Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0509

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	27 mei 2026
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	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 klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument van 18 en 26 november 2025, 21 januari 2026, 25 februari 2026 en 10 maart 2026; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) het aanvullende document van de consument van 25 april 2026.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

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

2. De kern

De consument is per 24 november 2008 arbeidsongeschikt geworden. Nadat hij een WGA-vervolguitkering van het UWV[1] kreeg, heeft de verzekeraar uitkeringen verstrekt onder de WGA-aanvullingsverzekering/ WGA-hiaatpensioen (de verzekering). De verzekeraar is hiermee gestopt op 14 januari 2025, de dag dat de consument 65 jaar is geworden. Volgens de consument is de verzekeraar verplicht om de uitkeringen door te betalen tot zijn 67-jarige leeftijd, omdat dit uit diverse stukken blijkt en hij hierop mocht vertrouwen. Hij vordert daarom 24 keer de maandelijkse uitkering van € 2.741,78 vermeerderd met wettelijke rente. De commissie oordeelt dat de verzekeraar niet kan worden verplicht de uitkering te her-vatten. De verzekering biedt dekking tot 65-jarige leeftijd. De vordering wordt afgewezen.

[1] Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen

3. De beoordeling

De verzekeringsovereenkomst biedt dekking tot de 65-jarige leeftijd van de consument

3.1 De commissie oordeelt dat de verzekeraar niet gehouden is de uitkeringen onder de verzekering tot de 67-jarige leeftijd van de consument te hervatten. Dit volgt uit de tussen partijen geldende afspraken. Die afspraken staan op het polisblad van 1 januari 2008 en in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden 'Bijlage WGA hiaatpensioen, versie SRAWGA' (hierna de voorwaarden) waarnaar op het polisblad wordt verwezen. Artikel 5.2 van de voorwaarden bepaalt dat de verzekering eindigt nadat een verzekerde 65 jaar is geworden. Het staat de verzekeraar vrij om deze grens op te nemen.[2] Dat artikel 5.2 van de voorwaarden na 1 januari 2008 ongewijzigd is gebleven volgt uit de omstandigheid dat de consument op 24 november 2008 arbeidsongeschikt is geworden. In dat geval kunnen de voorwaarden niet meer eenzijdig worden gewijzigd, omdat het risico al is ingetreden.

3.2 Uit het argument van de consument dat hij de voorwaarden nooit heeft ontvangen leidt de commissie af dat hij vindt dat de voorwaarden daarom niet op hem van toepassing zijn. Dit argument kan hem echter niet baten, omdat hij niet de verzekeringnemer was bij het sluiten van de verzekering. De verzekering is een collectieve overeenkomst die is gesloten tussen de voormalig werkgever van de consument (hierna de ex-werkgever) en (de rechts-voorganger van) de verzekeraar voor de werknemers van de ex-werkgever van de consument. De verzekeraar hoeft de voorwaarden alleen te verstrekken aan de ex-werkgever als verzekeringnemer van de verzekeringsovereenkomst. Het is aan de ex-werkgever ervoor te zorgen dat later toetredende werknemers (de verzekerden) kennis kunnen nemen van de voorwaarden.

3.3 De consument verwijst ter onderbouwing van zijn standpunt dat de verzekerings-overeenkomst dekking biedt tot 67-jarige leeftijd naar diverse stukken. Deze stukken leiden niet tot een ander oordeel. De commissie bespreekt deze stukken hierna afzonderlijk in de volgorde waarin de consument naar die stukken heeft verwezen in de klachtprocedure bij Kifid.

Het addendum bij de uitvoeringsovereenkomst met contractnummer R3256 (hierna het addendum)

3.4 In het addendum staan geen afspraken over de dekking van de verzekering. Het addendum is onderdeel van de uitvoeringsovereenkomst die ziet op de tussen OPTAS Pensioenen N.V. en de ex-werkgever gesloten pensioenregeling, niet zijnde de verzekering. Dit blijkt niet alleen uit het addendum, maar ook uit het pensioenreglement R3256 waarin de afspraken tussen OPTAS Pensioenen N.V. en de werknemers van de ex-werkgever staan.

---

[2] Zie het arrest van de Hoge Raad van 9 juni 2006, NJ 2006, 326 te vinden op www.rechtspraak.nl, waaruit volgt dat het een verzekeraar vrij staat grenzen te bepalen waaronder hij bereid is dekking te verlenen

Dit geldt ook voor de bijlage bij het addendum over de OPTAS Aanvullende voorwaarden van medeverzekering van vrijstelling premiebetaling bij arbeidsongeschiktheid WIA14ZK.

3.5 Zelfs als het addendum inclusief voornoemde bijlage afspraken over de verzekering zou bevatten, dan alsnog kan uit het addendum niet volgen dat de consument recht heeft op uitkeringen onder de verzekering tot 67-jarige leeftijd. De afspraken in het addendum maken pas per 1 januari 2014 onderdeel uit van de uitvoeringsovereenkomst. Op dat moment kon de verzekering niet meer eenzijdig worden gewijzigd, omdat de consument al arbeidsongeschikt was en het risico al was verwezenlijkt. De verzekering kon ook niet met het addendum worden gewijzigd, omdat de ex-werkgever al vóór invoering van het addendum in de uitvoeringsovereenkomst de verzekering (per 1 januari 2012) had opgezegd.

De brieven van de verzekeraar

3.6 In de brief van 20 juni 2013 staat - voor zover hier relevant - dat de uitkering onder de verzekering stopt als de consument AOW krijgt. Daarnaast staat in de brief dat de uitkering ook na het einde van het dienstverband van de consument doorloopt zolang hij een uitkering van het UWV krijgt. Die informatie is niet juist, maar hieruit vloeien geen rechten of verplichtingen voort. De consument had namelijk niet gerechtvaardigd mogen vertrouwen op de inhoud van die brief zoals hij stelt. Ten tijde van de brief was er namelijk geen sprake van onzekerheid, omdat het risico op arbeidsongeschiktheid al was ingetreden. Bovendien volgt uit artikel 5.2 van de voorwaarden duidelijk dat de verzekering dekking biedt tot 65-jarige leeftijd. Onder deze omstandigheden had de consument er niet op mogen vertrouwen dat de verzekeraar een nieuwe verzekeringsovereenkomst (tot 67-jarige leeftijd) met hem wilde aangaan. Het is ook in strijd met de uitgangspunten van het verzekeringsrecht om een niet (langer) onzeker voorval te verzekeren, ook wel een 'brandend huis' genoemd. Dit onzekerheidsvereiste vloeit voort uit artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek.[3]

3.7 Verder heeft de consument ter onderbouwing van zijn stelling verwezen naar een brief 2017 van de verzekeraar. In die brief staat alleen dat de beleggingswaarde die de consument voor zijn pensioen heeft opgebouwd automatisch is overgeheveld naar een minder risicovol fonds, omdat de consument zich 10 jaar voor zijn AOW-leeftijd bevond. Hieruit kan niets over de dekking van de verzekering worden afgeleid, want hier gaat deze brief niet over.

Het concept rapport van Nederlands Rekencentrum Letselschade (hierna het NRL-rapport)

3.8 Ook het NRL-rapport kan niet als bewijs dienen voor de stelling van de consument dat hij recht heeft op uitkeringen onder de verzekering tot 67-jarige leeftijd. De verzekeraar is niet aan het NRL-rapport gebonden, omdat dit geen onderdeel uitmaakt van de verzekeringsovereenkomst.

[3] Relevante uitspraken over het onzekerheidsvereiste zijn onder andere CvB Kifid 2026-0011, GC Kifid 2022-1014 en 2020-539 te vinden op www.kifid.nl.

Bovendien dient het NRL-rapport ertoe om de inkomensschade vast te stellen die de consument lijdt, omdat hij door een bedrijfsongeval arbeidsongeschikt is geworden. Daarbij komt dat in het NRL-rapport juist rekening is gehouden met uitkeringen van de verzekeraar tot 65-jarige leeftijd van de consument.

De CAO[4] [naam bedrijf] 2013-2016 (hierna de CAO)

3.9 De CAO is evenmin van belang voor de uitleg van de verzekering. Hierbij staat voorop dat de verzekeraar geen contractpartij bij de CAO is. De CAO kan de verzekeraar daarom niet binden.

De ontvangen uitkeringen leiden ook niet tot een ander oordeel

3.10 Anders dan de consument stelt, oordeelt de commissie dat hij er niet op had mogen vertrouwen dat hij tot 67-jarige leeftijd uitkeringen zou krijgen, omdat de verzekeraar jarenlang (tot 65-jarige leeftijd) de uitkeringen is blijven doorbetalen. Niet alleen staat in de voorwaarden dat de dekking eindigt op 65-jarige leeftijd. De verzekeraar heeft de consument ook over het einde van de dekking geïnformeerd met zijn brieven van 19 december 2017 en 21 december 2018. In die brieven is de consument ook gewaarschuwd dat zijn AOW-leeftijd niet aansloot op het einde van de dekking onder de verzekering.

De verzekeraar heeft geen zorgplicht geschonden

3.11 De stellingen van de consument die er in de kern op neerkomen dat de verzekeraar zijn zorgplicht jegens hem heeft geschonden door de verzekering niet te verlengen tot zijn AOW-gerechtigde leeftijd slagen evenmin. De commissie is van oordeel dat de consument de verzekeraar niet kan verwijten dat hij hem geen nieuwe verzekering heeft aangeboden. Op 1 januari 2013, de dag waarop de AOW-leeftijd stapsgewijs is verhoogd, was de consument immers al arbeidsongeschikt. Behalve dat hierdoor niet meer aan het onzekerheidsvereiste kon worden voldaan zoals onder 3.6 uitgelegd, is de omstandigheid dat de wetgever de AOW-leeftijd heeft verhoogd geen omstandigheid die in de risicosfeer van een verzekeraar ligt. De financiële consequenties daarvan kunnen daarom niet op de verzekeraar worden afgewenteld. Dit is een vaste lijn van de Geschillencommissie.[5]

3.12 De commissie vindt het slordig dat de verzekeraar de consument achteraf heeft geïnformeerd dat de uitkeringen per 14 januari 2025 waren gestopt, namelijk met een e-mailbericht van 20 januari 2025. Dit levert evenwel geen zorgplichtschending op. De consument was namelijk al door de verzekeraar geïnformeerd over het einde van de dekking door de hiervoor onder 3.10 genoemde brieven.

[4] Collectieve arbeidsovereenkomst
[5] Zie onder andere de GC-uitspraken 2024-0189, 2017-477 en 2015-355, te vinden in het uitsprakenregister op www.kifid.nl.

Tot slot

3.13 Alle overige argumenten van de consument kunnen niet tot een ander oordeel leiden. De klacht is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/ . 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/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/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 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/ .

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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