

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-1092 (prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. K.S. Smits, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 11 mei 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 29 december 2021
Aard uitspraak	: Beslissing over de behandelbaarheid van de klacht
Uitkomst	: Klacht is niet-behandelbaar
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Klachtplicht artikel 6:89 Burgerlijk Wetboek (BW). Levensverzekering. De consument klaagt dat haar levensverzekering niet tot uitkering is gekomen. Zij vordert dat de verzekeraar gehouden wordt alsnog tot uitkering over te gaan of schriftelijk bewijs van de gedane uitkering te overleggen. De verzekeraar beroept zich op schending van de klachtplicht ex artikel 6:89 BW. De commissie is van oordeel dat de consument – door pas 22 jaar na het bereiken van de einddatum van de verzekering te klagen – de verzekeraar in zijn belangen heeft geschaad. De consument heeft te laat geklaagd in de zin van artikel 6:89 BW en kan daarom geen beroep meer doen op het door haar gestelde gebrek in de prestatie van de verzekeraar. De klacht is niet-behandelbaar.

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 en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 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. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De moeder van de consument heeft bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar een traditionele gemengde levensverzekering (hierna: ‘de verzekering’) gesloten op het leven van de consument met als ingangsdatum 24 juli 1962. Partijen zijn hierbij overeengekomen dat de verzekeraar – bij in leven zijn van de consument op de einddatum 24 juli 1998 dan wel bij overlijden van de consument op of na 24 juli 1973 – het verzekerd bedrag van € 4.537,80 (f 10.000,-) zal uitkeren. De consument is de begunstigde onder de verzekering.
- 2.2 In september 2020 heeft de consument de verzekeraar verzocht om over te gaan tot uitkering van het verzekerd bedrag. De verzekeraar heeft het verzoek van de consument afgewezen.

De klacht en vordering

- 2.3 De consument vordert primair dat de verzekeraar gehouden wordt tot uitkering van het verzekerd bedrag. De consument vordert subsidiair dat de verzekeraar schriftelijk bewijs overlegt waaruit blijkt dat – en aan wie – de verzekeraar het verzekerd bedrag op enig moment heeft uitgekeerd.
- 2.4 De consument voert hiertoe aan dat de verzekeraar tot uitkering moet overgaan, omdat de consument de begunstigde is en zij niet eerder een verzoek tot uitkering heeft gedaan of een uitkering onder de verzekering heeft ontvangen. De verzekeraar kan ook niet eerder tot uitkering zijn overgegaan, want het is gebruikelijk dat hij de originele polis of een daarvoor in de plaats tredende vrijwaringsverklaring van de begunstigde opvraagt voor hij tot uitkering overgaat en dat is niet gebeurd. De verzekeraar heeft de consument ook nooit een voorstel gedaan tot uitkering gedaan. Voor zover de verzekeraar wel tot uitkering is overgegaan dient hij schriftelijk te bewijzen aan wie en op welk moment de uitkering is gedaan.
- 2.5 De verzekeraar kan er niet van uitgaan dat de verzekering tot uitkering is gekomen vanwege het enkele gegeven dat de verzekering niet meer in zijn administratie voorkomt. De verzekeraar stelt namelijk dat zij niet-uitgekeerde verzekeringen ook na de bewaartermijn bewaart en dat de consument de verzekeraar nooit eerder heeft verzocht tot uitkering over te gaan. De verzekeraar spreekt hiermee zichzelf tegen. De consument heeft nooit een verzoek tot uitkering gedaan, dus de verzekering kan niet tot uitkering gekomen zijn en zou dus in de administratie bewaard moeten zijn.

Het verweer

- 2.6 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 ziet zich gesteld voor de vraag of de verzekeraar kan worden gehouden tot uitkering van het verzekerd bedrag.
- 3.2 De verzekeraar stelt als meest verstrekkend verweer dat de consument te laat heeft geklaagd en dat de verzekeraar hierdoor in zijn belangen is geschaad. De commissie begrijpt dit verweer als een beroep op artikel 6:89 BW.
- 3.3 Artikel 6:89 BW bepaalt 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 Bij de beoordeling of de consument te laat heeft geklaagd in de zin van artikel 6:89 BW is ook relevant dat van de consument mag worden verwacht dat zij de aan haar verstrekte documentatie aandachtig doorleest.²
- 3.5 De verzekeraar heeft aangevoerd in zijn belangen te zijn geschaad doordat de consument pas 22 jaar *na expiratie van de verzekering* heeft geklaagd. De verzekeraar beschikt door het verstrijken van deze tijd en daarmee het verstrijken van de bewaartermijn en verjarings-termijn niet meer over informatie over de verzekering. De verzekeraar kan daardoor niet meer achterhalen of er ooit een uitkering of een verzoek tot uitkering is gedaan.
- 3.6 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar inderdaad in zijn belangen is geschaad en dat de consument te laat heeft geklaagd in de zin van artikel 6:89 BW. De commissie acht daarbij van belang dat de consument bij repliek heeft verklaard dat zij na het overlijden van haar moeder in 1994 belangrijke documenten in haar bezit kreeg en deze heeft opgeslagen in een map. Pas na haar pensioen kwam de map weer in zicht en trof de consument de polisbladen van de verzekering aan.

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.

² Zie bijvoorbeeld GC Kifid 2021-0794 en GC Kifid 2020-1088.

De consument had dus al in 1994 op de hoogte kunnen zijn van de verzekering en zich, kort nadat de verzekering in 1998 expireerde, tot de verzekeraar kunnen wenden. Of de consument dat heeft gedaan is echter niet meer vast te stellen. De consument heeft immers pas 22 jaar na het bereiken van de einddatum van de verzekering bij de verzekeraar geklaagd. Op dat moment waren de wettelijke bewaartermijn en de verjaringstermijn van de vordering tot uitkering al ruimschoots verstreken met als gevolg dat het voor de verzekeraar niet meer mogelijk is om na te gaan of de consument een verzoek tot uitkering heeft gedaan of de verzekeraar zelf tot uitkering is overgegaan. De consument kan derhalve geen beroep meer doen op het door haar gestelde gebrek in de prestatie van de verzekeraar. Dit leidt tot de conclusie dat de commissie de klacht niet inhoudelijk kan behandelen.

4. De beslissing

De commissie oordeelt dat de klacht niet-behandelbaar is.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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 bepalingen uit wet- en regelgeving

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 89

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.