

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-153

(mr A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus en mr. R.J. Verschoof, leden en mr. G. A. van de Watering, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 25 november 2016
Ingediend door	: Consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 5 maart 2018
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Nadat Consument een beroep heeft gedaan op zijn bij Verzekeraar gesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft Verzekeraar de verzekerde jaarrente aangepast aan het inkomen dat Consument had gegenereerd in de drie daaraan voorafgaande kalenderjaren. Consument vordert dat Verzekeraar alsnog overgaat tot uitkering op basis van de aanvankelijk van toepassing zijnde verzekerde jaarrente. Enerzijds omdat sprake is van een schadeverzekering met een sommenvariant en anderzijds omdat het op de weg van Verzekeraar had gelegen om bij hem te informeren naar zijn inkomen. De Commissie is van oordeel dat de Verzekering kwalificeert als een schadeverzekering welke strekt tot vergoeding van de door Consument geleden vermogensschade. De vraag of op Verzekeraar de plicht rustte om jaarlijks een inkomenstoets uit te voeren heeft de Commissie onbeantwoord gelaten omdat zo Verzekeraar wel jaarlijks een inkomenstoets zou hebben uitgevoerd Consument niet in een andere positie was komen te verkeren dan waarin hij zich nu bevindt. In dat geval zou immers reeds voordat Consument arbeidsongeschikt was geraakt de verzekerde jaarrente alsmede de verschuldigde premie in vergelijkbare zin naar beneden zijn bijgesteld. Het al dan niet uitvoeren van een jaarlijkse inkomenstoets had dan ook geen verschil gemaakt.

I. 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 door Consument ingediende stukken d.d. 25 november 2016;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de aanvulling op de klacht van Consument d.d. 4 april 2017;
- de brief van Verzekeraar d.d. 3 mei 2017;
- de brief van Consument d.d. 29 mei 2017;
- de brief van Verzekeraar d.d. 2 augustus 2017.

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 Bij brief van 3 september 2007 heeft Tussenpersoon een offerte voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering aan Consument voorgelegd. In de begeleidende brief bij de offerte is onder andere het volgende opgenomen:

“(…)

Uw voordeel

(…)

- ‘Up-to-date. Jaarlijks nemen wij contact met u op, zodat u wijzigingen kunt doorgeven.’

(…)”

- 2.2 Op 5 september 2007 heeft Consument het aanvraagformulier voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering ondertekend. De in dit aanvraagformulier opgenomen vraag of Consument een startende ondernemer is (niet langer dan 3 jaar ingeschreven bij de Kamer van koophandel) is bevestigend beantwoord. Daarbij is als datum van inschrijving 1 maart 2006 opgegeven onder opgave van het desbetreffende inschrijfnummer bij de Kamer van Koophandel. Als verzekerde jaarrente is in het aanvraagformulier een bedrag van € 50.000 ingevuld. Op de in het aanvraagformulier onder het kopje “Toetsingscriteria” opgenomen vraag:

“Hoe groot was de nettowinst / het winstaandeel uit onderneming, respectievelijk bij loondienst, het bruto inkomen uit arbeid volgens de aangifte Inkomstenbelasting?”

heeft Consument het volgende geantwoord:

Afgelopen jaar: EUR 40.000 tot EUR 50.000

Twee jaar geleden: EUR 50.000 of meer

Drie jaar geleden: EUR 50.000 of meer.”

Bij de vraag naar de winstverwachting (inkomensprognose) voor de komende drie jaar heeft Consument het volgende ingevuld:

“jaar 1: € 75000

jaar 2: € 80000

jaar 3: € 85000.”

- 2.3 Op basis van het aanvraagformulier is op 1 oktober 2007 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: ‘de Verzekering’) gesloten bij Verzekeraar. In het hiertoe op 2 oktober 2007 door Verzekeraar afgegeven polisblad is – voor zover hier relevant – het volgende opgenomen:

“(…)

Verzekerde	Rubriek A	Eerste jaar van arbeidsongeschiktheid
rubrieken	Rubriek B	Na-eerste jaar van arbeidsongeschiktheid

verzekerde	Rubriek A	€ 50.000,00
------------	-----------	-------------

jaarrente	Rubriek B	€ 50.000,00
-----------	-----------	-------------

(..)

Voorwaarden Volgens model PHUITI

Het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt gebaseerd op beroepsarbeidsongeschiktheid.

Clausules Deze polis valt onder de mantelovereenkomst PZO met mantelnummer [nummer]

(…)”

- 2.4 In de voorwaarden ‘Arbeidsongeschiktheidsverzekering uitgebreid (ModelPHUITI) (hierna: ‘de Voorwaarden’) is – voor zover hier relevant – het navolgende bepaald:

“(…)

Artikel 1

Definities

(…)

3. Inkomen

Tot het inkomen van verzekerde wordt gerekend alle inkomsten uit onderneming, die in een bepaald jaar in naam van verzekerde gegenereerd worden conform de Wet op de Inkomstenbelasting en de Wet op de Vennootschapsbelasting.

(…)

8. Verzekerbaar belang

Maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de voorafgaande 3 kalenderjaren’.

9. Verzekerde jaarrente

Het op het polisblad vermelde jaarbedrag, dat is vastgesteld aan de hand van het vastgestelde verzekeraar belang. Op basis hiervan stelt de verzekeraar de periodieke uitkering vast.

(…)

Artikel 2

Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde als gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid.

(…)

Artikel 5

Verhogingsrecht

(…)

2. Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:

(…)

b. de verzekerde jaarrente mag in combinatie met enige andere voorziening voor inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan het verzekeraar belang

(…)

Artikel 7

Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

1. De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:

(…)

- d. alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens, waaronder inkomensgegevens, te (laten) verstrekken aan de verzekeraar of aan door haar aangewezen medische of andere deskundigen (...)
- (...)

Artikel 9

Berekening van de uitkering

1. De op het polisblad vermelde verzekerde jaarrente is het bedrag wat verzekeringnemer per jaar zou ontvangen bij volledige arbeidsongeschiktheid van verzekerde, als er geen rekening wordt gehouden met de eigen risicotermijn.
 2. Per dag heeft de verzekeringnemer recht op een uitkering van 1/365 deel van de verzekerde jaarrente (...)
 3. De uitkering bedraagt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
(...)
80 tot 100% : 100% van de verzekerde jaarrente'.
- (...)

Artikel 20

Verplichtingen bij andere wijzigingen

- (...)
3. De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de verzekeraar te informeren wanneer de verzekerde jaarrente hoger is dan het verzekeraar belang. Als verzuimd is om de verzekeraar te informeren over deze wijziging, zal de uitkering niet worden gebaseerd op de verzekerde jaarrente maar op het verzekeraar belang.
- (...)
- De verzekeraar heeft het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen en/of de verzekerde jaarrente te verlagen, of de verzekering te beëindigen.
- (...)"

- 2.5 Bij brief van 8 september 2012 heeft Verzekeraar Consument bericht dat de Verzekering op 1 oktober 2012 wordt verlengd en dat op dat moment ook de vernieuwde polisvoorwaarden volgens model ASROAV in zullen gaan. In voornoemde brief is ook het volgende opgenomen:

"(...)
Voortaan herinneren wij u er eens in de drie jaar per brief aan dat u wijzigingen van uw inkomen of werkzaamheden aan ons doorgeeft. Als u dat doet, dan passen wij de verzekering aan. (...) Meer informatie leest u in de artikelen 20 en 21 van de polisvoorwaarden. In de oude situatie stuurden wij u geen herinneringsbrief. U moest er zelf aan denken om wijzigingen aan ons door te geven."

(...)"

- 2.6 Nadat Consument op 3 december 2012 zijn werkzaamheden als gevolg van arbeidsongeschiktheid heeft moeten staken, heeft Consument op 21 december 2012 een schadeformulier ingediend. In het schadeformulier staat – voor zover hier relevant – het volgende opgenomen:

"(...)
Jaarsalaris resp. netto bedrijfswinst laatste jaren:
Afgelopen jaar 2011: € 11348
2 jaar geleden 2010: € 30602
3 jaar geleden 2009: € 22366

2008: € 20772
2007: € 52764
2006: € 48634
(...)"

2.7 Bij e-mailbericht van 31 januari 2013 heeft Tussenpersoon Consument als volgt bericht:

"(...)

Naar aanleiding van ons telefoongesprek van dinsdag 29 januari jl. mede in navolging van uw contact met (naam Verzekeraar), betreffende uw arbeidsongeschiktheidsverzekering het volgende.

(...)

Wat betreft uw verdere opmerkingen over voorwaarden wijzigingen, hebben wij besproken dat u van mening was een sommenverzekering te hebben afgesloten. Vervolgens heb ik u toegelicht dat het een schadeverzekering betreft met een sommen variant, een clause van toepassing op deelnemers aan het PZO arrangement zoals destijds van kracht. Deze clause voorziet in een inkomenstoetsing slechts eens per drie jaar, om een eventuele fluctuatie in inkomen vast te kunnen stellen.

U heeft aangegeven dat er geen substantiële fluctuatie in inkomen over de afgelopen drie jaren heeft plaatsgevonden die een eventuele aanpassing van uw verzekerde bedrag noodzakelijk zou maken.

(...)"

- 2.8 Aangezien Consument zich niet kon verenigen met de inhoud van de nieuwe voorwaarden, heeft Verzekeraar er mee ingestemd dat de aanvankelijk van toepassing zijnde Voorwaarden op de Verzekering van toepassing zouden blijven.
- 2.9 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft medische informatie ingewonnen en er heeft een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsgevonden. Naar aanleiding hiervan heeft Verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vastgesteld op 80 -100%. Bij brief van 14 juni 2013 heeft Verzekeraar Consument hierover geïnformeerd en hem tevens medegedeeld dat uit de rapportage van de arbeidsdeskundige was gebleken dat het inkomen van Consument de afgelopen jaren lager was dan het bedrag waarvoor hij verzekerd was. Teneinde te kunnen beoordelen of de verzekerde jaarrente in overeenstemming was met de genoten inkomsten over de drie kalenderjaren voorafgaande aan de ziekmelding van Consument heeft Verzekeraar bij Consument de jaarcijfers van zijn bedrijf over de jaren 2009 tot en met 2011 opgevraagd.
- 2.10 Op 27 juni 2013 heeft Consument de gevraagde jaarcijfers aangeleverd waarna Verzekeraar een tweede arbeidsdeskundige heeft verzocht om de aangeleverde cijfers te beoordelen. Deze rapporteerde op 12 augustus 2013 dat het verzekerde bedrag te hoog was en dat Consument verzuimd had om dat door te geven.
- 2.11 Bij brief van 3 september 2013 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hij het verzekerde bedrag zal verlagen naar 70% van € 45.300, zodat de verzekerde jaarrente uitkomt op € 31.710 en dat de aan Consument te verstrekken uitkering op basis van dat bedrag berekend zal worden. Verzekeraar heeft de door Consument vanaf de schadedatum te veel betaalde premie van € 1.507,93 aan hem gerestitueerd.

- 2.12 Nadien heeft een uitvoerige discussie plaatsgevonden tussen Consument en Verzekeraar over de toelaatbaarheid van de door Verzekeraar doorgevoerde aanpassing van het verzekerde bedrag. Consument heeft Verzekeraar daarbij onder meer de vraag voorgelegd waarom hij premierestitutie heeft ontvangen vanaf de schadedatum en niet vanaf de ingangsdatum van de Verzekering.
Naar aanleiding hiervan is Verzekeraar overgegaan tot restitutie van de premie vanaf de ingangsdatum van de Verzekering tot aan de schadedatum, zijnde een bedrag van € 7.329,33.
- 2.13 Consument heeft Verzekeraar verzocht de wettelijke rente over de gerestitueerde bedragen te vergoeden. Verzekeraar is daartoe overgegaan en heeft een bedrag van € 1.553,57 aan Consument vergoed.
- 2.14 Consument heeft bij Kifid een klacht ingediend tegen zowel Verzekeraar als Tussenpersoon. In de zaak tegen Tussenpersoon doet de Commissie gelijktijdig uitspraak.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar met ingang van 3 december 2012 een aanvullende uitkering verstrekt op basis van de aanvankelijk verzekerde jaarrente ad € 50.000 minus de reeds door Verzekeraar verstrekte uitkeringen op basis van een jaarrente van € 45.300. Daarnaast vordert Consument compensatie voor de belastingschade die hij mogelijk zal lijden als gevolg van de hiervoor genoemde aanvullende uitkering, alsmede de wettelijke rente per uitkeringstermijn tot aan de dag van voldoening van de algehele vordering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de Verzekering. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:
- Op Verzekeraar rust een onderzoeksplicht met betrekking tot de juistheid van de verzekerde jaarrente. Verzekeraar had in dat kader gegevens over het inkomen van Consument moeten opvragen. Een en ander conform de op de Verzekering van toepassing zijnde PZO-mantel. Tussenpersoon heeft dit ook bevestigd in zijn e-mailbericht van 31 januari 2013. De onderzoeksplicht van Verzekeraar gaat voor op de informatieplicht van Consument.
 - Consument is niet bekend met de samenwerkingsovereenkomst tussen Verzekeraar en Tussenpersoon, zodat voor hem niet duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is en tegen wie hij zijn vordering moet indienen.
 - Er is sprake van een niet-zuivere sommenverzekering (of te wel een schadeverzekering met sommenvariant). Na het jaarlijks opvragen van de inkomensgegevens door Verzekeraar/Tussenpersoon wordt het overeengekomen verzekerde bedrag gegarandeerd uitgekeerd. De correctiebepaling mag dan ook niet meer toegepast worden, nadat het verzekerde risico zich heeft gemanifesteerd.
 - Anders dan Verzekeraar stelt, is uitkering van het verzekerde bedrag van de niet-zuivere sommenverzekering niet in strijd met het indemniteitsbeginsel.

- Consument is door het nalaten van Verzekeraar in zijn contractsvrijheid beknot. Hij is niet meer in staat om een andere verzekering af te sluiten dan wel zijn eigen inkomen te verhogen.
- In de Voorwaarden is geen expliciete inkomensdefinitie opgenomen, zodat de wijze waarop het inkomen moet worden berekend onduidelijk is.
Indien sprake is van een onduidelijke bepaling in de verzekeringsvoorwaarden, dient op grond van de Haviltex-formule en de contra proferentem regel de voor Consument meest gunstige uitleg te prevaleren.
Consument kan bovendien als startende ondernemer niet zelfstandig bepalen wanneer de verzekerde jaarrente hoger is dan het verzekerbear belang.
- Nu sprake is van een verzekerde jaarrente van € 50.000,00 en op die basis ook premie verschuldigd is geweest tot het moment van arbeidsongeschiktheid, dient Verzekeraar de overeenkomst na te komen en op uit te keren.

Verweer Verzekeraar

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

- Op grond van artikel 20 lid 3 van de Voorwaarden stond het Verzekeraar vrij de verzekerde jaarrente te verlagen en de uitkering te baseren op het verzekerbear belang, nu Consument heeft nagelaten Verzekeraar te informeren dat de verzekerde jaarrente hoger was dan het verzekerbear belang.
- Verzekeraar heeft nooit toegezegd dat zij elke drie jaar een inkomenstoets zou uitvoeren. Uit artikel 20 lid 3 van de Voorwaarden volgt juist dat op Consument de plicht rust Verzekeraar te informeren wanneer de verzekerde jaarrente hoger is dan het verzekerbear belang.
- Uit de brief van Tussenpersoon behorende bij de offerte kan geen verplichting voor Verzekeraar tot het doen van een inkomenstoets worden afgeleid. Ook kan uit deze brief niet zonder meer afgeleid worden dat Tussenpersoon, in afwijking van de Voorwaarden, jaarlijks de inkomensgegevens van Consument zou opvragen.
- De Verzekering is geen zuivere sommenverzekering (met inkomenstoetsing eens in de drie jaar), maar een schadeverzekering waarbij verzekerd is een percentage van het gerealiseerde gemiddelde inkomen over de voorafgaande 3 kalenderjaren en *niet* de omzet. Het begrip 'Inkomen' is zowel bij de aanvraag van de Verzekering als in de Voorwaarden duidelijk en begrijpelijk geformuleerd.
- Vanaf 2009/2010 was Consument geen startend ondernemer meer. Hij stond al vanaf 2006 bij de Kamer van Koophandel ingeschreven en was in dat jaar voor het overgrote deel als zelfstandige werkzaam. Geruime tijd voordat Consument arbeidsongeschikt werd, had hij kunnen en moeten constateren dat zijn verzekerd bedrag op de verzekeringspolis meer bedroeg dan 70% van zijn gemiddelde inkomen over de voorafgaande 3 kalenderjaren en had hij dit bij Verzekeraar moeten melden. Daarbij is het in het belang van Consument om boekjaar 2009 mee te nemen in de berekening van het verzekerbear belang. In dat jaar lag de winst van Consument namelijk een stuk hoger dan in de jaren daarna.
- Op grond van de jaarcijfers over 2009, 2010 en 2011 is door een arbeidsdeskundige vastgesteld dat de gemiddelde winst voor belastingen € 45.300 bedraagt.

Hierbij dient conform de uitgebrachte offerte en de keus van Consument, uitgegaan te worden van een verzekeraar belang van 70%. De verzekerde jaarrentes zijn dan € 31.710. De uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid is hierop gebaseerd.

- Het contra proferentem beginsel is niet van toepassing omdat de Voorwaarden niet onduidelijk zijn en Consument de Verzekering niet als natuurlijk persoon heeft afgesloten, maar handelend in de uitoefening van een beroep of bedrijf.

4. Beoordeling

- 4.1 Het geschil spitst zich toe op de vraag in hoeverre Verzekeraar gehouden kan worden Consument alsnog een uitkering op basis van de verzekerde jaarrente ad € 50.000 (minus de reeds door hem aan Consument verstrekte uitkeringen) uit te keren. Consument stelt dat Verzekeraar daartoe gehouden is omdat (1) sprake is van een schadeverzekering met sommenvariant en (2) Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de Verzekering door geen jaarlijkse inkomenstoets te verrichten en op grond daarvan de verzekerde jaarrente aan te passen. De Commissie overweegt hieromtrent als volgt.

Schadeverzekering of sommenverzekering

- 4.2 De vraag die partijen allereerst verdeeld houdt is of de Verzekering moet worden aangemerkt als een schadeverzekering, zoals Verzekeraar aanvoert, dan wel een schadeverzekering met sommenvariant, zoals Consument stelt. Een schadeverzekering is een verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden (artikel 7:944 BW) en een sommenverzekering is een verzekering waarbij het onverschillig is of en in hoeverre met de uitkering schade wordt vergoed (artikel 7:964 BW). De uitkering bestaat bij de sommenverzekering uit een vaste som, door partijen vrij te bepalen bij het sluiten van de overeenkomst die onafhankelijk is van de vraag of schade is geleden en zo ja, hoeveel (Kamerstukken II 1985/86 19 529, nr. 3, p. 6). Dit laatste neemt niet weg dat ook sommenverzekeringen veelal worden gesloten met het oog op de mogelijkheid dat zich gevallen voordoen waarin de verzekerde schade zal lijden.
- 4.3 De Commissie stelt voorop dat ten aanzien van een arbeidsongeschiktheidsverzekering niet in zijn algemeenheid kan worden gezegd of deze kwalificeert als een sommenverzekering dan wel als een schadeverzekering, dan wel een gemengd karakter heeft. De vraag of een arbeidsongeschiktheidsverzekering een schade- of een sommenverzekering is, althans of voor de verzekerde in voldoende mate duidelijk kon zijn dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering ertoe strekte slechts daadwerkelijk geleden schade als gevolg van arbeidsongeschiktheid te vergoeden (vgl Hoge Raad 17 oktober 2008, NJ 2009, 80, r.o. 3.5.1), kan niet in haar algemeenheid worden beantwoord. Nu partijen van mening verschillen over het karakter van de onderhavige verzekering en de vraag op welke wijze de bepalingen van de onderhavige verzekeringsovereenkomst in dat verband uitgelegd moet worden, komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden redelijkerwijs aan de verzekeringsovereenkomst mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (HR 13 maart 1981, NJ 1981, 635, Haviltex).

Omdat over de inhoud van de Verzekeringsovereenkomst en de daarbij behorende Voorwaarden tussen partijen niet is onderhandeld, moeten deze naar objectieve maatstaven worden uitgelegd. De daarin gebezigde bewoordingen, gelezen in het licht van de aannemelijkheid van de rechtsgevolgen waartoe de onderscheiden, op zichzelf mogelijke tekstinterpretaties zouden leiden, zijn daarom redengevend voor de gerechtvaardigde verwachtingen die partijen in de gegeven omstandigheden van het geval over en weer aan de gebezigde bewoordingen konden ontlelen.

- 4.4 De Commissie stelt vast dat de Voorwaarden in overwegende mate elementen van een schadeverzekering bevatten. Allereerst volgt uit artikel 2 van de Voorwaarden dat de Verzekering tot doel heeft een periodieke uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde als gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid. Daarnaast is in de Voorwaarden het verzekerbaar belang afhankelijk gesteld van het gemiddelde inkomen van Consument in de voorgaande drie kalenderjaren. Bij het aangaan van de Verzekering diende Consument op het aanvraagformulier een opgave te doen van zijn inkomen en diende hij een inkomensprognose voor de aankomende drie jaar te geven. Ook na het sluiten van de Verzekering speelde het inkomen van Consument nog een rol. Uit artikel 1 lid 8 gelezen in verbinding met artikel 1 lid 9 van de Voorwaarden volgt immers dat de dekking van de verzekerde jaarrente maximaal 80% van het inkomen van de drie voorafgaande kalenderjaren bedraagt. Daarnaast volgt uit artikel 20 lid 3 van de Voorwaarden dat op Consument de plicht rust wijzigingen in zijn inkomenspositie die van invloed kunnen zijn op het verzekerbaar belang aan Verzekeraar kenbaar te maken. De hoogte van het werkelijke inkomen van Consument is zodoende maatgevend voor de hoogte van de uitkering uit hoofde van de Verzekering. Nu het feitelijk inkomen van Consument zowel bij de totstandkoming van de Verzekering en bij het bepalen van de hoogte van een eventuele uitkering een rol heeft gespeeld en er aldus een koppeling bestaat tussen de daadwerkelijk geleden schade en de hoogte van de uitkering, had Consument kunnen begrijpen dat de Verzekering er toe strekte in geval van arbeidsongeschiktheid een uitkering te verstrekken indien sprake zou zijn van een daadwerkelijk verlies van inkomsten (vgl. onder andere rechtbank Rotterdam d.d. 25 juni 2014, ECLI:NL:RBROT:2014:6049 r.o. 4.6). De Commissie is daarom van oordeel dat de Verzekering kwalificeert als een schadeverzekering welke strekt tot vergoeding van de door Consument geleden vermogensschade en niet, zoals Consument lijkt te veronderstellen, als een schadeverzekering met sommenvariant op grond waarvan Verzekeraar, ongeacht de vraag of en ja in hoeverre daadwerkelijk sprake is van inkomensderving, alsnog tot uitkering van de aanvankelijk overeengekomen jaarrente zou moeten overgaan.

Toerekenbare tekortkoming

- 4.5 Partijen twisten voorts over de vraag of op Verzekeraar de plicht rustte om jaarlijks een inkomenstoets uit te voeren. Deze vraag kan naar het oordeel van de Commissie, mede gelet op het bovenstaande, onbeantwoord blijven. Daarbij is van belang dat wanneer Verzekeraar wel jaarlijks een inkomenstoets zou hebben uitgevoerd, en op basis daarvan de verzekerde jaarrente had aangepast, Consument niet in een andere positie was komen te verkeren dan de positie waarin hij zich nu bevindt.

In dat geval zou immers reeds voordat Consument arbeidsongeschikt was geraakt de verzekerde jaarrente alsmede de verschuldigde premie in vergelijkbare zin naar beneden zijn bijgesteld. Het al dan niet uitvoeren van een jaarlijkse inkomenstoets had dan ook geen verschil gemaakt.

Overige stellingen Consument

- 4.6 De stelling van Consument dat een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering op basis van de aanvankelijk overeengekomen verzekerde jaarrente van € 50.000,- niet in strijd zou zijn met het indenniteitsbeginsel mist gezien het hierboven reeds overwogene relevantie en kan verder onbesproken blijven.

Het verwijt van Consument dat hij in zijn contractsvrijheid is beknót en thans niet meer naar eigen inzicht gestalte kan geven aan zijn eigenbelang door bijvoorbeeld zijn inkomen te verhogen omdat Tussenpersoon heeft nagelaten jaarlijks zijn inkomensgegevens te verifiëren, dient te worden verworpen. Consument ziet daarbij immers over het hoofd dat ingevolge het bepaalde onder het derde lid van artikel I van de toepasselijke Voorwaarden uitdrukkelijk en helder wordt aangegeven welke inkomsten relevant zijn voor het vaststellen van het te verzekeren belang. Deze bieden geen ruimte voor de zienswijze van Consument dat over dat inkomensbegrip op dat moment nog met Verzekeraar kon worden onderhandeld. Nog daargelaten dat de inkomenstoetsing ziet op de door Consument *in het verleden* reeds gegeneerde inkomsten en Consument daarop geen invloed meer kan uitoefenen middels het alsnog genereren van inkomsten. Gezien het voorgaande behoeft ook het verwijt van Consument dat de wijze waarop zijn inkomen moet worden berekend, ruimte laat voor debat omdat in de polisvoorwaarden het inkomensbegrip onvoldoende is uitgewerkt, geen verdere bespreking.

- 4.7 De Commissie begrijpt dat de vordering van Consument tot compensatie van de belastingschade die hij mogelijk zal lijden als gevolg van de door hem retour ontvangen premie en wettelijke rente, te maken heeft met diens stelling dat op Verzekeraar een onderzoeksplicht rustte met betrekking tot de juistheid van de verzekerde jaarrente. Verzekeraar had in dat kader gegevens over het inkomen van Consument moeten opvragen. Een en ander conform de op de Verzekering van toepassing zijnde PZO-mantel. Nu Verzekeraar dat niet heeft gedaan en pas later tot terugbetaling van premie met rente is overgegaan, dreigt deze belastingclaim waarvoor Verzekeraar Consument moet compenseren. Deze eis wordt afgewezen, omdat er geen belasting verschuldigd is over terugontvangen verzekeringspremie of wettelijke rente. Daarom hoeft ook in verband met deze vordering geen oordeel te worden gegeven over het verwijt dat Consument aan Verzekeraar maakt.

Conclusie

- 4.8 Gelet op het hiervoor overwogene, komt de Commissie tot de conclusie dat de vordering van Consument moet worden afgewezen. Alle andere door Consument ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

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.