Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0589
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse,
mr. S.W.A. Kelterman, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 8 juni 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 28 juni 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Opzegging van de overeenkomst.
De consument meldt de verzekeraar een wijziging in zijn beroepswerkzaamheden. De verzekeraar verzoekt hem verschillende keren om een beroepenverklaring in te vullen. De consument weigert dit en stelt dat hij zijn werkweek niet kan versimpelen/verklaren volgens de beroepenverklaring. Ook vreest hij dat de beroepenverklaring in geval van arbeidsongeschiktheid tegen hem wordt gebruikt. De verzekeraar beëindigt de verzekering uiteindelijk omdat hij zonder de beroepen-verklaring het risico dat hij loopt niet kan inschatten. De commissie oordeelt dat de verzekeraar van de consument mocht verlangen dat hij de beroepenverklaring invulde. De verzekering is echter niet rechtsgeldig opgezegd, want niet op een in de verzekeringsvoorwaarden genoemde grond. De vordering van de consument tot herstel van de verzekering per een latere datum dan die van de niet rechtsgeldige opzegging wijst de commissie echter af. Zijn vordering tot het aanbieden van welgemeende excuses kan de commissie evenmin toewijzen omdat het aanbieden van excuses een gemoedstoestand veronderstelt die de commissie niet kan opleggen. De vordering tot schadevergoeding wijst de commissie ook af omdat de consument niet heeft onderbouwd dat hij als gevolg van de opzegging schade heeft geleden.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar en aansluitend aanbod tot inschakeling van een arbeidsdeskundige; 3) de repliek van de consument 4) de dupliek van de verzekeraar; 5) het aanbod van de verzekeraar na arbeidsdeskundig onderzoek 6) de reactie op dit aanbod van de consument.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor digitale hoorzittingen op 13 januari en 7 april 2021. Partijen hebben deelgenomen aan de hoorzittingen.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

1.4 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie uitgebreid met de leden prof. mr. M.L. Hendrikse en mr. S.W.A. Kelterman, naar een meervoudige commissie. Partijen zijn hierover geïnformeerd.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

De arbeidsongeschiktheidsverzekering

2.1 De consument heeft sinds 29 maart 2001 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar, verder te noemen de verzekering. Verzekerd is het na-eerstejaarsrisico (rubriek B) met een verzekerd bedrag in 2020 van € 34.921,00. Op de verzekering zijn vanaf 29 maart 2013 de Bijzondere Voorwaarden nr. 1439 (hierna de verzekeringsvoorwaarden) van toepassing.

2.2 Het verzekerde beroep van de consument is op de polisbladen d.d. 30 mei 2001 en 19 februari 2013 omschreven als: "*projectontwikkeling, interim management*". Op de vraag waaruit de werkzaamheden binnen de onderneming van de consument in een gemiddelde werkweek bestaan, is op het aanvraagformulier per categorie een aantal uren ingevuld als volgt:

"*Administratief/commercieel 20 uren* *reizen 10 uren,*
toezicht houden/ leiding geven 4 uren *overige werkzaamheden 15 uren*."

Wijziging werkzaamheden en beroepenverklaring

2.3 De consument heeft de verzekeraar op 14 maart 2020 de volgende e-mail gestuurd:

"*Hierbij bericht ik u dat de omschrijving beroep niet volledig correct is. Beroep: Zorgondernemer, projectontwikkeling, management en advies. Ik verzoek u mij binnen 5 werkdagen een aangepast voorstel te doen.*"

2.4 De verzekeraar heeft hierop per e-mail van 23 maart 2020 onder meer als volgt gereageerd:

"(…) *Voor de beoordeling hebben wij aanvullende gegevens nodig. Uit uw e-mail maak ik op dat u meerdere beroepen heeft.*
Om de wijziging te kunnen beoordelen vragen wij u om per beroep een beroepenverklaring in te vullen. Bij twee beroepen ontvangen wij graag twee ingevulde verklaringen. Hierna beoordelen wij de wijziging. Een beroepenverklaring vindt u in de bijlage van deze e-mail (…)".
De voor dit geschil relevante vraag op de beroepenverklaring luidt:
"Waaruit bestaan uw werkzaamheden binnen uw onderneming in een gemiddelde werkweek?
Administratief, leidinggeven, commercieel, toezicht houden adviseren _____ %
Reizen, surveilleren, verkopen, onderwijzen _____ %
Handenarbeid, chauffeuren, rij-instrueren, sport-instrueren _____ %
Gemiddeld aantal uren dat per week wordt gewerkt _____ *uren"*

2.5 De consument heeft geweigerd om de beroepenverklaring in te vullen. De redenen hiervoor staat in zijn e-mail aan de verzekeraar van 23 maart 2020:

"*Hartelijk dank voor uw bericht. Ik heb u vanmiddag telefonisch gemeld dat ik weiger deze verklaringen in te vullen. De verklaring is zodanig opgesteld door AEGON dat deze te alle tijde tegen mij gebruikt kan worden wanneer ik in het jammerlijke geval een beroep zou moeten doen op mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. Immers wat is anders de portee van de vragen met betrekking tot aantallen uren dat ik bepaalde werkzaamheden/handelingen verricht per week. En wat zegt het aantal medewerkers waar ik leiding aangeef over mijn risico tot arbeidsongeschiktheid? Voor zover nodig kan ik u melden dat ik als ondernemer en (interim) manager per definitie niet mijn werkweek kan versimpelen/verklaren op de manier waarop u dat wenst. Wellicht helpt het u als ik meld dat ik over het algemeen maar niet uitsluitend de volgende werkzaamheden verricht:*

- *Leiding geven aan mensen en samenwerken met mensen*
- *Besturen van een onderneming en werkmaatschappijen*
- *Reizen per openbaar vervoer en met eigen vervoersmiddelen zoals per elektrische auto en fiets en zo nu en dan per vliegtuig*
- *Opstellen beleidsplannen, businesscases en dergelijke*
- *Voor het overige verricht ik geen fysiek werk zoals bouwen, verzorgen, monteren en dergelijke.*

Wanneer u op basis van bovenstaande de wijziging niet verwerkt in mijn polis voel ik mij genoodzaakt (geen vertrouwen in AEGON als betrouwbare verzekeringsmaatschappij) per direct (ingangsdatum 23 maart 2020) deze verzekering te beëindigen.
Onder voorbehoud van alle rechten en weren."

Beëindiging van de verzekering

2.6 In de daaropvolgende e-mailwisseling volharden beide partijen in hun standpunt. Omdat de consument ondanks herhaalde verzoeken heeft geweigerd om de beroepenverklaring in te vullen, heeft de verzekeraar de consument op 29 mei 2020 gemeld dat hij is overgegaan tot beëindiging van de verzekering per 14 maart 2020.

Arbeidsdeskundige

2.7 De verzekeraar heeft na het indienen van de klacht bij Kifid, aangeboden om op zijn kosten een arbeidsdeskundige in te schakelen om de werkzaamheden van de consument in kaart te brengen. Na de eerste hoorzitting van de commissie heeft de consument met dit aanbod ingestemd. De arbeidsdeskundige, die de werkzaamheden van de consument in kaart heeft gebracht, heeft in zijn rapport van 26 januari 2021 geschreven:

"*Een exacte omschrijving van de inhoud van de werkzaamheden en de werkuren kan niet worden gegeven, daar de werkzaamheden in wisselende samenstelling voorkomen. Globaal kan het volgende worden aangegeven:*

Deeltaak	*Uren per week*
Ondernemerstaken/commerciële taken	*20*
Leidinggeven	*15*
Administratieve taken/projecten	*20*
Reizen	*5*
Totaal	*60"*

Aanbod van de verzekeraar

2.8 De verzekeraar heeft de consument per e-mail van 3 februari 2021 aangeboden om de verzekering met terugwerkende kracht tot de datum van beëindiging op 14 maart 2020 in kracht te herstellen op basis van dezelfde premie, uitgaande van het beroep 'eigenaar van een zorginstelling', aantal werkzame uren 60, met als verdeling van de werkzaamheden:

administratief, leiding geven, commercieel toezicht houden, adviseren	90%,
Reizen surveilleren, verkopen, onderwijzen	10%,
Handenarbeid, chaufferen, rij-instrueren, sport-instrueren	0%

De verzekeraar heeft wel als voorwaarde voor het herstel van de verzekering gesteld dat de consument de tot 29 maart 2022 verschuldigde premie van € 5.772,40 voldoet. De consument heeft het aanbod van de verzekeraar verworpen wat betreft het herstel van de verzekering met terugwerkende kracht tot 14 maart 2020. De consument wil dat de verzekering per 6 februari 2021 ingaat. Dit is de datum van zijn reactie op het aanbod van de verzekeraar.

De klacht en de vordering

2.9 De consument klaagt erover dat de verzekeraar van hem heeft verlangd dat hij een beroepenverklaring invulde. Dit vindt volgens de consument geen steun in de verzekeringsvoorwaarden. De verzekeraar heeft er sinds de ingang van de verzekering ook niet eerder om gevraagd. De consument kan zijn werkzaamheden niet versimpelen/verklaren op de manier zoals de verzekeraar dat in de beroepenverklaring wenst. De beroepenverklaring is volgens de consument bovendien zo opgesteld dat die tegen hem gebruikt kan worden in geval van arbeidsongeschiktheid. De consument verlangt dat de verzekeraar hem vanaf 6 februari 2021 verzekert overeenkomstig het aanbod van de verzekeraar in zijn e-mail van 3 februari 2021. Daarbij wil de consument van de verzekeraar welgemeende excuses voor de eenzijdige beëindiging van de verzekering/onrechtmatige handelwijze van de verzekeraar en een schadevergoeding van € 5.772,40.

Het verweer

2.10 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie beantwoordt eerst de vraag of de consument verplicht was om de beroepenverklaring in te vullen. Daarna beoordeelt zij of de beëindiging van de verzekering door de verzekeraar stand houdt. Tot slot volgt een beoordeling van de vorderingen van de consument.

De beroepenverklaring

3.2 De vraag of de consument gehouden was om de door de verzekeraar verlangde beroepenverklaring in te vullen moet bevestigend worden beantwoord. De commissie legt hierna uit waarom.

3.3 In artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden staat een verplichting tot het melden van veranderingen in beroep, bedrijf of werkzaamheden. De consument heeft op 14 maart 2020 een wijziging in zijn werkzaamheden doorgegeven. In zijn bericht van 23 maart 2020 heeft hij die wijzigingen nog nader toegelicht. Deze informatie was voor de verzekeraar echter onvoldoende om het verzekerde risico goed in te schatten. De verzekeraar gebruikt voor de inschatting van het risico een beroepenverklaring waarin gevraagd wordt om aan te geven hoeveel uur er in een gemiddelde werkweek wordt gewerkt en om bij de drie genoemde categorieën van werkzaamheden procentueel aan te geven waaruit die werkzaamheden bestaan in een gemiddelde werkweek.

Het staat de verzekeraar vrij om een dergelijke beroepenverklaring te hanteren om te bepalen of hij een arbeidsongeschiktheidsrisico wil lopen. Op basis van de omvang en de aard van de werkzaamheden die de verzekeringnemer opgeeft, kan de verzekeraar een inschatting maken in welke risicoklasse de werkzaamheden vallen, of het risico verzekerbaar is en zo ja welke voorwaarden en premie daarbij passen. Ook heeft de verzekeraar deze informatie nodig om in geval van arbeidsongeschiktheid de mate daarvan te kunnen vaststellen. Naar het oordeel van de commissie bood de door de consument verstrekte informatie de verzekeraar onvoldoende handvatten om het arbeidsongeschiktheidsrisico in dit geval in te schatten.

3.4 De stelling van de consument dat hij zijn werkweek niet kan versimpelen/verklaren zoals wordt verlangd in de beroepenverklaring, overtuigt niet. Het formulier is juist bedoeld om voor uiteenlopende beroepen en werkzaamheden op een gestandaardiseerde manier het risico te kunnen beoordelen. De consument heeft bij de aanvraag van de verzekering een vergelijkbare vraag wel beantwoord met een verdeling van zijn uren over bepaalde categorieën werkzaamheden. Bovendien zijn partijen het ook eens geworden over de beoordeling van de werkzaamheden van de consument door een arbeidsdeskundige. Die beoordeling is in de plaats getreden van de beroepenverklaring.

3.5 Verder is niet komen vast te staan dat de verzekeraar de beroepenverklaring tegen de consument zal gebruiken als hij onverhoopt arbeidsongeschikt wordt. De verzekeraar heeft de beroepenverklaring nodig om te kunnen beoordelen in hoeverre de consument zijn werkzaamheden nog kan uitvoeren. En dat mag want de verzekeraar heeft daarbij een gerechtvaardigd belang.

De opzegging

3.6 Hoewel de consument verplicht was de beroepenverklaring in te vullen en hij door dit te weigeren die verplichting niet is nagekomen, mocht de verzekeraar de verzekering van de consument niet opzeggen. Bij de verzekeringsovereenkomst past in het algemeen dat de verzekeraar in beginsel terughoudend is met het hanteren van een bevoegdheid om de verzekering tussentijds op te zeggen. De verzekeraar baseert zijn opzegging op het deel van artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden waar staat:

"*Verandert uw risico zoveel, dat u niet meer bij ons verzekerd kunt blijven? Dan hoort u van ons. Uw verzekering stopt dan op de datum dat het risico veranderde. Is dat met terugwerkende kracht? Dan gaan wij maximaal 30 dagen terug.*"

De reden voor de opzegging door de verzekeraar is echter niet dat het risico zoveel is veranderd dat de consument niet meer verzekerd kan blijven. De reden waarom de verzekeraar de verzekering heeft beëindigd is dat hij het risico niet kan inschatten.

De verzekeraar heeft de verzekering daarom niet opgezegd op een in de overeenkomst vermelde grond als vereist volgens artikel 7:940 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Bovendien heeft de verzekeraar de verzekering op 29 mei 2020 beëindigd per 14 maart 2020. En dat is verder terug dan 30 dagen, zoals staat in artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden. De verzekering is ook daarom niet rechtsgeldig opgezegd.

De vorderingen

3.7 De consument vordert herstel van de verzekering per 6 februari 2021. Dit is de datum van zijn reactie op het aanbod van de verzekeraar per e-mail van 3 februari 2021. De commissie kan deze vordering niet toewijzen, omdat de verzekeraar de verzekering niet rechtsgeldig heeft opgezegd en de verzekering dus vanaf 14 maart 2020 onverkort van kracht is gebleven.

3.8 Verder vordert de consument welgemeende excuses van de verzekeraar voor zijn eenzijdige beëindiging van de verzekering/onrechtmatige handelwijze. Het staat de verzekeraar vrij om excuses aan te bieden. Maar de commissie kan niet oordelen dat hij dat moet doen, omdat het aanbieden van excuses een gemoedstoestand veronderstelt die de commissie niet kan opleggen.

3.9 Tot slot vordert de consument schadevergoeding van de verzekeraar van € 5.772,40. De consument geeft geen onderbouwing voor de door hem gevorderde schade. Die vordering zal de commissie daarom ook afwijzen.

Slotsom

3.10 De klacht van de consument dat de verzekeraar de verzekering niet mocht beëindigen is gegrond. De verzekering is dus in stand gebleven, waarbij de rapportage van de arbeidsdeskundige in de plaats is gekomen van de beroepenverklaring. Maar de vorderingen van de consument zijn niet toewijsbaar.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.