KiFiD
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2011-299
d.d. 2 november 2011
(mr. R.J. Verschoof, prof. mr. drs. M.L. Hendrikse en mr. B.F. Keulen, leden, en mr. E.E. Ribbers, secretaris)

Samenvatting

Aanvraag van een lineair dalende levensverzekering met een hoge verzekerde som en een looptijd van 25 jaar. Op grond van de aan Consument overgelegde polisvoorwaarden kan Aangeslotene meerdere medische onderzoeken laten plaatsvinden. Niet blijkt dat Aangeslotene zich jegens Consument dienaangaande beperkingen heeft opgelegd. Ook het Protocol Verzekeringskeuringen legt dienaangaande geen beperkingen op. De vraag of Aangeslotene een relatie met Consument wenst aan te gaan kan de Commissie op grond van haar Reglement niet behandelen. De verleende voorlopige dekking was conform de polisvoorwaarden.

1. Procedure

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- de door partijen met de Ombudsman Financiële Dienstverlening gevoerde correspondentie;
- het verzoek tot geschilbeslechting, ontvangen 17 november 2010, met bijlagen;
- de medische machtiging door Consument en haar partner, ontvangen in maart 2011;
- het antwoord van Aangeslotene d.d. 28 april 2011 met bijlage;
- de repliek van Consument d.d. 11 mei 2011;
- de dupliek van Aangeslotene van 26 mei 2011 met bijlagen.

De Commissie heeft vastgesteld dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid.

De Commissie heeft voorts vastgesteld dat beide partijen het advies als bindend zullen aanvaarden.

De Commissie heeft partijen opgeroepen voor een mondelinge behandeling te Den Haag op maandag 10 oktober 2011.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- Consument en haar partner hebben in november 2009 via een assurantietussenpersoon bij een verzekeraar een overlijdensrisicoverzekering aangevraagd met als ingangsdatum 1 januari 2010, een verzekerd bedrag van € 1.100.000,- lineair dalend en een looptijd van 25 jaar.
- Een e-mail van 22 november 2009 van de tussenpersoon aan de partner van Consument naar aanleiding van de aanvraag vermeldt onder meer: 'Standaard medische acceptatie' en een premie per maand van € 60,48.
- De brochure die behoort bij de door Consument en haar partner aangevraagde verzekering vermeldt : '(…) geldt dat mensen jonger dan 50 jaar tot een verzekerd kapitaal van € 500.000,- niet hoeven te worden gekeurd. (…)' Consument en haar partner waren in november 2009 beiden jonger dan 50 jaar.
- De verzekeringsvoorwaarden die behoren bij de door Consument en haar partner aangevraagde verzekering vermelden dat Aangeslotene optreedt als gemachtigde namens de verzekeraar. Voorts vermeldt artikel 2.1 van deze verzekeringsvoorwaarden: 'De informatie en de verklaringen die door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de verzekeraar, onder andere op het aanvraagformulier, medische vragenlijst(en) en (afgegeven) gezondheidsverklaring(en) en gedurende medische onderzoek(en) zijn verstrekt, vormen de basis van de polis (…)'.
- Verder bevat artikel 16 van deze verzekeringsvoorwaarden bepalingen omtrent een voorlopige dekking. Deze bedraagt maximaal € 265.000,- en geldt gedurende maximaal 3 maanden te rekenen vanaf de ontvangst van het aanvraagformulier door Aangeslotene.

3. Geschil

3.1 Consument vordert: acceptatie van de aangevraagde verzekering door Aangeslotene op basis van de reeds aan Aangeslotene verstrekte informatie, derhalve een verzekerd bedrag van € 1.100.000,- lineair dalend en tegen een maandelijkse vaste premie van € 60,48 en eventueel met een opslag van maximaal 35% op het premiedeel dat op haar partner betrekking heeft, en voorts voortzetting van de voorlopige dekking totdat de verzekering is geaccepteerd.

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen.
- Bij de offerte van de tussenpersoon waren de polisvoorwaarden van de geoffreerde verzekering en een aanvraagformulier gevoegd. Het aanvraagformulier hebben Consument en haar partner ingevuld teruggezonden.
- Op 27 november 2009 berichtte de tussenpersoon dat als sprake is van een medische indicatie, de verzekeraar nadere informatie zal inwinnen bij de behandelend arts of specialist. De tussenpersoon sprak niet over een mogelijke medische keuring.

- Eveneens op 27 november 2009 berichtte een door Aangeslotene ingeschakeld expertisebureau echter dat een uitgebreide medische keuring nodig is omdat het te verzekeren bedrag hoger is dan € 500.000,-. Het expertisebureau berichtte voorts dat na de keuring eventueel nog aanvullende informatie bij de behandelend arts kan worden opgevraagd.
- Omdat in de brochure en in de polisvoorwaarden evenwel over een keuring wordt gesproken bij een te verzekeren bedrag hoger dan € 500.000,-, zijn Consument en haar partner met een medische keuring akkoord gegaan. Vervolgens zijn zij uitgebreid medisch onderzocht.
- Daarna echter vernamen zij van het expertisebureau dat er nog een medisch en een financieel onderzoek moet plaatsvinden, bestaande uit:
1. een kopie van het relevante lening-/hypotheekcontract en de compleet ingevulde financiële vragenlijst;
2. een extra bloedwaardenbepaling en urinebepaling met hemogram (RBC en WBC) transaminases SGOT-SGPT, Gamma GT, Hepatitis B en C serologie, Ureum, Creatine en urinezuur.
Voorts vernamen zij van het expertisebureau dat wegens overgewicht en een lichte bronchitis van de partner van Consument voor hem een premieopslag van 100% zou worden geadviseerd.
- Consument en haar partner kunnen hiermee niet akkoord gaan. Vanzelfsprekend mag een verzekeraar binnen zekere grenzen zelf bepalen wat hij wil onderzoeken alvorens een verzekering aan te bieden. Met hen is echter eerder in het aanvraag- en acceptatietraject niet over een dergelijk extra medisch en een financieel onderzoek gesproken, hoewel de hoogte van het te verzekeren bedrag bij de aanvang al aan Aangeslotene bekend was. Ook in het Protocol Verzekeringskeuringen wordt de mogelijkheid van een dergelijke, vooraf niet aangekondigde extra keuring niet gehonoreerd. Bovendien heeft Aangeslotene uiteenlopende bedragen genoemd waarboven een aanvullend medisch onderzoek nodig is. Uitleg in begrijpelijke taal wat het aanvullende onderzoek inhoudt, hebben Consument en haar partner niet gekregen. Verder is een opslag van 100% op de premie voor de partner van Consument veel te hoog. In 2008 hanteerde Aangeslotene een veel lagere opslag jegens hem. Onterecht is voorts dat Aangeslotene stelt dat de voorlopige dekking is vervallen. Door haar foutieve handelwijze is immers de totstandkoming van de aangevraagde verzekering vertraagd.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.
- De tussenpersoon heeft voorafgaand aan het invullen van het aanvraagformulier op basis van een rekentool berekend welke premie zou moeten worden betaald. Daarbij kon uiteraard geen rekening worden gehouden met toen nog niet bekende medische factoren.
- Blijkens artikel 2.1 van de aan Consument en haar partner uitgereikte verzekeringsvoorwaarden kunnen meerdere medische onderzoeken plaatsvinden. Uit de brochure en het aanvraagformulier voor de verzekering blijkt niet dat het aantal onderzoeken tot één onderzoek is beperkt. Op grond van het Protocol Verzekeringskeuringen kan een verzekeraar aanvullende onderzoeken verrichten als sprake is van een hoog verzekerd bedrag. Voor het

expertisebureau was één keuring voldoende. Boven een te verzekeren bedrag van € 500.000,- vindt standaard een keuring plaats bij mensen jonger dan 50 jaar. Tijdens het acceptatieproces kwam de herverzekeraar echter gezien de hoogte van het te verzekeren bedrag van meer dan € 1.000.000,- met de eis van een aanvullende keuring. Bovendien kan de herverzekeraar een aanvullende keuring eisen als de gezondheidsverklaring of de eerste keuring daartoe aanleiding geeft. Omdat kennelijk Consument en haar partner een extra keuring willen ontlopen en daarvoor zelfs bereid waren om het te verzekeren bedrag te verlagen, houdt de herverzekeraar aan een extra keuring vast. In overleg met de herverzekeraar zal voorts moeten worden besloten of een aanvullend financieel onderzoek nodig is, omdat de verzekering niet wordt gekoppeld aan een hypotheek of andere lening. Gezien de inmiddels verstreken tijd na het eerste medisch onderzoek, moeten Consument en haar partner er overigens rekening mee houden dat dit eerste medisch onderzoek opnieuw moet plaatsvinden.
- Een verzekeraar is vrij om een premieopslag vast te stellen. De kandidaat-verzekerde is vrij om de verzekering vervolgens al of niet af te sluiten. De verzekeringsaanvraag uit 2008 betrof een andere verzekeraar, een te verzekeren som van € 485.000,-, een lagere BMI (Body Mass Index) en een premieopslag van 60%.
- Op grond van de polisvoorwaarden was er gedurende maximaal drie maanden na de ontvangst van het aanvraagformulier (27 november 2009) voorlopige dekking en tot een bedrag van maximaal € 265.0000,-. Afgezien daarvan kan voorlopige dekking niet van kracht blijven totdat Aangeslotene een polis afgeeft op de door Consument en haar partner gestelde condities. Dan zouden kandidaat-verzekerden de voorlopige dekking eindeloos kunnen rekken. Om de voorlopige dekking coulancehalve uit te breiden bestaat geen aanleiding, omdat Consument en haar partner geen medewerking willen verlenen aan het vereiste aanvullende onderzoek. In afwachting van dat aanvullende onderzoek is het acceptatieproces voorlopig opgeschort. Uitleg in begrijpelijke taal wat het aanvullende onderzoek inhoudt, hebben Consument en haar partner gekregen.
- Als Consument en haar partner met de gestelde acceptatievoorwaarden niet akkoord kunnen gaan, zullen zij zich tot een andere verzekeraar moeten wenden.

4. Zitting

Ter zitting hebben partijen hun standpunten nader toegelicht.

5. Beoordeling

5.1 In artikel 2.1 van de bij de offerte aan Consument en haar partner gevoegde polisvoorwaarden van de geoffreerde verzekering is vermeld: ‘De informatie en de verklaringen die door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de verzekeraar, onder andere (…) gedurende medische onderzoek(en) zijn verstrekt’. Uit deze polisbepaling blijkt dus dat meerdere medische onderzoeken kunnen plaatsvinden.

5.2 Uit de aan de Commissie overgelegde stukken is haar niet gebleken dat Aangeslotene zich jegens Consument en haar partner, in afwijking van hetgeen in voormelde polisbepaling is vermeld, uitdrukkelijk beperkingen heeft opgelegd ter zake van de medische en andere informatie die van hen gevraagd kan worden in verband met de door hen gewenste overlijdensrisicoverzekering. Consument en haar partner hebben dienaangaande met name gewezen op de brief van 27 november 2009 van de door Aangeslotene ingeschakelde externe medische expert, maar ook daaruit blijkt van een dergelijke uitdrukkelijke beperking niet.

5.3 Ook op grond van het Protocol Verzekeringskeuringen zijn er geen beperkingen om het verlangde aanvullend medisch onderzoek te doen plaatsvinden.

5.4 Op grond van dit een en ander zijn er derhalve geen redenen waarom Aangeslotene niet de door haar verlangde aanvullende medische en andere informatie zou mogen vragen.

5.5 De vraag of Aangeslotene een relatie met Consument en haar partner wenst aan te gaan kan de Commissie op grond van artikel 14.1aanhef en onder f van haar Reglement niet behandelen.

5.6 Ter zake van de voorlopige dekking oordeelt de Commissie als volgt. Op grond van de bij de offerte aan Consument en haar partner uitgereikte polisvoorwaarden was er gedurende maximaal drie maanden na de ontvangst van het aanvraagformulier voorlopige dekking en tot een bedrag van maximaal € 265.000,-. Onweersproken door Consument heeft Aangeslotene gesteld dat zij het aanvraagformulier op 27 november 2009 heeft ontvangen. De voorlopige dekking eindigde derhalve maximaal drie maanden na die datum.

6. Beslissing

De Commissie wijst, als bindend advies, de vordering af.

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.