Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-813
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 10 maart 2020
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Nationale-Nederlanden Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. Movir N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 7 oktober 2020
Aard uitspraak	: Beslissing over behandelbaarheid
Uitkomst	: Klacht niet behandelbaar
Bijlage	: Relevante bepalingen uit het Reglement Geschillencommissie financiële dienstverlening (Kifid) Bemiddeling en (bindend) advies van 1 april 2017

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De klacht van Consument is te laat – want niet binnen een redelijke termijn na het definitieve standpunt van Verzekeraar – bij Kifid ingediend. De Commissie kan de klacht daarom niet behandelen.

1. De procedure

1.1 De Commissie beslist op basis van haar Reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het namens Consument ingediende klachtformulier; 2) de namens Consument ingediende aanvullende stukken; 3) de reactie op de behandelbaarheid van de klacht van Verzekeraar; 4) de namens Consument ingediende reactie op de behandelbaarheid van de klacht.

1.2 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 Consument had een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Verzekeraar. Tijdens de looptijd van de verzekering heeft Consument zich bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege overspannen klachten. Verzekeraar heeft vanaf 1998 een uitkering verstrekt. Nadat een psycholoog en een psychiater hadden geoordeeld dat geen sprake was van objectiveerbare beperkingen als gevolg van ziekte in de zin van de verzekeringsvoorwaarden, heeft Verzekeraar de uitkering per februari 2000 willen beëindigen. Hiertegen is Consument met behulp van DAS Rechtsbijstand in bezwaar gekomen.

Vervolgens is in 2001 tussen partijen een vaststellingsovereenkomst tot stand gekomen met als resultaat dat Verzekeraar tot 1 oktober 2000 een uitkering aan Consument heeft verstrekt. Vervolgens heeft Consument zich met ingang vanaf 23 juli 2004 bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege trombose klachten. Verzekeraar heeft voor die klachten een uitkering verstrekt tot 22 november 2004. Op verzoek van Consument is de verzekering op 1 oktober 2004 beëindigd.

2.2 Bij brief van 29 september 2006 heeft de heer [naam Vertegenwoordiger] (hierna: de Vertegenwoordiger) zich namens Consument, tot Verzekeraar gewend. In die brief heeft de Vertegenwoordiger kort gezegd aandacht gevraagd voor arbeidsongeschiktheid vanwege de trombose. Daarnaast heeft hij uitgelegd dat destijds de arbeidsongeschiktheid vanwege psychische klachten waarvoor een vaststellingsovereenkomst is overeengekomen, niet goed is beoordeeld. Volgens de Vertegenwoordiger dient Consument daarom te worden (her)beoordeeld.

2.3 Bij brief van 28 november 2006 heeft een vertegenwoordiger van Verzekeraar hier – voor zover relevant – als volgt op gereageerd:

"*Aan de orde zijn twee afzonderlijke situaties van arbeidsongeschiktheid, die beide wat [Verzekeraar] betreft zijn afgewikkeld. Ik licht dat als volgt toe (…)*
Ten behoeve van uw dossier zend ik u bijgaand afschrijft van de brief met bijlage van de verzekeringsadviseur van uw client d.d. 25 januari 2001. Daaruit blijkt dat uw cliënt op dat moment, na uitvoerig in de gelegenheid te zijn geweest de mogelijkheden af te wegen, akkoord is gegaan met de beëindiging van de uitkering per 1 oktober 2000. Het alternatief, een nieuwe medische expertise te doen uitvoeren teneinde de situatie vanaf februari 2000 te beoordelen, is door uw cliënt destijds van de hand gewezen. Een herbeoordeling voor de periode vanaf februari 2000 ligt dan ook niet in de rede, temeer niet daar het op dit moment niet meer mogelijk is de situatie van 2000 te beoordelen. "

2.4 Nadien heeft de Vertegenwoordiger bij brief van 4 november 2011 verzocht de destijds bereikte schikking open te breken omdat uit de verstrekte en aanvullende medische informatie blijkt dat de vóór de totstandkoming van de vaststellingsovereenkomst gedane beoordeling van de arbeidsongeschiktheid niet juist is.

2.5 Bij brief van 10 februari 2015 heeft de Vertegenwoordiger zich tot *de directie* van Verzekeraar gewend. In die brief heeft hij kort gezegd uiteengezet dat en waarom de destijds opgemaakte rapporten niet deugden en aangegeven dat Consument schade lijdt. Het verzoek aan de directie was om de destijds genomen beslissing(en), de schikking ten spijt, te willen heroverwegen en te komen tot een redelijke oplossing van de situatie.

2.6 Bij brief van 5 juni 2015 heeft Verzekeraar gereageerd. In die brief heeft Verzekeraar meegedeeld dat hij ook in de brief van 10 februari 2015 geen reden zag om terug te komen op zijn eerdere afwijzing en dat de eerdere afwijzing onverkort werd gehandhaafd. En verder: *"Zoals wij in deze brief nogmaals gemotiveerd hebben aangegeven, is zowel de melding uit 1998, als die uit 2004 wat ons betreft definitief afgewikkeld"*. Verder heeft Verzekeraar zich beroepen op verjaring en dat hij ook daarom geen reden zag tot heroverweging van zijn afwijzend standpunt.

2.7 Bij brief van 14 februari 2019 heeft de Vertegenwoordiger zich wederom tot de directie van Verzekeraar gewend, met daarin *de klacht(en)* over de wijze waarop de aanspraken op de arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn vastgesteld, wat ertoe heeft geleid dat Consument ondanks het voortduren van de arbeidsongeschiktheid, geen inkomsten heeft gehad, terwijl hij hiervoor verzekerd was. Vervolgens zijn de klachten met verschillende (sub)klachten uitgewerkt. De brief eindigt met het verzoek om in nader overleg te treden over hoe Verzekeraar Consument alsnog tegemoet kan treden.

2.8 Bij brief van 8 maart 2019 heeft Verzekeraar zijn medeleven geuit en – voor zover van belang - het volgende meegedeeld:

"*Naar aanleiding van uw uitgebreide klacht, hebben wij het dossier van uw cliënt opnieuw bestudeerd. Hieruit bleek dat dit een langlopend geschil is. Zoals in eerdere correspondentie aangegeven, hebben wij geen reden gezien ons standpunt te wijzigen en is de vordering van uw cliënt al geruime tijd verjaard. Dit is ook nu ongewijzigd. Naar ik uit uw huidige klacht begrijp, is dit dan ook niet zozeer een verzoek om herziening van ons standpunt, maar een verzoek om erkenning. Ik ga dan ook nu niet inhoudelijk in op de punten in uw brief met betrekking tot de gang van zaken en het recht op uitkering, omdat dit mijns inziens al meerdere keren gebeurd is.*"

De klacht en vordering

2.9 Het exacte schadebedrag zal bij staat moeten worden vastgesteld, maar Consument vordert een bedrag van rond de € 225.000,00 met toekenning van wettelijke rente omdat zijn aanspraken op de verzekering onjuist zijn afgekocht. Verzekeraar dient zijn beslissingen te heroverwegen omdat druk op Consument is gelegd om akkoord te gaan met een ongunstige "afkoopregeling" en zijn arbeidsongeschiktheid destijds onjuist is beoordeeld.

Behandelbaarheid van de klacht

De klacht is volgens Consument tijdig bij Kifid ingediend. Op Consument rustte een zware bewijslast omdat over het eerdere geschil door middel van een regeling een einde leek te zijn gekomen. Dit was een grote opgave, maar Consument heeft hieraan voldaan door een aanzienlijke hoeveelheid gegevens te verstrekken over de ontwikkeling van zijn (geestelijke) gezondheidstoestand sinds de totstandkoming van de regeling.

Daarnaast heeft hij alsnog medische gegevens verstrekt en gegevens met betrekking tot zijn uitkering krachtens de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen. Het benaderen van een van de deskundigen die in opdracht van Verzekeraar over de gezondheidstoestand van Consument heeft gerapporteerd was bovendien geen eenvoudige opgave.
De verschillende pogingen om Verzekeraar te bewegen weer in gesprek te gaan, hadden niet het karakter van een klacht en zo zijn ze ook niet door Verzekeraar opgevat. Althans, dit blijkt niet uit zijn reacties en ook heeft Verzekeraar niet naar Kifid verwezen.
Consument kon zich bovendien niet eerder tot Kifid wenden alvorens hij zich met een klacht tot Verzekeraar had gericht. Allereerst dient immers een (ondubbelzinnig) als klacht bedoelde uiting aan Verzekeraar te worden voorgelegd. Als in het Reglement Geschillencommissie financiële dienstverlening (Kifid) Bemiddeling en (bindend) advies van 1 april 2017 (hierna 'het Reglement') wordt gesproken over het "innemen van een definitief standpunt" gaat het derhalve niet om een herhaalde afwijzing om in gesprek te gaan, maar om een door de financiële dienstverlener omtrent een bij hem ingediende klacht ingenomen definitief standpunt. Het begrip "klacht" oprekken is onaanvaardbaar omdat daarmee de mogelijkheid van de klager om van de geschillenregeling gebruikt te maken onaanvaardbaar wordt beperkt en de financiële dienstverlener ten koste van de klager wordt beschermd. Dit kan nimmer de bedoeling zijn.

Het verweer

2.10 De klacht van Consument is niet behandelbaar omdat de geldende termijnen niet in acht zijn genomen en anders dient de klacht te worden afgewezen. De klacht is niet op tijd bij Kifid ingediend. Verzekeraar ziet geen reden om de klacht alsnog inhoudelijk te behandelen. Er is al vele malen gecorrespondeerd over deze zaak en Verzekeraar heeft vele malen een (definitief) standpunt ingenomen, waarbij een gedeelte van de afwijzingen gedaan zijn vóór de oprichting van Kifid. Ook in de latere correspondentie is niet naar Kifid verwezen, vermoedelijk vanwege de langslepende discussie met vaak lange tussenpozen en de reeds vele afwijzingen van rechtsvorderingen welke reeds lange tijd verjaard zijn.

3. De beoordeling

Behandelbaarheid

3.1 De Commissie merkt op dat zij ambtshalve dient te oordelen over de behandelbaarheid van de onderhavige klacht. Zij is van oordeel dat zij de klacht niet inhoudelijk kan behandelen. De reden daarvoor is de volgende.

Klacht

3.2 In tegenstelling tot hetgeen Consument stelt, wordt het begrip klacht in het Reglement uitgelegd en daarom is van een ongeoorloofde oprekking geen sprake.

Volgens het Reglement is een klacht elke uiting van onvrede inzake een Financiële dienst tussen een Consument en een of meer Financiële dienstverleners. Zie artikel 60 van het Reglement in de bijlage bij deze uitspraak of www.kifid.nl. Een klacht in de zin van het Reglement is derhalve ook een klacht als deze niet ondubbelzinnig is uitgesproken.

3.3 Consument heeft met de brief van 29 september 2006 zijn onvrede geuit over de in 2001 bereikte schikking. Al in die brief heeft Consument om een (her)beoordeling verzocht. De klacht die Consument bij Kifid heeft ingediend gaat hier ook over. De Commissie is daarom van oordeel dat Consument zich met de brief van 29 september 2006 met een klacht in de zin van het Reglement tot Verzekeraar heeft gewend. Dit geldt eens te meer voor de brief van 10 februari 2015, die bovendien aan de directie van Verzekeraar is gericht.

Indiening klacht

3.4 Vervolgens ligt de vraag voor of de klacht op tijd is ingediend. De Commissie stelt vast dat zij de klacht op 7 juni 2019 heeft ontvangen. Gezien Verzekeraar zowel in zijn brief van 28 november 2006 als van 5 juni 2015 heeft meegedeeld dat de betreffende kwestie definitief is afgewikkeld, is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar hiermee zijn definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt.

3.5 Omdat Verzekeraar Consument niet op Kifid heeft gewezen, is artikel 5.4 van het Reglement van toepassing. Zie artikel 5 van het Reglement in de bijlage bij deze uitspraak of www.kifid.nl. Consument diende zijn klacht daarom binnen een "redelijke termijn" bij Kifid in te dienen. In eerdere uitspraken heeft de Commissie geoordeeld dat het uitgangspunt voor een redelijke termijn één jaar is. Zie bijvoorbeeld Geschillencommissie Kifid nr. 2020-425, 2019-175 en 2019-379. Dit betekent dat Consument – doordat hij zijn klacht niet binnen één jaar na 29 september 2006 dan wel 10 februari 2015 heeft ingediend – zijn klacht niet tijdig bij Kifid heeft ingediend.

3.6 De in artikel 5.6 van het Reglement opgenomen uitzonderingen op deze regel zijn niet van toepassing omdat Consument vanaf zijn eerste klachtbrief is bijgestaan door een vertegenwoordiger. Het had daarom op zijn weg gelegen om de klacht binnen een redelijke termijn in te dienen. De termijnoverschrijding dient daarom voor eigen rekening en risico van Consument te blijven. Daarnaast blijkt uit de proceshouding van Verzekeraar dat hij de klacht door de Commissie niet inhoudelijk beoordeeld wil zien.

Slotsom

3.7 Dit alles leidt tot het oordeel dat de klacht niet in behandeling kan worden genomen.

4. De beslissing

De Commissie verklaart de klacht niet behandelbaar.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de Geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage - Relevante bepalingen van het Reglement Geschillencommissie financiële dienstverlening (Kifid) Bemiddeling en (bindend) advies van 1 april 2017

Artikel 5. Termijn van indiening
5.1 De Klacht moet bij de Geschillencommissie worden ingediend binnen een jaar nadat Consument zijn Klacht aan de Financiële dienstverlener heeft voorgelegd. Deze termijn kan niet worden verkort door de termijnen die zijn genoemd in 5.2 tot en met 5.4.
5.2 De Klacht moet worden ingediend binnen drie maanden na de dagtekening van de brief of het bericht waarin de Financiële dienstverlener definitief zijn standpunt over de Klacht aan Consument kenbaar heeft gemaakt, mits in die brief wordt verwezen naar Kifid en wordt gewezen op de driemaandentermijn.
5.3 Als de Financiële dienstverlener bij het schriftelijk kenbaar maken van zijn definitieve standpunt wel heeft gewezen op Kifid, maar niet heeft gewezen op de termijn van drie maanden, moet Consument de Klacht indienen binnen een redelijke termijn na de afwijzing. 5.4 Als de Financiële dienstverlener bij het kenbaar maken van zijn definitieve standpunt niet heeft gewezen op de mogelijkheid de Klacht aan (de Geschillencommissie bij) Kifid voor te leggen, moet Consument de Klacht indienen binnen een redelijke termijn nadat hij begreep of had behoren te begrijpen dat hij met zijn Klacht bij (de Geschillencommissie bij) Kifid terecht kon. Dat geldt ook als de Financiële dienstverlener in de interne klachtprocedure niet binnen acht weken heeft gereageerd op de Klacht.
5.5 Voor de datering van de Klacht is de dag van ontvangst van de Klacht door de Geschillencommissie bepalend.
5.6 Als Consument de Klacht te laat heeft ingediend, kan de Geschillencommissie de Klacht toch behandelen: a) als Consument naar het oordeel van de Voorzitter van de termijnoverschrijding geen verwijt kan worden gemaakt en de termijnoverschrijding niet anderszins voor zijn rekening en risico behoort te blijven, mits het belang van de Financiële dienstverlener door de vertraagde behandeling niet onredelijk wordt geschaad; b) als uit de proceshouding van de Financiële dienstverlener blijkt dat deze de Klacht inhoudelijk beoordeeld wil zien.

Deel D Begripsomschrijvingen
Artikel 60 Begrippen
In dit Reglement wordt verstaan onder:

Klacht:
Elke uiting van onvrede inzake een Financiële dienst tussen een Consument en een of meer Financiële dienstverleners. Onder Klacht wordt tevens verstaan: een Privacyklacht. Een Klacht kan alleen worden beoordeeld naar Nederlands recht.