Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-857
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, R.J. Henninger, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 17 juni 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. De Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 21 oktober 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Collectieve WAO-gat verzekering. Consument beklaagt zich over (de grondslag van) de berekening van de uitkering onder de verzekering. Hij vindt dat hij een te laag bedrag uitgekeerd krijgt. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar de uitkering juist heeft berekend. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de klachtbrief van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 23 september 2020 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 De werkgever van Consument heeft per 1 januari 2003 een Collectieve WAO-gat verzekering (hierna: de Verzekering) bij (de rechtsvoorganger van) Verzekeraar afgesloten.

Deze verzekering heeft tot doel bij arbeidsongeschiktheid van de werknemer een periodieke aanvullende uitkering te verstrekken op basis van het verschil tussen de Loondervings-uitkering en de Vervolguitkering als bedoeld in de WAO.

2.2 Op het polisblad staat onder meer vermeld:

"*Rubriek B1*
WAO-aanvullingsverzekering. Aanvulling op de WAO-vervolguitkering tot ten hoogste 70,00% van het maximum WAO-dagloon.

Het jaarsalaris; Genoemde bedragen worden in aanmerking genomen voor het bedrag waarvoor deze zijn opgevoerd in kolom 8 van de individuele loonstaat.

Wachttijd: minimaal 730 dagen. Gerekend vanaf de datum waarop de verzekerde arbeidsongeschikt wordt. Gedurende deze periode bestaat geen recht op uitkering."

2.3 Op de Verzekering zijn van toepassing de verzekeringsvoorwaarden Collectieve Arbeidsongeschiktheidsverzekering Model CWAO01.
Deze bepalen voor zover hier relevant:

"1. **Begripsomschrijvingen**

1.4 **Arbeidsongeschiktheid**
Ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid, welke geacht wordt aanwezig te zijn indien en zolang de verzekerde recht heeft op loondoorbetaling wegens ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek, dan wel recht heeft op een uitkering wegens ziekte en/of ongeval krachtens de ZW en/of de WAO.

1.9 **Salaris**
Het inkomen van de verzekerde uit de dienstbetrekking bij de verzekeringnemer, dat de basis vormt voor deze verzekering. Op het polisblad is omschreven uit welke inkomens bestanddelen het salaris is opgebouwd.

6. **Jaarlijkse aanpassing van premie en verzekerde jaarrente**

6.1 *De premie wordt ieder jaar gebaseerd op de verzekerde jaarrente per 1 januari van dat jaar. De verzekeringnemer is verplicht jaarlijks vóór 1 april van ieder jaar een opgave te verstrekken van de relevante werknemersgegevens per 1 januari van dat jaar. Op basis van deze gegevens worden de verzekerde jaarrenten per 1 januari vastgesteld.*

11. **Stijgende uitkering**
Stijging van de uitkering, anders dan op grond van het arbeidsongeschiktheidspercentage, is niet mogelijk, tenzij uit het polisblad blijkt dat dit is overeengekomen. (…)"

2.4 Consument is meeverzekerd op de Verzekering. Hij is op 27 november 2003 arbeidsongeschikt geworden. Vanaf 25 november 2004 ontvangt hij een WAO-uitkering van het UWV en vanaf 25 mei 2006 een WAO-vervolguitkering. Hij is tot op heden nog steeds arbeidsongeschikt.

2.5 Verzekeraar is gaan uitkeren vanaf 25 juni 2006. Tussen partijen is in 2018 een geschil ontstaan over de berekening van de uitkering. Consument heeft Verzekeraar bij e-mailbericht van 28 juni 2018 vragen gesteld over die berekening en daarbij gesteld dat hij vanaf het begin en voortdurend onvoldoende uitgekeerd krijgt. Hij verzocht Verzekeraar om een overzicht en vorderde uitbetaling van het verschil tussen zijn eigen berekening en die van Verzekeraar. Verzekeraar heeft zich in zijn reactie van 8 augustus 2018 beroepen op verjaring van de aanspraken op uitkering van vóór 28 juni 2015, maar heeft 'onverplicht' en 'zonder afbreuk te willen doen aan zijn beroep op verjaring' een toelichting op zijn berekening gegeven. Aangezien Consument zich ondanks de daarop gevolgde informatie-uitwisseling nog steeds onvoldoende c.q. onjuist geïnformeerd acht, heeft hij zich tot Kifid gewend.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert een bedrag van € 9.902,00, zijnde het verschil tussen het door Verzekeraar gehanteerde maximum jaarloonbedrag op het fiscale jaaroverzicht en de wettelijke norm, met 4% cumulatieve rente, zoals door hem berekend tot en met december 2019. Dit bedrag dient nog vermeerderd te worden met de wettelijke rente vanaf 25 juni 2006. Verder dient de uitkering vanaf december 2019 tot aan de einddatum van de verzekering (augustus 2024) te worden aangepast.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Het beroep op verjaring faalt. De klacht betreft de correctie van een kennelijke fout. Consument heeft Verzekeraar op 28 juni 2018 op die fout gewezen. Pas in september 2016 heeft hij het polisblad en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden ontvangen en kon hij in de zaak duiken. Tot die tijd was hij met de fout niet bekend en verkeerde hij in de veronderstelling dat Verzekeraar de uitkering juist heeft berekend en daarbij de juiste grondslagen heeft gehanteerd.
- Verzekeraar heeft zeer traag gereageerd op de verzoeken om informatie van Consument en is dan nog slechts met oncontroleerbare berekeningen en ontwijkende antwoorden op vragen gekomen.

- Op de door Verzekeraar verstrekte jaaropgaven stond van 2006 tot en met 2009 een maximum grondslag op jaarbasis vermeld. De vermelde bedragen zijn niet juist.
- Verzekeraar heeft bij zijn berekeningen het gemaximeerde WAO-jaarloon per 1 januari 2004 als uitgangspunt genomen. De vervolguitkering is op 25 mei 2006 aangevangen. Het is dan logischer om het gemaximeerde WAO-jaarloon per 1 januari 2006 als grondslag te nemen.
- In 2009 is een verhoging van de uitkering per januari 2008 teruggedraaid zonder Consument daarover vooraf op de hoogte te stellen. Dit moet worden hersteld.

Verweer Verzekeraar

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

- De vordering van Consument is verjaard op grond van artikel 7:942 Burgerlijk Wetboek (BW). De door Consument geclaimde bedragen van vóór 28 juni 2015 zijn niet meer opeisbaar. Bovendien is niet voldaan aan het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden dat bezwaren tegen de hoogte van de uitkering binnen 30 dagen moeten worden kenbaar gemaakt (artikel 10 lid 4).
- De op de jaaropgaven 2006 tot en met 2009 vermelde 'maximum grondslag op jaarbasis' verwijst naar de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet. Verzekeraar is inhoudingsplichtig in de zin van artikel 42 lid 1 sub b van de Zorgverzekeringswet. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt berekend over de hoogte van de (bruto) uitkering tot een maximale grens. Daardoor heeft de inkomensafhankelijke bijdrage een maximale grondslag. Per ministeriële regeling wordt deze grondslag jaarlijks aangepast. De op de jaaropgaven vermelde bedragen vormen geen onderdeel van de berekening van de (bruto) uitkering, Zij werden op de jaaropgaven vermeld als een vorm van service aan verzekerden met meerdere bronnen van inkomsten, als een signaal aan hen, om rekening mee te houden bij de aangifte Inkomstenbelasting. Uit inzichten in 2011 is gebleken dat verzekerden de maximum grondslag niet gebruiken bij het invullen van hun aangifte Inkomstenbelasting, reden waarom de maximum grondslag sinds 2011 (vanaf jaaropgave 2010) niet meer op de jaaropgaven wordt vermeld.
- De eerste ziektedag van Consument valt op 27 november 2003. Op die datum is de arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering gestart (zie de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden in combinatie met het bepaalde op het polisblad). Bij de berekening van de uitkering wordt uitgegaan van het gemaximeerde jaarloon per 1 januari van dat jaar. In dit geval zou dat 1 januari 2003 zijn, zij het dat Verzekeraar de interne richtlijn hanteert dat als de ziekmelding na 1 oktober van een jaar is gelegen, het salaris van 1 januari van het opvolgende jaar wordt genomen als dat gunstiger is voor de verzekerde. In het geval van Consument was het WAO-maximum van 1 januari 2004 hoger dan dat van 1 januari 2003, en is dus het salaris van 1 januari 2004 als uitgangspunt genomen.
- De op het polisblad vermelde salarisgegevens zijn van de werkgever afkomstig.

- Bij het afsluiten van de verzekering in 2003 is door de werkgever gekozen voor een gelijkblijvende (niet geïndexeerde) uitkering. De uitkering onder de Verzekering stijgt dus niet. De uitkering van Consument is door Verzekeraar abusievelijk toch per januari 2008 geïndexeerd (verhoogd). Na ontdekking van deze vergissing is deze meteen gecorrigeerd.

4. Beoordeling

4.1 Ter zitting heeft Verzekeraar verklaard dat hij zijn beroep op artikel 10.4 van de verzekeringsvoorwaarden dat bezwaren tegen de hoogte van de uitkering binnen 30 dagen kenbaar moeten worden gemaakt, niet handhaaft. De Commissie laat dit verweer daarom verder buiten beschouwing.

4.2 Wat betreft het beroep van Verzekeraar op verjaring (artikel 7:942 BW) overweegt de Commissie als volgt. Artikel 7:942 BW bepaalt dat een rechtsvordering pas verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Naar het oordeel van de Commissie is aannemelijk dat Consument, zoals hij op de zitting heeft verklaard en toegelicht, het polisblad en de verzekeringsvoorwaarden pas in september 2016 heeft ontvangen en dat hij dus niet eerder bekend kon zijn met de opeisbaarheid van zijn (aanvullende) vordering dan in september 2016. Het e-mailbericht waarin Consument zijn bezwaren tegen de hoogte van de uitkering kenbaar maakt, dateert van 28 juni 2018. De termijn van drie jaren was op 28 juni 2018 nog niet verstreken en de vordering van Consument is om die reden niet verjaard. Het beroep van Verzekeraar op verjaring gaat dus niet op.

4.3 Aan de orde is dus nog alleen de vraag of Consument recht heeft op een hogere uitkering dan door hem ontvangen. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend.

4.4 Uit artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden in combinatie met het polisblad volgt dat de eerste ziektedag bepalend is voor het uitkeringsrecht. De eerste ziektedag is 27 november 2003. Consument heeft een jaar recht gehad op een uitkering wegens ziekte. Dit heeft Consument niet weersproken. Dan geldt als uitgangspunt voor de berekening van de uitkering onder de Verzekering de datum 1 januari 2003, die Verzekeraar in het voordeel van Consument heeft bijgesteld naar 1 januari 2004. De door Consument gevorderde uitgangsdatum van 1 januari 2006, vindt geen steun op het polisblad of in de verzekerings-voorwaarden. De Commissie gaat hierin niet mee.

4.5 Het verzekerd jaarsalaris van Consument per 1 januari 2004 is hoger dan het gemaximeerde WAO-jaarloon per die datum, en dus is sprake van een WAO-gat.

Op grond van het dossier stelt de Commissie vast dat Verzekeraar bij de uitkering rekening heeft gehouden met het juiste WAO-maximum en dat hij de Consument toekomende uitkering juist heeft berekend. In een mail van 28 februari 2019 heeft Verzekeraar die berekening aan Consument toegelicht.

4.6 De bedragen die staan vermeld op de jaaropgaven 2006 tot en met 2009 maken geen onderdeel uit van de berekening van de (bruto) uitkering. De Commissie laat deze daarom verder buiten beschouwing.

4.7 Een stijging van de uitkering is de werkgever niet met Verzekeraar overeengekomen en is daarom niet mogelijk. De Commissie verwijst naar artikel 11 van de verzekerings-voorwaarden.

Conclusie

4.8 Verzekeraar is niet tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De klacht van Consument is ongegrond en zijn vordering zal worden afgewezen.

4.9 De Commissie merkt nog op dat Verzekeraar sneller had kunnen communiceren en duidelijker in zijn communicatie met Consument had kunnen zijn. Deze constatering doet echter niet af aan de conclusie zoals verwoord onder 4.8.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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.