Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0448

(mr. dr. K. Engel, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, mr. P.J. Neijt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	29 mei 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Klaverblad Schadeverzekeringsmaatschappij N.V., gevestigd te Zoetermeer, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft binnen één jaar na aanvang van de verzekering een beroep gedaan op het zogenoemde optierecht; het recht om onder voorwaarden de verzekerde som te verhogen. De verzekeraar heeft de consument om jaarcijfers gevraagd. De consument heeft geen jaarcijfers aangeleverd. Wel heeft zij in één keer voor de komende 25 jaar een beroep gedaan op het optierecht. De consument legt artikel 16 in de voorwaarden namelijk zo uit dat zij een dergelijk verzoek in één keer kan indienen en dat de verzekeraar geen consequenties mag verbinden aan het niet aanleveren van jaarcijfers. De verzekeraar heeft het verzoek van de consument afgewezen. De commissie stelt de verzekeraar in het gelijk. Vordering afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het namens de consument ingediende klachtformulier; 2) de aanvullende stukken daarop; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek; 5) het namens de consument ingediende e-mailbericht van 21 februari 2024 en 6) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 18 april 2024. [Naam 1], de vertegenwoordiger van de consument nam deel aan de hoorzitting. De consument zelf was niet aanwezig. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door mr. [naam 2], advocaat en [naam 3], Productmanager AOV.

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 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar. De ingangsdatum is 1 december 2022. Het verzekerd bedrag is € 85.000,-. Het verzekerd beroep is begeleider van mensen met een beperking. De verzekering is zonder controle van de jaarcijfers van de consument tot stand gekomen. In dat geval geldt een maximaal te verzekeren bedrag van € 85.000,-.

2.2 Tussen partijen gelden de verzekeringsvoorwaarden AO 18 (hierna: de voorwaarden).

2.3 De consument heeft een beroep gedaan op het optierecht in de zin van artikel 16 van de voorwaarden. Dit artikel luidt als volgt:

> *"1. U heeft het recht om het verzekerde bedrag met maximaal 10% te verhogen zonder dat wij u opnieuw medisch beoordelen. Wij verhogen het verzekerde bedrag maximaal één keer per jaar. Aan de volgende vijf voorwaarden moet worden voldaan.*
> *a. U bent nog geen 56 jaar.*
> *b. U bent in de drie maanden voor het verzoek niet onder controle, behandeling of begeleiding van een arts geweest.*
> *c. U bent de zes maanden voor het verzoek niet arbeidsongeschikt geweest.*
> *d. U bent in het jaar voor het verzoek niet langer dan 14 dagen achter elkaar arbeidsongeschikt geweest.*
> *e. Het verzekerde bedrag en de verhoging zijn samen niet hoger dan 80% van uw inkomen van het voorgaande jaar. Het gaat alleen om het inkomen uit uw eigen werk. Als uw inkomen ook is verzekerd op een andere verzekering dan tellen we de verzekerde bedragen bij elkaar op.*
> *2. De verzekeringnemer en u moeten samen de verhoging van het verzekerde bedrag aanvragen. Hiervoor is een speciaal formulier. Dat kunt u bij ons opvragen. U kunt het ook vinden op www.klaverblad.nl/links. Wij mogen om extra informatie vragen.*
> *3. Als wij het verzekerde bedrag verhogen, dan berekenen wij de premie volgens het tarief dat geldt op het moment van het verzoek."*

2.4 De verzekeraar heeft het verzoek van de consument in eerste instantie niet willen honoreren, omdat zij had gevraagd om een verhoging per 1 november 2023 en de verzekering op dat moment nog niet één jaar liep. Na protest van de consument en haar vertegenwoordiger heeft de verzekeraar dit standpunt verlaten en het verzoek in behandeling genomen. De verzekeraar heeft daarbij aangegeven dat hij de jaarcijfers wil meenemen bij zijn beoordeling en de consument gevraagd om deze informatie aan te leveren. De consument heeft deze gegevens vervolgens niet verstrekt. Wel heeft zij de verzekeraar op 5 september 2023 verzocht het verzekerde bedrag elk jaar met 10% te verhogen tot 2047, het jaar dat de consument 56 jaar wordt. De verzekeraar heeft dit verzoek afgewezen.

De klacht en vordering

2.5 De consument vindt dat de verzekeraar de voorwaarden onjuist toepast. Zij vordert dat de verzekeraar het verzekerde bedrag op de verzekering elk jaar met 10% verhoogt tot aan haar 56-jarige leeftijd. De consument vraagt de geschillencommissie voor recht te verklaren dat zij niet verplicht is de jaarcijfers aan de verzekeraar te verschaffen. De consument licht haar vordering als volgt toe.

2.6 Om gebruik te kunnen maken van het optierecht gelden verschillende vereisten die aan verschillende momenten zijn gekoppeld. In de voorwaarden staat dat aan de vereisten in artikel 16 lid 1 sub b, c en d moet zijn voldaan *voor het verzoek* en dus niet vóór de verhoging zoals de verzekeraar stelt. De consument voldoet aan de vereisten van de verzekering. Nergens staat in de voorwaarden dat maar één verzoek per jaar mag worden ingediend. Artikel 16 van de voorwaarden is duidelijk. Voor zover deze bepaling niet duidelijk is moet de bepaling in het voordeel van de consument worden uitgelegd volgens de *contra proferentem*-regel. De verzekeraar stelt dat de uitleg die de consument aan artikel 16 van de voorwaarden geeft niet de bedoeling is, maar dit argument is niet relevant. De verzekeraar interpreteert de voorwaarden verkeerd. Dat heeft hij eerder ook al gedaan door het verzoek van de verhoging per 1 november 2023 niet toe te staan.

2.7 Op de verzekering is een clausule voor indexatie van toepassing, waardoor het verzekerde bedrag elk jaar met een laag percentage wordt verhoogd als inflatiecorrectie. Dit geldt ongeacht of sprake is van arbeidsongeschiktheid. Het is daarom niet onredelijk dat de verzekeraar de verzekering volgens het optierecht met 10% moet verhogen als de verzekerde na de aanvraag van de verzekering maar vóór de verhoging arbeidsongeschikt raakt. Bovendien is het karakter van een arbeidsongeschiktheidsverzekering dat de verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid in een vroeg stadium overneemt. Als de verzekeraar ieder jaar opnieuw mag kiezen of hij het risico overneemt dan is dit in strijd met het karakter van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een goed lopend bedrijf en verwacht elk jaar een fors beter resultaat te behalen. Dit toekomst-perspectief wil zij ook behouden als zij arbeidsongeschikt raakt. De verzekering is een sommenverzekering dus het indemniteitsbeginsel gaat niet op.

2.8 Ook met de uitleg die de consument aan artikel 16 van de voorwaarden geeft, kan de premie op basis van de leeftijd van de consument worden berekend.

2.9 Op verzoek van de verzekeraar heeft de consument 25 formulieren ingevuld met het verzoek om het optierecht toe te passen. In eerste instantie had zij dit verzoek in één keer ingediend. Hieruit blijkt dat de consument, anders dan de verzekeraar aanvoert, de voorwaarden altijd op dezelfde wijze heeft geïnterpreteerd.

2.10 In artikel 16 van de voorwaarden staat weliswaar dat de verzekeraar om extra informatie mag vragen. Maar dit betekent niet dat de consument verplicht is die informatie te geven.

De verzekeraar mag geen consequenties verbinden aan het niet verstrekken van jaarcijfers, want dit staat nergens. De bepaling is ook hierover duidelijk en als dat niet het geval is dient de bepaling in het voordeel van de consument te worden uitgelegd.

2.11 De verzekeraar heeft de verantwoordelijkheid dat het verzekerde bedrag niet meer is dan 80% van het inkomen bij de verzekerde gelegd. Dit volgt ook uit het formulier dat de consument van de verzekeraar moest gebruiken om een beroep te doen op het optierecht. Ook bij de acceptatie van de verzekering heeft de verzekeraar er genoegen mee genomen dat de consument verklaarde dat het verzekerde bedrag niet meer was dan 80% van het inkomen. Doordat de verzekeraar nu wel vindt dat hij cijfers mag opvragen is sprake van willekeur.

2.12 Uit de mailwisseling tussen een andere consument en de verzekeraar blijkt ook dat de verzekeraar op basis van de verzekeringsvoorwaarden geen financiële gegevens mag opvragen. Dat mag hij alleen als hierover een clausule is opgenomen op de polis en dat is niet het geval bij de polis van de consument.

Het verweer

2.13 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie ziet zich voor de vragen gesteld 1) of de verzekeraar het verzoek van de consument om het verzekerde bedrag met 10% per jaar te verhogen tot zij de leeftijd van 56 heeft bereikt mocht weigeren en 2) of de verzekeraar de aanvraag voor een verhoging van 10% mocht afwijzen omdat de consument de gevraagde jaarcijfers niet heeft aangeleverd. De commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en licht haar oordeel hierna toe.

Juridisch kader

3.2 Het gaat in deze zaak over de vraag hoe de bepalingen in een schriftelijk contract, in dit geval de verzekeringsvoorwaarden, uitgelegd moeten worden. Daarvoor zijn in de uitspraken van de hoogste rechter, de Hoge Raad, richtlijnen te vinden.[1] Deze richtlijnen houden kort samengevat in dat voor een uitleg van de voorwaarden moet worden gekeken naar alle omstandigheden die een rol hebben gespeeld toen de partijen het contract sloten.

[1] Zie rechtsoverweging 3.6 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 25 november 2016 (ECLI:NL:HR:2016:2687), te vinden op www.rechtspraak.nl.

Of, juridisch gesproken: van beslissende betekenis zijn alle omstandigheden van het concrete geval, gewaardeerd naar wat de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen.

3.3 In dit geval gaat het om de uitleg van de voorwaarden in een consumentenverzekerings-overeenkomst. Kenmerkend voor zo'n overeenkomst is dat de partijen meestal niet onderhandelen over de afspraken; die zijn simpelweg bepaald door de verzekeraar. Bij verschil van mening over de uitleg van dergelijke eenzijdig opgelegde bepalingen, geldt daarom de volgende regel. Er moet dan worden gekeken naar objectieve factoren zoals de letterlijke bewoordingen van de tekst, gelezen in het licht van de verzekeringsvoorwaarden als geheel.[2]

3.4 Verder is van belang dat verzekeraars bepalingen in consumentenovereenkomsten duidelijk en begrijpelijk moeten opstellen. Bij twijfel over de betekenis van een bepaling gaat daarom de voor de consument meest gunstige uitleg voor. Dit is de zogenoemde contra proferentem-regel, die is opgenomen in artikel 6:238 lid 2, tweede zin, Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

Beoordeling

3.5 De commissie is van oordeel dat, mede gelet op de bewoordingen van artikel 16 van de voorwaarden in zijn geheel, een redelijke uitleg van deze bepaling is dat een verzekerde één keer per jaar een verzoek kan indienen om het verzekerde bedrag met maximaal 10% te verhogen en dat de consument op het moment van die aanvraag moet voldoen aan de vereisten van artikel 16 van de voorwaarden. De enkele omstandigheid dat bij sommige vereisten "*voor het verzoek*" staat maakt niet dat de bepaling (op dit punt) onduidelijk is. De uitleg die de consument aan de bepaling geeft, is juist *niet* redelijk. Als haar uitleg wordt gevolgd dan zou dit namelijk betekenen dat de verzekeraar niet meer jaarlijks de aanvraag van het optierecht kan toetsen terwijl in artikel 16 van de voorwaarden staat dat aan de vereisten in deze bepaling moet zijn voldaan.

3.6 Ook de stelling van de consument dat de verzekeraar geen consequenties mag verbinden aan de omstandigheid dat de consument de door de verzekeraar gevraagde informatie niet aanlevert, gaat niet op. Het optierecht geldt immers alleen als aan de vereisten van artikel 16 is voldaan. Dit moet derhalve voldoende komen vast te staan. De bevoegdheid van de verzekeraar om informatie op te vragen vervalt niet door gebruikmaking van het formulier waarnaar verwezen wordt in lid 2 van artikel 16 van de voorwaarden. In hetzelfde lid 2 staat namelijk ook dat de verzekeraar behalve het formulier om extra informatie mag vragen. Ook op dit punt is de bepaling niet onduidelijk en niet voor meerdere uitleg vatbaar.

[2] HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601 en HR 16 mei 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC2793, te vinden op www.rechtspraak.nl.

3.7 De mailwisseling met de verzekeraar waar de consument naar verwijst bevestigt de lezing van de consument evenmin. Daarin staat juist dat de verzekeraar het inkomen altijd toetst, zowel bij de aanvraag van de verzekering, als bij de aanvraag van een verhoging, en dat de eigen verklaring van de verzekerde meestal voldoende is, maar dat de verzekeraar altijd cijfers mag opvragen ter onderbouwing. Als het opgegeven inkomen bij de *aanvraag* van de verzekering echter ziet op een verwachting, dan accepteert de verzekeraar de verzekerings-aanvraag onder voorbehoud en kan hij een clausule op de polis plaatsen waarin bijvoorbeeld staat dat het inkomen na twee jaar opnieuw wordt getoetst.

Ambtshalve toetsing

3.8 Voor de beoordeling van de klacht is artikel 16 van de voorwaarden van belang. Dit beding is door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht het beding niet in strijd met deze regelgeving.

Beroep wordt niet opengesteld

3.9 De verzekeraar heeft de commissie gevraagd om op grond van vraag 47.2 onderdeel f van het Reglement Geschillencommissie Kifid vanaf 1 oktober 2023 (hierna: het reglement) hoger beroep open te stellen vanwege – kort gezegd – het grote financiële belang van de verzekeraar in het geval de vordering van de consument om het verzekerde bedrag met 10% te verhogen tot 57-jarige leeftijd wordt toegewezen. Het oordeel van de commissie is evenwel dat de vorderingen van de consument moeten worden afgewezen. Dit betekent dat de commissie geen aanleiding heeft het beroep op grond van vraag 47.2 onderdeel f van het reglement open te stellen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, 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 verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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