Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0538

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	27 juni 2024
Klacht van	De klager
Tegen	Chubb European Group SE, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Beslissing over de behandelbaarheid
Uitkomst	Klacht niet behandelbaar
Bijlage	Relevante bepalingen uit het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023

Samenvatting

De klager heeft een beroep gedaan op de ongevallenverzekering van de verzekeringnemer omdat hij een ongeval op de werkvloer heeft gehad. De verzekeraar heeft dekking afgewezen omdat de klager geen *verzekerde* is in de zin van de voorwaarden en daarom geen aanspraak kan maken op de verzekering. Voordat de commissie een inhoudelijk oordeel kan geven, dient de commissie eerst te beoordelen of de klacht behandelbaar is. De commissie oordeelt dat de klager geen *financiële dienst* heeft afgenomen omdat hij geen verzekerde is onder de verzekering. De klacht is niet behandelbaar.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de klager; 2) het verweerschrift van de verzekeraar en 3) de aanvullende reactie van de gemachtigde namens de consument.

1.2 De klager is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde mr. S.H. Schreurs, jurist bij Stichting Achmea Rechtsbijstand.

1.3 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.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 [naam stichting] (verder te noemen: de verzekeringnemer) heeft een collectieve ongevallenverzekering voor haar werknemers gesloten.

2.2 Op 22 april 2021 heeft de klager bij de verzekeraar gemeld dat hij een ongeval op werk bij de verzekeringnemer heeft gehad. De verzekeraar heeft de klager gevraagd om een schade-formulier in te vullen. Bij e-mail van 1 juni 2021 heeft de klager de rechtsbijstandverlener gevraagd om te helpen met het invullen van het schadeformulier.

Het schadeformulier is op 14 juli 2021 ingediend bij de verzekeraar en op de vraag over het dienstverband heeft de klager ingevuld dat sprake is van een vast/tijdelijk dienstverband.

2.3 De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en onderzoek gedaan naar de blijvende invaliditeit van de klager als gevolg van het ongeval. Voor de vaststelling van de schadesom heeft de verzekeraar de gemachtigde van de klager per e-mail van 4 augustus 2023 gevraagd om de salarisstroken van de klager over de maanden april 2020 tot en met april 2021 toe te sturen.

2.4 Bij e-mail van 28 september 2023 heeft de gemachtigde van de klager de verzekeraar bericht dat zijn cliënt zelfstandig ondernemer is. Vervolgens heeft de verzekeraar de gemachtigde per e-mail van 5 oktober en 21 november 2023 geïnformeerd dat de klager als zelfstandig ondernemer *geen* verzekerde is en daarom geen recht heeft op dekking.

2.5 Bij brief van 14 december 2023 heeft de verzekeraar dit standpunt herhaald. De klager kan zich niet verenigen met dit standpunt en heeft een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.6 De klager vordert dat de verzekeraar dekking verleent voor de blijvende invaliditeit als gevolg van het bedrijfsongeval.

2.7 Primair stelt de klager zich op het standpunt dat door de verzekeraar het gerechtvaardigd vertrouwen bij de klager is gewekt dat hij recht heeft op uitkering onder de verzekering.

i. Het ongeval is op 22 april 2021 gebeurd en de verzekeraar heeft direct een medisch traject opgestart om het percentage blijvende invaliditeit vast te stellen. Deze gang van zaken heeft het vertrouwen gewekt dat de klager recht had op uitkering.

ii. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht geschonden door deze informatie niet aan het begin van de claimbehandeling op te vragen bij de klager of de verzekeringnemer.

iii. Door niet aan het begin informatie over zijn dienstverband en loon op te vragen, is de klager de afgelopen twee en een halfjaar onnodig belast met medische onderzoeken.

iv. De klager betwist dat hij zelf onjuiste informatie heeft gegeven over zijn dienstverband op het claimformulier door aan te geven dat hij een vast/tijdelijk dienstverband had. De klager heeft dit ook zo ervaren en zijn positie was gelijk te stellen met een reguliere werknemer.

2.8 Subsidiair stelt de klager dat er ook recht op dekking is omdat zijn positie is gelijk te stellen met dat van een werknemer in de zin van artikel 7:610 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

Daarbij is van belang dat de klager al drie en een half jaar structureel en voor nagenoeg een vast aantal uren bij de verzekeringsnemer werkte. De werkgever had daarbij zeggenschap over de werkzaamheden van de klager en de klager geen commercieel risico liep. De klager wijst daarbij op de uitspraak van de Hoge Raad van 24 maart 2023.[1]

Het verweer

2.9 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de klager.

2.10 Allereerst stelt de verzekeraar dat de claim is afgewezen omdat de klager geen verzekerde partij is. Op het polisblad staat vermeld wie verzekerde is onder de verzekering en een zelfstandig ondernemer wordt daarin niet genoemd.

2.11 De verzekeraar voegt hieraan toe dat hij hier ook niet eerder van op de hoogte had kunnen zijn. Pas bij het opvragen van de loonstroken is gebleken dat de klager niet in loondienst was. Dit terwijl de klager op het schadeformulier bij melding van de claim zelf heeft bevestigd dat hij een vast of tijdelijk dienstverband had bij de verzekeringnemer. Pas bij het opvragen van de loonstroken is bekend geworden dat de klager een zelfstandig ondernemer is en geen werknemer. De klager stuurde maandelijks facturen naar zijn opdrachtgever en wist dat geen sprake was van een dienstverband. Hij is zelf verantwoordelijk voor het verkeerd invullen van het schadeformulier.

2.12 De verzekeraar voert verder aan dat hij een aanspraak op een verzekering altijd zal onderzoeken en niet in alle gevallen dekking zal verlenen. Dat de claim wordt behandeld, betekent niet dat er dan ook altijd een uitkering zal volgen. Een claim kan altijd worden afgewezen op basis van de uitkomst van de claimbehandeling en bijvoorbeeld een medisch onderzoek.

2.13 De verzekeraar is verder van oordeel dat de vraag, of de rechtspositie van de klager al dan niet gelijk te stellen is met die van een werknemer, niet ter zake doet in dezen. De vraag is of de klager een verzekerde partij is onder deze verzekering. Het staat een verzekeraar vrij om de grenzen van de dekking aan te geven en de polisvoorwaarden omschrijven duidelijk wie de verzekerden zijn.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 Partijen discussiëren over de vraag of de klager *verzekerde* is in de zin van de voorwaarden en hem een beroep toekomt op de voorwaarden.

[1] HR 24 maart 2023, ECLI:NL:HR:2023:443, te vinden op www.rechtspraak.nl.

3.2 Op basis van vraag 1 en vraag 5 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023 (verder te noemen: het Reglement) kan de commissie alleen klachten behandelen over financiële diensten. Indien de klager geen verzekeringnemer of *verzekerde* onder de verzekering is, heeft hij geen financiële dienst afgenomen. Vandaar dat de commissie eerst moet beoordelen of de klacht behandelbaar is.

3.3 Nu de consument geen verzekeringnemer is, dat is {naam stichting], is voor deze beoordeling van belang wie onder de voorwaarden wordt aangemerkt als *verzekerde*. Op het polisblad staat – voor zover van belang voor de beoordeling van dit geschil – het volgende:

Polisblad – Group Accident

Verzekerden

Groep	Beschrijving groep
I.	Alle werknemers ,die voorkomen op de loonlijst van verzekeringsnemer, mits niet ouder dan 70 jaar en woonachtig in Nederland, in het grensgebied in België en/of Duitsland
II.	Alle stagiair(e)s en vrijwilligers, die voorkomen in de administratie van verzekeringnemer, mits niet ouder dan 70 jaar en woonachtig in Nederland, in het grensgebied in België en/of Duitsland

3.4 Vast staat dat de klager *niet* op de loonlijst van de verzekeringnemer stond. Ook staat vast dat hij niet als stagiair of vrijwilliger werkzaam was bij de verzekeringnemer. De klager is derhalve geen *verzekerde* volgens de verzekering.

3.5 Het door de klager aangevoerde argument dat hij gelijk is te stellen met een werknemer en daarom *verzekerde* is, maakt voorgaande niet anders. In de voorwaarden is duidelijk omschreven wie *verzekerde* onder de verzekering is en het staat de verzekeraar vrij om de grenzen van de dekking te omschrijven. Ook de stelling van de consument dat de klacht wel behandelbaar is op grond van vraag 5 onder 2 Reglement behandelbaar is, volgt de commissie niet. Omdat de consument geen *verzekerde* is onder de voorwaarden heeft hij geen eigen vorderingsrecht. Ook heeft hij geen eigen recht op schadevergoeding want daarvoor dient een wettelijke grondslag te zijn, zoals artikel 6 Wet aansprakelijkheid motorrijtuigen, en daar is hier geen sprake van.

3.6 Omdat de klager geen *verzekerde* volgens de verzekering is, heeft hij geen financiële dienst afgenomen van de verzekeraar in de zin van vraag 1 en vraag 5 van het Reglement. De klacht is daarom niet behandelbaar.

4. De beslissing

De commissie verklaart de klacht niet-behandelbaar.

In deze uitspraak is de commissie tot de conclusie gekomen dat uw klacht niet-behandelbaar is. Tegen deze beslissing kunt u geen beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Desgewenst kunt u zich tot de burgerlijke rechter wenden.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023 te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit het Reglement Kifid

Reglement Geschillencommissie Kifid - 1 oktober 2023

1. Waarover kunt u als consument klagen bij Kifid?

1. Kifid behandelt klachten over financiële diensten waarop Nederlands recht van toepassing is. U moet de financiële dienst als privépersoon afnemen. Met een financiële dienst bedoelen wij:
a. een betaaldienst zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht. Bijvoorbeeld het overboeken van geld of het betalen met pin;
b. een financiële dienst zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht. Ook als die wordt verleend met betrekking tot een financieel instrument of een levensverzekering met pensioenclausule. Een financieel instrument is bijvoorbeeld een effect, een recht van deelneming in een beleggingsinstelling, een optie of een rentetermijncontract;
c. een andere financiële dienst waarvoor u en uw financiële dienstverlener hebben afgesproken dat u bij Kifid terecht kunt met klachten.
2. We behandelen ook:
a. klachten over het verwerken van persoonsgegevens in de zin van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Dit wordt ook wel een privacyklacht genoemd;
b. klachten over het verwerken van persoonsgegevens door een financiële dienstverlener in het Centraal Krediet Informatiesysteem (CKI) bij de stichting Bureau Krediet Registratie (BKR). Dit wordt ook wel een kredietregistratieklacht genoemd;
c. klachten over pensioenovereenkomsten in de zin van de Pensioenwet.

(...)

5. Wie kan een klacht indienen als consument?

1. Iedereen die als privépersoon een financiële dienst afneemt, kan een klacht indienen. Hiermee bedoelen wij: de natuurlijke persoon die de financiële dienst afneemt voor privéactiviteiten, dus niet voor handels-, bedrijfs-, ambachts-, of beroepsactiviteiten. Als een financiële dienst ook voor zakelijke doeleinden van de natuurlijke persoon is afgenomen, dan mogen die doeleinden niet overheersen.
2. Als u de financiële dienst waar de klacht over gaat niet zelf heeft afgenomen, maar wel handelt voor privédoeleinden, dan kunt u in de volgende gevallen een klacht indienen:
a. u heeft een eigen vorderingsrecht op grond van de verzekering waar de klacht over gaat. Of volgens de wet een eigen recht op schadevergoeding door de verzekeraar. Dit geldt alleen niet voor de zogenaamde 'directe actie' van artikel 7:954 van het Burgerlijk Wetboek;
b. u bent de partner of ex-partner van de verzekeringnemer en u heeft een direct financieel belang bij de levensverzekering waar de klacht over gaat;
c. u klaagt over een pensioenovereenkomst en bent (gewezen) deelnemer aan een pensioenregeling, gepensioneerde of (gewezen) partner, zoals bedoeld in artikel 1 van de Pensioenwet;

d. u klaagt over de verwerking van uw persoonsgegevens in registers met interne of externe werking.
3. Ook een rechtspersoon waarvan de doelstelling zodanig gericht is op het privébelang van een natuurlijke persoon, dat de rechtspersoon als een verlengstuk van die natuurlijke persoon kan worden beschouwd, kan een klacht indienen. Bijvoorbeeld een Vereniging van Eigenaren (VvE) of een persoonlijke vennootschap, zoals een pensioen BV of een stamrecht BV.
4. Gaat de klacht over een kredietregistratie bij de Stichting BKR? Dan kan de natuurlijke persoon waarvan de persoonsgegevens zijn verwerkt een klacht indienen. Dat kan dus ook als hij beroeps- of bedrijfsmatig handelt of op grond van de wet of overeenkomst aansprakelijk is voor het voldoen van de betalingsverplichtingen uit een krediet verstrekt aan een rechtspersoon.
5. Is de consument overleden? Dan kunnen de erfgenamen of de executeur een klacht indienen of de al lopende klachtprocedure voortzetten. Er moet dan een verklaring van erfrecht aan Kifid worden verstrekt. Wordt een klacht ingediend of voortgezet door een erfgenaam en blijkt uit de verklaring van erfrecht dat er meer erfgenamen zijn? Dan moet de erfgenaam aantonen bevoegd te zijn om alle erfgenamen te vertegenwoordigen.