Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-044 d.d. 5 februari 2015
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, dr. B.C. de Vries en drs. L.B. Lauwaars, leden en mr. M. van Pelt, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. En bloc bepaling. De commissie is van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat Aangeslotene, met een beroep op de en bloc bepaling, de nadelige gevolgen van haar eigen inschattingsfouten bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering alsnog deels ten laste van Consument zou kunnen brengen. Vanwege de reeds geconstateerde darmkanker bij Consument, had Consument immers niet meer de mogelijkheid om elders een andere verzekering te sluiten. Nu de tussen partijen in 2011 ondertekende overeenkomst op rugklachten zag en niet op darmklachten en bovendien de oude verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn gebleven, dient Aangeslotene de claim die Consument (na 30 dagen) in februari 2012 heeft ingediend voor zijn darmklachten, in behandeling te nemen. Vordering wordt toegewezen.

Consument,

tegen

TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procedure

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het verzoek tot geschilbeslechting van Consument met bijlagen, ontvangen op 27 juni 2014;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen;
- de repliek van Consument met bijlagen;
- de dupliek van Aangeslotene.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen het advies van de Commissie als bindend zullen aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 26 januari 2015 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft sinds juli respectievelijk november 2008 bij Aangeslotene een drietal TAF Zelfstandigenplan arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (hierna: de Verzekeringen) gesloten met polisnummers [X]; [Y]en [Z] voor in totaal een verzekerd maandbedrag van € 4.000,-. Op deze Verzekering zijn bij contractsluiting van toepassing verklaard de Polisvoorwaarden

QL GF 06-2008 (hierna: de Voorwaarden 2008). In deze Voorwaarden staat – voor zover relevant – het volgende.

"*3. DEKKING BIJ ZIEKTE*
(…)Voor het behoud van het recht op een uitkering blijft gelden dat de verzekerde voor de geclaimde ziekte onder medische behandeling is. Per schadeclaim kan de verzekerde slechts voor één specifieke ziekte een beroep doen op deze verzekering.
(…)
3.6 Opeenvolgende claims
Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens ziekte en deze claim is niet toegewezen of is geëindigd om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als:

a. De verzekerde 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om dezelfde ziekte;
b. De verzekerde 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere ziekte.

(…)
13. EN BLOC WIJZIGING VAN PREMIE en/of VOORWAARDEN
De verzekeraar is gerechtigd om de premie en/of de voorwaarden op een door de verzekeraar te bepalen datum en bloc te wijzigen. De verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of voorwaarden aan te passen met ingang van een door de verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal pas van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.
De verzekerde wordt van de wijzigingen schriftelijk in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen tenzij de verzekerde binnen 30 dagen na kennisgeving de verzekeraar schriftelijk laat weten niet akkoord te gaan met genoemde wijzigingen.
Indien de verzekerde dit aan de verzekeraar heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of voorwaarden.
De mogelijkheid van opzegging van de verzekering zoals genoemd geldt niet indien de wijziging van premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen en indien de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt. (…)"

2.2 Met ingang van 11 januari 2010 is Consument arbeidsongeschikt verklaard wegens rugklachten en ontvangt hij van Aangeslotene de verzekerde maanduitkeringen. In maart 2011 is de uitkering verlaagd naar 50% in verband met een melding van Consument dat zijn herstel voorspoedig gaat. In mei 2011 heeft Consument aan Aangeslotene gemeld dat bij hem het Lynch Syndroom (vorm van dikkedarmkanker) is geconstateerd en dat hij weer 100% arbeidsongeschikt is geworden. Er wordt geen nieuwe claim bij Aangeslotene ingediend, omdat Aangeslotene bericht dat er maar voor één ziekte tegelijk mag worden geclaimd. De uitkering blijft gehandhaafd op 50%.

2.3 Op 27 juli 2011 heeft Aangeslotene Consument onder meer het volgende bericht.
"(…) Sinds het afsluiten van deze verzekering is er veel veranderd. Met deze brief informeren wij u over de veranderingen, de gevolgen voor uw verzekeringen en uw mogelijkheden. (…) In de periode waarin TAF arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbiedt, is de markt sterk gewijzigd. De economische crisis, gewijzigde wetgeving en een veranderende maatschappij hebben geleid tot een grote toename van het aantal zelfstandigen dat langdurig uitvalt. Aanbieders van

arbeidsongeschiktheidsverzekeringen hebben moeite om op basis van de huidige marktomstandigheden haar polishouders tegemoet te komen in de verwachtingen die zij hebben van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. (…) Verzekeringen die in het verleden zijn afgesloten, zijn echter niet mee veranderd en passen daardoor niet goed meer bij de huidige markt. Zowel u als TAF ondervinden hiervan de nadelige gevolgen. Met de forse toename van het aantal polishouders die een beroep doen op hun arbeidsongeschiktheidsverzekering, constateert TAF dat de voorwaarden van de verouderde verzekeringen onvoldoende duidelijkheid bieden en hierdoor niet aansluiten bij de verwachtingen van de polishouders. (…) Om de verzekeringen voor nu en de toekomst aan te laten sluiten bij de omstandigheden, heeft TAF besloten de lopende verzekeringen, waaronder uw verzekeringen, te converteren. Uw afzonderlijke verzekeringen worden daarom per 1 september 2011 omgezet naar één gezamenlijke verzekering onder nieuwe polisvoorwaarden, QL ZSP 08-2011A. Uw oude polisvoorwaarden komen hiermee te vervallen (…) U betaalt momenteel per verzekering een afzonderlijke premie. Deze worden per 1 september ook samengevoegd tot één nieuwe premie, namelijk EUR 220,08."

2.4 Er zijn twee nieuwe polisbladen afgegeven met de nummers [Y] en [Z]. In de nieuwe polisvoorwaarden QL ZSP 08-2011A (hierna: de Voorwaarden 2011) staat voor zover relevant het volgende.

"*14. Opeenvolgende claims*

14.1 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is niet toegewezen of is geëindigd om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als de verzekerde 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt tenzij de hernieuwde arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval."

2.5 Op 25 november 2011 heeft Aangeslotene een brief aan Consument gezonden, welke brief door Consument is ondertekend, met daarin onder meer de volgende inhoud.

"*Polisnummer(s): [Y]*
Ons kenmerk: Claim [A]
(…)
Onlangs hebben wij uitgebreid gesproken met uw tussenpersoon (…) aangaande uw schadeclaim. Naar aanleiding daarvan hebben wij de kwestie voorgelegd aan de verzekeraar en als het goed is bent u inmiddels via uw tussenpersoon geïnformeerd over het aanbod van de verzekeraar.
Zoals afgesproken zenden wij u bijgaand het gedane voorstel ook nog schriftelijk toe en wij verzoeken u vriendelijk om een exemplaar van deze brief getekend aan ons te retourneren. Na ontvangst zullen wij binnen 2 weken overgaan tot uitbetaling van de coulance-uitkering.
De gemaakte afspraken:

- *U zult over de maanden november, december en tot 10 januari 2012 100% uitgekeerd krijgen.*
- *Per 10-1-2012 zal de claim worden stopgezet omdat u dan 2 jaar een uitkering heeft genoten en uw verzekering dekkingsvorm P80 heeft.*
- *Uit coulance zal de verzekeraar u nog een éénmalige uitkering verstrekken ad € 10.000,-; omdat zij begrip heeft voor de situatie waarin u verkeert. Feit blijft dat u conform de polisvoorwaarden slechts voor 1 aandoening kunt claimen.*

Door ondertekening van deze brief verklaart u uitdrukkelijk afstand te doen van alle aanspraken die u uit hoofde van de door u geclaimde klachten zou kunnen doen gelden jegens Quantum Leben en TAF. Tevens verklaart u door ondertekening van deze brief dat u geen gerechtelijke of tuchtrechtelijke procedures jegens Quantum Leben of TAF zult starten. Tenslotte verleent u met de

ontvangst van onze uitkering ad € 10.000,- algehele en finale kwijting jegens Quantum Leben en TAF, onder bijzondere dan wel onder algemene titel."

2.6 Op 17 januari 2012 heeft de tussenpersoon van Consument het volgende bericht gestuurd aan Aangeslotene.
"[Consument] *vraagt zich af hoe de procedure nu verder is. Hij wil weer gaan werken, maar verwacht dat er een moment komt dat de darmkanker hem het werken onmogelijk gaat maken. Hoe lang moet hij gewerkt hebben voordat hij een beroep kan doen op een uitkering van TAF?*"

2.7 Op 18 januari 2012 heeft Aangeslotene daarop geantwoord met het volgende bericht.
"*Er moet gedurende een periode van 180 dagen volledig en aaneengesloten gewerkt zijn om een nieuwe claim in te kunnen dienen. Deze claim zal dan als een nieuwe claim in behandeling worden genomen en beoordeeld worden op de nieuwe voorwaarden.*"

2.8 Op 16 maart 2012 heeft Aangeslotene aan de tussenpersoon van Consument onder meer het volgende bericht.
"*Wij begrijpen en begrepen daarnaast dat* [Consument] *in eerste instantie zelfs de behandeling ten behoeve van zijn rugklachten heeft moeten opschorten (terwijl de polisvoorwaarden dat eigenlijk niet toestaan) vanwege de nieuwe aandoening. Hoewel de claim toen formeel eigenlijk gesloten had kunnen worden, hebben wij dat juist niet gedaan.*
Sterker nog, mede naar aanleiding van een aantal gesprekken met u die volgens mij niets aan duidelijkheid te wensen overlieten, hebben we met elkaar afgesproken dat er, naast de rechtmatige claimbeëindiging in januari, vanuit de verzekeraar nog een ***coulance****betaling zou volgen ad € 10.000,- zodat de verzekerde in ieder geval nog wat extra inkomsten zou hebben (…) Uw vraag of er nadien weer geclaimd zou kunnen worden voor een andere aandoening van de rugklachten kan ik me niet specifiek herinneren, maar ik zal die zeker bevestigend hebben beantwoord. Immers, de verzekering is niet beëindigd en daar kan altijd aanspraak op gemaakt worden, maar inderdaad wel conform de geldende polisvoorwaarden (…)*"

2.9 Op 13 juli 2012 heeft Consument opnieuw een schadeaangifteformulier ingediend bij Aangeslotene. Bij gegevens over ziekte vermeldt hij: gescheurd meniscus en darmkanker.

2.10 Deze claim is op 13 september 2012 door Aangeslotene afgewezen. In de brief staat onder meer het volgende.
"*U heeft een claim ingediend in verband met arbeidsongeschiktheid ten gevolge van knieklachten. Hiervoor bent u sinds 10 juli 2012 volledig arbeidsongeschikt, zo geeft u aan. U heeft eerder een claim ingediend vanwege rugklachten, bij ons bekend onder claimnummer [A]. Op een gegeven moment was er sprake van een arbeidsongeschiktheid van 50% op grond van rugklachten. U kreeg in mei 2011 echter de diagnose darmkanker waardoor u niet meer in staat was om 50% te werken. De behandeling voor uw rugklachten is toen stopgezet omdat u dat op dat moment niet aankon. Omdat u op grond van de toen geldende polisvoorwaarden per claim slechts voor één aandoening een beroep kon doen op deze verzekering, bestond er formeel geen dekking voor arbeidsongeschiktheid vanwege de darmkanker. Daarnaast bestond er eveneens geen dekking meer voor rugklachten omdat u daarvoor niet meer onder behandeling stond. Coulancehalve zijn wij toch blijven uitkeren.*
Na veelvuldig overleg met uw tussenpersoon hebben wij de gemaakte afspraken omtrent uw claim uiteindelijk op schrift gesteld en u bent hiermee ook akkoord gegaan. Wij hebben een uitkering verstrekt tot 10 januari 2012. Per diezelfde datum was u twee jaar arbeidsongeschikt en er zou enkel nog recht bestaan op een uitkering indien u meer dan 80% arbeidsongeschikt zou zijn voor passende arbeid. Hierbij hoefden wij alleen rekening te houden met de rugklachten. Omdat u ondanks de rugklachten 50% zou kunnen werken, kon uw claim in januari 2012 gesloten worden.

Aangezien werd aangegeven dat u in de praktijk niet zou kunnen werken vanwege de darmkanker heeft de verzekeraar, om u tegemoet te komen, een extra uitkering verstrekt van € 10.000,-.
Op 21 februari 2012 ontvingen wij vervolgens een email van uw tussenpersoon (…). Hij geeft aan dat u op dat moment erg last heeft van uw darmen en dat werken onmogelijk is. Hij vraagt of het mogelijk is om een nieuwe claim in te dienen. Hierover is veelvuldig e-mailcontact geweest tussen de heer [tussenpersoon] (…) en mevrouw (…) van TAF. Er is toegelicht dat er enkel een nieuwe claim ingediend kan worden indien er gedurende 180 dagen volledig en aaneengesloten gewerkt is. Daar was op dat moment geen sprake van.
Op 7 september jongstleden hebben wij van u een schadeaangifteformulier ontvangen vanwege arbeidsongeschiktheid per 10 juli 2012. Wij willen u er nogmaals op wijzen dat u op grond van artikel 14.1 van de polisvoorwaarden QL ZSP 08-2011 A alleen een nieuwe claim kunt indienen als u 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt. Stel dat u op 10 januari 2012 volledig hervat zou zijn, dan kunt u op 10 juli 2012 nog geen 180 dagen volledig en aaneengesloten gewerkt hebben. Het is niet aannemelijk dat u van 10 januari tot 10 juli 2012 gedurende 7 dagen per week volledig heeft kunnen werken. Gezien uw arbeidsongeschiktheid begin dit jaar zou u niet in staat zijn om te werken. Niet voor niets heeft de verzekeraar een extra coulance uitkering gedaan. Daarnaast heeft uw tussenpersoon in februari aangegeven dat u niet kon werken. Uw claim zal dan ook niet toegekend worden."

3. Geschil

3.1 Consument vordert dat Aangeslotene alsnog zijn arbeidsongeschiktheidsclaim voor het Lynch Syndroom/darmklachten honoreert en tot uitkering van de verzekerde bedragen overgaat, door hem begroot op een 2-jarige uitkering van 100%.

3.2 Aan deze vordering legt hij ten grondslag dat:
- het hem vrijstaat een beroep te doen op de Verzekeringen voor de darmklachten/Lynch Syndroom. De overeenkomst van 25 november 2011 heeft alleen betrekking op de rugklachten waarvoor hij op dat moment een uitkering kreeg. Vanwege de darmklachten kon hij niet meer onder behandeling blijven voor de rugklachten. Uit niets in de overeenkomst blijkt dat ook een vergoeding werd gegeven voor darmklachten. Dit volgt onder meer uit de verwijzing naar 'claim [A]' welke claim expliciet betrekking had op rugklachten en bovendien wordt genoemd 'geclaimde klachten'. Alleen de rugklachten zijn geclaimd en kunnen daar onder vallen. Tot slot is nadien direct navraag gedaan naar de mogelijkheid om de darmklachten te claimen. Ook dit wijst erop dat de overeenkomst niet op de darmklachten betrekking had.
- Aangeslotene de verzekeringsvoorwaarden en bloc heeft gewijzigd, terwijl dit voor Consument vanwege zijn ziektes nadelig en onredelijk uitwerkt. Niet alleen is deze bepaling onredelijk bezwarend, maar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid ook onaanvaardbaar, gegeven het feit dat het verzekerd evenement zich reeds heeft voorgedaan en verzekerde zich dus niet elders kan verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid, ook niet nadat de claim voor rugklachten was beëindigd. Consument stelt zich daarom op het standpunt dat de wijziging en bloc niet toelaatbaar is en de Voorwaarden 2008 van toepassing zijn gebleven.
- nu uitgegaan moet worden van de Voorwaarden 2008, Aangeslotene zijn nieuwe claims niet had mogen afwijzen met een verwijzing naar artikel 14.1 van de Voorwaarden 2011.

Consument heeft 30 dagen aaneengesloten gewerkt voordat hij de nieuwe claim indiende en voldeed daarmee aan artikel 3.6 van de Voorwaarden 2008.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.
- de overeenkomst van 25 november 2011 betrof nadrukkelijk ook de darmklachten. De coulancebetaling was juist ingegeven doordat Consument door zijn darmklachten in een situatie was gekomen dat hij voor die ziekte niet kon claimen tegelijkertijd met de rugklachten.
- Een beroep op de en bloc-bepaling is in de onderhavige situatie niet onredelijk, nu de lopende claim voor rugklachten nog is beoordeeld op grond van de 'oude' voorwaarden. Pas na beëindiging van de claim zijn de nieuwe voorwaarden voor Consument van kracht geworden. Het is voor Aangeslotene ondoenlijk om voor elke verzekeringnemer na te gaan of hij ziek is (geweest) of bepaalde klachten heeft (gehad).
- Nu de Voorwaarden 2011 per 10 januari 2012 konden worden toegepast zijn de claims van Consument terecht afgewezen op grond van artikel 14.1 van de Voorwaarden 2011.

4. Beoordeling

4.1 Dit geschil betreft in de kern de vraag of Aangeslotene op juiste gronden de claim(s) van Consument heeft afgewezen, dat wil zeggen dit in redelijkheid heeft kunnen doen.

Overeenkomst

4.2 Allereerst is aan de orde de vraag welke strekking de overeenkomst van 25 november 2011 heeft.

4.3 De Commissie volgt Consument dat uit de bewoording van de tekst van de overeenkomst niet valt af te leiden dat hij door ondertekening van de overeenkomst afstand zou doen van toekomstige aanspraken uit hoofde van darmklachten. Niet alleen noemt de overeenkomst op geen enkele plaats de darmklachten bij naam. Er wordt bovendien enkel verwezen naar de claim voor rugklachten met nummer [A] en gesproken over 'geclaimde klachten', terwijl Aangeslotene uitdrukkelijk heeft verklaard dat voor de darmklachten vóór november 2011 nooit een claim was ingediend, althans – in haar visie – niet mocht worden ingediend. Ook komt het de Commissie niet aannemelijk voor dat Consument voor een beperkt bedrag van € 10.000,- al zijn toekomstige aanspraken op grond van darmklachten zou prijsgeven, nu hij niet kon voorspellen hoe deze ernstige ziekte zich zou ontwikkelen.

4.4 Daar komt bij dat ook uit de eigen correspondentie van Aangeslotene niet kan worden afgeleid of Aangeslotene zelf wel op het oog had de darmklachten met de betreffende overeenkomst af te kopen. Integendeel, met name de volgende passages in de e-mails van Aangeslotene zijn een aanwijzing dat Aangeslotene zelf ook niet ervan uitging dat de overeenkomst van 25 november 2011 de darmklachten mede omvatte.
Op 16 maart 2012 schreef Aangeslotene aan (de gemachtigde van) Consument: "*Uw vraag of er nadien weer geclaimd zou kunnen worden voor een andere aandoening van de rugklachten kan ik me niet specifiek herinneren, maar ik zal die zeker bevestigend hebben beantwoord. Immers, de verzekering is niet beëindigd en daar kan altijd aanspraak op gemaakt worden, maar inderdaad wel conform de geldende polisvoorwaarden.*"
En op 13 september 2012 het volgende: "*Op 21 februari 2012 ontvingen wij vervolgens een email van uw tussenpersoon (…). Hij geeft aan dat u op dat moment erg last heeft van uw darmen en dat werken onmogelijk is. Hij vraagt of het mogelijk is om een nieuwe claim in te dienen. Hierover is veelvuldig e-mailcontact geweest tussen de heer [tussenpersoon] (…) en*

mevrouw (…) van TAF. Er is toegelicht dat er enkel een nieuwe claim ingediend kan worden indien er gedurende 180 dagen volledig en aaneengesloten gewerkt is."

4.5 De Commissie is dan ook van oordeel dat de overeenkomst van 25 november 2011 slechts de rugklachten en niet ook de darmklachten van Consument betrof. Het stond Consument daarom vrij een nieuwe claim in te dienen voor darmklachten.

En-blocbepaling

4.6 De volgende vraag die dan aan de orde komt, is of Aangeslotene op grond van de en-blocbepaling bevoegd was eenzijdig de verzekeringsvoorwaarden aan te passen.

4.7 De Commissie stelt voorop dat de met Consument gesloten verzekering ertoe strekt om tegen betaling van een premie, het financiële risico van arbeidsongeschiktheid over te dragen aan de verzekeraar tegen de afgesproken voorwaarden. Daarbij gaat het om een risico dat Consument niet wil en waarschijnlijk ook niet kan dragen. Consument moet er dan ook bij het sluiten van de overeenkomst vanuit kunnen gaan dat de verzekeraar het overgenomen risico tegen de overeengekomen premie en voorwaarden gedurende de overeengekomen looptijd op zich neemt en bij verwezenlijking daarvan ook draagt. De in de Voorwaarden 2008 opgenomen en-blocbepaling geeft de verzekeraar de mogelijkheid premie en/of voorwaarden die zij voor de overname van het risico heeft bedongen eenzijdig tussentijds aan te passen. Ondanks dat een dergelijke eenzijdige bevoegdheid in beginsel niet goed verenigbaar is met de aard van de verzekeringsovereenkomst, heeft de wetgever met het bepaalde in artikel 7:940, lid 4 Burgerlijk Wetboek (BW) uitdrukkelijk wèl in de mogelijkheid van het opnemen van een en-blocbepaling in de verzekeringsvoorwaarden willen voorzien. Daarbij geldt echter wel als voorwaarde dat de verzekerde bij een voor hem nadelige wijziging het recht heeft de verzekering op te zeggen. Verder geldt, zoals bij alle overeenkomsten, dat de verzekeraar bij toepassing van de en-blocbepaling jegens verzekerde steeds gebonden is aan de eisen van redelijkheid en billijkheid (artikel 6:2 BW en 6:248 BW) (zie ook GC-2013-352 en GC-2014-200).

4.8 Tegen deze achtergrond overweegt de Commissie het volgende. Uit de brief van Aangeslotene van 27 juli 2011 blijkt dat zij de premie en de voorwaarden wil aanpassen in verband met de grote toename van het aantal zelfstandigen dat langdurig uitvalt en een beroep doet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dit betekent dat Aangeslotene bij de totstandkoming van de door haar afgesloten arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een verkeerde inschatting heeft gemaakt van het over te nemen risico en de premie die zij daartegenover wenste te bedingen en tevens dat zij die inschattingsfout met een beroep op de en-blocbepaling door een aanpassing van de voorwaarden en een verhoging van de premie alsnog ten laste van de verzekeringnemers heeft willen brengen. Zoals gezegd heeft de wetgever een daartoe strekkend beding in de verzekeringsvoorwaarden in beginsel – dat wil zeggen binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid – toelaatbaar geacht, op voorwaarde dat de verzekeringnemer dan gerechtigd is de verzekering op te zeggen. Achtergrond daarvan is dat een verzekeringnemer die niet akkoord wil (of kan) gaan met de eenzijdige nadelige aanpassing door verzekeraar, steeds de mogelijkheid moet hebben om zich dan elders tegen voor hem wel aanvaarbare voorwaarden te verzekeren. Dat laatste is hier echter niet het geval. Bij Consument had het verzekerde risico zich in diezelfde periode al voorgedaan en bovendien was in mei 2011 bij Consument het Lynch Syndroom geconstateerd. Zoals Aangeslotene ter zitting desgevraagd heeft erkend, bestond voor Consument dan ook geen reële mogelijkheid meer om zich na de eenzijdige wijzigingen door Aangeslotene elders op enigszins vergelijkbare voorwaarden te

verzekeren. De Commissie is van oordeel dat het onder die omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien Aangeslotene desondanks met een beroep op de en-blocbepaling de nadelige gevolgen van haar eigen inschattingsfouten bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, alsnog deels ten laste van Consument zou brengen. Aangeslotene kan zich om die reden tegenover Consument niet op de en-blocbepaling beroepen. Dit heeft tot gevolg dat zowel de hoogte van de premie als de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bij het oude moeten blijven.

Vordering

4.9 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de vordering van Consument zal worden toegewezen. Dat wil zeggen, dat Aangeslotene gehouden wordt om overeenkomstig de Voorwaarden 2008 dekking te blijven verlenen en de claim van Consument in behandeling te nemen. Nu Aangeslotene volgens eigen zeggen op 22 februari 2012 een claim heeft ontvangen van Consument voor arbeidsongeschiktheid wegens darmklachten, en verder aannemelijk is geworden dat Consument op dat moment 30 dagen aaneengesloten had gewerkt, dient Aangeslotene deze claim te honoreren met toepassing van de Voorwaarden 2008.

4.10 Daarbij zal de Commissie bepalen dat indien en voor zover als gevolg van de aan Aangeslotene te verwijten onterechte toepassing van de Voorwaarden 2011 tussen 22 februari 2012 en de datum van deze uitspraak geen beoordelingen van de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument hebben plaatsgevonden, de nadelige gevolgen daarvan voor rekening van Aangeslotene dienen te blijven en niet op Consument mogen worden afgewenteld.

4.11 Nu Consument in het gelijk wordt gesteld, dient Aangeslotene tevens het door Consument betaalde klachtgeld ad € 50,- voor de behandeling van dit geschil aan Consument te vergoeden.

4.12 Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven. Het meer of anders gevorderde zal worden afgewezen.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat

- Aangeslotene binnen een termijn van twee weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011, de oude verzekeringen in kracht herstelt;
- Aangeslotene binnen een termijn van twee weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011, de nieuwe verzekeringen royeert en de betaalde premies restitueert;
- Aangeslotene vanaf 1 september 2011 overeenkomstig de daarbij geldende Voorwaarden 2008 dekking blijft verlenen;
- Aangeslotene de claim van Consument van 22 februari 2012 honoreert en het verzekerde maandbedrag vanaf 22 maart 2012 (na de eigen risicoperiode) zal uitkeren en blijven uitkeren met inachtneming van de Voorwaarden 2008;

- Consument daartegenover de op grond van de oude verzekering afgesproken premie verschuldigd zal zijn.
- Aangesloten aan Consument diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht zal vergoeden, zijnde € 50.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan.