**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0601**

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. A.M. Morssinkhof, secretaris)

| | |
|---|---|
| Klacht ontvangen op | 26 oktober 2021 |
| Ingediend door | De consument |
| Tegen | Yarden Uitvaartverzekeringen N.V., gevestigd te Almere, verder te noemen de verzekeraar |
| Datum uitspraak | 14 juli 2022 |
| Aard uitspraak | Bindend advies |
| Uitkomst | Vordering afgewezen |

## Samenvatting

Natura-uitvaartverzekering. De consument is het er niet mee eens dat hij meer premie betaalt dan zijn echtgenote voor hetzelfde pakket aan uitvaartdiensten en producten met dezelfde verzekerde waarde. Bovendien wil de consument dat de verzekerde waarde van het polisblad van de verzekeringen wordt verwijderd, omdat bijbetaling niet aan de orde kan zijn bij een natura-uitvaartverzekering. De commissie acht beide klachtonderdelen ongegrond. De door de verzekeraar aangevoerde verschillende omstandigheden bij het afsluiten van de verzekeringen van de consument en zijn echtgenote kunnen het premieverschil voldoende rechtvaardigen. De vermelding van de verzekerde waarde op het polisblad is een uitwerking van de maatregel van de verzekeraar om vanaf 1 januari 2020 de jaarlijkse kostenstijgingen van de uitvaartdiensten en -producten van natura-uitvaartverzekeringen voor rekening van de verzekeringnemer te laten komen. In eerdere uitspraken van de Geschillencommissie is deze maatregel als onderdeel van het herstelplan van de verzekeraar om weer aan de wettelijke solvabiliteitseisen te voldoen akkoord bevonden.

## 1. Procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 13 mei 2022. Partijen hebben aan de digitale hoorzitting deelgenomen.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

## 2. Het geschil

*Wat is er gebeurd?*

2.1 De consument heeft per 1 augustus 1988 een natura-uitvaartverzekering afgesloten bij de Coöperatieve uitvaartvereniging Oost Nederland, verder te noemen CUVON. Het gaat om een zogenoemde 'pakketverzekering': een langlopende verzekering die erin voorziet dat de nabestaanden van de verzekerde bij diens overlijden recht hebben op bepaalde, door de verzekeraar omschreven uitvaartdiensten en -producten. Er wordt dus uitgekeerd 'in natura' in plaats van 'in geld'.

2.2 In 1992 is CUVON gefuseerd en verdergegaan als Nederlandse Uitvaart en Verzekerings Associatie, verder te noemen NUVA. Voor zijn echtgenote heeft de consument per 1 januari 1997 een natura-uitvaarverzekering afgesloten bij NUVA met dekking voor dezelfde uitvaardiensten en -producten als de verzekering van de consument.

2.3 In 2001 is NUVA gefuseerd en verdergegaan als de verzekeraar. In 2007 heeft de verzekeraar alle bij hem lopende natura-uitvaartverzekeringen, waaronder die van de consument en zijn echtgenote, omgezet in sommenverzekeringen. Deze geven na overlijden geen recht op uitvaartdiensten en -producten, maar keren een vast bedrag uit. Op de polisbladen van 1 januari 2016 van de verzekeringen van de consument en zijn echtgenote staat een *"Verzekerd bedrag"* van respectievelijk € 2.889,25 en € 2.719,47.

2.4 In 2018 heeft de verzekeraar in overleg met De Nederlandsche Bank, verder te noemen DNB, vastgesteld dat de omzetting van de natura-uitvaartverzekeringen naar sommenverzekeringen in 2007 niet rechtsgeldig heeft plaatsgevonden en dat die omzetting daarom geen effect heeft gehad. Dit had tot gevolg dat alle ongeveer 390.000 in 2007 omgezette verzekeringen alsnog natura-uitvaartverzekeringen waren gebleven.

2.5 Met de kostenstijgingen van de in het pakket van de natura-uitvaartverzekeringen opgenomen uitvaartdiensten en -producten had de verzekeraar vanaf 2007 geen rekening gehouden. De verzekeraar moest voor deze kosten zijn 'technische voorziening' – dit is het vermogen dat naar verwachting nodig is om alle lopende verzekeringsverplichtingen te kunnen dekken – in 2018 zo aanzienlijk verhogen, dat hij niet meer voldeed aan de wettelijke solvabiliteitseisen. De verzekeraar was wettelijk verplicht een herstelplan op te stellen met maatregelen om weer aan de solvabiliteits-eisen te voldoen.

2.6 Eén van de maatregelen in het herstelplan van de verzekeraar dat door de DNB is goedgekeurd, is een beperking van de rechten die verzekeringnemers aan hun natura-uitvaartverzekering kunnen ontlenen.

Die aanpassing komt erop neer dat vanaf 1 januari 2020 de jaarlijkse kostenstijgingen van de uitvaartdiensten en -producten uit het pakket niet langer voor rekening van de verzekeraar, maar voor die van de verzekeringnemer komen. Deze kostenstijging wordt berekend over de verzekerde waarde van het pakket zoals vermeld op het polisblad. Op de polisbladen van 1 augustus 2019 van de natura-uitvaarverzekeringen van de consument en zijn echtgenote staat een *"Verzekerde waarde"* van € 3.728,00. Daarbij wordt op beide polisbladen onder andere vermeld:

> *"De verzekerde is verzekerd voor bovenstaande verzekerde waarde van het pakket. Na het overlijden van de verzekerde wordt vastgesteld welke diensten en producten in het pakket voor de verzekerde waarde kunnen worden uitgevoerd. Als de verzekerde waarde niet voldoende is om deze diensten en producten te betalen, dient het verschil bijbetaald te worden. Er kunnen ook diensten en producten weggelaten worden, zodat er minder of niets bijbetaald hoeft te worden."*

2.7 In 2021 is de verzekeraar overgenomen door DELA. DELA heeft toegezegd dat nabestaanden van verzekerden met een pakketpolis in de eerste tien jaar vanaf overname niet hoeven bij te betalen voor de verzekerde diensten in het verzekeringspakket als gebruik wordt gemaakt van de eigen uitvaartorganisatie.

2.8 De premie van de uitvaartverzekeringen van de consument en zijn echtgenote heeft zich als volgt ontwikkeld:

| | premie bij aanvang | premie na indexering 01-01-2003 | premie na indexering 01-01-2005 |
|---|---|---|---|
| verzekering van de consument, afgesloten per 01-08-1988 | € 4,26 | € 7,79 | € 8,29 |
| verzekering van de echtgenote van de consument, afgesloten per 01-01-1997 | € 3,99 | € 6,07 | € 6,34 |

*De klacht en vordering*

2.9 De klacht van de consument bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste is de consument het er niet mee eens dat hij € 1,86 per maand meer premie betaalt dan zijn echtgenote voor een verzekering die dekking biedt voor dezelfde uitvaartdiensten en -producten, en met dezelfde verzekerde waarde van € 3.728,00. De consument is er niet mee bekend dat zijn verzekering en die van zijn echtgenote oorspronkelijk zijn afgesloten bij respectievelijk CUVON en NUVA. De polisbladen die de consument en zijn echtgenote hebben ontvangen, waren altijd afkomstig van de verzekeraar. Als er al sprake is geweest van verschillende eerdere verzekeraars, dan heeft de verzekeraar verzuimd om de premiebedragen gelijk te trekken. De consument stelt dat hij wordt gediscrimineerd. Hij begroot de door hem te veel betaalde premie op € 717,96 en vordert terugbetaling van dat bedrag.

2.10 Ten tweede meent de consument dat er ten onrechte een verzekerde waarde op de polisbladen van 1 augustus 2019 staat. Het gaat om natura-uitvaartverzekeringen. Deze geven recht op de in de in de verzekeringsvoorwaarden omschreven uitvaartdiensten en -producten. De consument stelt dat hij niets heeft te maken met de kosten daarvan. Bijbetaling kan volgens de consument alleen aan de orde zijn bij van de verzekerings-voorwaarden afwijkende wensen. Los daarvan is het voor de consument onduidelijk welke prijzen de verzekeraar nu en in de toekomst rekent voor een uitvaart. Daardoor kan hij geen inschatting maken van de omvang van een eventuele eigen bijdrage en zullen zijn nabestaanden zijn overgeleverd aan de prijsstijgingen die de verzekeraar doorvoert. De consument wil dat de verzekeraar de verzekerde waarde van de polisbladen verwijdert of in ieder geval de mogelijkheid om het risico van een eigen bijdrage af te dekken door middel van een premieverhoging of een aanvullende verzekering.

*Het verweer*

2.11 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

## 3. De beoordeling

3.1 De commissie is van oordeel dat beide onderdelen van de klacht van de consument niet kunnen slagen. Zij zal dit hierna toelichten.

*Klachtonderdeel 1: Premieverschil*

*Klachtplicht*

3.2 Wat betreft het bezwaar van de consument tegen het premieverschil tussen zijn verzekering en die van zijn echtgenote, is het meest verstrekkende verweer van de verzekeraar dat de consument zijn klachtplicht heeft geschonden. Volgens de verzekeraar was de consument onder meer bij het afsluiten van de verzekering van zijn echtgenote in 1997 en bij de fusie in 2001 al op de hoogte van het premieverschil tussen de verzekeringen. Door hier pas in 2021 over de klagen, zou de consument zijn klachtplicht in de zin van artikel 6:89 Burgerlijk Wetboek, verder te noemen BW, hebben geschonden.

3.3 In artikel 6:89 BW staat dat een schuldeiser geen beroep kan doen op een gebrek in de prestatie van een contractuele wederpartij, wanneer hij niet binnen bekwame tijd nadat hij het gebrek heeft ontdekt of redelijkerwijs had moeten ontdekken bij de wederpartij heeft geprotesteerd. Hiervoor geldt geen vaste termijn. De termijn is afhankelijk van alle omstandigheden van het geval. Relevant zijn onder meer de waarneembaarheid van het gebrek, de deskundigheid van partijen, de onderlinge verhouding van partijen, de aanwezige juridische kennis en de behoefte aan voorafgaand deskundig advies.

De tijd die is verstreken tussen het moment dat het gebrek in de prestatie is of had moeten worden ontdekt en het indienen van een klacht is weliswaar een belangrijke factor, maar niet doorslaggevend. Van belang is ook of de wederpartij door het tijdsverloop in zijn belangen is geschaad.[1]

3.4 Op het polisblad van de verzekeringen van 1 januari 2016 staat bij de consument een verzekerd bedrag van € 2.889,25 en bij zijn echtgenote een verzekerd bedrag van € 2.719,47. De consument heeft toegelicht hierin een verklaring voor een klein verschil in premie te zien, zodat er voor hem geen aanleiding was om actie te ondernemen. In hoeverre dit ook geldt voor de periode voor 2016 kan in het midden blijven. De verzekeraar heeft niet gesteld dat hij door tijdsverloop tussen het moment dat de tekortkoming volgens hem is of had moeten worden ontdekt en het indienen van de klacht in zijn belangen is geschaad. Uit het verweer van de verzekeraar blijkt ook dat hij de totstandkoming en het verloop van de verzekeringen nog heeft kunnen reproduceren. Op grond hiervan wijst de commissie het beroep van de verzekeraar op schending van de klachtplicht af.

*Premieverschil gerechtvaardigd?*

3.5 Duidelijk is dat de uitvaartverzekeringen van de consument en zijn echtgenote op dit moment dekking bieden voor een gelijk pakket aan uitvaartdiensten en -producten. Ook is dezelfde verzekerde waarde van € 3.728,00 van toepassing. Deze omstandigheden maken op zichzelf niet dat er in redelijkheid geen verschil kan bestaan in de voor de verzekeringen te betalen premie. De premie van een (uitvaart)verzekering is afhankelijk van de omstandigheden waaronder een verzekering is gesloten. De verzekeraar heeft terecht aangevoerd dat een fusie geen reden is om deze omstandigheden te negeren en premie gelijk te trekken.

3.6 Ter verklaring van het verschil in premie heeft de verzekeraar gesteld dat i) de verzekeringen oorspronkelijk zijn afgesloten bij CUVON en NUVA met eigen tarieven, ii) de verzekeringen niet dezelfde ingangsdatum hebben en iii) de consument en zijn echtgenote niet dezelfde leeftijd hadden op het moment van het afsluiten van hun verzekeringen.

3.7 De consument heeft aangevoerd dat hij er niet mee bekend is dat zijn verzekering en die van zijn echtgenote oorspronkelijk zijn afgesloten bij respectievelijk CUVON en NUVA. De polisbladen van de verzekeringen zouden altijd afkomstig zijn geweest van de verzekeraar. De commissie merkt op dat de verzekeraar in 2001 is ontstaan uit een fusie van NUVA met een andere partij.

---

[1] Zie HR 8 oktober 2010, ECLI:NL:HR:2010:BM9615, HR 8 februari 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4600 en HR 12 december 2014, ECLI:NL:HR:2014:3593.

De verzekeringen van de consument en zijn echtgenote kunnen in respectievelijk 1988 en 1997 dus niet bij de verzekeraar zijn afgesloten. Dat de ingangsdatum van de verzekeringen en de leeftijden van de consument en zijn echtgenote op het moment van afsluiten niet gelijk waren, staat ook vast. Dit betekent dat de consument de door de verzekeraar aangevoerde omstandigheden ter verklaring van het premieverschil onvoldoende heeft weersproken. Naar het oordeel van de commissie kunnen deze omstandigheden het premieverschil tussen de verzekering van de consument en zijn echtgenote voldoende rechtvaardigen.

3.8 Het onderdeel van de klacht van de consument over het premieverschil kan op grond van het bovenstaande niet slagen.

*Klachtonderdeel 2: Verzekerde waarde en eventuele eigen bijdrage*

*Vermelding verzekerde waarde*

3.9 De consument heeft ook bezwaar tegen de vermelding van een verzekerde waarde op de polisbladen van 1 augustus 2019. Omdat sprake is van natura-uitvaartverzekeringen moet er volgens de consument sowieso dekking bestaan voor de uitvaartdiensten en -producten in het pakket. Bijbetaling kan volgens hem alleen aan de orde zijn bij afwijkende wensen en in ieder geval zou de verzekeraar de mogelijkheid moeten bieden om het risico van een eigen bijdrage af te dekken.

3.10 Naar het oordeel van de commissie kan de verzekeraar niet worden verplicht om de verzekerde waarde te verwijderen van de polisbladen van de verzekeringen van de consument en zijn echtgenote. De vermelding van deze waarde en de toelichting daarop op het polisblad zijn een uitwerking van de maatregel van de verzekeraar om vanaf 1 januari 2020 de jaarlijkse kostenstijgingen van de uitvaartdiensten en -producten van natura-uitvaartverzekeringen voor rekening van de verzekeringnemer te laten komen als onderdeel van het herstelplan van de verzekeraar om weer aan de wettelijke solvabiliteitseisen te voldoen (zie nummer 2.4 en verder hiervoor). In eerdere uitspraken is de Geschillencommissie tot het oordeel gekomen dat de verzekeraar de rechten die de betrokken verzekeringnemers aan hun natura-uitvaartverzekering kunnen ontlenen op deze manier mocht wijzigen.[2] Dit geldt ook voor de consument en zijn echtgenote. De verzekerde waarde is dus ook voor de consument en zijn echtgenote de basis voor de berekening van een eventuele eigen bijdrage.

3.11 De consument heeft in dit verband nog gesteld dat zijn nabestaanden zijn overgeleverd aan de kostenstijgingen die de verzekeraar mogelijk doorvoert.

[2] GC 2020-696, GC 2020-697 en GC 2020-806, te vinden op www.kifid.nl.

Op dat punt merkt de commissie op dat de redelijkheid van een door de verzekeraar doorgevoerde kostenstijging in beginsel ter discussie kan worden gesteld. Die situatie is hier echter niet aan de orde.

*Weigering dekking voor eventuele eigen bijdrage*

3.12 In reactie op de wens van de consument om het risico van een eigen bijdrage af te dekken door middel van premieverhoging of een aanvullende verzekering, heeft de verzekeraar laten weten die mogelijkheid niet te bieden. De verzekeraar heeft toegelicht dat hij het risico van kostenstijgingen vanaf 1 januari 2020 juist bij de verzekeringnemer heeft gelegd en dat hij geen reserves heeft voor een aanvullende dekking. Volgens de consument betekent dit dat hij onmogelijk zekerheid kan bewerkstelligen voor zijn nabestaanden. Hij heeft geen inzicht in de kosten die de verzekeraar nu en in de toekomst rekent voor de verzekerde uitvaartdiensten en -producten. Daarmee is onduidelijk wat hij zelf opzij zou moeten zetten voor een eventuele eigen bijdrage. Bovendien zou hij met zijn leeftijd van 72 jaar praktisch gezien niet bij een andere verzekeraar terecht kunnen.

3.13 De commissie stelt voorop dat de verzekeraar in beginsel zelf mag bepalen of en onder welke voorwaarden hij (aanvullende) dekking wil bieden. Op basis van deze contracts-vrijheid kan de verzekeraar ook bepalen om geen (aanvullende) overeenkomst te sluiten.[3] De contractsvrijheid van de verzekeraar wordt begrensd door misbruik van bevoegdheid of naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar handelen in de zin van artikel 6:248 lid 2 BW. Hier is echter niet snel sprake van.

3.14 De verzekeraar weigert de consument een mogelijkheid te bieden om het risico van een eigen bijdrage af te dekken. De consument heeft onvoldoende gesteld om te kunnen oordelen dat de verzekeraar hierbij misbruik van bevoegdheid maakt of naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar handelt. Daarbij houdt de commissie rekening met de achtergrond van de maatregel van de verzekeraar om kostenstijgingen van uitvaartdiensten en -producten vanaf 1 januari 2020 bij de verzekeringnemer te laten (zie nummer 2.4 en verder en 3.10 hiervoor). Daarnaast is van belang dat er andere manieren zijn om het risico van een eventuele eigen bijdrage af te dekken dan de optie van een aanvullende verzekering. De consument zou bijvoorbeeld met regelmaat bij de verzekeraar kunnen informeren naar de ontwikkeling van een eventuele eigen bijdrage en daar zelf een voorziening voor kunnen treffen.

[3] Vergelijk Hoge Raad 28 oktober 2016, ECLI:NL:HR:2016:2445, te vinden op www.rechtspraak.nl.

3.15 De commissie hecht eraan nog op te merken dat zij er begrip voor heeft dat de consument het risico van een eigen bijdrage liever bij de verzekeraar had gelaten en zich voor het blok gezet voelt. Dit neemt niet weg dat de commissie hierin niets voor de consument kan betekenen.

*Conclusie*

3.16 De conclusie is dat ook het onderdeel van de klacht over de vermelding van een verzekerde waarde op het polisblad van 1 augustus 2019 en de weigering van de verzekering om het risico van een eigen bijdrage te dekken niet kan slagen. De klacht en vordering van de consument zullen daarom worden afgewezen.

## 4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

*Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Kifid als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.*

*Binnen 2 weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 1 maand na de verzenddatum van de uitspraak een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie vanaf 1 april 2017, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.*

**Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl