

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0554

(mr. dr. K. Engel, voorzitter, mr. J.L.M Luiten,
mr. G.W.N.M. van Laarhoven MMO, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	18 juli 2023
Klacht van	De heer [naam 1] en mevrouw [naam 2], gezamenlijk te noemen de consumenten en afzonderlijk van elkaar de man en de vrouw
Tegen	Aon Nederland C.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de financiële dienstverlener
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen

Samenvatting

Privé Kamer-verzekering. Aanvullende zorgverzekering. Geen formele tussenpersoon, maar wel een jarenlange adviesrelatie tussen de consumenten en de financiële dienstverlener. Onjuiste inlichting. De verzekering zou door de consumenten zijn beëindigd. Schadevergoeding. De vorderingen van de consumenten worden gedeeltelijk toegewezen.

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 consumenten; 2) de aanvullende stukken van de consumenten en 3) het verweerschrift van de financiële dienstverlener.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 12 juni 2023. Op de hoorzitting waren de consumenten aanwezig. Namens de financiële dienstverlener waren aanwezig: [naam 3], klachtbehandelaar en mr. [naam 4], director legal.
- 1.3 De consumenten en de financiële dienstverlener 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 consumenten zijn verzekerd onder twee aanvullende zorgverzekeringen genaamd 'Privé Kamer' en 'Topfit Internationaal'. De vrouw is blijkens p. 2 van het polisblad van 24 december 2012 verzekerd sinds 3 december 2012. De man is sinds 1 januari 2006 verzekerd onder de Topfit Internationaal-verzekering en sinds 1 januari 2013 onder de Privé Kamer-verzekering.

- 2.2 Bij brief van 14 november 2016 aan de man heeft de zorgverzekeraar hem erover geïnformeerd dat de dekking én de naam van de Privé Kamer-verzekering per 1 januari 2017 wordt gewijzigd:

“Geen garantie eenpersoonskamer

Ziekenhuizen gebruiken eenpersoonskamers steeds vaker om patiënten met zware en complexe zorgvragen apart te verplegen. Bovendien zijn er in ziekenhuizen minder eenpersoonskamers beschikbaar voor geplande opnames. In de praktijk betekent dit dat we deze kamer in veel gevallen niet meer kunnen garanderen.

Vernieuwd pakket, nieuwe naam

Een klantenpanel, waaronder gebruikers van het Privé Zorgpakket, begrijpt dat er geen garantie meer kan worden gegeven. Desondanks willen zij graag gebruik blijven maken van een eenpersoonskamer. Ook heeft het klantpanel ideeën aangereikt hoe we de dienstverlening rondom een opname in het ziekenhuis anders kunnen inrichten. Het resultaat is een vernieuwd pakket met een nieuwe naam: ONVZ Zorgplan.

Wat biedt het ONVZ Zorgplan?

Voor een comfortabel verblijf in een ziekenhuis wordt in het pakket (afhankelijk van beschikbaarheid) het volgende tot een maximumbedrag van € 2.500,00 per kalenderjaar vergoed:

- Verblijf in een eenpersoonskamer bij zowel geplande als niet geplande opname. Is de kamer niet beschikbaar? Dan ontvangt u een vergoeding van € 75,00 per opnamedag;
- Luxe pakket of comfortservice door het ziekenhuis.
- Extra bed en maaltijd op de kamer voor het verblijf van uw partner.”

- 2.3 Tussen partijen staat vast dat de man jarenlang telefonisch en/of schriftelijk contact heeft gehad met een medewerkster van de financiële dienstverlener, aan wie hij vragen heeft kunnen stellen over de zorgverzekeringen van hem en zijn echtgenote. De medewerkster heeft de man hiermee altijd geholpen.

- 2.4 Bij brief van 12 juni 2017 heeft de medewerkster van de financiële dienstverlener de man als volgt bericht:

“U ontvangt hierbij de premietabel ONVZ Zorgplan Internationaal 2017. De premie voor de Privé Kamer heb ik op de tabel vermeld. Deze wordt niet meer aangeboden voor nieuwe klanten. Voor de huidige verzekerden die dit pakket wel hebben (zoals u en uw partner) is de premie gelijk aan 2016.”

- 2.5 Op 3 december 2019 is de vrouw geopereerd. Zij heeft een nacht in een privékamer in een Belgisch ziekenhuis gelegen.

De kosten voor de behandeling en de privékamer van € 402,22 heeft zij gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft slechts € 175,00 vergoed omdat de meerkosten voor loon en behandeling sinds 2017 niet meer worden vergoed. De consumenten hebben de Privé Kamer-verzekering vervolgens per 1 januari 2020 opgezegd.

- 2.6 De consumenten hebben de Topfit Internationaal-verzekering opgezegd per aangetekende brief van 23 december 2020 aan de directie van de zorgverzekeraar per 1 januari 2021.
- 2.7 Bij brief van 30 maart 2021 hebben de consumenten de medewerkster van de financiële dienstverlener verzocht om de Topfit Internationaal-verzekering te herstellen.
- 2.8 Tijdens de procedure bij Kifid heeft de financiële dienstverlener aangeboden een bedrag van € 250,00 aan de consumenten te vergoeden. Dit ziet op de niet door de zorgverzekeraar vergoede kosten van € 225,72 plus de door de consumenten gemaakte portokosten. De consumenten hebben dit aanbod afgewezen.

De klacht en vordering

- 2.9 De consumenten vorderen dat de financiële dienstverlener de betaalde premies voor de Privé Kamer-verzekering over de jaren 2017, 2018 en 2019 restitueert. Verder vorderen zij dat de Topfit Internationaal-verzekering wordt hersteld zonder medische acceptatievragen en vorderen zij vergoeding van de door hen gemaakte portokosten à € 25,78. Ter onderbouwing van hun vorderingen voeren de consumenten de volgende argumenten aan.
- 2.10 De consumenten hebben de financiële dienstverlener altijd gezien als hun tussenpersoon. Al sinds het sluiten van de aanvullende verzekeringen hebben de consumenten contact met diverse medewerkers van de financiële dienstverlener voor vragen over en aanpassingen van hun verzekeringen. Nooit is hen verteld dat de financiële dienstverlener niet hun tussenpersoon is.
- 2.11 De consumenten hebben de Privé Kamer-verzekering sinds 2013. Na contact met de SKGZ blijkt dat de dekking sinds 2017 is gewijzigd waardoor de meerkosten van loon en behandeling niet langer onder de dekking vallen. Noch de financiële dienstverlener, noch de zorgverzekeraar hebben de consumenten ooit de gewijzigde voorwaarden toegestuurd of hen anderszins op de hoogte gebracht van de gewijzigde dekking. De consumenten betalen sinds 2017 voor een verzekering die niet de dekking biedt zoals was afgesproken bij ingang van de verzekering en hun tussenpersoon, de financiële dienstverlener, heeft hen hier nooit over geïnformeerd.

Had de financiële dienstverlener hen hiervan wel op de hoogte gesteld, dan hadden de consumenten de verzekering per direct opgezegd zoals uiteindelijk eind 2019 is gebeurd. De consumenten willen de premies over de jaren na de wijziging van de aanvullende verzekering terug.

- 2.12 De consumenten hebben in overleg met een medewerkster van de financiële dienstverlener hun Topfit Internationaal-verzekering onder voorbehoud opgezegd. Zij wilden eerst dat de zorgverzekeraar excuses zou aanbieden en beterschap zou beloven. Nadat de zorgverzekeraar dit heeft gedaan, hebben de consumenten de medewerkster van de financiële dienstverlener gevraagd om herstel van de verzekering. Zij wensen een nieuw aanbod voor de aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar te ontvangen zonder dat bij acceptatie medische vragen worden gesteld of uitsluitingen op de polis worden geplaatst.

Het verweer

- 2.13 De financiële dienstverlener heeft de volgende verweren gevoerd.
- 2.14 De financiële dienstverlener legt uit dat hij de tussenpersoon is van de voormalig werkgever van de man. De financiële dienstverlener is nooit tussenpersoon van de consumenten geweest.
- 2.15 De financiële dienstverlener geeft aan dat zijn medewerkster meermaals aan de man heeft uitgelegd dat hij bij haar niet aan het juiste adres is. Toch heeft de man telkens contact gezocht met de medewerkster van de financiële dienstverlener. De medewerkster heeft uit vriendelijkheid geholpen en regelmatig de polisvoorwaarden en polisbladen toegestuurd. In de brief van 24 mei 2022 informeert de medewerkster van de financiële dienstverlener de man als volgt:

“Ik heb eerder aangegeven dat ik u graag wil helpen met vragen, echter mijn aandachtsgebied is Inkomen voor de klein zakelijke klanten. Echter de vragen richting [de zorgverzekeraar] daar zijn wij geen partij in. Kortom vragen en/of verzoeken hieromtrent kunt u rechtstreeks bij [de zorgverzekeraar] indienen.”

- 2.16 De financiële dienstverlener betwist dat de Topfit Internationaal-verzekering op advies van hun medewerkster is opgezegd. Integendeel, de man heeft de verzekering zelf per brief opgezegd. Bovendien vraagt de medewerkster de man in het telefoongesprek van 21 januari 2021 om nog eens goed na te denken over de opzegging want de opzegging kan binnen één week worden teruggedraaid. In het telefoongesprek van 4 februari 2021 heeft zij de man erover geïnformeerd dat de zorgverzekeraar alsnog bereid is om dekking te verlenen, maar dat hij dan snel moet beslissen. Hierop heeft de man geen reactie gegeven. De medewerkster heeft dus nooit het advies gegeven om de verzekering op te zeggen. Dit heeft de man zelf per brief gedaan.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie wijst de vorderingen van de consumenten gedeeltelijk toe. Zij legt hierna uit waarom.

Adviesrelatie

- 3.2 De financiële dienstverlener en de consumenten hebben geen schriftelijke overeenkomst met elkaar gesloten waaruit volgt dat de financiële dienstverlener is aan te merken als de assurantietussenpersoon van de consumenten. Uit de stukken van het dossier blijkt echter duidelijk dat de in nr. 2.3 genoemde medewerkster van de financiële dienstverlener zich over een langere periode zodanig jegens de man heeft opgesteld dat de man (en daarmee de vrouw) daaruit mocht(en) afleiden dat zij zijn/hun adviseur was. Dit komt voor rekening van de financiële dienstverlener, óók als de betreffende medewerkster, zoals de commissie aanneemt, de man heeft geholpen uit bereidheid een ander te helpen, dus met goede bedoelingen en zonder dat zij de intentie had om dit te doen als de tussenpersoon van de consumenten.

Onjuiste informatie verschaft

- 3.3 De man heeft in 2017 aan de medewerkster van de financiële dienstverlener gevraagd wat de wijzigingen van de Privé Kamer-verzekering voor hem betekenen. Daarop heeft de medewerkster laten weten dat het verzekeringsproduct niet wijzigt voor bestaande klanten, maar enkel voor nieuwe klanten. Daarbij heeft zij niet gemeld dat de meerkosten voor loon en behandeling niet langer worden gedekt voor bestaande klanten. De financiële dienstverlener heeft ter zitting erkend dat de door haar gegeven informatie onvolledig was.

De consumenten zouden de Privé Kamer-verzekering hebben opgezegd

- 3.4 De commissie neemt als vaststaand aan dat de consumenten, als zij door de medewerkster van de financiële dienstverlener juist waren ingelicht over de betekenis van de wijziging per 1 januari 2017, de Privé Kamer-verzekering zouden hebben opgezegd. De financiële dienstverlener heeft deze nadrukkelijke stelling van de consumenten onvoldoende betwist. De commissie wijst er in dit verband op dat de consumenten, nadat hen bekend was geworden dat de meerkosten voor loon en behandeling niet meer werden vergoed, de Privé Kamer-verzekering per 1 januari 2020 ook daadwerkelijk hebben opgezegd (nr. 2.5 hiervoor).

Schade

- 3.5 Het voorgaande betekent dat de financiële dienstverlener gehouden is tot vergoeding van de door de consument betaalde premies over de jaren 2017, 2018 en 2019. Dat is hun schade. Het gaat om een bedrag van € 1.371,60 (3 x € 457,20).

De uitkering van € 175,00 van de zorgverzekeraar (nr. 2.5 hiervoor) moet hiervan worden afgetrokken. Het te vergoeden bedrag is dan € 1.371,60 minus € 175,00 = € 1.196,60.

- 3.6 De door de consumenten gevorderde portokosten (€ 25,78) komen voor vergoeding in aanmerking op grond van art. 6:96 lid 2 BW.

Opzegging van de Topfit Internationaal-verzekering

- 3.7 De vordering van de consumenten met betrekking tot de Topfit Internationaal-verzekering wordt afgewezen. Uit de brief van 23 december 2020 blijkt immers dat de consumenten deze verzekering zelf hebben opgezegd (nr. 2.6 hiervoor). Niet is gebleken dat zij dit op advies van de medewerkster van de financiële dienstverlener hebben gedaan. De commissie stelt vast dat de medewerkster van de financiële dienstverlener, nadat zij bekend was geworden met de opzegging, de man juist heeft geadviseerd om goed over de opzegging en de gevolgen daarvan na te denken en dat er de mogelijkheid is op binnen één week de opzegging ongedaan te maken. Vervolgens heeft de man deze termijn onbenut gelaten. De medewerkster heeft daarna contact gezocht met de zorgverzekeraar om de termijn voor het ongedaan maken van de opzegging te verlengen. Ook op het daaropvolgende aanbod van de zorgverzekeraar is de man niet ingegaan. Uit de stukken in het dossier blijkt dus dat de keuze voor de opzegging bij de consumenten ligt en dat de consumenten hebben nagelaten om de nodige actie te ondernemen om de opzegging ongedaan te maken. De gevolgen, namelijk dat bij acceptatie van een nieuwe verzekering medische vragen worden gesteld of uitsluitingen op de polis worden geplaatst, komen om die reden voor rekening en risico van de consumenten.

Slotsom

- 3.8 Een medewerkster van de financiële dienstverlener heeft de consumenten onvolledig ingelicht over de wijziging van de Privé Kamer-verzekering. Als de consumenten juist waren ingelicht, hadden zij de Privé Kamer-verzekering per 1 januari 2017 beëindigd. De financiële dienstverlener moet daarom de betaalde premies over de jaren 2017, 2018 en 2019 terugbetalen, minus het door de zorgverzekeraar uitgekeerde bedrag van € 175,00. De financiële dienstverlener heeft de man niet geadviseerd om de Topfit Internationaal-verzekering op te zeggen. De financiële dienstverlener hoeft zich daarom niet in te spannen deze verzekering zonder medische acceptatie en uitsluitingen te herstellen.
- 3.9 De klachten van de consumenten zijn deels gegrond. Hun vorderingen worden deels toegewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de financiële dienstverlener een bedrag van € 1.222,38 aan de consument vergoedt binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd. Voor het overige wordt de vorderingen van de consumenten afgewezen.

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 2022, 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 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl