

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0815
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts,
leden en mr. S.M. Oei, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 4 oktober 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 15 september 2021
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Ongevallenverzekering. Is er dekking voor blijvende invaliditeit na een ongeval? De verzekeraar vindt van niet en wijst op de polis, waaronder alleen dekking bestaat voor overlijden na een ongeval. De commissie oordeelt dat de consument er niet in is geslaagd te bewijzen dat in 1999 een ongevallenverzekering met dekking voor blijvende invaliditeit na een ongeval is overeengekomen. Maar het staat niet vast dat in 1999 aan de consument een polisblad is verstrekt, wat een wettelijke plicht is van de verzekeraar. De consument heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat hij een verzekering wilde afsluiten met dekking tegen de gevolgen van blijvende invaliditeit en dat hij na ontvangst van het polisblad de andere dekking zou hebben laten corrigeren. De verzekeraar moet daarom de schade vergoeden die de consument lijdt door het ontbreken van dekking tegen de gevolgen van blijvende invaliditeit. Daarvan moet de consument de helft dragen, wegens eigen schuld door jarenlang niet om het polisblad te vragen. Of er werkelijk door de verzekeraar te vergoeden schade is, moet nog medisch worden vastgesteld.

I. De 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; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de aanvullende stukken van de consument en 7) de aanvullende reactie van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 28 juni 2021. Partijen zijn aldaar verschenen. De consument heeft op de hoorzitting aanvullende medische stukken overhandigd.

- 1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft met ingang van 10 december 1999 een ongevallenverzekering (hierna: 'de verzekering') afgesloten bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar met als verzekerden de consument en zijn partner. Het verzekerd bedrag is € 45.379,- (voorheen NLG 100.000,-). Op de verzekering zijn de 'Polisvoorwaarden Ongevallen Polis POP 4' (hierna: 'de voorwaarden') van toepassing.
- 2.2 Op het polisblad van 10 december 2018, waarvan de consument heeft gesteld dat hij die destijds niet heeft ontvangen, staat achter de rubriek 'Verzekerd is' vermeld: 'Overlijden als gevolg van een ongeval'.
- 2.3 In 2014 heeft de rechtsvoorganger van de verzekeraar een brief gestuurd aan al zijn klanten. Hierin staat het volgende:

“U heeft een ING Ongevallenverzekering. Hiermee bent u verzekerd tegen de financiële gevolgen van een ongeval. Een belangrijke verzekering, want een ongeluk zit nu eenmaal in een klein hoekje. (...).

Contracttermijn

Alle doorlopende schadeverzekeringen die u afsluit via ING hebben een contracttermijn van één jaar. Daarna kunt u de verzekering op elk gewenst moment beëindigen. Dit geldt dus ook voor uw ING Ongevallenverzekering. Maar heeft u er wel eens over nagedacht om ook uw overige doorlopende schadeverzekeringen via ING af te sluiten, zoals bijvoorbeeld uw woonverzekeringen?”

- 2.4 Onderaan in deze brief staat vervolgens in kleinere letters:

“PS: controleer uw persoonlijke gegevens

Het is belangrijk dat uw persoonlijke gegevens kloppen. Wilt u daarom uw gegevens op deze brief goed controleren? Als uw gegevens onjuist zijn, verzoeken wij u vriendelijk om direct contact met ons op te nemen.”

- 2.5 De consument is op 18 maart 2019 van de trap gevallen en is daarbij op zijn linker- en rechterschouder gevallen.

In mei 2020 heeft de consument hiervan melding gemaakt bij de verzekeraar en een verzoek tot uitkering gedaan vanwege blijvende invaliditeit van beide armen. De verzekeraar heeft de claim niet in behandeling genomen, omdat er onder de verzekering alleen dekking zou zijn voor overlijden en niet voor blijvende invaliditeit.

De klacht en vordering

- 2.6 De consument vordert het gehele verzekerd bedrag van € 45.379,- onder de verzekering, een smartengeldvergoeding van € 15.000,- en wettelijke rente.
- 2.7 De consument stelt dat ten tijde van de aanvraag van de verzekering ook dekking voor blijvende invaliditeit is overeengekomen, althans dit was door de medewerker van (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar zo uitgelegd. Zijn partner kan dit als getuige bevestigen. Deze dekking blijkt volgens consument ook uit de hoogte van de betaalde premie. Bovendien staat in de voorwaarden zowel dekking voor overlijden als voor blijvende invaliditeit vermeld. Op het polisblad staat alleen dekking bij overlijden, maar dat polisblad is nooit door de verzekeraar toegestuurd of overhandigd. Dat gebeurde pas in 2020 op verzoek van de consument. Op dit polisblad stonden onjuiste gegevens vermeld. Het is daarom niet uit te sluiten dat de verzekeraar ten tijde van de aanvraag ook een fout heeft gemaakt met het doorvoeren van de juiste dekking op de verzekering. Verder stelt de consument dat het voor hem onmogelijk is om fysiek bewijs aan te leveren dat blijvende invaliditeit gedekt is. Omdat hij nooit een kopie van de aanvraag van de verzekering of een polisblad heeft ontvangen, kon hij niet eerder klagen dan nadat hij door zijn schademelding in 2020 erachter kwam dat volgens de verzekeraar blijvende invaliditeit niet onder de verzekering is gedekt.
- 2.8 Met betrekking tot de brief van (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar (zie randnummer 2.3 hiervoor) stelt de consument dat het gaat om een standaardbrief waaruit men enkel kan opmaken dat men een verzekering bij de rechtsvoorganger van de verzekeraar heeft lopen. De consument voert daarnaast aan dat de verzekeraar niet kan bewijzen dat hij deze brief heeft ontvangen.
- 2.9 Daarnaast meent de consument dat de verzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden, omdat hij nooit een polisblad van de verzekeraar heeft ontvangen, ook niet na wijzigingen van de verzekering.

Het verweer

- 2.10 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

- 2.11 De verzekeraar stelt dat, mocht het al zo zijn dat er onjuiste informatie op het polisblad, in de brief uit 2014 of op mijnING heeft gestaan, het op de weg van de consument had gelegen om (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar bij en na het sluiten van de verzekering hiervan op de hoogte te stellen. Dit brengt volgens de verzekeraar mee dat de consument te laat heeft geklaagd en daarmee zijn recht heeft verwerkt. Volgens de verzekeraar is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de consument zich er 21 jaar na het afsluiten van de verzekering nog op kan beroepen dat ook dekking voor blijvende invaliditeit moet worden geboden.
- 2.12 Verder betwist de verzekeraar dat een medewerker van (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar heeft (toe)gezegd dat de rubriek blijvende invaliditeit is verzekerd. De bewijslast dat blijvende invaliditeit wel verzekerd zou zijn, ligt bij de consument. Daarbij geldt dat uitgegaan moet worden van het polisblad van 2018, dat als onderhandse akte dwingend bewijskracht heeft, waarop alleen dekking voor de rubriek overlijden staat vermeld. De verzekeraar heeft geen kopie meer van de aanvraag van de verzekering, omdat een polis-aanvraag vanwege privacy van de verzekeringnemer zeven jaar na het afsluiten van de verzekering wordt vernietigd. Wel blijkt uit het systeem van de verzekeraar dat de verzekering nooit is gewijzigd en dus dat het polisblad van 2018 dezelfde informatie bevat als de oorspronkelijke polis. Dat in de voorwaarden zowel de rubriek overlijden als de rubriek blijvende invaliditeit worden geregeld en genoemd, betekent niet dat deze rubrieken ook daadwerkelijk zijn verzekerd. Uitsluitend het polisblad geeft aan voor welke rubriek(en) de verzekering is afgesloten. Uit het polisblad van 2018 blijkt alleen dat de rubriek overlijden is verzekerd. Dit volgt bovendien uit de hoogte van de betaalde premie. Ook de wijze waarop de verzekering in 1999 werd aangeboden, is een indicatie dat alleen de rubriek overlijden is verzekerd. Immers, (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar bood destijds actief ongevalverzekeringen aan waarbij men eenmalig een gratis dekking van NLG 2.000,- ontving bij overlijden. Deze dekking kon worden uitgebreid naar een hoger bedrag, zoals de consument heeft gedaan.
- 2.13 Daarnaast betwist verzekeraar dat hij de consument onvoldoende heeft geïnformeerd en dat hij zijn zorgplicht heeft geschonden. Het is aan de consument om aan te tonen dat hij het polisblad en overige informatie niet heeft ontvangen. De ongemotiveerde stelling van de consument dat hij geen polisblad heeft ontvangen, is onvoldoende. Verder meent de verzekeraar dat het niet aannemelijk is dat hij niet aan artikel 3:37 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: 'BW') heeft voldaan, omdat de consument te allen tijde de mogelijkheid heeft om zijn polis te raadplegen in mijnING. Bovendien meent de verzekeraar dat hij, gelet op artikel 7:932 lid 1 en 2 BW, niet verplicht is om jaarlijks een polisblad aan de consument te verstrekken. Een nieuw polisblad hoeft alleen te worden verstrekt als zich een wijziging van de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan en daarvan is geen sprake geweest.

- 2.14 Verder stelt de verzekeraar dat sprake is van eigen schuld, omdat de consument nooit om polisbladen heeft gevraagd, terwijl algemeen bekend is dat deze bij of na het sluiten van een verzekering worden verstrekt. Bovendien heeft de consument nooit online zijn polis bekeken. Als de consument dit wel had gedaan, zou hij hebben gezien dat de dekking niet aansloot bij zijn wensen.
- 2.15 Als er wel uitgegaan moet worden van dekking voor blijvende invaliditeit, dan bestaat er alsnog geen recht op uitkering. De consument heeft immers niet aangetoond dat sprake is van letsel als uitsluitend en rechtstreeks gevolg van het ongeval.
- 2.16 Tot slot stelt de verzekeraar dat de consument geen recht heeft op smartengeld, omdat de verzekering hiervoor geen dekking biedt.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De consument en de verzekeraar verschillen van mening over het antwoord op de volgende vragen:
1. Heeft de consument de klachtplicht (art. 6:89 BW) geschonden?
 2. Zijn de consument en de verzekeraar in 1999 een ongevalverzekering met of zonder dekking voor blijvende invaliditeit na een ongeval overeengekomen?
 3. Heeft de verzekeraar destijds aan de consument als verzekeringnemer een polis verstrekt, zodat de consument de inhoud van de overeengekomen verzekering kon controleren?
 4. Heeft de consument recht op smartengeld?

De commissie zal hierna eerst het antwoord op vragen 1 tot en met 3 geven. Vervolgens komen, na een tussenconclusie, twee specifieke verweren van de verzekeraar aan de orde, te weten het verweer dat de verzekerde geen schade heeft geleden en het verweer dat de consument, als hij al schade heeft geleden, daar (mede) eigen schuld aan heeft. Ten slotte komt vraag 4 aan de orde.

Het antwoord op vraag 1: het beroep van de verzekeraar op schending van de klachtplicht faalt

- 3.2 De vraag of de consument schending van de klachtplicht (art. 6:89 BW) kan worden tegengeworpen door de verzekeraar (randnummer 2.11 hiervoor), beantwoordt de commissie ontkennend. De verzekeraar is er in het kader van dit verweer van uitgegaan dat de consument uit (de tekst van) het (eerste) polisblad, uit de brief van 2014 en uit informatie op mijnING eerder al heeft kunnen en moeten afleiden dat de verzekering geen dekking bood voor blijvende invaliditeit na een ongeval.

De consument heeft echter gesteld dat hij het eerste polisblad nooit heeft ontvangen van de verzekeraar. Zoals hierna zal blijken, stelt de commissie de consument op dit punt in het gelijk. Gevolg hiervan is dat aangenomen moet worden dat de consument niet uit het polisblad heeft kunnen afleiden dat de verzekering, anders dan hij wenste, geen dekking bood voor blijvende invaliditeit na een ongeval. Op dit punt is de klachtplicht dus niet geschonden. Voor wat betreft de brief van 2014 geldt dat deze brief de ontvanger daarvan slechts verzoekt de persoonlijke gegevens die “*op deze brief*” vermeld staan te controleren. De brief zet de ontvanger van die brief dus niet aan tot controle van de inhoud van *de polis*. De commissie deelt het standpunt van de consument dat de brief het karakter heeft van een ‘standaardbrief’. Wat betreft mijnING geldt dat de consument ter zitting heeft toegelicht daarvan geen gebruik te maken. Naar het oordeel van de commissie kan dit de consument ook niet worden tegengeworpen, nu gebruik van mijnING in het kader van de verzekering niet verplicht is en bovendien de consument al wat ouder is.

Het antwoord op vraag 2: niet bewezen is dat in 1999 dekking voor blijvende invaliditeit na een ongeval is overeengekomen

- 3.3 Het is aan de consument om te bewijzen dat in 1999 een ongevallenverzekering is gesloten die (ook) dekking biedt voor blijvende invaliditeit, nu hij degene is die dit aanvoert. Deze bewijslastverdeling volgt uit artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (hierna: ‘Rv’).
- 3.4 Naar het oordeel van de commissie is de consument er niet in geslaagd om dit te bewijzen. Op het polisblad uit 2018 staat achter ‘Verzekerd is’ geen blijvende invaliditeit vermeld, maar alleen ‘Overlijden als gevolg van een ongeval’. De verzekeraar heeft bovendien gelijk met zijn stelling dat de hoogte van de maandelijks verschuldigde, door de consument betaalde premies correspondeert met dekking voor alleen overlijden als gevolg van een ongeval. De consument heeft hiertegen ingebracht dat zijn partner en hij zich herinneren een ongevallenverzekering met ook dekking voor blijvende invaliditeit te hebben gesloten. Die vermeende herinnering en die verklaring wegen echter onvoldoende op tegen de meer concrete stellingen van de verzekeraar.
- 3.5 Het argument van de consument dat uit de voorwaarden kan worden afgeleid dat de verzekering voorziet in dekking voor zowel overlijden als blijvende invaliditeit, gaat niet op. De voorwaarden moeten immers in samenhang met het polisblad van 2018 worden gelezen en dan blijkt duidelijk dat de verzekering alleen dekking biedt voor overlijden na een ongeval.
- 3.6 Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat niet is komen vast te staan dat in 1999 dekking voor blijvende invaliditeit is overeengekomen.

Het antwoord op vraag 3: niet gebleken is dat de consument in 1999 een polisblad heeft ontvangen van de verzekeraar

3.7 In artikel 7:932 lid I BW¹ staat het volgende:

“De verzekeraar geeft zo spoedig mogelijk een akte, polis genaamd, af, waarin de overeenkomst is vastgelegd. (...).”

3.8 Hierbij geldt dat het in gevallen zoals hier aan de orde aan de verzekeraar is om te bewijzen dat de consument het polisblad heeft ontvangen.²

3.9 Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar niet bewezen dat de consument in 1999 het polisblad heeft ontvangen. De verzekeraar heeft immers enkel gesteld dat het de standaardpraktijk is dat na het sluiten van een verzekering een polisblad wordt verstrekt, dat de consument het polisblad had kunnen raadplegen in mijnING en dat het aan de consument is om aan te tonen dat hij het polisblad niet ontvangen zou hebben. Het eerste argument is onvoldoende om aan te nemen dat ook in dit geval het polisblad is verstrekt. Bovendien heeft de verzekeraar niet toegelicht hoe de verstrekking van polisbladen in 1999 plaatsvond en waarom de conclusie moet luiden dat het polisblad door de consument is ontvangen. Het tweede argument gaat niet op, nu de verzekeraar ter zitting heeft erkend dat mijnING in 1999 nog niet bestond. Daarbij komt dat uit de wetsgeschiedenis van artikel 7:932 BW volgt dat het plaatsen van een polisblad in een persoonlijke internetpagina, geen geoorloofde methode is voor het afgeven van een polisblad.³ Het derde argument stuit af op hetgeen hiervoor in randnummer 3.8 is overwogen.

Het polisblad van 10 december 2018

3.10 Hetzelfde geldt overigens voor het polisblad van 10 december 2018. De verzekeraar heeft niet aangetoond dat deze brief is verzonden en evenmin dat de consument deze brief heeft ontvangen.

¹ Gelet op de artikelen 68a en 221 Overgangswet nieuw BW heeft artikel 7:932 BW directe werking. Dit betekent dat gedaan moet worden alsof artikel 7:932 BW van toepassing was bij de totstandkoming van de verzekering in 1999 en niet artikel 259 Wetboek van Koophandel (oud), dat als volgt luidde: “Indien de verzekering onmiddellijk wordt gesloten tussen den verzekerde, of die daartoe last of bevoegdheid heeft, en den verzekeraar, moet de polis binnen 24 uren na de aanbieding door laatstgemelden worden ondertekend en uitgeleverd, ten ware bij de wet, in eenig bijzonder geval, een langer termijn bepaald zij.”

² CvB Kifid 2021-0034, randnummer 5.3; GC Kifid 2020-124, randnummer 4.4 en 4.5 (te vinden op www.kifid.nl).

³ Zie Kamerstukken II 2007-2008, 31358, nr. 3, p. 11.

Tussenconclusie

- 3.11 Uit het voorgaande volgt dat ervan uitgegaan moet worden dat de verzekeraar zich in 1999 niet heeft gehouden aan artikel 7:932 lid 1 BW. De verzekeraar is gehouden om de schade die de consument hierdoor heeft geleden, te vergoeden.
- 3.12 De vraag is echter of de consument schade heeft geleden. Dat heeft hij alleen als hij, bij het nalezen van het polisblad, waarop hij gezien zou hebben dat daarop de dekking voor blijvende invaliditeit na een ongeval ontbrak, bij de verzekeraar aan de bel zou hebben getrokken en alsnog voor die dekking zou hebben gekozen.
- 3.13 Daarnaast is voor dekking onder de rubriek blijvende invaliditeit na een ongeval vereist dat voldaan is aan alle voorwaarden voor uitkering onder die rubriek (zie randnummer 2.15 hiervoor).

Aannemelijk is dat de consument alsnog voor dekking voor blijvende invaliditeit zou hebben gekozen

- 3.14 Ter zitting heeft de consument verklaard dat als hij wel een polisblad ontvangen zou hebben, hij zou hebben opgemerkt dat er geen dekking voor blijvende invaliditeit op stond vermeld. De consument zou dit vervolgens meteen hebben gemeld bij de verzekeraar en alsnog dekking hebben afgesloten voor blijvende invaliditeit onder de verzekering tegen een hogere premie. Ter onderbouwing hiervan hebben de consument en zijn partner verklaard dat zij in 1999 voor een geldstorting naar de vestiging van (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar gingen, waarna vervolgens door een medewerker van (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar de verzekering werd aanbevolen als 'een verzekering die dekking biedt als zij in een rolstoel zouden belanden'. In deze veronderstelling had de consument toen besloten de verzekering af te sluiten. Immers, alleen een dekking voor blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval was voor hem en zijn partner interessant, omdat hij voor het risico van overlijden al een andere verzekering had afgesloten. Daarnaast heeft de consument verklaard dat toen hij het polisblad in 2020 op zijn verzoek had ontvangen waarop een onjuiste geboortedatum van zijn partner stond, meteen contact had opgenomen met de verzekeraar om dit te laten aanpassen. Dit zou hij ook gedaan hebben als hij in 1999 het eerste polisblad had ontvangen waarop alleen dekking voor overlijden zou staan vermeld, terwijl hij juist een dekking wilde voor blijvende invaliditeit.
- 3.15 Gelet op de hiervoor genoemde consistente en stellige verklaringen van de consument, acht de commissie het aannemelijk dat als de consument het eerste polisblad van de verzekeraar had ontvangen waarop geen dekking voor blijvende invaliditeit was opgenomen, de consument hierover contact zou hebben opgenomen met de verzekeraar en vervolgens alsnog een dekking voor blijvende invaliditeit onder de verzekering zou hebben afgesloten tegen een hogere premie. De premie is niet zoveel hoger dat de commissie daarin aanleiding ziet voor de aanname dat de consument zou hebben afgezien van deze dekking.

Maar of de consument daadwerkelijk schade heeft geleden, is nog niet duidelijk

3.16 De consument heeft alleen dan schade geleden, als hij, in de denkbeeldige situatie dat de verzekering dekking zou bieden voor blijvende invaliditeit na een ongeval, recht op uitkering zou hebben gehad in verband met de gevolgen van zijn val van de trap. De verzekeraar heeft dit betwist (randnummer 2.15 hiervoor). Volgens de verzekeraar is nog niet duidelijk of sprake is van letsel als uitsluitend en rechtstreeks gevolg van een ongeval. Wel heeft de verzekeraar ter zitting toegezegd dat, als de uitspraak van de commissie daartoe aanleiding geeft, de consument het traject zal ingaan waarin beoordeeld zal worden of er, uitgaande van dekking voor blijvende invaliditeit, op medische gronden recht op uitkering bestaat. Nu de uitspraak van de commissie daartoe inderdaad aanleiding geeft, en er geen reden is om aan te nemen dat de verzekeraar zich niet aan zijn toezegging zal houden, zal het gevolg van deze uitspraak van de commissie zijn dat de consument het voornoemde traject zal ingaan. Daaruit zal moeten volgen of de consument, uitgaande van dekking voor blijvende invaliditeit, recht heeft op uitkering(en).

Eigen schuld

3.17 Als de uitkomst van het zojuist genoemde traject is dat de consument recht heeft op uitkering(en), mag de verzekeraar 50% van die uitkering(en) inhouden. De consument had immers zelf kunnen en moeten aankaarten bij de verzekeraar dat hij na het afsluiten van de verzekering geen polisblad had ontvangen. Als hij dit had gedaan, had hij alsnog een polisblad ontvangen waaruit hij vervolgens kon opmaken dat er geen dekking was opgenomen voor blijvende invaliditeit. Dit kan hem naar het oordeel van de commissie worden aangerekend. De schade die de consument heeft geleden komt dus voor 50% voor rekening van de verzekeraar. De consument zal de resterende schade op grond van artikel 6:101 BW zelf moeten dragen.

Het antwoord op vraag 4: de consument heeft geen recht op smartengeld

3.18 De commissie vat de vordering tot vergoeding van smartengeld van de consument op als een vergoeding voor incorrecte bejegening en geleden ongemak. Aan vergoeding van smartengeld op die grond wordt hoge eisen gesteld. De consument moet aantonen dat sprake is geweest van een situatie als bedoeld in artikel 6:106 sub a BW: de aansprakelijke persoon (de verzekeraar) had het oogmerk zodanig nadeel toe te brengen.⁴ Dit heeft de consument niet gesteld, laat staan aangetoond. Daarnaast bestaat er onder de verzekering zelf geen dekking voor een smartengeldvergoeding. Dit betekent dat de consument geen recht heeft op een smartengeldvergoeding.

⁴ Zie GC Kifid 2017-485 en 2019-307 (te vinden op www.kifid.nl).

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering van de consument in die zin toe dat de verzekeraar de claim van de consument alsnog in behandeling moet nemen onder de verzekering, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd. Als het resultaat van dit beoordelingstraject is dat de consument recht heeft op uitkering(en), moet de verzekeraar de helft van die uitkeringen aan de consument betalen.

De eis tot vergoeding van smartengeld wordt afgewezen en de eis tot uitkering onder de verzekering wegens blijvende invaliditeit is door de commissie niet inhoudelijk beoordeeld en wordt daarom op dit moment afgewezen.

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u 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, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage

Relevante wetsartikelen

Art. 3:37 Burgerlijk Wetboek

1. Tenzij anders is bepaald, kunnen verklaringen, met inbegrip van mededelingen, in iedere vorm geschieden, en kunnen zij in een of meer gedragingen besloten liggen.
2. Indien bepaald is dat een verklaring schriftelijk moet worden gedaan, kan zij, voor zover uit de strekking van die bepaling niet anders volgt, ook bij exploit geschieden.
3. Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.
4. Wanneer een door de afzender daartoe aangewezen persoon of middel een tot een ander gerichte verklaring onjuist heeft overgebracht, geldt het ter kennis van de ontvanger gekomene als de verklaring van de afzender, tenzij de gevolgde wijze van overbrenging door de ontvanger was bepaald.
5. Intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring bereiken.

Art. 6:89 Burgerlijk Wetboek

De schuldeiser kan op een gebrek in de prestatie geen beroep meer doen, indien hij niet binnen bekwame tijd nadat hij het gebrek heeft ontdekt of redelijkerwijze had moeten ontdekken, bij de schuldenaar terzake heeft geprotesteerd.

Art. 6:101 Burgerlijk Wetboek

1. Wanneer de schade mede een gevolg is van een omstandigheid die aan de benadeelde kan worden toegerekend, wordt de vergoedingsplicht verminderd door de schade over de benadeelde en de vergoedingsplichtige te verdelen in evenredigheid met de mate waarin de aan ieder toe te rekenen omstandigheden tot de schade hebben bijgedragen, met dien verstande dat een andere verdeling plaatsvindt of de vergoedingsplicht geheel vervalt of in stand blijft, indien de billijkheid dit wegens de uiteenlopende ernst van de gemaakte fouten of andere omstandigheden van het geval eist.

2. Betreft de vergoedingsplicht schade, toegebracht aan een derde voor de benadeelde in zijn macht had, dan worden bij toepassing van het vorige lid omstandigheden die aan de derde toegerekend kunnen worden, toegerekend aan de benadeelde.

Art. 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.