Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-200
d.d. 16 mei 2014
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. E.M. Dil-Stork en dr. B.C. de Vries, leden en mr. R.A.F. Coenraad, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. En bloc bepaling. Commissie is van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat Aangeslotene, met een beroep op de en bloc bepaling, de nadelige gevolgen van haar eigen inschattingsfouten bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering alsnog deels ten laste van Consument zou kunnen brengen. Consument, bij wie het verzekerde risico zich al had gematerialiseerd, had immers niet meer de mogelijkheid om elders een andere verzekering te sluiten. Vordering wordt toegewezen.

Consument,

tegen

TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende vragenformulier van 12 april 2013;
- de brief van de belangenbehartiger van Consument van 13 mei 2013 met bijlagen;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen;
- de repliek van Consument met bijlagen;
- de dupliek van Aangeslotene met bijlagen;
- de pleitaantekeningen van de belangenbehartiger van Consument.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.
Tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.
Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op maandag 31 maart 2014 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1 Consument sloot op 1 april 2010 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Aangeslotene onder polisnummer X. Het verzekerd bedrag bedroeg € 2.500 per maand, de looptijd 30 jaar en de premie € 308,38 per maand. Voor deze verzekering vond geen medische beoordeling plaats.

3.2 Op de verzekering zijn de Voorwaarden QL ZP 06-2008 (hierna: de Voorwaarden) van toepassing. De Voorwaarden houden, voor zover hier van belang, het volgende in:

10. ALGEMENE UITSLUITINGEN

Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat voor:

1. Een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een (huis)arts of specialist heeft geraadpleegd. (….)
2. Onverminderd het bepaalde in lid a, een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van de verzekering. (….)
3. (…)

21. EN BLOC BEPALING

a. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen;
b. Verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. (…)
c. Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving de administrateur schriftelijk bericht hiermee niet akkoord te gaan. Deze mededeling geldt dan als opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer;
d. (…)

3.3 Op 27 juli 2011 berichtte Aangeslotene Consument dat zij zich genoodzaakt voelde om met een beroep op de en bloc bepaling de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, waaronder die van Consument, per 1 september 2011 te converteren. Aangeslotene stelde dat de economische crisis, gewijzigde wetgeving en een veranderende maatschappij hadden geleid tot een grote toename van het aantal zelfstandigen dat langdurig uitviel.
Met de forse toename van het aantal polishouders die een beroep deden op hun arbeidsongeschiktheidsverzekering, boden de voorwaarden van de eerder gesloten verzekeringen in de ogen van Aangeslotene onvoldoende duidelijkheid en sloten daardoor niet meer aan bij de verwachtingen van de polishouders. Vanaf 1 september 2011 zou de premie € 445,44 per maand bedragen en de nieuwe polisvoorwaarden, QL ZSP 08-2011A, van kracht worden. Als alternatief werd een nieuw TAF Zelfstandigenplan aangeboden tegen een geïndiceerde premie van € 340 per maand.

3.4 Consument sloot vervolgens via tussenkomst van zijn assurantieadviseur met ingang van 1 september 2011 de door Aangeslotene in haar brief van 27 juli 2011 voorgestelde alternatieve arbeidsongeschiktheidsverzekering onder polisnummer Y. Het verzekerd bedrag bleef ongewijzigd, de premie steeg naar € 323,88 per maand en de einddatum werd met een jaar ingekort tot 1 april 2039. Op de verzekering waren de voorwaarden QL ZSP 08-2011B van toepassing. Het aanvraagformulier bevatte een aantal vragen, onder meer naar de gezondheid van Consument.

3.5 Consument beantwoordde de vraag "Lijdt u of heeft u ooit geleden aan"

- hart- en/of vaatklachten,
- een hoge bloeddruk (hypertensie),
- epilepsie,
- (….)
- (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rug-, knie- en /of schouderklachten,
- (…)

met "nee".

3.6 Artikel 13.1 (Algemene Uitsluitingen) van de Polisvoorwaarden QL ZSP 08-2011B luidt als volgt:

Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:

a) ……
b) Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte en/of letsel welke zich voor de ingangsdatum van deze verzekering al heeft geopenbaard of waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Verzekerde wordt geacht op de hoogte te zijn van zijn ziekte indien hij klachten ervaart en/of zich tot een arts en/of een paramedicus heeft gewend.
c) …….

3.7 Op 6 februari 2012 heeft Consument zich in verband met rugklachten arbeidsongeschikt gemeld en een beroep gedaan op zijn verzekering. Aangeslotene heeft de claim afgewezen op grond van artikel 13.1 sub b van de onder 3.6 vermelde Polisvoorwaarden.

3.8 Blijkens een door Consument overgelegd huisartsenjournaal heeft hij zich voor het eerst op 22 februari 2011 in verband met rugklachten tot zijn huisarts gewend.

4. De vordering en grondslagen

4.1 Consument vordert

- primair dat Aangeslotene alsnog zijn arbeidsongeschiktheidsclaim honoreert, tot uitkering van het verzekerde bedrag overgaat en een nieuwe polis verstrekt waarbij geen uitsluiting voor rugklachten is opgenomen,
- subsidiair dat Aangeslotene de omzetting per 1 september 2011 naar het alternatieve product ongedaan maakt, de oorspronkelijke polis van 1 april 2010 voortzet, de arbeidsongeschiktheidsclaim honoreert en tot uitkering van het verzekerde bedrag overgaat.

4.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen:

- Volgens de introductiefolder op grond waarvan Consument zich in 2010 bij Aangeslotene tegen arbeidsongeschiktheid heeft verzekerd werd iedereen geaccepteerd, zonder premieopslagen en was bij het afsluiten geen gezondheidsverklaring nodig en geen medische keuring noodzakelijk. Aangeslotene is tekort geschoten in het nakomen van haar zorgplicht door Consument niet expliciet te melden dat bij de keuze voor het alternatieve product wel sprake was van een (verzwaarde) medische toets. Het door Aangeslotene gehanteerde beleid maakte dit voor Consument enkel op basis van het in te vullen aanvraagformulier onvoldoende duidelijk. Hierdoor kan er aan de zijde van Consument geen sprake zijn van schending van de mededelingsplicht.
- Het was voor Consument redelijkerwijs niet kenbaar dat met het afwijzen van de en bloc bepaling een nieuwe verzekeringsovereenkomst tot stand kwam. Consument heeft ook nooit de intentie gehad om zijn bestaande polis te beëindigen.
- De informatiebrochure met betrekking tot het TAF Zelfstandigenplan van medio 2011 heeft Consument nooit ontvangen. Aangeslotene mocht niet volstaan met het sturen van deze brochure naar de assurantieadviseur. Aangeslotene diende zich ervan te vergewissen dat deze essentiële informatie haar verzekerden daadwerkelijk had bereikt.

4.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd:

- Consument is in de brief van 27 juli 2011 alsmede de informatiebrochure behorende bij de nieuwe verzekering nadrukkelijk gewezen op het feit dat er sprake is van een geheel nieuw product.
- Ook kan er geen misverstand over bestaan dat er nu wel ten behoeve van de acceptatie van de nieuwe verzekering een medische beoordeling zou plaatsvinden.
- Consument is gehouden om de gezondheidsvragen naar waarheid te beantwoorden.

In de slotverklaring op het aanvraagformulier heeft Consument verklaard 'dat het hem bekend is dat er geen recht is op uitkering indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte of letsel welke zich voor de ingangsdatum reeds heeft geopenbaard, alsmede waardoor hij klachten ervaart of zich tot een arts of paramedicus heeft gewend'.

- Consument heeft er zelf voor gekozen om in september 2011 een nieuwe verzekering af te sluiten. Had hij dit niet gedaan, dan zouden op de oude verzekering de gewijzigde voorwaarden en premie van toepassing zijn gebleven.
- Aangeslotene voelde zich niet gehouden om in de brief van 27 juli 2011 te melden dat voor het nieuwe product een medische beoordeling zou plaatsvinden. Consument had voor meer informatie terecht gekund bij zijn assurantieadviseur. Eventuele fouten van deze adviseur komen voor rekening van Consument.
- De claim is terecht afgewezen in verband met de rugklachten die al vóór de ingangsdatum van de door Consument op 1 september 2011 gesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering bestonden.

5. Beoordeling

5.1 Dit geschil betreft in de kern de vraag of Aangeslotene op juiste gronden de claim van Consument heeft afgewezen, dat wil zeggen dit in redelijkheid heeft kunnen doen.

5.2 De Commissie stelt voorop dat de met Consument gesloten verzekering ertoe strekt om tegen betaling van een premie het financiële risico van arbeidsongeschiktheid over te dragen aan de verzekeraar. Daarbij gaat het om een risico dat Consument niet wil en waarschijnlijk ook niet kan dragen. Consument moet er dan ook bij het sluiten van de overeenkomst vanuit kunnen gaan dat de verzekeraar het overgenomen risico tegen de overeengekomen premie gedurende de overeengekomen looptijd op zich neemt en bij verwezenlijking daarvan ook draagt.
De in de Voorwaarden opgenomen en bloc bepaling geeft de verzekeraar echter de mogelijkheid de premie die zij voor de overname van het risico heeft bedongen eenzijdig tussentijds te verhogen. Daarmee heeft de verzekeraar de bevoegdheid het risico dat de verzekeringnemer tegen een vooraf overeengekomen premie heeft overgedragen, gedeeltelijk weer terug bij de verzekeringnemer te leggen.
Ondanks dat een dergelijke eenzijdige bevoegdheid in beginsel niet goed verenigbaar is met de aard van de verzekeringsovereenkomst, heeft de wetgever met het bepaalde in artikel 7:940, lid 4 BW uitdrukkelijk wèl in de mogelijkheid van het opnemen van een en bloc bepaling in de verzekeringsvoorwaarden willen voorzien. Daarbij geldt echter wel als voorwaarde dat de verzekerde bij een voor hem nadelige wijziging het recht heeft de verzekering op te zeggen. Verder geldt, zoals bij alle overeenkomsten, dat de verzekeraar bij toepassing van de en bloc clausule jegens verzekerde steeds gebonden is aan de eisen van redelijkheid en billijkheid (artikelen 6:2 BW en 6:248 BW).

5.3 Tegen deze achtergrond overweegt de Commissie het volgende. Uit de brief van Aangeslotene van 27 juli 2011 blijkt dat zij de premie en de Voorwaarden wil aanpassen in verband met de grote toename van het aantal zelfstandigen dat langdurig uitvalt en een beroep doet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.
Dit betekent dat Aangeslotene bij de totstandkoming van de door haar afgesloten arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een verkeerde inschatting heeft gemaakt van het over te nemen risico en de premie die zij daartegenover wenste te bedingen. Zij heeft het besluit genomen die inschattingsfout met een beroep op de en bloc bepaling door een aanpassing van de voorwaarden en een verhoging van de premie alsnog ten laste van de verzekeringnemers te brengen. Als gezegd heeft de wetgever een daartoe strekkend beding in de verzekeringsvoorwaarden in beginsel – dat wil zeggen binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid – toelaatbaar geacht, op voorwaarde dat de verzekeringnemer dan gerechtigd is de verzekering op te zeggen.
Achtergrond daarvan is dat een verzekeringnemer die niet akkoord wil (of kan) gaan met de eenzijdige nadelige aanpassing door verzekeraar, steeds de mogelijkheid moet hebben om zich dan elders tegen voor hem wel aanvaardbare voorwaarden te verzekeren. Dat laatste is hier echter niet het geval. Consument bezocht zijn huisarts voor het eerst in verband met rugklachten op 22 februari 2011, zodat het voor hem hoe dan ook niet haalbaar zou zijn geweest om per 1 september 2011 een nieuwe

vervangende arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten zonder dat er sprake was van een vergaande premieverhoging en/of uitsluiting van klachten of aandoeningen aan de rug. Voor Consument bestond dan ook geen reële mogelijkheid meer om naar aanleiding van de eenzijdige premieverhoging door Aangeslotene de verzekering op te zeggen.
De Commissie is derhalve van oordeel dat het onder deze omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien Aangeslotene desondanks met een beroep op de en bloc clausule de nadelige gevolgen van haar eigen inschattingsfouten bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, alsnog ten laste van Consument zou kunnen brengen. Aangeslotene kan zich om die reden tegenover Consument niet op de en bloc bepaling beroepen.

5.4 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de vordering van Consument zal worden toegewezen. Dat wil zeggen dat Aangeslotene gehouden wordt om met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011 de verzekering onder polisnummer Y in kracht te herstellen, overeenkomstig de daarbij behorende Voorwaarden dekking te blijven verlenen en de claim van Consument te honoreren.
Naar het oordeel van de Commissie kan door Aangeslotene overigens geen beroep worden gedaan op artikel 10 van de oorspronkelijk geldende Polisvoorwaarden QL ZP 06-2008 ("Algemene Uitsluitingen'). De klachten die voor Consument aanleiding waren om de huisarts te bezoeken voor zijn rugklachten dateren immers van februari 2011, ruim nà het sluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

5.5 Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

De Commissie stelt bij bindend advies vast dat:

- Aangeslotene binnen een termijn van twee weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011, de verzekering onder polisnummer X in kracht herstelt;
- Aangeslotene binnen een termijn van twee weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011, de verzekering onder polisnummer Y royeert en de betaalde premies restitueert;
- Aangeslotene vanaf 1 september 2011 overeenkomstig de daarbij geldende Voorwaarden dekking blijft verlenen;
- Aangeslotene de claim van Consument honoreert en het verzekerde maandbedrag vanaf februari 2012 zal uitkeren en blijven uitkeren zolang de arbeidsongeschiktheid van Consument voortduurt;
- Consument daartegenover de oude premie verschuldigd zal zijn en blijven;
- Aangesloten aan Consument diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht zal vergoeden, zijnde € 50.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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 kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.