RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2008/018 Med

i n d e k l a c h t nr. 2007.1287 (046.07)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen ‘verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager is op 1 januari 2000 als hypotheekadviseur in dienst getreden bij een tussenpersoon. Bij beschikking van 23 december 2004 van de kantonrechter is de arbeidsovereenkomst met ingang van 31 december 2004 ontbonden.

Klager heeft via deze tussenpersoon met ingang van 1 november 2003 bij verzekeraar een verzekering afgesloten die onder meer voorziet in een uitkering van€ 500, - per maand bij onvrijwillige werkloosheid. In september 2004 heeft deze tussenpersoon bewilligd in het verzoek van klager om de verzekering voortaan via een andere tussenpersoon te laten lopen.

Het door klager ondertekende aanvraagformulier voor de verzekering bevat een medische verklaring:
‘Ik verzekeringnemer/verzekerde, verklaar hierbij dat ik:
a. de laatste 12 maanden geen ziekten heb gehad waarvoor ik meer dan 4 weken aaneengesloten onder medische behandeling ben geweest, waardoor ik arbeids-ongeschikt ben geweest, of ben behandeld of verpleegd in een ziekenhuis, herstellingsoord, sanatorium of andere soortgelijke inrichting;
b. thans geen medicijnen, stimulerende of verdovende middelen gebruik;
c. niet onder behandeling of controle sta van de huisarts, specialist, psychiater of psycholoog;
(…)’

Verderop op het aanvraagformulier heeft klager aangekruist:
‘Ik kan vorenstaande niet zondermeer verklaren’.

Het aanvraagformulier vermeldt daaronder:
‘Indien u hier iets heeft aangekruist, dient u hieronder een korte toelichting te geven ten behoeve van de medisch adviseur. Een toelichting bijsluiten is ook toegestaan. (…)’

Daaronder heeft klager geschreven: ‘Thans gebruik ik paroxetine. Ik ben niet onder behandeling of controle, maar gebruik medicijn op advies van huisarts voor lange termijn. Met dit medicijngebruik ben ik klachtenvrij en verkeer in goede gezondheid.’

2008/018 Med

De verzekering is vervolgens tot stand gekomen onder de conditie dat deze ‘geen dekking biedt tegen ziektes of aandoeningen die reeds bestaan of zich hebben geopenbaard in de 12 maanden voorafgaande aan de ingangsdatum van de verzekering’.

Klager heeft van verzekeraar uitkering wegens onvrijwillige werkloosheid ontvangen over de periode februari t/m juni 2005. Bij brief van 26 augustus 2005 heeft verzekeraar de gedane uitkeringen teruggevorderd op de grond dat klager met een andere ex-werknemer van de tussenpersoon een bedrijf op het gebied van de financiële dienstverlening had opgezet, hetgeen verzekeraar was gebleken uit een uittreksel uit het Handelsregister en de website van het bedrijf. Na enige correspondentie met klager en diens advocaat heeft verzekeraar verder afgezien van de terugvordering van de gedane uitkeringen, alsnog uitkering gedaan over de periode juli/augustus 2005, en heeft hij op 12 juli 2006 de verzekering met ingang van 1 september 2005 beëindigd met restitutie van de onverdiende premie.

In artikel 6 van de op de verzekering van toepassing zijnde Algemene verzekeringsvoorwaarden is onder het kopje ‘Algemene verplichtingen bij een verzekerde gebeurtenis’ bepaald:
‘6.3 De verzekerde en/of de belanghebbende is verplicht (…) (de gevolmachtigd agent van verzekeraar) tijdig, volledig en juist te informeren (…)
6.4 De verzekerde kan geen rechten aan deze verzekering ontlenen als (…) hij één van de in (…) 6.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad (…)’.

In artikel 27.1, in de Rubriek Onvrijwillige werkloosheid, van deze voorwaarden is bepaald:
‘Een verzekerde (…) ontvangt op grond van deze rubriek in geval van werkloosheid een uitkering zoals in de polis is vermeld (…)’.

In artikel 30.3 van deze Rubriek is bepaald:
‘Recht op uitkering bestaat (…) uitsluitend voor die perioden waarin door de verzekerde geen betaalde arbeid wordt verricht.’

Ook tegen de tussenpersoon heeft klager een klacht ingediend. Omtrent deze klacht heeft de Raad geoordeeld in Uitspraak Nr. 2007/097 Med.T van 10 december 2007.

De klacht

Verzekeraar en de tussenpersoon hebben op directieniveau samengespannen om klager te benadelen in zijn recht op uitkering krachtens de onderhavige verzekering. Dat blijkt ook uit de brief van 26 augustus 2005 van verzekeraar. Verzekeraar en de tussenpersoon liegen of nemen althans tegenstrijdige standpunten in. Daarnaast baseert verzekeraar zich op een geantedateerde brief van 5 oktober 2005: sprake is dus van valsheid in geschrift. Bewijs van het antedateren vormt een verklaring van de websitebeheerder en een computer-uitdraai. Verzekeraar rijgt de ene leugen aan de andere. Hij is niet ingegaan op door klager gemaakte verwijten. Hij verwijt klager ten onrechte verzwijging en heeft ten onrechte de verzekering beëindigd op 'grond van het ontbreken van wederzijds vertrouwen', in plaats van deze te beëindigen met wederzijds goedvinden. Klager moest verzekeraar voortdurend verzoeken om de uitkering waarop hij recht had. Ten aanzien van klagers compagnon heeft verzekeraar, met name diens directeur, dezelfde ‘doofpot’-strategie gevolgd. De compagnon werd

gelijktijdig met klager door verzekeraar met een vordering tot terugbetaling van de gedane uitkeringen geconfronteerd.

Verzekeraar ontkent dat de tussenpersoon hem heeft ingelicht over een zelfstandig ondernemerschap van klager, maar de advocaat van de tussenpersoon schreef op 23 maart 2006 dat een medewerkster van de tussenpersoon, in het kader van uitwisseling van informatie met de gevolmachtigd agent van verzekeraar over een verzekering van de compagnon van klager, een kopie heeft verstrekt van het uitreksel uit het Handelsregister betreffende het door klager en de compagnon opgezette bedrijf. Verzekeraar stelt echter door toeval via het Internet achter dit bedrijf te zijn gekomen. Klager meent dat dit geen toeval is, maar dat er een aanleiding is geweest, gedragen door samenspanning tussen verzekeraar en de directeur van de tussenpersoon. Alleen deze directeur was op de hoogte van de betreffende verzekering van klager en van zijn compagnon. Alleen deze directeur wist van de door klager bij verzekeraar ingediende claim. Hij heeft klager als uitkeringsfraudeur bij verzekeraar aangedragen. Het achteraf door verzekeraar vervaardigde 'Google-verhaal' doet daaraan niet af. Niet aannemelijk is dat er geen enkele aanleiding is geweest waarom verzekeraar op onderzoek is gegaan naar zowel klager als zijn compagnon en informatie heeft opgevraagd bij de tussenpersoon. Laatstgenoemde is rancuneus jegens zijn twee ex-medewerkers.

Verzekeraar vroeg informatie voor herbeoordeling van zijn afwijzende standpunt, maar die informatie kan geen nieuw licht werpen op hetgeen gebeurd is. De jaarcijfers over 2005 van het bedrijf van klager en zijn compagnon zijn nog niet klaar en beantwoorden niet de vraag of klager wel of niet tot september 2005 heeft gewerkt. Het is immers een jaaroverzicht en geen maandelijkse specificatie. Bovendien zou klager zo kosten moeten maken om te bewijzen wat hij niet gedaan heeft. Klager meent dat veeleer bij verzekeraar de bewijslast ligt.

Alle pogingen om tot een gesprek te komen, gingen van klager uit. Verzekeraar heeft vervolgens een aanvullende uitkering gedaan (waartoe hij volgens de polis verplicht was), omdat hij geen verdere kosten aan de kwestie wilde besteden. Klager blijft echter zitten met kosten en een geschaad vertrouwen in het verzekeringsbedrijf. Bovendien is zijn verzekering door verzekeraar beëindigd, hoewel verlies van het wederzijdse vertrouwen in de polisvoorwaarden niet als beëindigingsgrond wordt genoemd.

Klagers werkloosheid is het gevolg van zijn ontslag wegens een verstoorde arbeidsrelatie, hetgeen hem niet te verwijten is. T/m 31 augustus 2005 kreeg hij een volledige uitkering op grond van de Werkloosheidswet. Op grond van de polisvoorwaarden is verzekeraar dan tot uitkering verplicht. Vanaf 1 september 2005 ontvangt klager een gedeeltelijke ww-uitkering, omdat hij vanaf deze datum deels werkzaam is als zelfstandige. Op grond van artikel 30.3 van de polisvoorwaarden vervalt zijn recht op uitkering dus per die datum.

Klager meent conform de polisvoorwaarden te hebben gehandeld. Hem valt niets te verwijten. Door de toon van de brief van 26 augustus 2005 van verzekeraar en doordat deze geen uitleg vroeg over de arbeidssituatie op dat moment is de kwestie geëscaleerd.

<u>Het standpunt van verzekeraar</u>

Verzekeraar heeft sterk de indruk dat sprake is van onterechte en gezochte aantijgingen van klager. Het lijkt een persoonlijke aanval op de directeur van

verzekeraar om aan te tonen dat tussen de ex-werkgever van klager en verzekeraar, met name twee directeuren ervan, een samenzwering bestond om klager in een kwaad daglicht te stellen. Verzekeraar is echter trots op zijn integriteit.

Op 10 november 2003 ontving verzekeraar het door klager ondertekende aanvraagformulier voor de onderhavige verzekering tegen de risico's van arbeidsongeschiktheid en onvrijwillige werkloosheid. Het gaat hier om een dekking van personen die een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd hebben. Zelfstandige ondernemers zijn in de polisvoorwaarden van deze dekking uitgesloten. Het aanvraagformulier vermeldt medicijngebruik, maar naar eigen zeggen is klager klachtenvrij en in goede gezondheid.

Het risico werd geaccepteerd met uitsluiting van op de ingangsdatum van de verzekering bestaande aandoeningen, zoals ook duidelijk is aangegeven in het aanvraagformulier en in de polisvoorwaarden. De verzekering is ingegaan op 1 november 2003.

Op 8 april 2005 ontving verzekeraar een schadeaangifteformulier met betrekking tot onvrijwillige werkloosheid van klager. Hoewel dit formulier niet volledig was ingevuld (de werkgever had volgens klager uit rancune geen verklaring afgegeven) en de schade niet reeds bij de verwezenlijking van het risico was gemeld, heeft verzekeraar de claim toch geaccepteerd.

De eerste uitkering, over februari 2005, is direct overgemaakt. Verdere uitkeringen, t/m augustus 2005, zijn gedaan op basis van maandelijkse "vervolgformulieren" waarin de verzekerde moet verklaren dat hij/zij nog steeds werkloos is en geen werk heeft verricht tegen beloning of enig profijt, en de verklaring van klager dat dit het geval is geweest. Naar later bleek, bestond toen al het bedrijf waarvan klager vennoot was, was hij toen feitelijk zelfstandig ondernemer en had hij dit aan verzekeraar moeten melden.

Begin augustus 2005 zocht verzekeraar in verband met een aanvraag ten behoeve van een andere soort verzekering uit Zwitserland op het Internet naar informatie. De daarbij door Google vermelde derde optie trok de aandacht omdat deze een Nederlands bedrijf betrof dat zich bezig houdt met hypotheken, verzekeringen, etc. Uit nieuwsgierigheid heeft verzekeraar de site geopend en vond hij een beschrijving van de eigenaren, waaronder de naam van klager. Deze naam komt niet veel voor en verzekeraar herkende deze als de naam van een persoon aan wie maandelijks schadepenningen werden uitgekeerd.

De afdruk van de betreffende Google-site is gedateerd op 23 augustus 2006. In augustus 2006 vroeg klager namelijk om bewijs en toen heeft verzekeraar een print gemaakt van de site. Deze print vermeldt uiteraard de printdatum.

Uit een brief van 8 september 2005 van klager bleek dat hij voorafgaande aan het aanvragen van de verzekering langdurig arbeidsongeschikt is geweest op medische gronden. Klager heeft dit op het aanvraagformulier voor de verzekering niet vermeld, hoewel dit met name voor het arbeidsongeschiktheidsrisico van belang was. In klagers belang heeft verzekeraar zich niet op artikel 251 WvK beroepen, ook omdat het hier een werkloosheidschade betrof. Dit hoewel het causaliteitsvereiste onder het oude recht niet van belang is.

Uit het Handelsregister blijkt dat klager als vennoot het bedrijf heeft opgericht per 8 december 2004 en de onderneming drijft per 11 februari 2005. Klager beweert dat dit uittreksel door de tussenpersoon aan verzekeraar is verstuurd,

maar dit is niet het geval. Verzekeraar heeft het uittreksel zelf bij de Kamer van Koophandel aangevraagd.

Op basis van de verkregen informatie heeft verzekeraar klager op 26 augustus 2005 bericht dat hij de uitkering stopzet en de teveel betaalde schadepenningen terugvordert. Hij wilde na ontvangst van verdere informatie het beroep op de polis opnieuw beoordelen.

De brief van 26 augustus 2005 is wat ongebruikelijk, maar is verklaarbaar. Immers, nadat verzekeraar had afgezien van het beroep op verzwijging, bleek dat klager ook had nagelaten hem te informeren over het oprichten en in bedrijf stellen van het bedrijf. Als verzekeringstussenpersoon die nota bene voor dit type verzekeringen als bemiddelaar optreedt, had klager moeten weten dat dit belangrijke informatie is voor een verzekeraar die op dat moment werkloosheids-uitkeringen aan hem verstrekt. Na melding en verstrekken van informatie had alsnog vastgesteld kunnen worden of doorlopend recht op uitkering bestond. Op grond van artikel 7:941 BW heeft een verzekerde de plicht die informatie toe te zenden. De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op vertrouwen, welk vertrouwen toen al twee keer was geschaad.

Hierna volgde een uitgebreide briefwisseling tussen partijen. Verzekeraar heeft de correspondentie met klager op een zakelijke manier gevoerd, aan alle verzoeken prompt voldaan en, anders dan klager, zich onthouden van de meest grove beschuldigingen die ook nu weer in de correspondentie te vinden zijn.

Uiteindelijk leidde de correspondentie tot een herhaald verzoek van verzekeraar aan klager om aan te tonen dat deze, gedurende de periode dat verzekeraar uitkering deed, geen commerciële activiteiten verrichtte dan wel inkomsten uit arbeid had. In reactie op deze vragen heeft verzekeraar, buiten de beweringen van klager dat hij geen commerciële activiteiten heeft verricht, geen afdoende bewijs (zoals een accountantsverklaring) ontvangen. Een dergelijke verklaring had tot een oplossing of een ander standpunt kunnen leiden.

In plaats daarvan volhardt klager in beschuldigingen die hoofdzakelijk betrekking hebben op de informatie die aan verzekeraar zou zijn verstrekt en op de samenzwering met de tussenpersoon. Verzekeraar heeft zich uitdrukkelijk gedistantieerd van een dispuut tussen klager en diens ex-werkgever.

Omdat verzekeraar via de KvK geen verdere informatie kon verkrijgen (de omzet van het bedrijf was te gering voor de deponeringsverplichting) heeft hij door een coulance-uitkering tot september 2005 de zaak willen afsluiten. Ook heeft hij coulancehalve het bedrag van € 2.500,- niet teruggevorderd.

De zaak bleek hiermee voor klager niet afgedaan. Hij vroeg een kopie van het polis- en het schadedossier. Daaraan en aan verdere verzoeken is prompt voldaan. Daarna volgden klachten bij verzekeraar en de Ombudsman Verzekeringen.

Verzekeraar heeft correct gehandeld en de teveel betaalde maandpremies aan klager terugbetaald. Kernpunt voor de afwijzing van de schade is de verklaring van klager dat voor september 2005 geen commerciële activiteiten zijn verricht dan wel inkomsten door het bedrijf zijn verkregen.

Gebleken is dat het bedrijf van klager wel inkomsten had. Blijkens het polisbestand van verzekeraar is op 30 juni 2005 een aanvraagformulier voor een verzekering ondertekend dat komt van het bedrijf en duidelijk het handschrift en de handtekening van klager vertoont. Zo zijn tot september 2005 vier aanvragen door het bedrijf ingediend.

2008/018 Med

Het bedrijf heeft dus assurantiebemiddeling verricht. Commissies zijn direct met het bedrijf afgerekend. Klager heeft dus, anders dan hij verklaart, commerciële activiteiten verricht waaruit inkomsten uit commissies zijn ontstaan. Opvallend genoeg heeft verzekeraar nadien geen aanvragen van het bedrijf meer ontvangen. Klager beweert dat hij aan de polisvoorwaarde die inhoudt dat een WW uitkering moet worden ontvangen om recht op uitkering onder de polis te verkrijgen, heeft voldaan. Daarnaast moet echter ook aan de overige door de polis gestelde voorwaarden worden voldaan.

Verzekeraar leest in het uitvoerige relaas van klager de volgende klachten:
- de gestelde verzwijging;
- het eventueel terugvorderen van het bedrag van € 2.500,-, het stoppen van de uitkering in augustus 2005 en het opzeggen van de verzekering;
- de gestelde valsheid in geschrift.

Aan de door hem gestelde verzwijging heeft verzekeraar geen consequenties verbonden, hoewel dit op grond van artikel 251 WvK mogelijk was. Klager heeft arbeidsongeschiktheid door "overspannenheid" verzwegen, hetgeen relevant is bij een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Verzekeraar kon de uitkering in augustus 2005 stoppen en het uitgekeerde bedrag van € 2.500,- terugvorderen. De ten onrechte gedane uitkeringen zijn echter coulancehalve in stand gelaten. Nadat bekend werd dat klager vennoot is in een onderneming, waarmee hij wellicht inkomen verdient, kon verzekeraar opnieuw beoordelen of nog recht op uitkering bestaat. Artikel 30.3 van de polisvoorwaarden sluit uitkering uit als betaalde arbeid wordt verricht. Klager diende bij de schademelding alle relevante inlichtingen te verstrekken. Dat volgde ook uit de polis, met name artikel 6 van de polisvoorwaarden. Verzekeraar kon in deze situatie vragen om informatie om de claim nader te beoordelen. Klager heeft de informatie echter niet verstrekt. Hij blijft verzekeraar met klachten bestoken. Verzekeraar meent dat hij door de verzwijging en het niet verstrekken van de voor de claim relevante informatie in zijn belangen is geschaad. Hij kan immers de claim niet meer beoordelen. Tevens ontbreekt inmiddels het voor de verzekeringsovereenkomst nodige vertrouwen. Hij kan de verzekering dan opzeggen.

Verder wordt verzekeraar verweten dat hij brieven vervalst, dan wel voorziet van een andere datum. De brief van 5 oktober 2005 is die dag verzonden. Hij behoefde de brief niet aangetekend te versturen. De overgelegde informatie waaruit volgens klager zou blijken dat sprake is van een vervalsing, steunt dat standpunt niet. De beheerder van de site van klagers bedrijf geeft slechts aan dat op 31 december 2005 de tekst van de site is gewijzigd. Niet blijkt daaruit dat op 5 oktober 2005 nog niet op de site stond dat het bedrijf door een relatiebeding geen klanten van de tussenpersoon waarbij klager eerder in dienst was geweest, mocht bedienen. Uit hoofde van die arbeidsovereenkomst met de tussenpersoon moest dat op de site staan en in oktober 2005 was dat ook zo. De site bestond overigens al veel eerder. De eerste verrichtingen blijkens het communicatie-journaal dateren al van 25 juni 2001. Ook in februari 2004 (Raad: wellicht is bedoeld: februari 2005) werd aan de site gewerkt, hetgeen parallel loopt met het begin van de bedrijfsactiviteiten van klager. Reden te meer om aan te nemen dat klager al betaalde arbeid verrichtte als zelfstandig ondernemer toen hij aanspraak maakte op verzekeringspenningen.

Er waren dus voldoende redenen om klager uitkering te ontzeggen. Deze had de oprichting van het bedrijf kunnen melden op het schadeaangifteformulier. Verzekeraar is coulant geweest en heeft tot september 2005 uitkeringen verstrekt. Deze vordert hij niet terug, zelfs niet nadat gebleken was dat klager wel degelijk werkzaamheden tegen commissie heeft verricht gedurende de schadeperiode. De eventuele kosten die klager maakt door te klagen zijn voor diens eigen rekening.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Verzekeraar vroeg pas laat om een accountantsverklaring, de jaarstukken van het bedrijf en de belastingaangifte, juist toen de tussenpersoon bij wie klager in dienst was geweest die informatie in de lopende civiele procedure goed kon gebruiken: een bewijs dus van de samenspanning met de tussenpersoon.

Ook het door verzekeraar overgelegde aanvraagformulier van een via het bedrijf van klager ingediende verzekering van een ander, is door verzekeraar vervalst: de handtekening erop heeft klager in elk geval niet geplaatst.

Verzekeraar is op een aantal klachten niet ingegaan. Klagers klachten zijn:
- onterechte beschuldiging van verzwijging
- tweemaal valsheid in geschrift
- intimidatie, onzorgvuldig onderzoek, verdraaiing van feiten
- geen 'hoor en wederhoor'
- willekeurige toepassing van identieke polisvoorwaarden
- onduidelijke polisvoorwaarden
- onrechtmatig royement
- samenspanning met de tussenpersoon om klager te schaden
- het opdringen aan klager van substantiële kosten van verweer
- leugenachtige bewering ten aanzien van het verkrijgen van de inschrijving KvK

Klager wil niet het royement ongedaan maken. Hij wil een schriftelijke garantie van verzekeraar dat het royement niet is geregistreerd en dat geen sprake is van een verwijtbaar royement op initiatief van verzekeraar.

De websitebeheerder heeft verklaard dat hij de tekst omtrent het relatiebeding op 31 december 2005 op de website heeft geplaatst. Ook klagers zakenpartner en klagers echtgenote hebben, notarieel vastgelegd, verklaard dat deze tekst op 5 oktober 2005 nog niet op de website stond.

De kwestie is voor klager pas naar tevredenheid geregeld als het royement op een nette manier is opgelost en de kosten voor juridisch advies en tijdsbesteding volledig aan hem zijn vergoed.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken. Deze heeft zich daarbij bereid verklaard de beëindiging van de verzekering te beschouwen als gedaan met wederzijds goedvinden.

2008/018 Med

Het oordeel van de Raad

1. De Raad stelt voorop dat een tuchtrechtelijke procedure als deze zich niet ertoe leent feiten vast te stellen waaromtrent partijen van mening verschillen en doorslaggevend bewijs ontbreekt. Of verzekeraar op een andere wijze dan door hem is gesteld aan het uittreksel uit het Handelsregister omtrent het bedrijf van klager en zijn compagnon en aan wetenschap van de website van dat bedrijf is gekomen, dan wel of dat was op de door klager gestelde wijze, kan de Raad dan ook niet bindend vaststellen. Dat laatste geldt ook ten aanzien van het door klager gestelde antedateren van de brief van 5 oktober 2005 van verzekeraar, nu de lezingen van partijen dienaangaande verschillen en ook door de ten overstaan van een notaris afgelegde verklaringen van klagers echtgenote en klagers compagnon en door de van een notarieel stempel voorziene nadere verklaring van de websitebeheerder niet onomstotelijk is komen vast te staan dat de brief van 5 oktober 2005 is geantedateerd.

2. Onjuist acht de Raad de brief van 26 augustus 2005 van verzekeraar, waarin deze op basis van het uittreksel uit het Handelsregister omtrent het bedrijf van klager en zijn compagnon en op basis van raadpleging van de website van dat bedrijf, zonder klager eerst gelegenheid te bieden de situatie toe te lichten, en in onnodig harde bewoordingen de gedane werkloosheidsuitkeringen ad € 2.500,- van klager terugvorderde op de grond dat deze met zijn compagnon in februari 2005 dit bedrijf was gestart. Niet uit te sluiten was immers bijvoorbeeld dat klager uit dit bedrijf (voorshands) geen inkomsten verwierf, hetgeen verzekeraar later ook heeft onderkend. In zoverre zal de klacht gegrond worden verklaard. In dat verband kon verzekeraar evenwel van klager, gelet op de inschrijving van het bedrijf bij de Kamer van Koophandel en het vermelde op de website van het bedrijf, voldoende bewijs verlangen dat klager met werkzaamheden voor het bedrijf geen inkomsten verwierf. In zoverre zal de klacht ongegrond worden verklaard.

3. Onjuist acht de Raad voorts dat verzekeraar in zijn brief van 12 juli 2006 de verzekering met ingang van 1 september 2005 heeft beëindigd onder terugbetaling van de onverdiende premie. Uit het door partijen bij de Raad aangevoerde blijkt dat de opzegging is geschied omdat het wederzijdse vertrouwen ontbreekt. De polisvoorwaarden voorzien echter niet in een opzegging op deze grond. Ook in zoverre zal de klacht gegrond worden verklaard. Aan de gedeeltelijke gegrondverklaring verbindt de Raad geen financiële consequenties voor verzekeraar aangezien deze in zijn latere correspondentie heeft te kennen gegeven het terugvorderen van de gedane uitkeringen achterwege te zullen laten en verzekeraar alsnog aan klager uitkering heeft verleend over de maanden juli en augustus 2005. De Raad gaat er voorts vanuit dat verzekeraar zijn bereidverklaring de beëindiging van de verzekering te beschouwen als gedaan met wederzijds goedvinden, gestand doet en aan klager een beëindigingsaanhangsel met die strekking uitreikt.

4. Ongegrond zijn voorts de overige klachten van klager waaronder dat verzekeraar zich op verzwijging heeft beroepen. Verzekeraar heeft immers slechts in de door klager bij brief van 8 september 2005 verstrekte informatie aanleiding gevonden - naar de Raad voorkomt niet zonder reden - nadere vragen te stellen omtrent de medische voorgeschiedenis van klager. Beantwoording van deze vragen door klager en een daadwerkelijk beroep op het toen nog geldende artikel 251 WvK door verzekeraar zijn evenwel uitgebleven.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht deels gegrond, deels ongegrond.

2008/018 Med

Aldus is beslist op 25 februari 2008 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)