Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0991

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Klacht ontvangen op	8 november 2021
Ingediend door	De consument
Tegen	Axa France IARD, gevestigd te Nanterre, Frankrijk, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	25 november 2022
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Woonlasten/maandlastbeschermer. De consument klaagt over de wijze waarop de verzekeraar zijn claims uit 2015 en 2020 onder de maandlastenbeschermer heeft behandeld. Hij vordert vergoeding van de schade die door hem en zijn familieleden daardoor is geleden. De commissie stelt vast dat de consument onvoldoende heeft onderbouwd dat zijn eerste claim in 2015 tot een vergoeding had moeten leiden omdat hij toen al psychische klachten had. De klacht dat de verzekeraar tekort is geschoten ten aanzien van de behandeling van de tweede claim is wel gegrond. De verzekeraar had deze claim niet direct mogen afwijzen onder verwijzing naar zijn standpunt uit 2015. De consument heeft in 2020 nieuwe feiten gemeld. De verzekeraar had daar direct onderzoek naar moeten doen. Pas een jaar later, na een klacht bij Kifid, is de verzekeraar de claim gaan onderzoeken en is de aanspraak met terugwerkende kracht tot 2017 erkend. De door de consument geclaimde schade wijst de commissie echter af.

1. 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; 3) de repliek van de consument; 4) de dupliek van de verzekeraar; 5) de na de hoorzitting door de consument met toestemming van de commissie ingediende stukken en 6) de reactie van de verzekeraar daarop.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 24 augustus 2022. De consument nam deel aan de hoorzitting, De verzekeraar werd vertegenwoordigd door mr. N. Hemstra, advocaat, kantoorhoudende te Amsterdam.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft met ingang van 1 juli 2007 bij de verzekeraar een woonlasten-verzekering met een arbeidsongeschiktheidsdekking en een verzekerd maandbedrag van € 300,-, hierna te noemen 'de verzekering'. Op deze verzekering zijn van toepassing de polisvoorwaarden "TAF Maandlastbeschermer TAF Zelfstandigenplan 04A-2007", hierna te noemen 'de voorwaarden'.

2.2 Op 10 december 2015 heeft de consument een schadeformulier bij de verzekeraar ingediend. Daarin heeft hij op de vraag "*Door welke ziekte (één ziekte) bent u arbeids-ongeschikt geworden?"* geantwoord: *"Ongeval met auto"*. Per brief van 26 maart 2016 heeft de verzekeraar deze claim afgewezen met een beroep op de uitsluiting van artikel 2.5 onder g van de voorwaarden:

"*De ziekte ontstaat of verergert door opzet of grove schuld van de verzekerde".*

2.3 Op 8 april 2020 heeft de consument een schadeformulier ingediend waarin de consument op de vraag "*Welke klachten veroorzaken uw arbeidsongeschiktheid?"* geantwoord: "*Geheugenproblematiek, rug, nek en hand."* Op de vraag "*Omschrijving van uw klachten*" heeft hij geantwoord: *"Door dementie zijn er geheugenproblemen en steeds meer lichamelijke problemen. Verder zijn nek en hand kwetsbaar door een ongeval en rug kwetsbaar door een aangeboren afwijking in wervelstelsel."* Die claim heeft de verzekeraar op 15 april 2020 afgewezen met een verwijzing naar de brief van 26 maart 2016. In zijn bezwaar tegen deze afwijzing heeft de consument aangevoerd dat hij een depressie heeft als gevolg van de ziekte van Alzheimer, die in 2018 was vastgesteld. De verzekeraar heeft zijn standpunt gehandhaafd.

2.4 De consument heeft in mei 2020 een klacht tegen de verzekeraar ingediend bij Kifid. In zijn verweer op die klacht heeft de verzekeraar in eerste instantie zijn afwijzing van de claims gehandhaafd. Ook heeft de verzekeraar nog beroep gedaan op de uitsluiting van het recht op uitkering voor het in artikel 2.5 onder g van de voorwaarden genoemde geval dat: "*Er bij ziekte of ongeval sprake is van overmatig alcoholgebruik door verzekerde of waarbij verzekerde onder invloed is van bedwelmende, verdovende, opwekkende middelen of geneesmiddelen. (…)"*. Uiteindelijk heeft de verzekeraar toch aangeboden om de claim van de consument in behandeling te nemen.

2.5 Per brief van 20 juli 2021 heeft de verzekeraar de consument verzocht om aanvullende (medische) informatie voor de beoordeling van de claim. In de daarop namens de consument toegezonden informatie ontbrak schriftelijk bewijs dat de consument vóór zijn arbeidsongeschiktheid werkte en dat hij onder medische behandeling is.

De verzekeraar heeft deze informatie op 11 september 2021 gekregen nadat hij per e-mails van 27 augustus en 3 september 2021 expliciet om schriftelijk bewijs had gevraagd en per e-mail van 8 september 2021 had gewezen op de informatieplicht van artikel 11 van de voorwaarden:

"(…)

a. *De verzekerde is verplicht alle relevante gegevens te verstrekken die nodig zijn voor de verzekeraar, om de aanspraak of de voortzetting van een uitkering te kunnen beoordelen.*
b. *De verzekerde is verplicht alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundige te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. De verzekerde machtigt de verzekeraar deze gegevens te verzamelen."*

2.6 De verzekeraar heeft uitgaande van de eerste ziektedag van 4 augustus 2017 en rekening houdende met een wachttijd van 30 dagen, met terugwerkende kracht per 4 september 2017 dekking verleend onder de verzekering. Op 26 oktober 2021 keerde de verzekeraar een bedrag van € 10.465,42 uit.

De klacht en vordering

2.7 De klacht van de consument is dat de verzekeraar de in 2015 ingediende claim ten onrechte heeft afgewezen omdat hij al vanaf maart 2012 onder behandeling was voor psychische klachten en hij toen al werd gehinderd in zijn functioneren door de dementie die in 2018 werd vastgesteld. Hij beroept zich daarbij op sub a van artikel 2.3 van de voorwaarden waarin aanvullende eisen aan het recht op een uitkering worden gesteld:

"*Bij de volgende ziektebeelden gelden aanvullende voorwaarden:*

a. *Bij psychiatrische aandoeningen, mentale inzinkingen, overspannenheid, stress of stressgerelateerde aandoeningen bestaat alleen recht op een uitkering als de verzekerde onder behandeling is bij een psycholoog of psychiater" (…)"*

2.8 Verder klaagt de consument dat de verzekeraar de schademelding van 8 april 2020 zonder verder onderzoek direct heeft afgewezen onder verwijzing naar de eerdere afwijzing van 26 maart 2016. Daarna heeft het veel tijd en moeite heeft gekost voordat de verzekeraar de aanspraak op uitkering erkende. Ook nadat de verzekeraar in juni 2021 had toegezegd om de claim in behandeling te nemen, vroeg hij meerdere keren om informatie, wat volgens de consument in één keer had gekund. De consument vordert vergoeding van de schade die het gevolg is van de financiële problemen waarin hij door de handelwijze van de verzekeraar terecht is gekomen. Hij werd door de handelwijze van de verzekeraar genoodzaakt om zijn spaargeld op te maken, geld te lenen bij familieleden en zijn huis eerder dan gepland te verkopen aan een van zijn dochters, die daardoor haar eigen huis met verlies moest verkopen. Het heeft ook geleid tot zijn scheiding.

Hij en zijn familieleden hebben door de weigering van de verzekeraar om uit te keren en de problemen die daardoor zijn veroorzaakt emotionele schade geleden. Het bedrag ineens dat de verzekeraar in 2021 heeft uitgekeerd had tot gevolg dat de consument een hogere eigen bijdrage moest betalen voor zijn verblijf in een zorg-instelling op grond van de Wet langdurige zorg, verder te noemen 'de eigen bijdrage'.

2.9 De vordering van de consument is als volgt gespecifieerd: gedwongen verkoop van zijn huis (€ 150.000,-), de gemiste kans op een latere verkoop van het huis van dochter en schoonzoon (€ 75.000,-), scheiding (€ 6.000,-) opname spaargeld (€ 50.000,-) aangaan van een lening (€ 10.000,-). Tevens vordert hij emotionele schade van hemzelf (€ 100.000,-), zijn vrouw (€ 100.000,-), zijn ouders (€ 50.000,-), een dochter die nog niet toe was aan het kopen van een eigen huis (€ 75.000,-), twee andere dochters (ieder € 50.000,-) en zijn kleindochters (€ 10.000,-). Deze schadeposten bedragen samen € 726.000,-. De consument is in de gelegenheid gesteld om na de zitting zijn vordering in verband met de hogere eigen bijdrage te specificeren. Deze vordering bedraagt € 5007,-. De na de zitting ongevraagd door de consument ingediende aanvullende claim voor toekomstige schade en verschuldigde belasting en premies blijft buiten de beoordeling in deze procedure.

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

3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht over de afwijzing van de claim in 2015 ongegrond is, maar dat de verzekeraar wel tekort is geschoten bij de afwijzing van de claim in 2020. Toch wijst de commissie de vorderingen van de consument af. Zij licht dat hierna toe.

Claim 2015

3.2 De consument heeft tegen de afwijzing van de claim in 2015 aangevoerd dat hij al vanaf 2012 onder behandeling was in verband met psychische klachten en dat dit mogelijk verband hield met de later in 2018 gestelde diagnose 'Alzheimer'. De verzekeraar heeft zich ter onderbouwing van zijn afwijzing van de claim gebaseerd op de (medische) informatie dat het ongeval was ontstaan door eigen schuld/toedoen van de consument. Met de enkele verwijzing door de consument naar het feit dat hij onder behandeling was voor psychische klachten is dat onvoldoende betwist. De stelling van de consument dat uit artikel 2.3 onder a van de voorwaarden volgt dat hij aanspraak heeft op vergoeding onder de verzekering omdat hij onder behandeling was voor psychische klachten, gaat niet op. De uitsluiting van artikel 2.5 waarop de verzekeraar de afwijzing van de claim heeft gebaseerd geldt namelijk ook voor die situatie. De klacht van de consument over de afwijzing van de claim in 2015 is daarom ongegrond.

Claim 2020

3.3 De consument heeft bij de melding van de claim in mei 2020 nieuwe feiten genoemd. De verzekeraar had daarom deze claim niet zonder nader onderzoek mogen afwijzen. Van de verzekeraar mocht verwacht worden dat hij zich daarin actief opstelt. De verzekeraar heeft dit echter pas ruim een jaar later gedaan, nadat de consument hierover bij Kifid had geklaagd. De klacht van de consument over het niet in behandeling nemen van zijn claim in 2020 is daarom gegrond.

3.4 Nadat de verzekeraar in juni 2021 had aangeboden om de claim alsnog in behandeling te nemen heeft de verzekeraar meerdere malen verzocht om de voor de beoordeling van de claim benodigde informatie en schriftelijke bewijsstukken. De commissie volgt de verzekeraar in zijn verweer dat hij de benodigde gegevens niet in delen heeft opgevraagd zoals de consument stelt, maar dat de consument deze niet in één keer heeft aangeleverd. De consument had op grond van artikel 11 van de voorwaarden de plicht om binnen redelijke termijn alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor de verzekeraar van belang zijn voor de beoordeling van de uitkeringsplicht. De klacht van de consument dat de verzekeraar de benodigde informatie niet in één keer heeft opgevraagd is daarom ongegrond.

De vorderingen

3.5 Bij de door de consument gevorderde schadeposten moet onderscheid worden gemaakt tussen de schadeposten van de consument zelf en de schadeposten van anderen.

3.6 De schadeposten van de familieleden van de consument kunnen in deze procedure niet worden behandeld omdat daarin alleen de vorderingen van de consument worden beoordeeld.

3.7 De schadeposten van de consument zijn te onderscheiden in materiële en immateriële schade. De materiële schade bestaat volgens de consument uit financiële schade door de verkoop van de woning, de scheiding, opgenomen spaargeld en aangaan van een lening. De immateriële schade bestaat uit zijn emotionele schade die resulteert in smartengeld.

3.8 De materiële schadeposten zijn gebaseerd op de klacht van de consument dat de verzekeraar heeft verzuimd schade-uitkeringen te doen, waardoor de consument in de financiële problemen is gekomen. Uit het voorgaande volgt dat de verzekeraar tot in 2020 niet tekort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen jegens de consument. De in 2020 ingediend claim heeft de verzekeraar pas na ruim een jaar in behandeling genomen. Dit is een tekortkoming van de verzekeraar, maar zonder nadere onderbouwing, die ontbreekt, valt niet in te zien dat dit tot de gevorderde schadeposten heeft geleid.

Bovendien is schade door vertraging in de voldoening van een geldsom gefixeerd op de wettelijke rente[1] Die heeft de consument in deze procedure echter niet gevorderd.

3.9 De schade die de consument vordert in verband met de betaling van € 10.465,42 ineens op 26 oktober 2021, waardoor hij een hogere eigen bijdrage verschuldigd werd wijst de commissie eveneens af. Zij volgt de verzekeraar daarbij in zijn verweer dat de eigen bijdrage gebaseerd is op het verzamelinkomen van twee kalenderjaren eerder. De betaling van de verzekeraar in 2021 wordt daarom pas meegerekend in het verzamelinkomen voor de in 2023 verschuldigde eigen bijdrage. Hieruit volgt dat de door de consument gestelde hogere bijdrage in 2021 niet veroorzaakt kan zijn door de betaling van de verzekeraar in dat jaar. Tegenover een mogelijk hogere eigen bijdrage in 2023 staat het voordeel dat de uitkering ineens in 2021 en 2022 nog niet wordt meegerekend. Niet gesteld of gebleken is dat de consument door de betaling ineens in 2021 per saldo schade lijdt of zal lijden in de vorm van een hogere eigen bijdrage.

3.10 Immateriële schade komt in beginsel pas voor vergoeding in aanmerking als zich een situatie voordoet in artikel 6:106 B.W. Kort samengevat gaat het om de volgende situaties: (a) de aansprakelijke persoon heeft het nadeel opzettelijk toegebracht, (b) de benadeelde heeft lichamelijk letsel, is in zijn eer of goede naam geschaad of op andere wijze in zijn persoon aangetast of (c) de nagedachtenis van een overledene is aangetast. Degene die het smartengeld vordert moet met concrete gegevens onderbouwen dat zich een van deze situaties heeft voorgedaan. De consument heeft geen feiten of omstandigheden genoemd waaruit volgt dat een van de genoemde situaties in dit geval van toepassing is. Die vordering moet daarom worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen 2 weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 1 maand na de verzenddatum van de uitspraak 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 vanaf 1 april 2017, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

[1] HR 14 januari 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR2760x, overweging 3.7

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl