RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2004/50 Med

i n d e k l a c h t nr. 2002.3306 (090.02)

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster'

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. Alvorens uitspraak te doen heeft de Raad aanleiding gevonden verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

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

Inleiding

Klaagster heeft met ingang van 1 januari 1977 bij (een rechtsvoorganger van) verzekeraar een ongevallenverzekering gesloten. De verzekering voorziet in een uitkering bij overlijden of blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval, een verzekerde overkomen. 'Verzekerden' in de zin van de polis zijn alle werknemers in dienst van klaagster. De premie voor 1998 is op 22 mei 1998 betaald.

Verzekeraar heeft geweigerd dekking te verlenen ter zake van een ongeval dat een verzekerde op 21 april 1998 is overkomen.

De verzekeringsvoorwaarden luiden, voor zover hier van belang:
'Artikel 8 premiebetaling
De premie en kosten zijn verschuldigd bij vooruitbetaling. Bij gebreke van vooruitbetaling en tevens van betaling binnen 14 dagen nadat de verzekeringnemer door aanbieding van een kwitantie, toezending van een nota of anderszins aan zijn betalingsverplichting is herinnerd, is de maatschappij niet gehouden te voldoen aan enige verplichting terzake van evenementen, welke zich hebben voorgedaan tussen 0 uur van de dag, waarop de premie verschuldigd werd, en 24 uur van de dag waarop het totale verschuldigde bedrag door de maatschappij is aanvaard, zulks onverminderd de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling.'

De klacht

Verzekeraar heeft de claim niet in behandeling genomen omdat klaagster de (voorschot)premie over 1998 ten bedrage van ƒ 1.750,93 niet tijdig zou hebben

voldaan. Klaagster en verzekeraar discussiëren al jaren lang met elkaar over de afwikkeling van de claim.

Het eerste onderdeel van de klacht betreft het stelselmatig uitblijven van enige inhoudelijke reactie van de zijde van verzekeraar. Klaagster probeert vanaf medio 1999 met verzekeraar in contact te komen. Zij verwijst naar de correspondentie met verzekeraar; die spreekt boekdelen. Telefonische toezeggingen dat er gereageerd zal worden, worden niet nagekomen.

Voorts meent klaagster dat het dossier van verzekeraar niet op orde is. Het feit dat het verzekeraar kennelijk moeite kost om inhoudelijk te reageren duidt daarop.

Het derde (inhoudelijke) deel van de klacht is gericht tegen het standpunt van verzekeraar dat er geen dekking is. Weliswaar is de premie voor 1998 laat betaald, maar dit werd veroorzaakt doordat verzekeraar voor dat jaar voor het eerst de voorschotpremie al in december 1997 verstuurde, en dan ook nog aan de toenmalige tussenpersoon van klaagster, die de nota niet doorstuurde. Bovendien werd op 7 februari 1998 nog aan klaagster gevraagd om nadere gegevens te verschaffen ten einde de voorlopige premie voor 1998 vast te stellen. Bij klaagster is zodoende de indruk ontstaan dat de voorschotnota over 1998 nog zou volgen. De eerste nota die klaagster ontving, was een herinneringsnota van 17 april 1998 die klaagster echter op 29 april 1998 bereikte en waarin niet werd gewezen op een mogelijk verval van dekking bij niet-betaling. Klaagster heeft op 29 april 1998 meteen met verzekeraar gebeld. In dat telefoongesprek is afgesproken dat de premie omgaand zou worden betaald (hetgeen is gebeurd) en dat er dan niets aan de hand zou zijn. Volgens klaagster is het beroep van verzekeraar op verval van dekking onder deze omstandigheden onredelijk en klachtwaardig.

Het standpunt van verzekeraar

Klaagster heeft bij brief van 29 mei 1998 aan verzekeraar gemeld dat een van haar werknemers op 21 april een ongeval was overkomen. Enkele dagen vóór 29 mei 1998 was de per 1 januari 1998 vervallen voorschotpremie voldaan.

Inderdaad loopt de discussie met klaagster al jaren. Verzekeraar heeft op alle brieven geantwoord, zij het in sommige gevallen wat laat. Dit als gevolg van een reorganisatie van de afdeling.

Verzekeraar ontkent ten stelligste dat het dossier of delen daarvan zoek zijn.

De assurantietussenpersoon heeft verzekeraar bericht dat hij de premienota in januari 1998 heeft aangeboden en daarna in februari en in maart 1998 heeft gerappelleerd. Toen de premie begin april 1998 niet was ontvangen, heeft de tussenpersoon verzekeraar gevraagd de incasso over te nemen. Verzekeraar heeft klaagster op 17 april 1998 een rappel gestuurd en daarin medegedeeld dat er geen dekking meer was, omdat de respijttermijn van 30 dagen reeds lang verstreken was. Klaagster heeft op 29 april 1998 met de afdeling debiteuren-verkeer van verzekeraar gebeld. Zij meent dat zij in dat telefoongesprek de toezegging heeft gekregen dat, als zij onmiddellijk zou betalen, de dekking onbeperkt van kracht zou blijven. Navraag bij de afdeling heeft geleerd dat een dergelijke toezegging nimmer is gedaan of wordt gedaan. De premie werd op 22 mei 1998 ontvangen. Uit het door verzekeraar overgelegde computer betalingensysteem met betrekking tot de data van de voorlopige en definitieve premieopgave blijkt duidelijk dat elk jaar in de eerste week van december de voorlopige premienota verschijnt.

Verzekeraar blijft bij zijn mening dat hij zich terecht heeft beroepen op het te laat betalen van de premie. Daardoor komt de claim ter zake van het de verzekerde overkomen ongeval niet voor behandeling in aanmerking.

Het commentaar van klaagster

Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klaagster haar klacht gehandhaafd en nog het volgende aangevoerd. Klaagster heeft een brief van 7 februari 1998 ontvangen waarin verzekeraar vraagt om gegevens ter vaststelling van de definitieve premie 1997 en de voorlopige premie 1998 en om de loonstaten. Klaagster heeft die gegevens (het totaal van loonstaatkolommen en het aantal medewerkers per 1 januari 1998) onmiddellijk per fax teruggezonden. Voordien heeft klaagster geen andere correspondentie van verzekeraar ontvangen, met name niet de factuur met de beweerde vervaldatum 6 december 1997. Verzekeraar heeft die factuur nooit overgelegd. Ook uit de tekst van de brief van 7 februari 1998 moet worden afgeleid dat er geen factuur in (december) 1997 is gezonden; uit die brief blijkt immers dat de definitieve premie over 1997 nog moet worden vastgesteld.

Het bedrag van de voorschotpremie 1998, waarmee klaagster pas door middel van de brief van 17 april 1998 bekend was, heeft klaagster onmiddellijk aan de tussenpersoon overgemaakt. Deze heeft het bedrag pas in de tweede helft van mei 1998 aan verzekeraar overgemaakt.

Van klaagster kan niet worden verlangd dat zij zonder nota's te ontvangen (voorschot)premies voldoet. De verzekeringsvoorwaarden doen daaraan niet af. Verzekeraar kan dus niet het standpunt innemen dat klaagster automatisch vanaf 1 januari 1998 in gebreke was. Voorts kan verzekeraar geen enkel bewijsstuk van correspondentie tussen de tussenpersoon en klaagster overleggen waaruit blijkt dat de tussenpersoon premienota's en aanmaningen aan klaagster heeft gezonden. Mede gelet op de langdurige, probleemloze relatie gedurende twintig jaren tussen verzekeraar en klaagster en op de omstandigheid dat verzekeraar op de hoogte was van communicatieproblemen tussen klaagster en de tussenpersoon, mag verzekeraar de premieachterstand niet aangrijpen om aan de afwikkeling van de schadeclaim te ontkomen.

Een tweede argument waarom verzekeraar de dekking niet mag weigeren, is dat de schade is gevallen voordat klaagster de aanmaning en de eerste waarschuwing dat de dekking zou vervallen heeft ontvangen.

Het overleg met verzekeraar

In het overleg met de Raad heeft verzekeraar een presentatie gegeven van de wijze waarop jaarlijks de voorschotpremie en de definitieve premie worden vastgesteld. De tussenpersoon was belast met de incasso. Kopieën van door de tussenpersoon aan klaagster gestuurde betalingsherinneringen zijn niet meer voorhanden, omdat de tussenpersoon zijn bedrijf intussen heeft beëindigd en in verband daarmee zijn archief heeft opgeruimd. De tussenpersoon maakte gebruik van een computerprogramma dat automatisch herinneringsnota's en brieven produceert. In de tweede van deze brieven is klaagster gewaarschuwd voor de gevolgen van niet-betaling.

Het oordeel van de Raad

1. Klaagster heeft kopieën van brieven overgelegd waaruit blijkt dat de ondernemersorganisatie waarvan zij lid is, verzekeraar in juni 1999 en in februari en maart

van 2000 heeft verzocht zijn dekkingsstandpunt te herzien zonder dat verzekeraar daarop heeft gereageerd. Vervolgens heeft een door klaagster ingeschakelde advocaat bij brief van 30 oktober 2001 het door verzekeraar ingenomen dekkingsstandpunt gemotiveerd bestreden. Deze advocaat heeft verzekeraar in de daarop volgende drie maanden telkens verzocht te reageren op de brief van 30 oktober 2001. Bij brieven van 16 en 22 januari 2002 heeft verzekeraar telkens om een week uitstel gevraagd en bij brief van 4 februari 2002 heeft verzekeraar aan de advocaat medegedeeld dat hij in afwachting is van opgevraagde informatie die essentieel is voor het in te nemen standpunt. Klaagster heeft op 11 februari 2002 de onderhavige klacht ingediend. Bij brief van 18 februari 2002 is verzekeraar ingegaan op de door de advocaat bij brief van 30 oktober 2001 aangevoerde argumenten. Gelet op de hiervoor weergegeven gang van zaken heeft verzekeraar niet in redelijkheid het standpunt kunnen innemen dat alle brieven van of vanwege klaagster steeds, zij het in sommige gevallen met vertraging, zijn beantwoord. Evenmin kan in redelijkheid worden gezegd dat verzekeraar in zijn brieven van januari 2002 en begin februari 2002 inhoudelijk is ingegaan op de brief van 30 oktober 2001 van klaagster. Dit een en ander leidt tot het oordeel dat verzekeraar onvoldoende zorgvuldig en onvoldoende voortvarend heeft gehandeld bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De goede naam van het verzekeringsbedrijf is daardoor geschaad, zodat dit (eerste) onderdeel van de klacht gegrond is.

2. Verzekeraar heeft ontkend dat zijn dossier geheel of gedeeltelijk zoek is. Nu de stukken geen aanknopingspunt bieden voor de juistheid van het door klaagster geuite vermoeden dat dit wel het geval is, is dit (tweede) onderdeel van de klacht niet gegrond.

3. De weigering van verzekeraar om ter zake van het op 21 april 1998 voorgevallen ongeval dekking te verlenen, waartegen het derde onderdeel van de klacht is gericht, is gebaseerd op het standpunt dat klaagster de haar in januari 1998 voor het verzekeringsjaar 1998 toegezonden premienota ten bedrage van ƒ 1.750,93 ondanks aanmaning en waarschuwing in februari 1998 en nog een herinnering in maart 1998, uiteindelijk te laat heeft voldaan. Klaagster heeft de ontvangst van die premienota en die herinneringsbrieven betwist en aangevoerd dat zij niet eerder dan op 29 april 1998 het bericht heeft ontvangen dat de respijttermijn van 30 dagen voor de betaling van genoemd bedrag was verstreken.
Op verzekeraar rust de last te bewijzen dat klaagster de genoemde premienota, aanmaningen en herinneringsbrieven (volgens verzekeraar door de tussenpersoon verzonden) heeft ontvangen. Voorts is, blijkens constante uitspraken van de Raad, voor een beroep op verval van de dekking op grond van premieachterstand een enkel beroep op de verzekeringsvoorwaarden onvoldoende. Vereist is tevens dat de premieplichtige schriftelijk een laatste betalingstermijn wordt verleend met daaraan verbonden een uitdrukkelijke, ondubbelzinnige waarschuwing van verval van dekking bij overschrijding van de gestelde termijn. Nu verzekeraar dit en ander niet aannemelijk heeft gemaakt, laat staan bewezen, moet het oordeel luiden dat verzekeraar zich niet in redelijkheid heeft kunnen beroepen op het ontbreken van dekking ter zake van het een verzekerde op 21 april 1998 overkomen ongeval. Verzekeraar heeft door dit standpunt in te nemen de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad, zodat de klacht in zoverre gegrond is.

4. De Raad acht geen termen aanwezig om aan de gegrondbevinding van het eerste onderdeel van de klacht financiële consequenties te verbinden. Aan de gegrondbevinding van het derde onderdeel van de klacht wordt de consequentie verbonden dat verzekeraar de claim ter zake van het de verzekerde op 21 april 1998 overkomen ongeval in behandeling neemt.

2004/50 Med

De beslissing
De Raad verklaart de klacht deels gegrond en deels ongegrond. Aan de gegrondbevinding van het derde onderdeel van de klacht verbindt de Raad de hiervoor onder 4. overwogen consequentie.

Aldus is beslist op 21 juni 2004 door mr. H.C. Bitter, fungerend voorzitter,
mr. D.H.M. Peeperkorn, drs. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad,
in tegenwoordigheid van mr. C.A.M. Splinter, secretaris.

De fungerend Voorzitter:

(Mr. H.C. Bitter)

De Secretaris:

(Mr. C.A.M. Splinter)