterdam 21 juni 2011, ECLI:NL:GHAMS:2011:BR2125 en Rechtbank Breda 29 augustus 2012, ECLI:NL:RBBRE:2012:BX6336.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of de vordering van Consument is verjaard. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.2 De Commissie merkt allereerst op dat iedere maandtermijn dient te worden beschouwd als een op zichzelf staande, losse vordering – de uitkering is immers afhankelijk van het voortduren van de arbeidsongeschiktheid – en dat op iedere vordering tot betaling van een maandtermijn telkens een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar van toepassing is. Zie ook Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-096, 2016-475 en 2017-745. De Commissie volgt in deze dus niet de door Verzekeraar genoemde uitspraken van het Gerechtshof Amsterdam 21 juni 2011, ECLI:NL:GHAMS:2011:BR2125, die over de onderhavige kwestie ook geen uitspraak heeft gedaan, en van de Rechtbank Breda 29 augustus 2012, ECLI:NL:RBBRE:2012:BX6336.
- 4.3 Uit artikel 7:942 BW volgt dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Er is dus sprake van een *subjectief* criterium. Zie ook Geschillencommissie 2015-096 r.o.4.1, 2016-475 r.o.4.2 en 2017-745 r.o. 4.5. Uit de rechtspraak volgt dat bij de invulling van het onderhavige criterium aansluiting moet worden gezocht bij de wijze waarop in de rechtspraak het bekendheidsvereiste ex artikel 3:310 lid I BW wordt ingevuld. Zie onder andere Hof Arnhem-Leeuwarden 20 mei 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:4087 r.o. 5.3 en Hof Amsterdam 15 maart 2014, ECLI:NL:GHAMS:2014:1479 r.o. 3.7. Dit brengt mee dat de tot uitkering gerechtigde daadwerkelijk bekend moet zijn met de feiten en omstandigheden die betrekking hebben op het vorderingsrecht jegens de verzekeraar waarbij vereist is dat de tot uitkering gerechtigde daadwerkelijk in staat is een rechtsvordering in te stellen. Zie Hof Arnhem-Leeuwarden 20 mei 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:4087 r.o. 5.3. Niet vereist is dat de tot uitkering gerechtigde ook bekend is met de juridische beoordeling van de feiten en omstandigheden. Uit de rechtspraak volgt ook dat van de tot uitkering gerechtigde een zeker onderzoek mag worden verlangd ter vaststelling van de rechtsvordering jegens de verzekeraar. Zie Hof Amsterdam 15 maart 2014, ECLI:NL:GHAMS:2014:1479 r.o. 3.7 en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-247 en nr. 2016-475.

Het verdraagt zich immers moeilijk met de rechtszekerheid en de redelijkheid en billijkheid, die de verjaringsregels mede beogen te dienen, dat de tot uitkering gerechtigde door het nalaten van een redelijkerwijs van hem te verlangen, eenvoudig uit te voeren onderzoek, zou kunnen voorkomen dat de korte verjaringstermijn van artikel 7:942 lid 1 BW een aanvang neemt. Dit is slechts anders indien de tot uitkering gerechtigde door bijzondere omstandigheden niet op de dekking bedacht hoefde te zijn. Zie ook Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-096, r.o. 4.1. en nr. 2016-247 r.o. 4.2. Door Consument wordt weliswaar aangevoerd dat zij na het afsluiten van de verzekering geen post meer van Verzekeraar heeft ontvangen, dat zij het bestaan van de verzekering was vergeten en dat zij ook vanwege de moeilijke tijd die zij heeft gehad, waarvoor zij in behandeling is geweest bij een psycholoog, niet meer aan de verzekering heeft gedacht, maar dit zijn omstandigheden die naar het oordeel van de Commissie voor risico van Consument zijn en deze komen om die reden niet voor rekening van Verzekeraar.

- 4.4 Vervolgens is de vraag aan de orde wanneer Consument met de opeisbaarheid van haar vordering bekend is geworden. De Commissie overweegt dienaangaande dat Consument de verzekering op 31 maart 2009 bij Verzekeraar heeft aangevraagd en dat Verzekeraar de verzekering na ontvangst van de koopsom op 6 juli 2009 heeft laten ingaan. Op zowel de bevestiging van de medische acceptatie als op het polisblad staat vermeld dat de verzekering dekking biedt bij arbeidsongeschiktheid. Dit brengt naar het oordeel van de Commissie mee dat Consument op 25 januari 2011, de dag waarop zij blijkens het door haar zelf ingevulde meldingsformulier haar werkzaamheden wegens arbeidsongeschiktheid heeft gestaakt, geacht wordt bekend te zijn geweest met de opeisbaarheid van haar vorderingen nu een eenvoudig uit te voeren onderzoek, te weten het raadplegen van haar administratie, Consument duidelijkheid op dit punt had gegeven. De verjaringstermijn van de eerste vordering is derhalve daags na 25 januari 2013, na ommekomst van de eigen risicotermijn van 730 dagen, aangevangen. De verjaring kan immers pas ingaan op het moment dat de vordering opeisbaar is. Wil een vordering opeisbaar zijn, dan moet in ieder geval de eigen risicotermijn zijn verstreken. Nu – zoals reeds in r.o. 4.2. naar voren is gebracht – iedere maandtermijn dient te worden beschouwd als een op zichzelf staande losse vordering, geldt voor alle maandtermijnen vanaf 25 januari 2013 een afzonderlijke verjaringstermijn van drie jaar. Het formulier waarmee Consument zich arbeidsongeschikt heeft gemeld is door Verzekeraar op 3 juni 2016 ontvangen. Dit betekent dat alle opeisbare vorderingen in de periode vanaf 25 januari 2013 tot 3 juni 2013 zijn verjaard, maar dat de vorderingen vanaf 3 juni 2013 nog niet zijn verjaard. Consument kan voor alle opeisbare vorderingen van na 3 juni 2013 aanspraak maken op uitkering onder de verzekering.
- 4.5 De conclusie is dat Verzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door te weigeren tot uitkering over te gaan op de grondslag dat alle vorderingen van Consument zijn verjaard. De Commissie wijst de vorderingen van Consument van na 3 juni 2013 toe.

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 verstrekt over die termijnen die opeisbaar zijn geworden en waarvan de verjaringstermijn nog niet is verstreken, meer concreet dat Verzekeraar uitkering verstrekt vanaf 3 juni 2013, zulks ter grootte van het verzekerd maandbedrag van € 332,-, zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt tot maximaal de einddatum van de verzekering.

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.