

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-598  
(mr R.J. Verschoof, voorzitter, de heer drs. M.L.A. Schotel, RGA,  
de heer mr. dr. K. Engel, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 27 juni 2018  
Ingediend door : Consument  
Tegen : London General Insurance Cy. Ltd, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen  
Verzekeraar  
Datum uitspraak : 19 augustus 2019  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Woonlastenbeschermer. Consument heeft pas jaren nadat hij arbeidsongeschikt werd, een beroep gedaan op zijn verzekering. De Commissie oordeelt dat beroep op verjaring van Verzekeraar terecht is geweest. Commissie kan zich voorstellen dat Consument op het verkeerde been is gezet door de naam en de doelstelling van de verzekering, maar dat neemt niet weg dat van Consument op zijn minst verwacht had mogen worden dat hij vóór of korte tijd na het afsluiten van de verzekering een eenvoudig onderzoek zou hebben ingesteld naar de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden en de daarmee geboden dekking. Zo had Consument de inhoud van de verzekeringsdekking kunnen verifiëren. Consument had dan ook duidelijkheid op dit punt kunnen verkrijgen, bijvoorbeeld door zich met eventuele vragen tot een assurantietussenpersoon of de verzekeraar te wenden. Vordering afgewezen.

## **I. Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- de klachtbrief van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 23 april 2019 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Met ingang van 7 januari 2008 heeft Consument, tegen betaling van een koopsompremie van € 816,-, een Postbank Woonlasten Beschermer 0107 afgesloten bij de rechtsvoorganger van Verzekeraar. Blijkens het op 9 januari 2008 afgegeven polisblad biedt de verzekering dekking voor het risico van arbeidsongeschiktheid, bedraagt de looptijd van de verzekering 120 maanden, is sprake van een verzekerd maandbedrag van € 400,- en is een eigen risico-termijn van 12 maanden van toepassing. In de van toepassing zijnde algemene voorwaarden is – voor zover relevant – het navolgende opgenomen:

*“Artikel 1: Definities.*

*In deze voorwaarden wordt verstaan onder:*

*(...)*

*f) verzekerd risico van arbeidsongeschiktheid:*

- van arbeidsongeschiktheid gedurende het eerste ziektejaar is sprake als Verzekerde, voor ten minste 30 dagen met terugwerkende kracht tot de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, volledig ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval.*
- van arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede ziektejaar is sprake als verzekerde, 365 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid i, voor ten minste 30 dagen rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval niet in staat is om voor 35% of meer van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.*
- van arbeidsongeschiktheid na het tweede ziektejaar is sprake als verzekerde, 730 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid i, voor ten minste 30 dagen door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht.*

*(...)*

*i) Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:*

*de dag waarop verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een medicus heeft gesteld.*

*(...)*

*Art. 7: Uitkering*

1. (...)

2. *De verzekering voorziet in geval van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid f, van deze voorwaarden en met inachtneming van deze voorwaarde, in een uitkering ter grootte van het aantal aaneengesloten perioden van 30 dagen dat verzekerde arbeidsongeschikt is geweest tot een maximum van 100 van dergelijke perioden van 30 dagen vermenigvuldigd met het verzekerd maandbedrag dat op het polisblad is vermeld, zulks met inachtneming van de maximale uitkering van EUR 100.00,- als bedoeld in artikel 1 lid h, van deze voorwaarden en de gronden waarop de uitkering is uitgesloten als bedoeld in artikel 8, van deze voorwaarden.*
3. *Het recht op uitkering gaat in na een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van ten minste 30 dagen met terugwerkende kracht tot de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.”*

- 2.2 Op 17 juni 2008 is Consument een ernstig bedrijfsongeval overkomen. Na een periode van enkele maanden van revalidatie en volledige arbeidsongeschiktheid, heeft Consument zijn werkzaamheden bij zijn toenmalige werkgever hervat waarbij zijn salaris volledig werd doorbetaald, aangevuld met uitkering van het UWV op basis van een mate van arbeidsongeschiktheid van 38,2%.
- 2.3 Per 14 augustus 2015 heeft Consument in afwachting van een operatie als gevolg van het eerder genoemde bedrijfsongeval, zijn werkzaamheden bij zijn werkgever moeten staken. Op 6 april 2016 volgde een tweede operatie waarna Consument opnieuw gerevalideerd moest worden.
- 2.4 Bij beslissing van 22 mei 2017 heeft het UWV Consument aanvankelijk voor minder dan 35% arbeidsongeschikt geacht en is de uitkering van Consument beëindigd. Nadat Consument bezwaar tegen die beslissing had ingesteld, is hij alsnog met terugwerkende kracht tot 28 oktober 2016 volledig afgekeurd door het UWV en heeft hij vanaf die datum maandelijks een IVA-uitkering van ongeveer € 1.330,-. Omdat ook het dienstverband van Consument inmiddels ten einde was gekomen, werd Consument geconfronteerd met een substantiële daling van zijn inkomen reden voor hem om met ingang van 6 februari 2018 een beroep te doen op de bij Verzekeraar gesloten woonlastenbeschermer.
- 2.5 Verzekeraar heeft Consument bericht dat zijn vordering is verjaard voor zover die ziet op de periode tussen 17 juni 2009 en 6 februari 2015 en Consument een uitkering verstrekt ter grootte van 33 maandelijks termijnen zijnde een bedrag van € 13.200,-.
- 2.6 Bij brief van 6 juni 2018 heeft Verzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt gehandhaafd. Het is over dat standpunt dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog overgaat tot aanvullende uitkering uit hoofde van deze verzekering op basis van 120 maanden.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Verzekeraar heeft Consument ten onrechte slechts over een periode van 33 maanden uitkering toegekend terwijl Consument aanspraak kan maken op een uitkering over de volle looptijd zijnde 120 maanden.
- Consument betwist dat zijn vordering is verjaard. Hij kon pas claimen op het moment dat zijn inkomen fors was gedaald. Toen pas was er voor hem noodzaak om te claimen. Dat is immers waarvoor deze verzekering is bedoeld en alleen als dat het geval is, komt hem een beroep op deze verzekering toe.

#### *Verweer Verzekeraar*

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- De eerste ziektedag van Consument was 17 juni 2008, de dag van het bedrijfsongeval. De klachten zijn hierna verergerd waarvoor Consument in 2015 en 2016 operaties heeft moeten ondergaan. Verzekeraar heeft eerst op 6 februari 2018 de claim van Consument ontvangen. Een rechtsvordering op de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart na drie jaar. Ingevolge vaste rechtspraak mag bovendien van de uitkeringsgerechtigde een zeker onderzoek worden verlangd. Alle vorderingen tussen 17 juni 2009 en 6 februari 2015 zijn verjaard en over deze periode van 67 maanden bestaat geen recht op uitkering. Er resteren daarom 33 termijnen. Die heeft Verzekeraar uitgekeerd ad € 13.200,-. Hij heeft daarmee aan zijn verplichtingen voldaan.

### **4. Beoordeling**

4.1 Aan de orde is de vraag of de vordering van Consument is verjaard. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

4.2 In art. 7:942 lid I BW is bepaald dat een rechtsvordering tegen een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

Er moet dus aan twee vereisten zijn voldaan alvorens de verjaringstermijn van lid I begint te lopen: de vordering van de tot uitkering gerechtigde op de verzekeraar moet 'opeisbaar' zijn en de tot uitkering gerechtigde moet 'bekend zijn met' die opeisbaarheid.

- 4.3 De wetgever lijkt deze dubbele eis (opeisbaarheid van de vordering, maar ook bekendheid met de opeisbaarheid) te hebben afgeleid van art. 3:310 lid I BW. Het ligt dan ook voor de hand om, voor de invulling van het bekendheidsvereiste van art. 7:942 lid I BW, aansluiting te zoeken bij de rechtspraak van de Hoge Raad over dit vereiste in art. 3:310 lid I BW. Zie in die zin ook de juridische literatuur: Asser/Wansink, Van Tiggele & Salomons 7-IX 2019/318.
- 4.4 Uit rechtspraak van de Hoge Raad volgt dat de benadeelde (toegespitst op art. 7:942 lid I BW: 'de tot uitkering gerechtigde') *daadwerkelijk* bekend moet zijn geworden met zowel de geleden schade als de daarvoor aansprakelijke persoon. Dan pas begint de verjaringstermijn te lopen. Zie in die zin ook de volgende uitspraak van het Hof Arnhem-Leeuwarden: Hof Arnhem-Leeuwarden 20 mei 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:4087, r.o. 5.3, alsmede de volgende uitspraken van de Geschillencommissie van het Kifid: nr. 2015-096 (r.o. 4.1), nr. 2016-475 (r.o. 4.2) en nr. 2017-745 (r.o. 4.5).
- 4.5 Het vereiste van daadwerkelijke bekendheid met, kort gezegd, de mogelijkheid om, na een schadegeval, een vordering te kunnen indienen bij een verzekeraar, kan in sommige gevallen te ver gaan. Gedacht kan worden aan de situatie waarin de tot uitkering gerechtigde niet daadwerkelijk bekend is geraakt met die mogelijkheid, omdat hij heeft verzuimd een eenvoudig onderzoek te verrichten naar, bijvoorbeeld, het bestaan van verzekeringsdekking onder de verzekering van een derde. Er bestaat dan ook enige ruimte voor nuancering van het voornoemde daadwerkelijke bekendheidsvereiste. Zie HR 3 december 2010, ECLI:NL:HR:2010:BN6241, NJ 2012/196, r.o. 3.6 en Hof Amsterdam 15 april 2014, ECLI:NL:GHAMS:2014:1479, JA 2014/82, r.o. 3.7 en 3.7.3. Zie ook de volgende uitspraken van de Geschillencommissie van het Kifid:
- nr. 2016-274, r.o. 4.3: "Dit een en ander brengt mee dat de echtgenoot met de opeisbaarheid van de vordering is bekend geworden toen hij op 2 november 2009 werd ontslagen. Hij had op dat moment zijn administratie moeten raadplegen."
  - nr. 2016-475, r.o. 4.2: "Het verdraagt zich immers moeilijk met de rechtszekerheid en de redelijkheid en billijkheid, die de verjaringsregels mede beogen te dienen, dat de tot uitkering gerechtigde door het nalaten van een redelijkerwijs van hem te verlangen, eenvoudig uit te voeren onderzoek, zou kunnen voorkomen dat de korte verjaringstermijn van 7:942 lid I BW een aanvang neemt."

- 4.6 De klacht van Consument komt erop neer dat hij wel bekend was met het (bestaan van het) verzekeringsproduct in kwestie, maar hij door de naam van het verzekeringsproduct dacht eerst dan pas een beroep op zijn 'Woonlasten Beschermer' te kunnen doen op het moment dat zijn woonlasten daadwerkelijk te hoog voor hem zouden zijn geworden.
- 4.7 De Commissie kan Consument hierin niet volgen. Zij kan zich voorstellen dat Consument op het verkeerde been is gezet door de naam en de doelstelling van de verzekering, maar dat neemt naar het oordeel van de Commissie niet weg dat van Consument op zijn minst verwacht had mogen worden dat hij vóór of korte tijd na het afsluiten van de verzekering een eenvoudig onderzoek zou hebben ingesteld naar de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden en de daarmee geboden dekking. Zo had Consument de inhoud van de verzekeringsdekking kunnen verifiëren. Consument had dan ook duidelijkheid op dit punt kunnen verkrijgen, bijvoorbeeld door zich met eventuele vragen tot een assurantie-tussenpersoon of de verzekeraar te wenden.
- 4.8 Dat brengt naar het oordeel van de Commissie mee dat Consument op 17 juni 2008, toen hij als gevolg van een bedrijfsongeval volledig was uitgevallen, bekend mag worden verondersteld met de opeisbaarheid van zijn vordering. Nu Consument eerst op 6 februari 2018 een beroep op deze verzekering heeft gedaan, heeft Verzekeraar zich mitsdien terecht op het standpunt kunnen stellen dat na ommekomst van de eigen risicotermijn van 12 maanden alle vorderingen tussen 17 juni 2009 en 6 februari 2015 zijn verjaard en over deze periode van 67 maandtermijnen geen recht op uitkering bestaat. Volledigheidshalve voegt de Commissie hier nog aan toe dat de vordering van Consument ten onrechte ziet op een uitkering ter grootte van 120 maanden nu ingevolge het bepaalde onder artikel 7 lid 2 van de van toepassing zijnde algemene voorwaarden de uitkering beperkt is tot een periode van 100 maanden.
- 4.9 Gezien het bovenstaande moet de conclusie zijn dat Verzekeraar niet toerekenbaar te kort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst. De vordering van Consument moet mitsdien worden afgewezen.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

*In artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 [www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid](http://www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid).*

*U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.*