Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0660
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, drs. J.W. Janse, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 23 oktober 2019
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Yarden Uitvaartverzekeringen N.V., gevestigd te Almere, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 21 juli 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

En bloc-wijziging. De consument heeft een natura-uitvaartverzekering bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft voor deze en circa 390.000 soortgelijke natura-uitvaartverzekeringen de voorwaarden ten nadele van de consument gewijzigd. Hierdoor komen de kostenstijgingen van de diensten en producten waarop de verzekeringen recht geven vanaf 1 januari 2020 voor rekening van de verzekeringnemer. In de verzekeringsvoorwaarden is een beding opgenomen dat de verzekeraar het recht geeft de voorwaarden of de premie voor een categorie van verzekeringen of voor alle verzekeringen eenzijdig te wijzigen, een zogenoemde “en bloc-bepaling”. De commissie overweegt dat een eenzijdige wijzigingsbevoegdheid zich in beginsel niet verhoudt met de aard van de verzekeringsovereenkomst en dat van deze wijzigingsbevoegdheid slechts onder uitzonderlijke omstandigheden gebruik mag worden gemaakt. De slechte financiële situatie van de verzekeraar maakt de wijziging van de voorwaarden ten nadele van de verzekeringnemers noodzakelijk. Alleen dan kan de verzekeraar voldoen aan de wettelijke solvabiliteitsnormen en worden verder ingrijpen van DNB en een voor de verzekeraar en de verzekeringnemers nadeliger scenario voorkomen. De consument vordert het ongedaan maken van de wijziging omdat de verzekerde waarde en de afkoopsom te laag zijn en de jaarlijkse kostenstijgingen onvoldoende gedefinieerd zijn. De commissie oordeelt dat deze klachten ongegrond zijn en de wijziging van de voorwaarden door de verzekeraar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is.

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) de aanvullende stukken van de consument; 3) de brief van consument waarin hij meldt dat hij 6 van zijn 9 klachtonderdelen intrekt; 4) het verweerschrift van de verzekeraar; 5) de repliek van de consument en 6) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 Ingaande 1 mei 1990 heeft de consument zich ingeschreven als lid bij de Vereniging voor Crematie AVVL. Dit lidmaatschap en de daarop gebaseerde rechten op verzorging en bekostiging van de crematie of begrafenis is in 1993 omgezet in een natura-uitvaartverzekering bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar, hierna: 'de verzekering'. Het gaat om een zogenoemde 'pakketverzekering': een langlopende verzekering die erin voorziet dat de nabestaanden van de verzekerde bij diens overlijden recht hebben op bepaalde, door de verzekeraar omschreven uitvaartdiensten en uitvaartproducten. De verzekeraar keert dus uit 'in natura' in plaats van 'in geld'.

2.2 Op de verzekering zijn de Algemene voorwaarden van verzekering voor de AVVL uitvaartzorg natura verzekering 1993, hierna: 'de voorwaarden' van toepassing.
Hierin is voor zover relevant voor de beoordeling van het geschil, het volgende opgenomen:

Artikel 4 RECHTEN EN VERPLICHTINGEN

4.1
Behoudens het bepaalde in het vijfde lid onder b heeft een verzekerde overeenkomstig het in de "Omschrijving van Rechten" vastgelegde, recht op de verzorging en bekostiging van zijn crematie of begrafenis danwel een andere door de verzekerde bepaalde wijze van dodenverzorging.

(…)

4.5
De Verzekeraar kan:

a. de periodieke premies voor hen die reeds verzekerd zijn, wijzigen;
b. de in het eerste lid genoemde rechten beperken tot ten hoogste het bedrag dat laatstelijk als grondslag voor de berekening van de technische reserve heeft gediend en dat per groep verzekerden onder benaming 'Onvoorwaardelijke Rechten' in elk financieel verslag van de verzekeraar wordt vermeld.

2.3 In 2007 heeft de verzekeraar alle bij hem lopende natura-uitvaartverzekeringen, en dus ook die van de consument, omgezet in sommenverzekeringen, die na overlijden geen recht geven op uitvaartdiensten en uitvaartproducten, maar een vast bedrag uitkeren. Tot 2018 ging de verzekeraar ervan uit dat deze omzetting gold voor alle verzekeringnemers, met uitzondering van een relatief gering aantal dat daar bezwaar tegen had gemaakt.

2.4 In 2018 heeft de verzekeraar in overleg met De Nederlandsche Bank (DNB) vastgesteld dat de omzetting van de natura-uitvaartverzekering naar de sommenverzekering in 2007 niet conform de verzekeringsvoorwaarden heeft plaatsgevonden en de omzetting daarom geen effect heeft gehad. Dit had tot gevolg dat alle ongeveer 390.000 in 2007 naar een sommenverzekering omgezette verzekeringen van de verzekeraar alsnog natura-uitvaartverzekering waren gebleven. Met de kostenstijgingen van de in het pakket van de natura-uitvaartverzekeringen opgenomen uitvaartdiensten en uitvaartproducten had de verzekeraar vanaf 2007 geen rekening gehouden. De verzekeraar moest voor deze kostenstijgingen zijn technische voorziening, dit is het vermogen dat naar verwachting nodig is om alle lopende verzekeringsverplichtingen te kunnen dekken, in 2018 zo aanzienlijk verhogen, dat hij niet meer voldeed aan de wettelijke solvabiliteitseisen.

2.5 DNB heeft de verzekeraar verplicht een herstelplan bij hem in te dienen en de verzekeraar heeft aan deze verplichting voldaan. In het ingediende herstelplan heeft de verzekeraar mogelijke maatregelen om weer aan de wettelijke solvabiliteitseisen te voldoen uitgewerkt. DNB heeft een curator benoemd op grond van artikel 1:76 lid 2 Wet op het financieel toezicht (Wft) om uitvoering te geven aan het herstelplan.

2.6 Een van de door de verzekeraar genomen maatregelen is een beperking van de rechten die verzekeringnemers aan de natura-uitvaartverzekeringen die zij bij de verzekeraar hadden afgesloten kunnen ontlenen. Deze maatregel houdt in dat vanaf 1 januari 2020 de jaarlijkse kostenstijgingen van de uitvaartdiensten en uitvaartproducten uit het pakket niet langer voor rekening van de verzekeraar maar voor rekening van de verzekeringnemer komen.

2.7 De verzekeraar heeft per brief van 1 juli 2019 mededeling gedaan aan de consument van de beperking van zijn rechten uit de verzekering op grond van de zogenoemde en bloc-bepaling in de voorwaarden. Bij de brief zijn als bijlage bijgesloten het nieuwe polisblad met algemene voorwaarden en een folder met een toelichting op de wijziging en een rekenvoorbeeld.

2.8 In de brief van 1 juli 2019 staat, voor zover relevant het volgende:

*"**Wat is de situatie?***
(…)
B. Yarden is onvoldoende solvabel

De solvabiliteit van Yarden is op dit moment niet voldoende. Dat betekent dat Yarden niet genoeg financiële buffers heeft voor de lange termijn. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat u en zeer veel polishouders nog steeds een pakketpolis blijken te hebben. De kosten van de diensten en producten in de pakketten zijn de afgelopen jaren gestegen en zullen in de toekomst verder stijgen. Daardoor komt Yarden in de toekomst voor hoge uitgaven te staan die niet kunnen worden betaald uit de beleggingsopbrengsten of uw premies. Andere oorzaken voor de ontoereikende solvabiliteit zijn de lage rentestand en de nieuwe regelgeving (Solvency II).
Yarden moet maatregelen nemen om haar solvabiliteit te versterken. Daarom heeft Yarden besloten de rechten van uw pakketpolis te beperken. Dat betekent concreet dat kostenstijgingen van de diensten en producten in uw pakket vanaf 1 januari 2020 voor uw eigen rekening komen. Deze kostenstijgingen worden in ieder geval veroorzaakt door inflatie. Daarnaast is het mogelijk dat de kosten door andere oorzaken sterker stijgen dan de inflatie, bijvoorbeeld als Yarden bepaalde inkoopvoordelen verliest.

Wat betekent dit voor u?
(…)
De voorwaarden van uw pakketpolis zijn gewijzigd. Vanaf 1 januari 2020 komen de jaarlijkse kostenstijgingen van de diensten en producten in uw pakket voor uw eigen rekening. In de meegestuurde folder lichten wij dit toe aan de hand van een rekenvoorbeeld. In december van ieder jaar wordt u geïnformeerd over de hoogte van de kostenstijgingen voor het komende jaar.
(…)"

De klacht en vordering

2.9 De consument heeft zijn klacht gesplitst in 9 klachtonderdelen. Na uitspraken van de commissie over de en bloc-wijziging door de verzekeraar[1] heeft hij 6 klachtonderdelen ingetrokken, waarna er dus nog drie resteren.

2.10 Het eerste klachtonderdeel betreft de op het polisblad genoemde verzekerde waarde van € 3.201,00. Deze is volgens de consument te laag en in strijd met de redelijkheid en billijkheid vastgesteld. Het verzekerde dienstenpakket kan namelijk nooit worden afgenomen voor dit bedrag. Een bedrag van minimaal € 7.235,00 ligt meer in de rede: dit is ook het bedrag dat volgt uit de berekening van de uitvaartkosten (crematie) bij invoer van de verzekerde diensten op de website van Yarden. De verzekerde waarde is voor de consument van belang omdat door de wijziging van de voorwaarden, na het overlijden van de verzekerde wordt vastgesteld welke diensten en producten in het pakket voor de verzekerde waarde kunnen worden uitgevoerd. Als de verzekerde waarde niet voldoende is om deze diensten en producten te betalen, dient het verschil door de nabestaanden bijbetaald te worden.

[1] GC Kifid 2020-696, 2020-697 en 2020-806.

Het tweede klachtonderdeel betreft de te laag vastgestelde afkoopwaarde van € 549,98. De polisvoorwaarden bepalen niet meer dan dat de afkoopwaarde gelijk is aan de technische reserve. Dit begrip en de wijze waarop dit moet worden berekend is nergens gedefinieerd. De consument verzoekt de commissie om de door de verzekeraar berekende afkoopwaarde te toetsen op redelijkheid en billijkheid. Het derde klachtonderdeel betreft de wijze van berekenen van de jaarlijkse kostenstijgingen. De consument wenst inzicht hoe deze worden berekend. De consument vindt dat de verzekeraar de per 1 januari 2020 ingegane wijziging van de verzekering ongedaan moet maken en de verzekering ongewijzigd moet voortzetten.

Het verweer

2.11 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

Wat is de hoofdvraag?

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar bevoegd was om op grond van de en bloc-bepaling in artikel 4.5 van de voorwaarden eenzijdig de verzekeringsvoorwaarden aan te passen ten nadele van de consument.

Wettelijk kader

3.2 Tussen partijen staat niet ter discussie dat in de voorwaarden een en bloc-bepaling staat die de verzekeraar de mogelijkheid geeft om de voorwaarden van de verzekering eenzijdig aan te passen. Uit artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek (BW) volgt dat verzekeraars een en bloc-bepaling in hun voorwaarden mogen opnemen. Een beroep op een dergelijke bepaling kan echter onder omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn (art. 6:248 lid 2 BW).

Eenzijdige wijziging van een verzekering mag alleen onder uitzonderlijke omstandigheden

3.3 Uitgangspunt is dat een verzekeringsovereenkomst tot doel heeft om een bepaald risico dat de verzekeringnemer loopt over te dragen aan de verzekeraar, die hiervoor premie(s) ontvangt. De verzekeringnemer moet ervan kunnen uitgaan dat de verzekeraar het overgenomen risico tegen de overeengekomen premie gedurende de overeengekomen looptijd op zich neemt en bij de verwezenlijking van het risico ook aan zijn verplichtingen voldoet.

3.4 De en bloc-bepaling geeft de verzekeraar juist de mogelijkheid om de voorwaarden van een bepaalde categorie verzekeringen of van alle verzekeringen eenzijdig te wijzigen. Daarmee is de verzekeraar bevoegd een deel van het risico dat verzekeringnemer aan de verzekeraar heeft overgedragen, weer terug bij verzekeringnemer te leggen.

Een dergelijke eenzijdige wijzigingsbevoegdheid verhoudt zich in beginsel niet met de aard van de verzekeringsovereenkomst en van deze bevoegdheid mag naar het oordeel van de commissie dan ook slechts onder uitzonderlijke omstandigheden gebruik worden gemaakt. Zie de uitspraak van voorzieningenrechter van de Rechtbank Amsterdam van 30 oktober 2013 (ECLI:NL:RBAMS: 2013:7138) en de uitspraken van de Geschillencommissie nummer 2013-352 en nummer 2015-044 (te vinden in het uitsprakenregister van Kifid, https://www.kifid.nl/uitspraken/). In overweging 4.7 van genoemde uitspraak van de Rechtbank Amsterdam overweegt de voorzieningenrechter dat een beroep op een en bloc-bepaling in geval van tegenvallende bedrijfsresultaten mogelijk zou zijn als de resultaten dermate negatief zijn dat zij het voortbestaan van het bedrijf in gevaar brengen.

Herstelplan

3.5 De aanpassing van de voorwaarden betreft een beperking van de rechten van de polis-houders van de natura-uitvaartverzekeringen. Deze aanpassing is een onderdeel van het herstelplan dat de verzekeraar moest opstellen omdat hij niet meer voldeed aan de wettelijke solvabiliteitsnormen. Met het herstelplan heeft de verzekeraar inzage gegeven in de door hem overwogen maatregelen en de keuzes die daarin zijn gemaakt. Uit het herstelplan blijkt dat de verzekeraar ook andere maatregelen heeft genomen om zijn solvabiliteit boven het wettelijke minimum te brengen. Zo heeft de verzekeraar het uitvaartverzorgingsbedrijf in het verzekeringsbedrijf ingebracht. Maar door deze maatregelen voldeed de verzekeraar nog niet aan de wettelijke solvabiliteitsnormen. De en bloc-wijziging van de voorwaarden is daarom een noodzakelijk onderdeel van het herstelplan. Naar het oordeel van de commissie is het besluit om de rechten van polishouders eenzijdig te beperken zorgvuldig en op de juiste wijze tot stand gekomen. De maatregel is een noodzakelijk onderdeel van het herstelplan dat in opdracht van DNB is opgesteld, door DNB is goedgekeurd en onder toezicht van DNB en de door haar aangewezen (stille) bewindvoerder is uitgevoerd.

Belangen van de verzekeraar en de consument

3.6 Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt dat de beperking van rechten van de polishouders van de natura- uitvaartverzekeringen noodzakelijk is om weer te kunnen voldoen aan de wettelijke solvabiliteitseisen en daarmee een afwikkeling of een faillissement van de verzekeraar te voorkomen, in welke situaties de polishouders zeer waarschijnlijk slechter af zouden zijn. De financiële situatie van de verzekeraar maakt dat de wijziging nodig is om te kunnen voldoen aan de wettelijke solvabiliteitsnormen en om een voor de consument nadeliger scenario te voorkomen. Onder deze uitzonderlijke omstandigheden is het inroepen van de maatregel door verzekeraar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar.

Het belang van de consument om niet met extra uitgaven voor de verzekering te worden geconfronteerd weegt hier niet tegen op en hij zal de jaarlijkse kostenstijgingen voor zijn rekening moeten nemen.

Klachten van de consument

3.7 De klachtonderdelen van de consument ten aanzien van de verzekerde waarde, de afkoopwaarde en het ontbreken van inzicht in de jaarlijkse prijsstijgingen leiden niet tot een ander oordeel. De commissie legt hierna uit waarom.

De verzekerde waarde

3.8 De verzekeraar heeft in zijn verweerschrift toegelicht dat de verzekerde waarde van € 3.201,00 het gewogen gemiddelde is van het tarief voor het verzorgen van een uitvaart conform de rechtenlijst die is opgenomen in de voorwaarden. Dit bedrag was "de interne kostprijs" ten tijde van het versturen van de in 2.8 genoemde brief van 1 juli 2019: het bedrag dat de verzekeraar in rekening werd gebracht door de met hem verbonden uitvaartonderneming. De commissie volgt de verzekeraar in zijn standpunt dat dit bedrag voor de consument niet van belang is omdat de pakkethouder namelijk recht heeft op het beschreven pakket van diensten. Vanaf 2020 geldt weliswaar de bijbetalingsverplichting in het geval alle diensten worden afgenomen, maar de verzekeraar informeert de consument jaarlijks over het (maximaal) bij te betalen bedrag. De klacht van de consument dat de verzekerde waarde te laag is vastgesteld is daarom ongegrond.

De afkoopwaarde

3.9 De commissie heeft de door de verzekeraar opgegeven afkoopwaarde actuarieel getoetst. Uit de narekening van de door de verzekeraar gegeven onderbouwing, volgt dat de afkoopwaarde van € 549,98 is berekend op basis van dezelfde grondslagen als waarmee de premie voor de verzekering is vastgesteld. Deze methode en de uitkomst daarvan zijn actuarieel acceptabel. De klacht dat de afkoopwaarde te laag is vastgesteld is daarom ongegrond.

De jaarlijkse kostenstijgingen

3.10 De verzekeraar heeft in zijn verweerschrift uitgelegd hoe de jaarlijkse kostenstijgingen voor 2020 en 2021 zijn bepaald. De consument heeft hierover nog wel vragen, maar hij vindt de onderbouwing van de verzekeraar op het eerste oog redelijk en hij heeft de juistheid ervan niet gemotiveerd betwist. Ook dit klachtonderdeel van de consument is daarom ongegrond.

Conclusie

3.11 Gelet op alle feiten en omstandigheden is naar het oordeel van de commissie het belang van de consument bij ongewijzigde voortzetting van de verzekering niet onevenredig geschaad door de opgelegde beperking van zijn rechten ten opzichte van het belang van de verzekeraar om met de getroffen maatregel te kunnen voldoen aan de wettelijke solvabiliteitseisen. Het belang van de verzekeraar bij continuïteit van zijn onderneming dient in dit geval ook het belang van de consument. De conclusie is derhalve dat onder bovengenoemde omstandigheden een beroep op de en bloc-bepaling naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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.