RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/053 Med

i n d e k l a c h t nr. 2004.2918 (067.04)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in de gelegenheid te stellen in een zitting te worden gehoord, maar deze heeft verklaard daarvan geen gebruik te maken.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft bij verzekeraar een ongevallenverzekering voor inzittenden gesloten. Klager heeft aan verzekeraar uitkering krachtens deze verzekering gevraagd ter zake van drie aan zijn echtgenote en/of hemzelf in de periode van 26 juni 1998 t/m 27 maart 1999 overkomen verkeersongevallen. Verzekeraar heeft echter geweigerd om uitkering krachtens de verzekering te verlenen.

De klacht

Klager heeft, anders dan verzekeraar stelt, de premie voor de verzekering betaald. Klager heeft de polis ontvangen. De verzekering is niet geëindigd; klager heeft daarover nimmer bericht ontvangen.

Klager heeft de ongevallen op tijd gemeld. Verzekeraar en de tussenpersoon zeiden echter dat klager en zijn echtgenote niet konden claimen zolang zij niet invalide waren verklaard. Verzekeraar en de tussenpersoon waren van de drie ongevallen en het letsel direct op de hoogte. In plaats van de meldingen krachtens de onderhavige verzekering in behandeling te nemen, stuurden zij klager en zijn echtgenote naar een letselschadeadvocaat. Van een te late melding is geen sprake gelet op de in de polis vermelde termijn van 5 jaar binnen welke een ongeval aan verzekeraar kan worden gemeld. Uitkering heeft klager pas geclaimd in december 2002, nadat de blijvende invaliditeit van hem en zijn echtgenote was vastgesteld.

2005/053 Med

Het standpunt van verzekeraar

Verzekeraar heeft geweigerd uitkering krachtens de onderhavige verzekering te verlenen omdat de premie niet tijdig is voldaan en de schade niet tijdig is gemeld, waardoor hij in zijn belang is geschaad.

Het door verzekeraar ontvangen giroafschrift uit juli 1998, dat volgens klager betrekking heeft op de premie van zijn auto- en ongevallenverzekering voor inzittenden, staat op naam van een ander en heeft betrekking op de betaling van de premie van een rechtsbijstandverzekering van die ander. Voor deze jaarpremie is een acceptgiro afgegeven en bij betaling wordt dit bedrag weggeschreven tegen de openstaande premie van de verzekering waarmee de acceptgiro correspondeert. Op het giroafschrift staat de omschrijving 'AC', hetgeen acceptgiro betekent. De jaarpremie van 1998 voor deze rechtsbijstandverzekering bedroeg f 54,83, exact het bedrag van de betaling. Van klager ontving verzekeraar geen reactie op deze betalingstoewijzing. Verzekeraar heeft van klager geen nadere bewijzen van betaling mogen ontvangen. Een polisblad is geen bewijs van betaling, c.q. dekking. Nu de premie niet tijdig is betaald, is de dekking opgeschort conform het bepaalde in de algemene verzekeringsvoorwaarden. De ongevallenverzekering voor inzittenden van klager is per 26 december 1997 geroyeerd. Op 10 maart 1999 is een royement-polisblad verstuurd aan klager en de tussenpersoon. Premie is daarna uiteraard niet meer ontvangen.

Inderdaad kan een claim op de ongevallenverzekering voor inzittenden binnen 5 jaar worden gemeld. Klager heeft niet voldaan aan zijn verplichting verzekeraar zo spoedig mogelijk van de ongevallen in kennis te stellen, met vermelding van alle ter zake dienende feiten en omstandigheden. Klager had direct na het ongeval een schadeaangifteformulier kunnen invullen en kunnen meedelen dat onduidelijk is of sprake is van blijvend letsel. Verzekeraar had dan zelf direct een medisch onderzoek kunnen instellen om een eventuele medische eindsituatie vast te stellen. De tussenpersoon heeft destijds klager doorverwezen naar een letselschadebureau.

Niet duidelijk lijkt dat de klachten van klagers echtgenote ongevalsgevolg zijn, aangezien zij zich niet direct na het ongeval bij haar huisarts heeft gemeld. Het is niet redelijk te achten dat de klachten veroorzaakt zijn door het ongeval op 26 juni 1998.

Verzekeraar moet zorgvuldig de rechtmatigheid van een claim kunnen vaststellen wat betreft het letsel en de toedracht ervan. Hij moet gedegen onderzoek kunnen verrichten naar onder andere de rechtmatigheid, de omstandigheden, polisbeperkingen en het opgelopen letsel. Voor zover mogelijk heeft een dergelijk onderzoek ook in het geval van klager plaatsgevonden.

Uiteraard is verzekeraar bereid de letselschademelding alsnog in behandeling te nemen als klager kan aantonen dat hij de melding tijdig bij verzekeraar heeft ingediend, dat causaal verband bestaat tussen de klachten van klagers echtgenote en het ongeval van 26 juni 1998 en dat de premie op tijd betaald is. Vooralsnog is daarvan echter niets gebleken.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

De Raad heeft in een brief van 12 oktober 2004 aan verzekeraar het navolgende gevraagd:

'1. Gaarne ontvangt de Raad van u een kopie van de polisbescheiden van de rechtsbijstandverzekering, waarop volgens u de betaling op 15 juli 1998 van f 54,83 (door klagers echtgenote) betrekking heeft.
2. Waarom is de ongevallenverzekering van klager pas op 10 maart 1999 geroyeerd met terugwerkende kracht tot 26 december 1997 ondanks blijkbaar langdurige premieachterstand?
3. Waarom is het polisblad van 27 november 1998 zo laat afgegeven?
4. Is klager conform de daaromtrent gestelde regels gewezen op de consequenties van het niet betalen van de premie? De Raad ontvangt graag kopie van de daarop betrekking hebbende correspondentie.
5. Waarom vermelden uw polisvoorwaarden in artikel 11, ondanks het hierboven onder 4 vermelde, dat ingebrekestelling door uw maatschappij niet nodig is?'

Verzekeraar heeft daarop bij brief van 9 november 2004 aan de Raad meegedeeld, onder handhaving van zijn standpunt, besloten te hebben om de claim van klager alsnog in behandeling te nemen.

Klager heeft vervolgens op 28 februari 2005 aan de Raad meegedeeld zijn klacht te handhaven.

Daarop heeft de Raad verzekeraar verzocht alsnog de bij brief van 12 oktober 2004 gestelde vragen te beantwoorden.

Verzekeraar heeft in antwoord daarop bij brief van 15 april 2005 onder meer meegedeeld dat iedere wanbetaler meermalen wordt aangemaand alvorens tot opschorting van de dekking of tot royement van de verzekering wordt overgegaan. Daarbij wordt de verzekerde vroegtijdig gewezen op de consequenties van de betalingsachterstand. Kopie van de aan klager gestuurde aanmaningen heeft verzekeraar niet. Bij brief van 2 juni 2002 heeft verzekeraar twee voorbeelden overgelegd van de brieven die hij destijds via zijn geautomatiseerde systeem bij premieachterstand aan de verzekerden zond. Wat betreft de verzenddata van de brieven aan klager verwijst verzekeraar naar eerdere brieven aan de Raad.

Het oordeel van de Raad

1. Vaste rechtspraak van de Raad is dat een verzekeraar de verzekerde tijdig tevoren en onmiskenbaar duidelijk dient te wijzen op de gevolgen van het niet tijdig betalen van de premie. Niet gebleken is dat verzekeraar daaraan jegens klager heeft voldaan. Verzekeraar heeft aan de Raad twee voorbeelden overgelegd van de brieven die hij destijds via zijn geautomatiseerde systeem bij premieachterstand aan de verzekerden zond. Een daarvan betreft de mededeling dat wegens premieachterstand de dekking reeds is opgeschort, van de andere is onduidelijk of deze voorafgaand of na het opschorten van de dekking aan de verzekerde wordt gezonden, nog afgezien van het feit dat daarin niet onmiskenbaar duidelijk is aangegeven dat bij uitblijven van premiebetaling binnen een redelijke periode, bijvoorbeeld 14 dagen, de dekking wordt opgeschort. Voorts heeft verzekeraar geen duidelijkheid verschaft omtrent de data waarop hij welke brief aan klager heeft gezonden.
2. Verzekeraar heeft in zijn correspondentie naar aanleiding van de hem gemelde ongevallen het standpunt ingenomen dat deze hem te laat zijn gemeld. Verzekeraar heeft echter in bedoelde correspondentie niet te kennen gegeven dat en waarom hij door

de late melding in zijn belangen is geschaad. Verzekeraar heeft voorts miskend dat de aan klager en zijn echtgenote overkomen ongevallen nog voor het verstrijken van de in de polis voor het melden van een ongeval gestelde uiterste termijn van vijf jaar na het ongeval aan hem zijn gemeld.
3. Op grond van hetgeen hiervóór sub 1 en 2 is overwogen, zal de klacht derhalve gegrond worden verklaard. Aangezien verzekeraar bij brief van 9 november 2004 aan de Raad heeft meegedeeld de claim van klager alsnog in behandeling te nemen, verbindt de Raad aan de gegrondverklaring van de klacht geen financiële consequenties voor verzekeraar.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht gegrond.

Aldus is beslist op 12 september 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, dr. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)