Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-242
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. M.C.M. van Dijk, mr. L. van Berkum, leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 9 augustus 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Van Woezik Financieel Advies, gevestigd te Lent, verder te noemen Tussenpersoon
Datum uitspraak	: 18 maart 2020
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument heeft met tussenkomst van Tussenpersoon een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij een verzekeraar gesloten. Consument heeft geklaagd over de advisering door Tussenpersoon. Met betrekking tot een aantal klachtonderdelen slaagt het door Tussenpersoon gedane beroep op 6:89 BW zodat deze klachtonderdelen niet behandelbaar zijn. De door Consument aangevoerde klacht over de niet-tijdige opstelling van het adviesrapport, alsmede haar klachten over de informatieverstrekking met betrekking tot de schademelding en de dekkingskeuze falen. De vordering wordt afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de brief van Consument van 30 augustus 2019;
- het verweerschrift van Tussenpersoon van 31 oktober 2019;
- de repliek van Consument van 17 november 2019;
- de namens Tussenpersoon ingediende dupliek van 23 december 2019;
- het e-mailbericht van Consument van 24 januari 2020; en
- het namens Tussenpersoon ingekomen e-mailbericht van 6 februari 2020.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Nadat Consument had aangegeven wegens haar moverende omstandigheden niet ter zitting te zullen verschijnen, is besloten de zaak op grond van de stukken te behandelen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft zich in oktober 2015 tot Tussenpersoon gewend voor advies over haar pensioen, het oversluiten van haar hypothecaire geldlening en het verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Op 12 oktober 2015 heeft bij Consument thuis een gesprek met Tussenpersoon plaatsgevonden en is een klantprofiel opgesteld.

2.2 Bij e-mailbericht van 21 oktober 2015 heeft Tussenpersoon Consument een eerste opzet voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering gestuurd. Hierin staat, voor zover hier relevant, als beroep 'opleider' ingevuld, dat Consument wenst te kiezen voor een claimbeoordeling na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid, en dat is gekozen voor een te verzekeren maandbedrag van € 3.000,-.

2.3 Bij e-mailbericht van 6 december 2015 heeft Consument Tussenpersoon om een aangepaste offerte verzocht. Op 9 december 2015 heeft Tussenpersoon Consument een aangepaste offerte verstrekt en daarbij het volgende vermeld:

> *"(…) In de bijlage tref je een aangepaste offerte van TAF aan op basis van klasse 1 (adviseur bedrijfsorganisatie). De aanpassing betreft het verzekerd maandbedrag dat naar € 2.450 is gezet in plaats van € 3.000. De reden hiervoor is dat indien het verzekerd maandbedrag bij aanvang van de verzekering € 2.500,- of meer bedraagt, dit nooit meer mag zijn dan 85% van het gemiddelde bruto inkomen over de voorgaande 3 kalenderjaren. En door onder die € 2.500 te gaan zitten gaan we deze restrictie in ieder geval uit de weg en kunnen we jaarlijks het verzekerd bedrag verhogen met 10% zonder dat er medische waarborgen vereist zijn.*
>
> *Wat je nu moet doen is volgende:*
> *- opdrachtbevestiging printen, ondertekenen en (liefst digitaal in PDF) naar mij terugmailen.*
> *- aanvraag TAF printen en verder invullen en ondertekenen, en (liefst digitaal in PDF) naar mij terugmailen.*
> *(…)*
> *Als er nog vragen zijn laat het dan weten, en zodra ik de stukken retour heb kan ik de aanvraag verder afhandelen en de lijfrente in gang zetten. (…)."*

2.4 Consument heeft vervolgens het aanvraagformulier en overige stukken aan Tussenpersoon geretourneerd waarna deze de aanvraag voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering bij TAF heeft ingediend. Bij e-mailbericht van 28 december 2015 heeft TAF Tussenpersoon medegedeeld dat zijn medisch adviseur bij Consument aanvullende informatie had opgevraagd.

2.5 Op 15 januari 2016 heeft Tussenpersoon Consument een gewijzigde definitieve offerte voor de TAF GoedGezekerd AOV (hierna: de Verzekering) gezonden, waarna de Verzekering per 1 januari 2016 is afgesloten. In het op 28 januari 2016 afgegeven polisblad staat, voor zover hier relevant:

Verzekerd maandbedrag	: € 2.450,00 per maand
Beroep	: Adviseur Bedrijfsorganisatie (Klasse 2)
Dekking	: Overlijden
Uitkeringsduur	: Standaard (12 maanden)
Begunstiging	: Standaard
Dekking	: Arbeidsongeschiktheid
Wachttijd	: 730 dagen
Uitkeringsduur	: Einde looptijd per claim
Claimbeoordeling	: Beroepsarbeid, na 1 jaar passende arbeid, arbeidsongeschiktheid 25% of meer
Uitkeringshoogte	: Naar rato conform staffel in voorwaarden
Psychische klachten verzekerd	: Nee
Indexatie	: Uitkering: 2,00 %

2.6 In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (hierna: de Voorwaarden) staat – voor zover hier relevant:

"(…) 1. Definities
(…)
Aantoonbare, vaste maandelijkse last:
Een aantoonbare vaste maandelijkse last is een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt die toe te rekenen is aan de verzekerde. (…)
Onder aantoonbare vaste lasten in privé kan onder andere worden verstaan:
Bruto hypotheeklasten, huurlasten, energielasten, verzekeringspremies, leasekosten, abonnementskosten.
(…)

Medisch objectiveerbaar:
Een door de verzekerde geclaimde ziekte of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Dit betekent dat in relatie tot ziekte of letsel er stoornissen bestaan die door een arts objectief medisch zijn vastgesteld en die leiden tot objectiveerbare beperkingen voor arbeid. (…)

Verzekerd maandbedrag:
Het op het polisblad aangegeven verzekerd maandbedrag (…)

18. Dekking bij arbeidsongeschiktheid
18.1 Van arbeidsongeschiktheid is sprake indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door op medisch gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, conform de gekozen uitkeringsdrempel, ongeschikt is voor het verrichten van werkzaamheden. (..)

18.7 Beoordeling na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt plaats op basis van de dekkingskeuze van verzekerde. Er zijn twee dekkingskeuzes mogelijk: beroepsarbeid of passende arbeid. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.

22.2 Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van verzekerde vermeerderd met € 750,- voor persoonlijke, niet aantoonbare maandelijkse lasten. Indien het verzekerd maandbedrag bij aanvang van de verzekering hoger is dan € 2.500,- dan geldt aanvullend dat het verzekerd maandbedrag niet hoger mag zijn dan 85% van het gemiddelde inkomen per maand van de verzekerde van de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de ingangsdatum. (…).”

2.7 Bij e-mailbericht van Tussenpersoon van 6 juli 2018 heeft Tussenpersoon Consument naar aanleiding van haar vraag over melding van arbeidsongeschiktheid het volgende medegedeeld:

“(…) Naar aanleiding van je telefoontje heden ochtend heb ik voor de zekerheid geïnformeerd bij TAF of de claim nu al kenbaar gemaakt moet worden of dat dat ook op termijn kan. Het antwoord van TAF Verzekeringen was dat het de voorkeur geniet om de claim nu vast kenbaar te maken zodat TAF Verzekeringen de eigen risico periode kan bewaken. Een maand of twee á drie voor het einde van de eigen risicoperiode komt er dan een bericht vanuit de verzekeraar om de claim verder in behandeling te nemen. Dan hoef je dat zelf niet meer in de gaten te houden.

Na deze e-mail krijg je van mij nog de stukken die ik nodig heb om de claim bij [naam verzekeraar] te kunnen melden. (…).”

2.8 Tussenpersoon heeft Consument vervolgens diezelfde dag de aangekondigde stukken toegezonden.

2.9 Op 6 februari 2019 heeft Tussenpersoon Consument verzocht om aanlevering van de stukken ter indiening van haar schadeclaim.

2.10 Bij e-mailbericht van 11 februari 2019 heeft Consument Tussenpersoon onder meer gevraagd of haar telefoongesprek met Tussenpersoon en de door Tussenpersoon gemaakte aantekening voldoende was voor melding van ziekte aan TAF binnen drie maanden na aanvang ziekte. Tussenpersoon heeft daarop diezelfde dag gereageerd en daarbij onder meer zijn notitie van het telefoongesprek van 6 juli 2018 vermeld. Hier staat: “(…) *Gebeld door [naam Consument]. Is sinds 13-04-2018 volledig thuis vanwege hartkwalen. (..) vraagt zich af of dit nu al bij TAF gemeld moet worden of na afloop van de eigen risicoperiode van 730 dagen. Gebeld met TAF en navraag gedaan. Klant kan in principe gewoon afwachten, maar kan de schade nu ook vast melden. Voordeel om het nu te melden is dat verzekerde dan een maand of twee a drie voor het verlopen van de eigen risico termijn automatisch bericht van [naam verzekeraar] krijgt voor het vervolg (..).”* Daarnaast heeft Tussenpersoon medegedeeld dat hij in juli 2018 geen ingevuld schadeaangifteformulier van Consument heeft ontvangen.

Op 13 februari 2019 heeft Tussenpersoon Consument nogmaals verzocht om aanlevering van diverse stukken inzake haar schadeclaim, waaronder een ingevuld schade-aangifteformulier en kopie van haar bankafschriften van de laatste drie maanden. Na aanlevering door Consument van de gevraagde stukken, heeft Tussenpersoon de stukken op 14 februari 2019 ingediend bij de verzekeraar.

2.11 Bij e-mailbericht van 6 mei 2019 heeft Consument zich bij Tussenpersoon beklaagd over de advisering. Tussenpersoon heeft daarop inhoudelijk gereageerd en Consument in juli 2019 op haar verzoek het adviesrapport van 15 januari 2016 toegezonden. Pagina 28 van het advies bevat een akkoordverklaring die op de plek van de naam van Consument is voorzien van een handtekening met daarbij als ondertekendatum 24 januari 2016. In dit adviesrapport staat op pagina 10, voor zover hier relevant:

"(…) U hebt aangegeven bij voorkeur een arbeidsongeschiktheidsvoorziening te hebben waarbij u wordt beoordeeld op basis van passende arbeid.(…)."

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert vergoeding van de door haar nog te lijden schade als gevolg van de onjuiste advisering door Tussenpersoon over de Verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Tussenpersoon heeft zijn zorgplicht geschonden. Consument verwijt Tussenpersoon het volgende:

- (a) Tussenpersoon heeft een niet-passend product geadviseerd nu (buiten arbeidsongeschiktheid door psychische klachten) de door Consument geclaimde ziekte of het door haar geclaimde letsel medisch objectiveerbaar moet zijn. De consequenties hiervan zijn niet vooraf met Consument besproken.
- (b) Ten onrechte heeft Tussenpersoon een verzekering voor vaste maandlasten afgesloten in plaats van de inkomensverzekering waarover Consument en Tussen-persoon hebben gesproken. Het verzekerd bedrag is vastgesteld op basis van de vaste lasten + € 750,- voor levensonderhoud. In het gesprek dat Consument met Tussenpersoon heeft gehad en in aanvullende e-mailberichten is echter uitgegaan van maximaal 85% van het gemiddelde inkomen dat verzekerd wordt. In zijn e-mailbericht bij de offerte heeft Tussenpersoon weliswaar aangegeven dat "door onder de € 2.500,- te gaan zitten deze restrictie in ieder geval uit de weg wordt gegaan", maar die restrictie heeft hij niet benoemd of toegelicht. Het bruto-inkomen van Consument bedroeg de drie voorafgaande jaren meer dan € 2.500,- per maand.

- (c) Tussenpersoon heeft niet onderzocht of Consument wel de vaste lasten had voor het aangaan van de Verzekering, vermeerderd met de € 750,- voor levensonderhoud. Bovendien heeft Tussenpersoon nagelaten Consument te infomeren over het feit dat dit alleen om de vaste lasten van Consument gaat en niet om de vaste lasten van haar gezin.
- (d) Het adviesrapport is door Tussenpersoon opgemaakt *nadat* Consument de Verzekering heeft gesloten. Consument kan zich niet herinneren dit rapport ooit ontvangen te hebben en te hebben ondertekend. Ook collega's van Consument die hetzelfde adviestraject hebben doorlopen kunnen zich niet herinneren een dergelijk rapport te hebben ontvangen. Bovendien ontving Consument nadat zij dit rapport in juli 2019 had opgevraagd eerst een pdfrapport, opgemaakt op 3 juli 2019 en pas op 15 juli 2019 een pdfrapport dat is opgemaakt op 28 januari 2016.
- (e) Doordat Tussenpersoon na een door Consument aan hem gedane (tijdige) schademelding niet heeft gemeld dat schade binnen drie maanden na de eerste ziektedag gemeld *moest* worden, maar heeft verteld dat zij kon wachten met het indienen van de claim, heeft Consument gewacht en is het schadeformulier niet tijdig bij TAF ingediend. Consument loopt nu het risico dat de uitkering uit hoofde van de Verzekering op een later moment ingaat.
- (f) Tussenpersoon heeft Consument niet medegedeeld dat bij een wachttijd van twee jaar de gehele beoordeling van arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt gedaan. Consument dacht verzekerd te zijn voor een jaar beroepsarbeid. maar deze kan door de wachttijd van twee jaar nooit uitgekeerd worden.

Verweer Tussenpersoon

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

- De verwijten onder a t/m c heeft Consument niet binnen bekwame tijd aangevoerd zodat haar vorderingsrecht met betrekking tot die verwijten op grond van artikel 6:89 BW teniet is gegaan. Doordat Consument te laat heeft geklaagd heeft Tussenpersoon het verzekerde bedrag niet kunnen aanpassen en eventuele schade kunnen wegnemen. Omdat Consument voor het eerst is gaan klagen na het ontstaan van haar ziekte, is dat nu niet meer mogelijk.
- Consument heeft geen verzekering voor vaste maandlasten afgesloten, maar een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Tussenpersoon heeft Consument voorafgaand aan het sluiten van de Verzekering geïnformeerd over het verzekerd bedrag en Consument heeft hiermee ingestemd. Doordat een verzekerd bedrag lager dan € 2.500,- is opgenomen gaat TAF ervan uit dat dit een reëel verzekerd bedrag is en hoeft Consument bij schade niet aan te tonen wat het gemiddelde inkomen en de vaste maandlasten ten tijde van het afsluiten van het product waren.

Uit navraag bij TAF bleek dat de vaste lasten naar rato van de verdeling van inkomsten moeten worden verdeeld, maar bij een claim zal TAF hier niet diep op doorvragen. Dat het inkomen van Consument boven de € 2.500,- lag was ook al in 2015 ten tijde van het advies en in 2016 bij ontvangst van het polisblad bij Consument bekend. Het lag op de weg van Consument om tijdig daarover te klagen zodat het verzekerd bedrag nog kon worden aangepast.

- Op basis van het gewijzigd voorstel zijn op 15 januari 2016 een definitieve offerte en het adviesrapport opgesteld. Dit adviesrapport is op 15 januari 2016 per post aan Consument verzonden. In het adviesrapport is de keuze en omvang van de dekking toegelicht. Consument werd verzocht bij akkoordbevinding pagina 28 voor akkoord te ondertekenen en middels een bijgevoegde retourenvelop aan Tussenpersoon te retourneren. Op 28 januari 2016 heeft Tussenpersoon het door Consument voor akkoord ondertekende adviesrapport in zijn geheel retour ontvangen. Nu het rapport voor akkoord is ondertekend, heeft dit op grond van artikel 157 lid 2 Rv dwingende bewijskracht.
- Dat een geclaimde ziekte of letsel medisch objectiveerbaar moet zijn, staat helder in de vooraf aan Consument gestuurde Voorwaarden die onderdeel van het adviesrapport waren. Consument heeft met de inhoud van de Voorwaarden ingestemd.
- Vanaf de inventarisatie en alle daaropvolgende berekeningen en gesprekken is de insteek altijd claimbeoordeling op basis van passende arbeid geweest. Dit blijkt ook uit de aantekeningen van het adviesgesprek op 12 oktober 2015 alsmede uit diverse overgelegde stukken. Bij een wachttijd van twee jaar en een gekozen claimbeoordeling na het eerste jaar op basis van passende arbeid, is er dus nooit sprake geweest van beroepsarbeid.
- Tussenpersoon heeft Consument op 6 juli 2018 gevraagd om een schadeaangifte-formulier in te vullen. Omdat dit formulier uitbleef, heeft hij daar op 6 februari 2019 nogmaals om gevraagd. Vervolgens heeft hij zijn verzoek op 12 februari 2019 herhaald. Na de derde keer heeft Consument het formulier op het kantoor van Tussenpersoon afgegeven. Als de claim van Consument al te laat is ingediend, is dit volledig aan het handelen van Consument zelf toe te rekenen.
- Consument heeft niet aangetoond dat zij schade heeft geleden door de advisering door Tussenpersoon.

4. Beoordeling

Klachtplichtschending t.a.v. verwijten a tot en met c?

4.1 De Commissie constateert dat Tussenpersoon ten aanzien van de verwijten onder a tot en met c onder meer een beroep heeft gedaan op artikel 6:89 BW.

Aangezien dit een formeel verweer is, dient de Commissie allereerst – voordat zij kan overgaan tot een inhoudelijke beoordeling van de klacht – te beoordelen of Consument ten aanzien van die klachtonderdelen te laat heeft geklaagd in de zin van dat artikel.

4.2 Op grond van artikel 6:89 BW moet een schuldeiser (Consument) binnen bekwame tijd nadat hij een gebrek heeft ontdekt of redelijkerwijze had moeten ontdekken, bij de schuldenaar (Tussenpersoon) protesteren. Als hij dat niet doet, kan hij op het gebrek in de prestatie geen beroep meer doen. De vraag of binnen bekwame tijd is geprotesteerd dient te worden beantwoord aan de hand van de omstandigheden van het concrete geval. De tijd die is verstreken tussen het moment dat het gebrek in de prestatie is ontdekt of had moeten worden ontdekt en het indienen van de klacht is weliswaar een belangrijke factor, maar niet doorslaggevend. Van belang is ook of de schuldenaar (Tussenpersoon) door het tijdsverloop in zijn belangen is geschaad (zie de uitspraak van de Hoge Raad van 8 februari 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4600). Beide factoren zullen door de Commissie hierna worden behandeld.

4.3 Wat betreft het tijdsverloop overweegt de Commissie als volgt. Consument heeft in deze procedure onder meer het polisblad van de Verzekering en de Voorwaarden overgelegd en heeft ook niet betwist de stelling van Tussenpersoon dat zij deze stukken bij het aangaan van de Verzekering heeft ontvangen. De Commissie gaat er daarom vanuit dat Consument in ieder geval vanaf de totstandkoming van de Verzekering op 28 januari 2016 in het bezit is geweest van het polisblad en de Voorwaarden.

4.4 Van een consument mag worden verwacht dat hij kennisneemt van de inhoud van het polisblad en de verzekeringsvoorwaarden. Indien deze documenten onjuistheden bevatten, dan ligt het op de weg van de consument om daarover vragen te stellen aan de adviseur.

4.5 De Commissie stelt vast dat op het polisblad een verzekerd maandbedrag van € 2.450,- staat vermeld en dat uit de hiervoor onder 2.6 geciteerde Voorwaarden volgt dat een geclaimde ziekte of letsel medisch objectiveerbaar moet zijn, wat het verzekerd maandbedrag inhoudt en wat moet worden verstaan onder aantoonbare vaste maandelijkse lasten. Consument had bij het doornemen van het polisblad en de Voorwaarden dan ook moeten ontdekken dat een geclaimde ziekte medisch objectiveerbaar moet zijn en dat sprake is van een arbeids-ongeschiktheidsverzekering met een verzekerd maandbedrag van € 2.450,-. Ook had Consument daaruit kunnen opmaken dat het verzekerd maandbedrag bij het aangaan van de Verzekering in geen geval hoger mocht zijn dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van verzekerde vermeerderd met € 750,- voor persoonlijke, niet aantoonbare maandelijkse lasten.

4.6 Uit de overgelegde stukken volgt dat Consument niet korte tijd nadat zij kennis had genomen, dan wel had kunnen nemen van bovenstaande kenmerken van de Verzekering zich bij Tussenpersoon over de advisering heeft beklaagd, maar pas op 6 mei 2019. Nu niet is gesteld of gebleken dat sprake was van omstandigheden die ertoe hebben geleid dat Consument niet eerder heeft kunnen klagen, is dat naar het oordeel van de Commissie te laat.

4.7 Wat betreft de vraag of Tussenpersoon door het tijdsverloop is benadeeld, geldt het volgende. Tussenpersoon heeft aangevoerd dat hij door het late klagen het verzekerde bedrag niet meer heeft kunnen aanpassen omdat Consument inmiddels ziek is geworden en hij daardoor eventuele schade niet heeft kunnen wegnemen. De Commissie is van oordeel dat Tussenpersoon door het late klagen daadwerkelijk in zijn belangen is geschaad. Immers, het late tijdstip van klagen van Consument staat eraan in de weg dat Tussenpersoon de gevolgen van de gestelde tekortkoming heeft kunnen of nog kan beperken nu Consument inmiddels in de tussengelegen tijd ziek is geworden.

Conclusie

4.8 De conclusie luidt dat het beroep van Tussenpersoon op artikel 6:89 BW ten aanzien van de verwijten a tot en met c slaagt. Dit betekent dat het recht om over deze klachtonderdelen te klagen is vervallen en deze dus niet voor inhoudelijke behandeling in aanmerking komen.

Overige verwijten (d tot en met f)

Adviesrapport tijdig opgesteld en aan Consument verzonden?

4.9 Consument beklaagt zich er voorts over dat Tussenpersoon het adviesrapport heeft opgemaakt nadat zij de Verzekering reeds had gesloten en stelt zich niet te kunnen herinneren dit ooit te hebben ontvangen en te hebben ondertekend. Daarmee ligt de vraag voor aan de Commissie of er reden is aan te nemen dat Tussenpersoon het adviesrapport niet voor het aangaan van de Verzekering aan Consument heeft verstrekt.

4.10 De Commissie stelt uit de overgelegde stukken vast dat het adviesrapport op pagina 28 een akkoordverklaring bevat die op de plek waar de naam van Consument staat is voorzien van een handtekening met daarbij als ondertekendatum 24 januari 2016. Consument heeft niet gesteld dat deze handtekening niet van haar is. Deze akkoordverklaring levert dan ook ingevolge artikel 157 Burgerlijke Rechtsvordering dwingend bewijs op voor de stelling van Tussenpersoon dat Consument het adviesrapport op 24 januari 2016 heeft ontvangen en daarmee akkoord is gegaan. Dat Consument zich niet kan herinneren het adviesrapport te hebben ontvangen voor de totstandkoming van de Verzekering op 28 januari 2016, kan aan het voorgaande onvoldoende afdoen. Dit klachtonderdeel faalt dan ook.

Onjuiste informatieverstrekking met betrekking tot schademelding?

4.11 Consument verwijt Tussenpersoon voorts dat hij in zijn e-mailbericht van 6 juli 2018 heeft nagelaten Consument erop te wijzen dat zij haar arbeidsongeschiktheid binnen drie maanden moet melden bij de verzekeraar. De Commissie overweegt hieromtrent als volgt.

4.12 Nog daargelaten dat Consument gesteld noch aannemelijk heeft gemaakt dat de verzekeraar een beroep heeft gedaan op te late schademelding, volgt uit de overgelegde stukken niet dat Tussenpersoon op dit punt de op hem rustende informatieplicht heeft geschonden. Tussenpersoon heeft Consument in het hiervoor onder 2.7 geciteerde e-mailbericht meegedeeld dat hij navraag heeft gedaan bij de verzekeraar en dat het de voorkeur van de verzekeraar geniet om de claim alvast kenbaar te maken. Tussenpersoon heeft Consument vervolgens diezelfde dag stukken toegezonden die Consument moet invullen en aan Tussenpersoon retourneren zodat hij tot indiening van de claim bij verzekeraar kon overgaan. Daarmee heeft Tussenpersoon volgens de Commissie de zorg betracht die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot verwacht mag worden. Dit klachtonderdeel faalt derhalve.

Onjuiste informatieverstrekking met betrekking tot dekkingskeuze?

4.13 Consument verwijt Tussenpersoon tot slot dat hij haar niet heeft meegedeeld dat bij een wachttijd van twee jaar de gehele beoordeling van arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt gedaan. Consument stelt dat zij in de veronderstelling verkeerde dat de claimbeoordeling het eerste jaar zou plaatsvinden op basis van beroepsarbeid. Tussenpersoon heeft hiertegen aangevoerd dat bij een wachttijd van twee jaar en een gekozen claimbeoordeling na het eerste jaar op basis van passende arbeid, nooit sprake is van beoordeling op basis van beroepsarbeid. Daarnaast stelt Tussenpersoon dat vanaf de inventarisatie en alle daaropvolgende gesprekken en berekeningen de insteek altijd passende arbeid is geweest. De Commissie overweegt hierover als volgt.

4.14 De Commissie stelt vast dat bij het door Consument gekozen verzekeringsproduct de beoordeling standaard tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid beoordeeld wordt op basis van beroepsarbeid, en dat alleen voor het na-eerstejaarsrisico wordt gekeken naar de door de verzekeringnemer zelfgemaakte keuze. Vast staat dat bij een gekozen wachttijd van 730 dagen de claimbeoordeling alleen plaatsvindt op basis van passende arbeid.

Nu uit de overgelegde stukken, waaronder het door Tussenpersoon opgestelde advies-rapport dat een akkoordverklaring bevat die op de plek van de naam van Consument is voorzien van een handtekening, volgt dat vanaf aanvang van het adviseringstraject uitgangs-punt voor Consument altijd is geweest dat de claimbeoordeling zou plaatsvinden op basis van passende arbeid, is de Commissie van oordeel dat de zorgplicht en informatieplicht van Tussenpersoon niet zo ver strekt dat hij Consument had moeten informeren dat dat bij een gekozen wachttijd van 730 dagen de claimbeoordeling alleen plaatsvindt op basis van passende arbeid. Ook dit klachtonderdeel faalt derhalve.

5. Beslissing

De Commissie oordeelt dat de klachtonderdelen a tot en met c niet behandelbaar zijn. Ten aanzien van de overige klachtonderdelen wijst de Commissie de vordering van Consument af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.