Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2013-344 d.d. 26 november 2013
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. E.M. Dil-Stork en mr. B.F. Keulen, leden en mr. M. van Pelt, secretaris)

Samenvatting

De polisvoorwaarden van een arbeidsongeschiktheidsverzekering bepalen dat geen recht op uitkering bestaat indien Consument niet direct voorgaand aan de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief aan het arbeidsproces heeft deelgenomen. De Commissie is van oordeel deze bepaling duidelijk is geformuleerd en niet voor meer dan één uitleg vatbaar is. Een verzekeraar mag door middel van de dekkingsomschrijving in beginsel de grenzen bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen. Naar het oordeel van de Commissie is geen sprake van strijd met artikel 7:925 BW. Een toestand waarin wel premie wordt betaald, ook als er tijdelijk geen dekking is, is volgens artikel 7:938 BW toegestaan.

Consument,

tegen

de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid 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, ontvangen op 20 december 2012;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument; en
- de dupliek van Aangeslotene.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening 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 28 oktober 2013 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

2.1 Op 1 juli 2009 heeft Consument een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Aangeslotene. In de brochure van 2008 behorende bij die verzekering werd een voorwaarde voor opeenvolgende claims toegelicht. Op pagina 5 van die brochure stond:

> *"In de verzekerde periode kunt u vaker ziek worden. Betreft het een andere ziekte dan hebt u ook weer recht op de afgesproken uitkering, mits u na de vorige claim minstens 30 dagen hebt gewerkt. Gaat het om dezelfde ziekte, dan moet u minstens een half jaar (180 dagen) hebben gewerkt sinds de vorige claim."*

2.2 Per 1 september 2011 heeft Consument, naar aanleiding van een en-bloc-wijziging door Aangeslotene, een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering, het TAF Zelfstandigenplan (hierna: de Verzekering), afgesloten bij Aangeslotene waarop Polisvoorwaarden QL ZSP 08-2011 B (hierna: de Polisvoorwaarden) van toepassing zijn. Consument werd daarbij bijgestaan door een tussenpersoon.

2.3 Op het aanvraagformulier voor de Verzekering, dat door zowel Consument als zijn tussenpersoon op 28 augustus 2011 is ondertekend, staat op de laatste pagina onder *"Slotverklaring en ondertekening"* onder meer vermeld:

> onder punt c. *"Mij bekend is dat ik als zelfstandige tenminste 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief deel dien te nemen aan het arbeidsproces om recht te hebben op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid."*
>
> onder punt m. *"Ik de polisvoorwaarden, QL ZSP 08-2011B, (…) heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd. (…)"*

2.4 In hoofdstuk 6 (met als opschrift "*Arbeidsongeschiktheid*") van de Polisvoorwaarden is – voor zover relevant – het volgende bepaald:

> Artikel 6.4
>
> *"Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid: De dag waarop de verzekerde, conform de gekozen uitkeringsdrempel, zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en de lichamelijke ziekte en/of ongeval op basis van objectief te meten medische gronden door een bevoegd arts is vastgesteld. (…)"*
>
> Artikel 6.6
>
> *"De verzekerde dient direct voorafgaand aan de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat."*

2.5 In de brochure van 2011 behorende bij de Verzekering staat onder het kopje "*Keuze beoordeling arbeidsongeschiktheid"* onder meer vermeld:

> *"De eerste 90 dagen na de ingangdatum van uw verzekering is er dekking in het geval de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval. Na die 90 dagen is er zowel ongevallen- als ziektedekking. U kunt een onbeperkt aantal claims indienen bij TAF. Er is wel een wachttijd tussen de claims en de totale uitkering per polis is maximaal € 600.000,-."*

Onder het kopje *"De belangrijkste productkenmerken in één oogopslag"* staat onder meer vermeld:

> *"U dient wel voor minimaal 16 uur per week, 16 aaneengesloten weken als zelfstandig ondernemer werkzaam te zijn om in aanmerking te komen."*

2.6 Op 8 november 2011 werd Consument arbeidsongeschikt als gevolg van rugklachten. Hij ontving een uitkering op zijn Verzekering (met inachtneming van een wachttijd van 30 dagen) tot en met 29 januari 2012.
2.7 Op 1 april 2012 werd Consument wederom arbeidsongeschikt. Ditmaal als gevolg van armklachten. Aangeslotene weigert een uitkering te doen op grond van artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden.

3. Geschil

3.1. Consument vordert dat Aangeslotene wordt veroordeeld tot het bieden van dekking voor de tweede arbeidsongeschiktheid, althans tot het in behandeling nemen van zijn uitkeringsaanvraag met betrekking tot de tweede arbeidsongeschiktheid zonder toepassing van artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden. Aan deze vordering legt hij, kort en zakelijk weergegeven, het volgende ten grondslag.
- artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden is voor meerdere uitleg vatbaar. Aangeslotene legt het artikel verkeerd uit, althans in het nadeel van Consument. Consument stelt dat artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden slechts ziet op de eerste arbeidsongeschiktheid en dus niet op een opvolgende arbeidsongeschiktheid.
- Consument stelt dat Aangeslotene heeft gemaskeerd dat er een beperking in verzekeringsdekking is waarop Aangeslotene had moeten wijzen, omdat die buiten het verwachtingspatroon van Consument lag.
- Consument stelt dat artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden in strijd is met artikel 7:925 Burgerlijk Wetboek (BW), omdat er premie wordt betaald voor een periode waarin geen dekking wordt verleend.
3.2 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende als verweer Aangevoerd.
- Consument heeft voorafgaande aan de tweede arbeidsongeschiktheid niet 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief aan het arbeidsproces deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat. Dit artikel is niet voor meerdere uitleg vatbaar. Dit artikel is voldoende duidelijk aan Consument gecommuniceerd door middel van de brochure, het aanvraagformulier en de polisvoorwaarden, zodat dit niet als verrassing kon komen.
- De situatie dat wel premie wordt betaald terwijl er geen dekking is, is volgens Aangeslotene wel degelijk mogelijk.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is allereerst de vraag of artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden al dan niet voor meerdere uitleg vatbaar is.
4.2 De vraag hoe in een schriftelijk contract de verhouding van partijen is geregeld en of dit contract een leemte vertoont die moet worden aangevuld, kan niet alleen worden beantwoord op grond van een zuiver taalkundige uitleg van de bepalingen van dat contract. Voor de beantwoording van die vraag komt het ook aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op

hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (HR 13 maart 1981, NJ 1981, 635).

4.3 De Commissie is van oordeel dat het hiervoor geciteerde artikel 6.6 duidelijk is geformuleerd en niet voor meer dan één uitleg vatbaar is. Uit dit artikel volgt dat geen recht op uitkering bestaat indien Consument niet direct voorgaand aan de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief aan het arbeidsproces heeft deelgenomen. Om opnieuw voor een uitkering in aanmerking te komen dient de verzekerde daarom eerst gedurende 16 weken arbeidsgeschikt te zijn geweest voor ten minste 16 uur per week. Het artikel spreekt niet over de periode direct voorafgaand aan de eerste dag van de "*eerste*" arbeidsongeschiktheid. Hoewel de bepaling naar mening van de Commissie wellicht duidelijker had gekund, is de bepaling voldoende duidelijk, ook omdat dit artikel in het hoofdstuk "*Arbeidsongeschiktheid*' is opgenomen, dat over iedere afzonderlijke arbeidsongeschiktheid gaat. Daar komt bij dat in de brochure op verschillende plaatsen is verwezen naar de bepaling, dat Consument werd bijgestaan door een tussenpersoon die hem de gevolgen van deze bepaling had kunnen uitleggen, en dat Consument en tussenpersoon het aanvraagformulier hebben ondertekend waarin uitdrukkelijk staat vermeld dat ondertekenaar bekend is met de desbetreffende bepaling. Ten slotte was deze bepaling in iets andere vorm ook in de vorige arbeidsongeschiktheidsverzekering van Consument opgenomen, zodat deze bepaling voor Consument en zijn tussenpersoon niet als verrassing kon komen.

4.4 Aangezien vast staat dat Consument voorafgaand aan de tweede arbeidsongeschiktheid op 1 april 2012 niet gedurende een periode van 16 weken voor tenminste 16 uur per week arbeidsgeschikt is geweest, heeft Aangeslotene met een beroep op artikel 6.6 van de Polisvoorwaarden het door Consument gedane verzoek om uitkering uit hoofde van de Verzekering kunnen afwijzen.

4.5 De Commissie stelt voorop dat een verzekeraar door middel van de dekkingsomschrijving in beginsel de grenzen mag bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen (HR 9 juni 2006, *NJ* 2006, 236, r.o. 3.4.2). Volgens Consument is sprake van strijd met artikel 7:925 BW, omdat er premie wordt betaald voor een periode waarin geen dekking wordt verleend. Dit gaat niet op. Artikel 7:925 BW geeft de definitie van de verzekeringsovereenkomst. Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren. Het is niet in strijd met deze definitie als er een situatie is ontstaan waarin wel premie wordt betaald,terwijl er tijdelijk geen dekking is. Dat blijkt uit artikel 7:938 BW. In dat artikel is geregeld dat een verzekeraar bij langlopende verzekeringen slechts is gehouden tot premierestitutie indien er over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen. Deze bepaling vindt slechts toepassing indien *noch* de verzekeraar, *noch* de tot uitkering gerechtigde het risico heeft gelopen waartegen werd verzekerd (vgl. Parl. Gesch. titel 7:17 BW (Hendrikse/Martius/Rinkes), Deventer: Kluwer 2007, p. 82; zie ook Geschillencommissie Kifid 2010 nr. 55). Daarvan is in onderhavige zaak geen sprake.

4.6 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de vordering van Consument zal worden afgewezen.

5. Beslissing

De Commissie wijst als bindend advies de vordering van Consument 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. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.