Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-219 d.d. 2 juni 2014
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. E.M. Dil-Stork en dr. B.C. de Vries, leden en mevrouw mr. F.E. Uijleman, secretaris)

Samenvatting

Consument heeft in 1997 een overlijdensrisicoverzekering en een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Begin 2000 heeft hij een beroep gedaan op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft de claim afgewezen en de verzekering nietig verklaard. Consument vordert dat de verzekeraar alsnog overgaat tot uitkering van het verzekerd bedrag en tot terugbetaling van door hem onverschuldigd betaalde verzekeringspremies. De commissie oordeelt dat zij op grond van artikel 30.1 van het Reglement onbevoegd is de klacht, die betrekking heeft op de afwijzing van de arbeidsongeschiktheidsclaim, inhoudelijk te beoordelen. Verder oordeelt de commissie dat de door de verzekeraar geïncasseerde verzekeringspremies betrekking hebben op de overlijdensrisicoverzekering en dat deze premies terecht door de verzekeraar in rekening zijn gebracht. Tot slot oordeelt de commissie dat de door de verzekeraar in 2000 ingeroepen nietigverklaring meebracht dat de verzekeraar de door consument voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering betaalde koopsom had moeten terugbetalen. Nu de verzekeraar dit niet heeft gedaan dient de verzekeraar dit bedrag, inclusief de wettelijke rente, aan consument terug te betalen.

Consument,

tegen

BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
Dossier GC-13-00207:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ingevulde en ondertekende vragenformulier, ontvangen op 27 maart 2013;
- de beslissingsbrief van de secretaris van 22 mei 2013;
- het bezwaar van Consument van 26 juni 2013;
- de brief van de Voorzitter van de Geschillencommissie van 1 juli 2013;
- het verweerschrift van Aangeslotene van 13 augustus 2013;
- de brief van Aangeslotene met bijlage van 2 april 2014;

- de brief van Consument van 3 april 2014.

Dossier GC-13-00487:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ingevulde en ondertekende vragenformulier, ontvangen op 3 juli 2014;
- het verweerschrift van Aangeslotene van 10 oktober 2013;
- de repliek van Consument van 31 oktober 2013;
- de dupliek van Aangeslotene van 6 januari 2014;
- de brief van Aangeslotene met bijlage van 2 april 2014;
- de brief van Consument van 3 april 2014.

2. Overwegingen

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

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1. Consument heeft op 16 september 1997 een kredietovereenkomst gesloten bij X B.V. Daarnaast heeft Consument ter afdekking van het betalingsrisico bij Aangeslotene een overlijdensrisicoverzekering afgesloten op het leven van zijn partner en dat van hemzelf.

3.2. In verband met de aanvraag van de overlijdensrisicoverzekering heeft Consument op 20 mei 1997 een medische vragenlijst ingevuld. Op de vragenlijst heeft Consument onder meer aangegeven dat hij van 1983 tot en met augustus 1985 arbeidsongeschikt is geweest als gevolg van een hernia en dat hij in 1992 als gevolg van een herniaoperatie circa 45 dagen zijn werk heeft moeten onderbreken.

3.3. Verder heeft Consument in 1997 een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Aangeslotene. In het polisblad van deze verzekering is vermeld dat de verzekering is ingegaan op 16 september 1997 voor een periode van 10 jaar, dat de koopsom voor deze verzekering *ƒ* 4.597,- (wat gelijk is aan € 2.086,02) was en het verzekerd maandbedrag *ƒ* 654,87.
Verder staat op het polisblad nog het volgende:
"**Ondergetekende(n) verklaart/verklaren:**
- kennis genomen te hebben van en akkoord te gaan met de algemene verzekeringsvoorwaarden;
- te weten, dat het opzettelijk afleggen van onjuiste verklaringen nietigheid van de verzekering tot gevolg kan hebben (art. 251 WvK);
- momenteel een goede gezondheid te bezitten (…);
- momenteel geen aandoeningen te hebben, die medische behandeling vereisen;

(…)"

3.4. Eind december 1999 is Consument door een verzekeringsarts van het USZO 80-100% arbeidsongeschikt verklaard. Consument heeft dit in januari 2000 bij Aangeslotene gemeld.

3.5. Bij brief van 19 april 2000 heeft Aangeslotene de claim afgewezen. In de brief staat, voor zover relevant, het volgende:
"Op 1 januari jl. heeft u (…) door het opsturen van een ingevuld schadeaangifteformulier, een schadeclaim ingediend ter zake van een door u geleden schade.
Als gevolg van deze claim is verzekeraar informatie gaan opvragen ter objectieve beoordeling van een en ander. Uit deze informatie is verzekeraar gebleken dat u op het moment van afsluiten van de verzekering niet had mogen verklaren 'momenteel een goede gezondheid te bezitten' en 'momenteel geen aandoeningen te hebben die een medische behandeling vereisen.' Door ondertekening van het certificaat heeft u een en ander desondanks verklaard. Het gevolg van onjuiste of onvolledige opgave, zo valt in de laatste volzin van artikel 251 van het Wetboek van Koophandel te lezen, is dat verzekeraar zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en dientengevolge schadevergoeding kan weigeren, ongeacht het antwoord op de vraag of verzekerden zich bewust waren van dit feit. (…)
Het spijt me u dan ook te moeten meedelen dat verzekeraar na intensief beraad heeft moeten besluiten de met u gesloten verzekering nietig te verklaren, en daardoor tevens niet tot uitkering over te gaan."

3.6. Consument heeft Aangeslotene daarop telefonisch verzocht haar besluit te herzien. Bij brief van 28 april 2000 heeft Aangeslotene Consument als volgt bericht:
"Uit door u zelf toegestuurde informatie blijkt dat u vanaf 1994 tot mei 1999 periodiek onder behandeling heeft gestaan van een anaesthesist in verband met de plaatsing van pijnblokkades. Dit heeft u bij het aangaan van de verzekering niet gemeld. Had u dit wel gedaan dan was verzekeraar de verzekering met u niet of niet onder dezelfde voorwaarden aangegaan.
Het spijt mij u dan ook te moeten meedelen dat verzekeraar gezien het bovenstaande bij het eerder door haar ingenomen (…) standpunt moet blijven."

3.7. Consument heeft vervolgens bij brief van 29 april 2000 bezwaar gemaakt tegen het besluit. Aangeslotene heeft daarop bij brief van 4 mei 2000 het volgende geantwoord:
"In uw brief spreekt u over "gegevens die ik u bij het aangaan van de verzekering heb verstrekt." Verzekeraar heeft echter buiten de door u ondertekende algemene verklaring (…) **geen** medische informatie van u ontvangen op het moment van afsluiten van de verzekering. Uw verdere opmerking dat verzekeraar op basis daarvan aanvullende gegevens had moeten opvragen of u had moeten laten keuren is dan ook niet reëel."

3.8. Bij brief van 15 september 2000 heeft Aangeslotene Consument bericht "dat er momenteel geen premie meer wordt geïncasseerd voor de geroyeerde arbeidsongeschiktheidsverzekering onder polisnummer 0."

3.9. Bij brief van 14 juni 2012 heeft Consument Aangeslotene wederom gevraagd haar besluit van 19 april 2000 in te trekken en alsnog tot uitkering over te gaan.

3.10. Aangeslotene heeft dit verzoek van Consument bij brief van 28 juni 2012 afgewezen.

4. De vordering en grondslagen

4.1. Consument vordert dat Aangeslotene overgaat tot uitkering van het verzekerd maandbedrag inclusief de wettelijke rente. Daarnaast vordert Consument

terugbetaling door Aangeslotene van de onverschuldigd betaalde verzekeringspremies ter zake van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, door hem begroot op € 4.726,28.

4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:
- Aangeslotene heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim ten onrechte afgewezen op de grond dat niet is voldaan aan de mededelingsplicht.
In de eerste plaats stelt Consument dat hij Aangeslotene op de hoogte heeft gesteld van zijn medische situatie door het invullen van een medische vragenlijst. Ter onderbouwing voert hij aan dat hij op 20 mei 1997 al een medische vragenlijst had ingevuld ten behoeve van het aanvragen van de overlijdensrisicoverzekering. Daarnaast stelt Consument dat hem nooit is meegedeeld dat hij ook voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering een medische vragenlijst diende in te vullen. Verder voert Consument aan dat hij ten tijde van het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in een goede gezondheid verkeerde. Ten aanzien van zijn rugklachten stelt hij dat deze te verwaarlozen waren en dat hij meestal maar één keer per jaar voor pijnklachten werd behandeld. Van een regelmatige behandeling tot pijnbestrijding was geen sprake.
- Aangeslotene heeft ten onrechte tot en met 2 april 2004 een bedrag van € 4.726,28 aan premie geïncasseerd. Consument stelt daartoe dat hij de premies onverschuldigd heeft betaald nu de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2000 door Aangeslotene is geroyeerd.

4.3. Aangeslotene voert tegen de stellingen van Consument verweer en concludeert tot afwijzing van de vordering. Op de stellingen die Aangeslotene aan haar verweer ten grondslag legt wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

5. Beoordeling

5.1. Consument legt aan zijn vorderingen twee klachten ten grondslag. Gelet op de samenhang van de klachten zal daarover een oordeel worden gegeven in een beslissing. Beide klachten zullen voor de duidelijkheid wel hierna afzonderlijk worden behandeld.

Afwijzing arbeidsongeschiktheidsclaim (GC-13-00207)

5.2. De eerste klacht van Consument heeft betrekking op de afwijzing door Aangeslotene van zijn arbeidsongeschiktheidsclaim. Alvorens de klacht inhoudelijk te kunnen behandelen, dient de Commissie zich uit te spreken over de ontvankelijkheid van de klacht.

5.3. Voorop staat dat in artikel 30.1 van het Reglement Ombudsman & Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (hierna: het Reglement) is bepaald dat de Geschillencommissie een klacht niet in behandeling kan nemen indien de consument deze niet binnen drie maanden, nadat het oordeel van de Ombudsman Financiële Dienstverlening hem ter kennis is gebracht, bij de Geschillencommissie heeft ingediend. Dit is anders indien de consument naar het oordeel van de Voorzitter of de Commissie van de termijnoverschrijding geen verwijt kan worden gemaakt.

De Commissie stelt vast dat de Ombudsman bij brief van 17 augustus 2012 zijn eindoordeel over de arbeidsongeschiktheidsclaim aan Consument heeft meegedeeld en dat hij in de brief heeft gewezen op de mogelijkheid de klacht binnen drie maanden aan de Geschillencommissie voor te leggen. Verder stelt de Commissie vast dat zij de klacht van Consument op 27 maart 2013, en daarmee buiten de in artikel 30.1 van het Reglement genoemde termijn van drie maanden, heeft ontvangen. Consument heeft ter zitting aangevoerd dat de oorzaak voor de te late indiening van zijn klacht is gelegen in het feit dat hij regelmatig met zijn gezondheid tobt en dat hij zich als gevolg van medicijngebruik niet kon concentreren. De Commissie begrijpt dit standpunt aldus dat Consument stelt dat hem van de termijnoverschrijding geen verwijt kan worden gemaakt. De Commissie verwerpt dit standpunt en is van oordeel dat Consument onvoldoende feiten en omstandigheden heeft aangedragen op grond waarvan aannemelijk is geworden dat hem geen andere mogelijkheden – zoals het aanwijzen van een gemachtigde, bijvoorbeeld in de persoon van zijn zoon die hem op de zitting van 31 maart 2014 bijstond, dan wel het indienen van een pro forma klacht – voorhanden stonden om de termijn veilig te stellen.

5.4. Bij deze stand van zaken is de Commissie van oordeel dat zij ingevolge artikel 30.1 van het Reglement onbevoegd is de klacht inhoudelijk te beoordelen. De Commissie verklaart Consument derhalve niet-ontvankelijk in zijn klacht.

Terugbetaling van onverschuldigd betaalde premies (GC-13-00487)

5.5. De tweede klacht van Consument houdt in dat Aangeslotene ten onrechte een totaalbedrag ad € 4.726,28 aan verzekeringspremies heeft geïncasseerd. Hij stelt daartoe dat hij de premies onverschuldigd heeft betaald nu de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2000 door Aangeslotene is geroyeerd. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft Consument een overzicht overgelegd van de door Aangeslotene geïncasseerde premies. Aangeslotene daarentegen betwist dat zij de premies zonder rechtsgrond heeft geïncasseerd. Zij stelt dat de premies zijn geïncasseerd ten behoeve van de overlijdensrisicoverzekering.

5.6. Over dit geschil kan inhoudelijk een oordeel worden gegeven, aangezien Consument wel binnen de in artikel 30.1 Reglement bepaalde termijn de klacht aan de Commissie heeft voorgelegd.

Tussen partijen staat niet ter discussie dat de overlijdensrisicoverzekering was geregistreerd onder het polisnummer 00 en de arbeidsongeschiktheidsverzekering onder het polisnummer 0. De Commissie stelt vast dat het polisnummer dat op het onder 5.4. bedoelde overzicht staat vermeld – te weten: 00 – overeenkomt met het polisnummer dat betrekking heeft op de overlijdensrisicoverzekering. Gelet hierop volgt de Commissie Aangeslotene dan ook in haar standpunt dat de premies zijn geïncasseerd ten behoeve van de overlijdensrisicoverzekering. Nu evenmin ter discussie staat dat Consument tot en met april 2004 verzekerd is geweest voor het risico van overlijden, is de Commissie van oordeel dat de premies terecht zijn geïncasseerd.

5.7. Ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsverzekering overweegt de Commissie nog als volgt. Vaststaat dat Aangeslotene de arbeidsongeschiktheidsverzekering bij brief van 19 april 2000 nietig heeft verklaard en in verband hiermee heeft geroyeerd.

Eveneens staat vast dat de nietigverklaring meebracht dat Aangeslotene de door Consument betaalde koopsom van ƒ 4.597,- (€ 2.086,02) aan Consument had moeten terugbetalen maar dat zij dit niet heeft gedaan. Aangeslotene heeft dit ter zitting ook erkend.

5.8. Nu niet ter discussie staat dat Aangeslotene de koopsom al in 2000 aan Consument had moeten terugbetalen, is de Commissie van oordeel dat Aangeslotene in redelijkheid de wettelijke rente aan Consument dient te vergoeden over de periode van 19 april 2000 tot en met de verzenddatum van dit bindend advies. Hierbij neemt de Commissie in aanmerking dat Aangeslotene ter zitting heeft benadrukt dat zij bewust geen beroep doet op verjaring. De Commissie begroot het bedrag aan wettelijke rente ex aequo et bono op € 2.500,-. Daarnaast zal Aangeslotene aan Consument de eigen bijdrage ad € 50,- moeten vergoeden voor de behandeling van de klacht door de Commissie. 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 wijze van bindend advies vast

6.1. dat Consument niet-ontvankelijk is in zijn vordering tot uitkering van het terzake van arbeidsongeschiktheid verzekerde maandbedrag (GC-13-00207);

6.2 dat Aangeslotene aan Consument een bedrag betaalt van € 4.586,02 ter restitutie van de koopsom van de geroyeerde arbeidsongeschiktheidsverzekering, inclusief wettelijke rente (GC-1300487);

6.3. dat Aangeslotene aan Consument de eigen bijdrage (€ 50,-) vergoedt voor de behandeling van het geschil door de Commissie;

6.4. dat betaling van een en ander moet plaatsvinden binnen een termijn van vier weken na de verzenddatum van dit bindend advies.

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.