Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0926

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. S.W.A. Kelterman, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	7 december 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering toegewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft kort na het sluiten van de verzekering een beroep gedaan op het recht in de voorwaarden om het verzekerde bedrag te verhogen. De verzekeraar heeft haar verzoek geweigerd, omdat volgens hem bijzondere afspraken gelden en er een maximaal verzekerd bedrag was afgesproken. Ook legt de verzekeraar de voorwaarden aldus uit dat hij altijd aanvullende vragen mag stellen en een aanvraag om het verzekerde bedrag te verhogen mag weigeren. De commissie volgt de verzekeraar niet in zijn standpunten. Vordering toegewezen.

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 consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 1 november 2023. De consument nam deel aan de hoorzitting, samen met haar vertegenwoordiger [naam 1], adviseur. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door [naam 2], klachtbehandelaar en mr. [naam 3], jurist.

1.3 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie uitgebreid met de leden mr. dr. K. Engel en mr. S.W.A. Kelterman, naar een meervoudige commissie. Partijen zijn hierover geïnformeerd.

1.4 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 De consument heeft bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering) aangevraagd met een verzekerd bedrag van € 185.000,-. De verzekeraar heeft de aanvraag onderzocht, omdat de consument in verhouding tot haar beroep een hoog bedrag wilde verzekeren. Om die reden heeft de verzekeraar ook een arbeidsdeskundig-onderzoek laten uitvoeren. Het onderzoek van de verzekeraar heeft ertoe geleid dat hij een aanbod heeft gedaan aan de consument voor een verzekerd bedrag van € 60.000,-.

2.2 Per e-mailbericht van 21 maart 2023 heeft de verzekeraar zijn aanbod als volgt aan de consument toegelicht:

> *"**Op basis van het gesprek en de door eerder aangeleverde informatie, kunnen wij de dekking die u heeft aangevraagd niet bieden***
> *Wij bieden een verzekerd bedrag van maximaal € 60.000 aan.*
>
> ***Graag leg ik uit waarom wij van uw aanvraag afwijken.***
> *Allereerst vinden wij het door u aangevraagde verzekerd bedrag van € 185.000 niet passend voor ondernemers met uw beroep. In het gesprek gaf u aan dat op basis van uw uurtarief en de vergoeding die u ontvangt voor het inhuren van de 4 ZZP-ers u een winst verwacht van rond € 200.000. Ook dit inkomen is voor uw beroep niet marktconform.*
>
> *Eerder stuurde u inkomensgegevens waarin u een salaris in 2023 verwacht van afgerond € 66.000. Het overige deel van uw inkomen komt uit winst-of dividenduitkering. Wij verzekeren enkel 90% van uw opgegeven inkomen uit salaris verzekeren. Uw opgegeven inkomen uit winst-of dividenduitkering verzekeren wij niet. Dit komt doordat er sprake moet zijn van structureel, ongeveer, hetzelfde bedrag aan jaarlijks dividend, ook in het verleden. Daarnaast moet het dividend aantoonbaar arbeidsgerelateerd zijn. De overige aangevraagde dekkingskenmerken blijven hetzelfde.*
>
> ***Daarom doen wij u een aangepast voorstel***
> *U heeft zojuist een aangepast voorstel ontvangen in een aparte, beveiligde, e-mail met toegangscode via SMS. Op de laatste pagina van het aangepast voorstel kunt u aangeven of u akkoord gaat of niet."*

2.3 De consument heeft ingestemd met het aanbod van de verzekeraar en de verzekering is ingegaan op 23 maart 2023 met als verzekerd beroep "begeleider van mensen met een beperking" en verzekerd bedrag € 60.000,-. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hebben het kenmerk IAO-PV-11-202 (hierna: de voorwaarden).

De relevante artikelen uit de voorwaarden luiden als volgt:

*"**3 Wat verzekert u?***
U verzekert een jaarlijks inkomen bij ons.
• *Maar alleen de inkomsten als zelfstandig ondernemer.*
- Bij aanvang van de verzekering bedraagt het verzekerd bedrag maximaal 90% van uw gemiddelde jaarinkomen.
- Wij gaan daarbij uit van uw gemiddelde jaarinkomen over een periode van 3 jaar, tenzij er bijzondere omstandigheden zijn.
- Voor het 1e jaar van arbeidsongeschiktheid is het maximum verzekerd bedrag 100% van uw gemiddelde jaarinkomen.
• *De verzekering is een sommenverzekering.*
- Wij corrigeren niet voor uw werkelijke inkomen in de periode voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid.
- Wij corrigeren de uitkering niet met uw overige inkomsten tijdens de arbeidsongeschiktheid
(...)

Aanpassen van het verzekerd bedrag

47 Mag u uw verzekerd bedrag verhogen zonder gezondheidsvragen (verhogingsrecht)?
Ja, dat mag 1x per verzekeringsjaar. In de volgende situaties:
• *U bent jonger dan 62 jaar.*
• *U bent niet arbeidsongeschikt.*
• *U bent niet arbeidsongeschikt geweest in de 60 dagen voor de verhoging.*
• *U bent tijdens de verzekering niet meer dan 365 dagen arbeidsongeschikt geweest.*
• *U hebt uw verzekerd bedrag in de 3 maanden voor de verhoging niet verhoogd.*
• *U maakt geen gebruik van de sabbaticalregeling.*

48 Hoeveel mag u uw verzekerd bedrag maximaal verhogen zonder gezondheidsvragen?
10% van het verzekerd bedrag.
• *Het nieuwe verzekerd bedrag is niet hoger dan uw gemiddeld jaarinkomen over de laatste 3 jaar.*
• *Het nieuwe verzekerd bedrag is niet hoger dan € 250.000.*
Speciaal voor startende ondernemers:
In totaal € 20.000 tijdens de eerste 3 jaar van uw verzekering.

(...)

Jaarinkomen
Bij een zelfstandig ondernemer:
De bruto aan u toebedeelde winst en/of het resultaat uit overig werk volgens de verlies- en winstrekening zoals opgegeven aan de Belastingdienst.

Bij een dga:
Ofwel:
• Het met uw bedrijf overeengekomen bruto jaarsalaris. U mag daar aan uw werk verbonden beloningen bij optellen.
- Bijvoorbeeld een winstuitkering of managementfee.
• Structurele dividend uit bv of werkmaatschappij. Maar alleen als u voor de bv of werkmaatschappij werk verricht.
Niet: inkomsten omdat u alleen aandeelhouder bent."

2.4 Op 24 maart 2023 heeft de consument via Rabobank, haar assurantietussenpersoon, verzocht het verzekerde bedrag te verhogen naar € 150.000,-. De verzekeraar heeft dit verzoek afgewezen.

2.5 Op 7 april 2023 heeft de consument bij de verzekeraar een beroep gedaan op artikel 48 van de voorwaarden en verzocht om het verzekerde bedrag met € 20.000,- te verhogen. Ook dit verzoek heeft de verzekeraar afgewezen.

2.6 De consument heeft bezwaar aangetekend tegen de beslissing van de verzekeraar. De verzekeraar heeft zijn afwijzing evenwel gehandhaafd. Het is hierover dat partijen twisten.

De klacht en vordering

2.7 De consument heeft een beroep gedaan op het optierecht/ophogingsrecht. De consument vordert dat de verzekeraar het verzekerde bedrag met € 20.000,- verhoogt naar € 80.000,-. Dit is volgens de consument een recht en de verzekeraar dient dan ook haar verzoek te honoreren. De consument betwist niet dat bij aanvang van de verzekering is afgesproken dat het maximaal verzekerde bedrag € 60.000,- was. Bij het sluiten van de verzekering heeft zij echter rechten gekregen waaronder het recht het verzekerde bedrag te verhogen en daar wil zij gebruik van maken. In de voorwaarden staat dat als er bijzondere afspraken gelden deze met uitsluitingsclausules op het polisblad staan. Op het polisblad staan geen clausules. De verzekeraar stelt ten onrechte dat het verzekerde bedrag niet hoger mag zijn dan het salaris. Dit moet het inkomen zijn en hier voldoet de consument aan. Volgens de voorwaarden mag bij het salaris van de consument de winstuitkering, zijnde het dividend, worden opgeteld. Zij is Directeur Groot Aandeelhouder (DGA). Vanaf 2020 is het dividend jaarlijks minimaal € 150.000,- geweest.

Het verweer

2.8 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.9 De consument wilde een verzekerd bedrag van € 185.000,-. Dit bedrag in combinatie met haar beroep leek de verzekeraar extreem hoog en daarom heeft hij een uitgebreide en zorgvuldige risicobeoordeling gedaan op basis van haar inkomensgegevens en een arbeidsdeskundig onderzoek. De arbeidsdeskundige heeft ook uitvoerig met de consument gesproken.

Op basis van het onderzoek heeft de verzekeraar het ultieme voorstel gedaan van een verzekerd bedrag van maximaal € 60.000,-. Dit voorstel is zowel mondeling als schriftelijk gedaan. Het bedrag is gebaseerd op het vaste inkomen/salaris van de consument van € 66.000,- en is geclausuleerd. De consument wist dan ook dat de verzekeraar haar niet voor een hoger bedrag wilde verzekeren. Zij heeft het aanbod van de verzekeraar aanvaard.

2.10 De consument heeft onzuiver en in strijd met het vertrouwen en de transparantie tussen partijen gehandeld door direct nadat de verzekering was gesloten via de achterdeur, de Rabobank, het verzekerde bedrag zoveel mogelijk te verhogen. Als de consument niet tevreden was met het verzekerde bedrag van € 60.000,- dan had zij dit moeten laten weten voordat zij akkoord ging. De verzekeraar had de verzekering dan niet geaccepteerd vanwege het potentiële risico.

2.11 Een verzekerde kan in beginsel als starter een verhoging van maximaal € 20.000,- aanvragen in de eerste drie jaar van de verzekering. Dit betekent echter niet dat de verzekeraar blind akkoord moet gaan met een verzoek tot verhoging. Als het inkomen van de verzekerde te laag is dan loopt de verzekeraar immers een substantieel risico. Dat het verzekerde bedrag verhoogd kan worden zonder gezondheidsvragen, wil niet zeggen dat er geen andere of nadere vragen kunnen worden gesteld en dat de verzekeraar potentiële en substantiële risico's dient los te laten. In de voorwaarden staat bovendien niet dat de verzekeraar een wijziging altijd moet accepteren. Partijen kunnen om meerdere redenen immers ook met elkaar andere of aanvullende afspraken maken. Dit is in het onderhavige geval ook gebeurd.

2.12 De verzekering is een arbeidsongeschiktheidsverzekering en dat betekent dat er een realistische verhouding moet bestaan tussen het verzekerd inkomen en het verzekerde beroep.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 Aan de orde is de vraag of de verzekeraar het verzoek van de consument om het verzekerde bedrag op haar verzekering met € 20.000,- te verhogen mocht weigeren. De commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en zal haar oordeel hierna toelichten aan de hand van de stellingen van de verzekeraar.

Bestaat er een bijzondere afspraak tussen partijen?

3.2 De verzekeraar stelt dat tussen partijen een bijzondere afspraak bestaat, namelijk dat het verzekerde bedrag voorlopig niet zou worden verhoogd omdat dit een maximaal bedrag betrof. De consument betwist deze stelling. Beide partijen verwijzen voor hun standpunt naar het polisblad, de tussen hen gevoerde gesprekken en het onder 2.2 geciteerde e-mailbericht van 21 maart 2023.

3.3 De commissie overweegt dat uit het polisblad niet blijkt dat het verzekerde bedrag van € 60.000,- is geclausuleerd. Ook staan op het polisblad geen andere clausules of afspraken waaruit blijkt dat tussen partijen geldt dat het verzekerde bedrag (voorlopig) niet kan worden verhoogd of dat de artikelen 47 en 48 van de voorwaarden (voorlopig) buiten toepassing blijven. Ter zitting heeft de verzekeraar hierover gezegd dat hij niet wilde dat er een clausule voor het buiten toepassing verklaren van de artikelen 47 en 48 van de voorwaarden op de polis zou worden geplaatst omdat de consument na een aantal jaren wel het verzekerde bedrag zou mogen verhogen. Dit neemt echter niet weg dat de verzekeraar in dat geval een clausule voor een aantal jaren had kunnen plaatsen.
De door de verzekeraar veronderstelde afspraken staan evenmin in het onder 2.2 geciteerde e-mailbericht. Daarin wordt weliswaar benoemd dat het om een *maximaal* bedrag gaat, maar uit het enkele woord *maximaal* kan niet worden afgeleid dat de voorwaarden die volgens het polisblad gelden (voorlopig) gedeeltelijk niet van toepassing zijn. Het woord 'maximaal' kan hier bedoeld zijn om de hoogte van de verzekerde som te benadrukken, zoals de consument ter zitting heeft betoogd.

3.4 Voornoemde omstandigheden in combinatie met het feit dat de consument kort na het afsluiten van de verzekering via twee wegen heeft geprobeerd het verzekerde bedrag te verhogen duiden erop dat ook tijdens de gesprekken voorafgaand aan het sluiten van de verzekering partijen niet zijn overeengekomen dat het verzekerde bedrag (voorlopig) niet mag worden verhoogd of dat de artikelen 47 en 48 van de voorwaarden (voorlopig) niet tussen partijen gelden.

3.5 Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie niet heeft kunnen vaststellen dat tussen partijen bijzondere afspraken gelden. De artikelen 47 en 48 van de voorwaarden zijn daarom onverkort van toepassing.

Mag de verzekeraar weigeren om het verzekerde bedrag met € 20.000,- te verhogen?

3.6 Uit de discussie tussen partijen begrijpt de commissie dat zij twisten over de uitleg van artikel 47 en 48 van de voorwaarden. De verzekeraar voert aan dat uit deze artikelen volgt dat het verzekerd bedrag verhoogd kan worden zonder gezondheidsvragen, maar dat andere vragen gesteld mogen worden om het risico te beoordelen en dat hij niet verplicht is een verzoek tot verhoging te accepteren. Hiertegenover stelt de consument zich op het standpunt dat sprake is van een recht en dat de verzekeraar haar verzoek tot verhoging van het verzekerde bedrag overeenkomstig het verhogingsrecht daarom niet kan weigeren. De commissie zal toetsen aan het juridisch kader over de uitleg van voorwaarden.

Juridisch kader

3.7 Het gaat in deze zaak over de vraag hoe de bepalingen in een schriftelijk contract, in dit geval de verzekeringsvoorwaarden, uitgelegd moeten worden.

Daarvoor zijn in de uitspraken van de hoogste rechter, de Hoge Raad, richtlijnen te vinden.[1] Deze richtlijnen houden kort samengevat in dat voor een uitleg van de voorwaarden moet worden gekeken naar alle omstandigheden die een rol hebben gespeeld toen de partijen het contract sloten. Of, juridisch gesproken: van beslissende betekenis zijn alle omstandigheden van het concrete geval, gewaardeerd naar wat de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen.

3.8 In dit geval gaat het om de uitleg van de voorwaarden in een consumentenverzekerings-overeenkomst. Kenmerkend aan zo'n overeenkomst is dat de partijen meestal niet onderhandelen over de afspraken; die zijn simpelweg bepaald door de verzekeraar. Bij verschil van mening over de uitleg van dergelijke eenzijdig opgelegde bepalingen, geldt daarom de volgende regel. Er moet dan worden gekeken naar objectieve factoren zoals de letterlijke bewoordingen van de tekst, gelezen in het licht van de verzekeringsvoorwaarden als geheel.[2]

3.9 Verder is van belang dat verzekeraars bepalingen in consumentenovereenkomsten duidelijk en begrijpelijk moeten opstellen. Bij twijfel over de betekenis van een bepaling gaat daarom de voor de consument meest gunstige uitleg voor. Dit is de zogenoemde *contra proferentem*-regel, die is opgenomen in artikel 6:238 lid 2, tweede zin, Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

Uitwerking

3.10 De commissie is van oordeel dat, mede gelet op de bewoording van de artikelen 47 en 48 van de voorwaarden, een redelijke uitleg van deze bepalingen meebrengt dat de verzekeraar het verzoek om het verzekerde bedrag te verhogen moet honoreren als aan de vereisten in deze artikelen is voldaan. Als dit het geval is, dan mag hij geen aanvullende vragen of eisen stellen of de aanvraag toch weigeren. Het gaat namelijk om een *verhogingsrecht*. De verzekeraar is de gebruiker van de voorwaarden en heeft deze opgesteld. Als hij had gewild dat de aanvraag van een verzekerde om het verzekerde bedrag te verhogen, om andere redenen geweigerd kon worden dan genoemd in de artikelen 47 en 48, dan had hij dit eenvoudig kunnen bedingen.

3.11 Uit het voorgaande vloeit voort dat er geen twijfel bestaat over de uitleg van de hiervoor genoemde bepalingen en dat daarom voor toepassing van de contra proferentem-regel geen aanleiding bestaat.

3.12 De consument is in 2020 met haar BV begonnen en heeft gemotiveerd aangevoerd dat zij als startende ondernemer geldt.

---

[1] Zie rechtsoverweging 3.6 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 25 november 2016 (ECLI:NL:HR:2016:2687), te vinden op www.rechtspraak.nl.

[2] HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601 en HR 16 mei 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC2793, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Daarom mag zij ongeacht het jaarinkomen het verzekerde bedrag de eerste drie jaar met maximaal € 20.000,- verhogen. Volgens de voorwaarden is voor het verhogen van het verzekerde bedrag door startende ondernemers het jaarinkomen namelijk niet relevant. De verzekeraar heeft ter zitting niet gemotiveerd betwist dat de consument als startende ondernemer is aan te merken. Hij moet gevolg geven aan het verzoek van de consument. Overigens noemt de verzekeraar de consument in zijn e-mailbericht van 3 mei 2023 zelf een starter.

Redelijkheid en billijkheid

3.13 De verzekeraar heeft nog aangevoerd dat het onzuiver en in strijd met het vertrouwen en de transparantie tussen partijen is dat de consument zo kort na het sluiten van de verzekering om een verhoging van het verzekerde bedrag heeft gevraagd. Voor zover de verzekeraar hiermee een beroep doet op de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid is de commissie van oordeel dat het beroep van de consument op het verhogingsrecht in de onder 3.10 aangegeven omstandigheden niet naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Het is de commissie niet gebleken dat de consument oneigenlijk gebruik heeft gemaakt van de voorwaarden.[3]

Conclusie

3.14 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de verzekeraar jegens de consument is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De klacht is gegrond en de vordering van de consument wordt toegewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar het verzekerde bedrag per 7 april 2023 verhoogt naar € 80.000,-, en dit binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd schriftelijk aan de consument bevestigt.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

[3] Zie HR 12-01-2007, NJ 2007, 371 (Eindhoven/Allianz).

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