Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0575

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. A.M. Morssinkhof, secretaris)

Datum uitspraak	5 juli 2024
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument klaagt onder meer over de opbrengst van zijn beleggingsverzekering in 2010. De commissie oordeelt dat de consument zijn klachtplicht heeft geschonden door voor het eerst in 2024 een klacht in te dienen en komt niet toe aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht.

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 toelichting van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

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.

1.3 De consument heeft geen keuze gemaakt tussen bindend en niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft met ingang van 1 september 1994 een beleggingsverzekering met de naam ABC Spaarplan (hierna: de verzekering) gesloten bij een rechtsvoorganger van de verzekeraar.

Dit product is een Spaarkasproduct. De inleg bedroeg ƒ 50,- per maand en de einddatum was 31 december 2010.

2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.

De klacht en vordering

2.3 De consument stelt dat hij de verzekering heeft afgesloten na diverse gesprekken bij hem thuis met contactpersonen van de rechtsvoorganger van de verzekeraar. De opbrengst van de verzekering was met name bedoeld voor het verder kunnen laten studeren van de opgroeiende kinderen van de consument en, in een later stadium, als extra oudedagsvoorziening. De door de contactpersonen voorgespiegelde opbrengst van de verzekering van minimaal ƒ 30.000,- (€ 13.636,-) zou hiervoor zeker afdoende moeten zijn.

2.4 Tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument meerdere keren tevergeefs geïnformeerd naar de stand van zaken. Op een gegeven moment viel er wel ongevraagd een afkoopvoorstel van € 1.600,- bij de consument op de mat. Toen de verzekering in 2011 tot uitkering kwam, was het eindresultaat niet meer dan € 2.600,-.

2.5 Hierdoor heeft de consument niet kunnen voorzien in de financiering van studiekosten van zijn kinderen en heeft hij volledig door moeten blijven werken tot 66 jaar en tien maanden. Ook behoorde de aanschaf van een jonge caravan en goede tweedehands auto niet tot de mogelijkheden. Het vertrouwen van de consument in de verzekeraar, waar de consument ook diverse andere verzekeringen heeft ondergebracht, is gaandeweg sterk verminderd. De consument wil gezien het voorgaande door de verzekeraar worden gecompenseerd.

Het verweer

2.6 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht van de consument niet slaagt. Zij zal dit toelichten.

3.2 Als verst strekkende verweer stelt de verzekeraar dat de consument te laat heeft geklaagd in de zin van artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek (BW). De verzekeraar voert aan dat van de consument mag worden verwacht dat hij de aan hem verstrekte documentatie aandachtig doorleest en dat hij daarover zo nodig kritische vragen stelt. Het lag volgens de verzekeraar dus op de weg van de consument om na ontvangst van de contractdocumentatie of de correspondentie gedurende de looptijd van de verzekering, maar uiterlijk na de beëindiging van de verzekering kritische vragen te stellen en zo nodig een klacht of vordering in te dienen. De verzekeraar stelt dat hij benadeeld wordt doordat de consument dit achterwege heeft gelaten en pas in 2024 – dertien jaar na de beëindiging van de verzekering – heeft geklaagd.

Gezien het lange tijdsverloop zijn onder meer belangrijke gegevens, documenten en informatie niet meer beschikbaar. De verzekeraar kan daardoor niets meer aantonen aan de hand van documenten en geen berekeningen meer maken. Daarbij merkt de verzekeraar op dat de wettelijke bewaartermijn van zeven jaar na beëindiging van de verzekering ruimschoots is verstreken.

3.3 Dit verweer van de verzekeraar treft doel. Uit het klachtdossier volgt dat de consument in ieder geval begin 2011 bekend was met de opbrengst van de verzekering en dat hij voor het eerst op 25 januari 2024 bij de verzekeraar heeft geklaagd over de verzekering. De consument heeft na de beëindiging van de verzekering dus een periode van ongeveer dertien jaar laten verstrijken voordat hij een klacht indiende. Dat is in de gegeven omstandigheden te lang. Voor dit oordeel is van belang dat de verzekeraar door het tijdsverloop in zijn belangen is geschaad, omdat het dossier van de verzekering niet meer beschikbaar is. Dit kan de verzekeraar niet worden verweten, gelet op de wettelijke bewaartermijn van zeven jaar na beëindiging van een verzekering.

3.4 Omdat de klachtplicht is geschonden, komt de commissie niet toe aan een inhoudelijke beoordeling van de vordering, waaronder ambtshalve toetsing. De vordering zal worden afgewezen

3.5 Tot slot merkt de commissie nog op dat het duidelijk is dat de consument en zijn gezin zeer ontstemd zijn over de zakelijke opstelling van de verzekeraar in deze procedure. Voor zover de vordering van de consument een verzoek om coulance betreft, merkt de commissie nog op dat coulance niet juridisch afdwingbaar is. Het staat de verzekeraar vrij om een beroep op de klachtplicht of andere formele verweren te doen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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