

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0154

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	21 februari 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Risk Groep B.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de tussenpersoon
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Zorgplicht. De klacht van de consument is dat de tussenpersoon zijn zorgplicht heeft geschonden door niet actief te onderzoeken of de ongevallenverzekering van zijn 90-jarige, inmiddels overleden vader, nog passend was. Naar het oordeel van de commissie was de leeftijd van de vader van de consument op zichzelf geen reden om aan te nemen dat de verzekering niet (meer) passend was. Er zijn door de consument geen feiten of omstandigheden aangevoerd waarvan de tussenpersoon kennis had en die meebrachten dat hij contact moest opnemen om te bespreken of de verzekering nog moest worden voortgezet. De commissie is daarom van oordeel is dat op de tussenpersoon in dit geval geen verplichting rustte om te onderzoeken of de verzekering nog passend was. De tussenpersoon heeft zijn zorgplicht niet geschonden. De klacht van de consument is ongegrond en zijn vordering wordt 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) het verweerschrift van de tussenpersoon; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de tussenpersoon.
- 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 tussenpersoon 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 op 15 april 2023 overleden vader van de consument had ingaande 5 januari 1973 een persoonlijke ongevallenverzekering, voor onbepaalde tijd (geen eindleeftijd) met een verzekerd bedrag van € 136.134,- (gelijk aan NLG 300.000,-) bij blijvende invaliditeit.

De premie bedroeg vanaf de ingangsdatum € 136,13 per jaar. De verzekering behoorde sinds 1 juli 2015 tot de assurantieportefeuille van de tussenpersoon.

- 2.2 In de periode dat de verzekering via de tussenpersoon liep heeft de vader van de consument op 17 maart 2018 een nieuwe polis ontvangen in verband met de omzetting naar een nieuw administratiesysteem. Daarna is er vanaf 2018 elk jaar begin december door de verzekeraar een brief aan de vader van de consument gestuurd met een nieuw polisblad. In de brieven die op 1 december 2018 en 7 december 2019 zijn verzonden stond - voor zover relevant voor de beoordeling van dit geschil - onder het kopje "**Controleer de gegevens op uw polisblad**":

Het is belangrijk om jaarlijks na te gaan of uw verzekering nog past bij uw persoonlijke situatie. Zo weet u zeker of u goed verzekerd bent (...).

- 2.3 In de op 6 december 2020, 4 december 2021 en 3 december 2022 door de verzekeraar aan de vader van de consument verzonden brieven stond – voor zover relevant voor de beoordeling van dit geschil - onder het kopje "**Het is belangrijk uw polis te controleren**":

"In uw nieuwe polis leest u hoe het nieuwe premiebedrag is opgebouwd en waarvoor u verzekerd bent. Zo kunt u zien of de verzekering nog past bij uw situatie. Wij vragen u de polis te controleren".

- 2.4 Op 3 januari 2023 heeft de consument aan de tussenpersoon laten weten dat hij de administratie van zijn 90 jaar oude vader heeft overgenomen. Het was hem daarbij opgevallen dat de tussenpersoon de verzekering heeft laten prolongeren zonder onderzoek te doen of deze nog passend was, terwijl deze volgens hem al lang gestopt had moeten worden. Een leeftijd van 75 achtte hij meer passend. Hij heeft daarom verzocht om de na deze leeftijd betaalde premie terug te storten.

- 2.5 Op 14 februari 2022 heeft de tussenpersoon aan de consument laten weten dat de verzekeraar de verzekering had beëindigd per 5 januari 2023, de jaarlijkse verlengingsdatum. In een e-mail van 16 februari 2023 heeft de tussenpersoon aan de consument geschreven dat naar zijn mening aan de zorgplicht was voldaan. De tussenpersoon heeft niet voldaan aan het verzoek om premierestitutie.

De klacht en vordering

- 2.6 De klacht van de consument is dat de tussenpersoon zijn zorgplicht heeft geschonden door gedurende de looptijd van de verzekering of bij de jaarlijkse prolongatie niet te checken of de verzekering nog passend was. Jarenlang is de vader van de consument belast met het betalen van de premie waar geen basis voor was omdat hij geen recht meer had op uitkering. Door te verwijzen naar de jaarlijks door de verzekeraar gestuurde brief met een nieuw polisblad maakte de tussenpersoon het zich volgens de consument wel heel gemakkelijk. Hij heeft geen echt werk gemaakt van zijn zorgplicht. Op geen enkel moment is er mondeling contact geweest met de polishouder over zijn geestestoestand en/of over de toegevoegde waarde van de verzekering zonder einddatum.

Het toesturen van alleen een brief is niet passend bij polishouders vanaf een bepaalde leeftijd. Mondeling contact bleef ook achterwege bij de overdracht van de verzekering in 2015 naar de assurantieportefeuille van de tussenpersoon. Volgens de consument brengt de zorgplicht mee dat er een actieve check moet plaatsvinden vanuit de tussenpersoon. De consument vordert de na de 75-jarige leeftijd betaalde premie terug, zijnde afgerond € 2.000,- te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 15 augustus 2007.

Het verweer

- 2.7 De tussenpersoon heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Wat is de hoofdvraag?

- 3.1 De commissie moet de vraag beantwoorden of de tussenpersoon de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden.

Beoordelingskader

- 3.2 Bij de beoordeling moet vooropgesteld worden dat een assurantietussenpersoon op grond van artikel 7:401 Burgerlijk Wetboek¹ tegenover zijn opdrachtgever verplicht is om bij zijn werkzaamheden de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot verwacht mag worden. Als uitgangspunt geldt dat van de assurantie-tussenpersoon mag worden verwacht dat hij beschikt over de nodige deskundigheid en vakkennis, dat hij de financiële belangen van zijn cliënten naar bewust weten en kunnen behartigt en dat hij zorgvuldigheid betracht in de advisering.² Deze algemene zorgplicht is ingevuld in de jurisprudentie. In dat kader is onder meer bepaald dat de assurantie-tussenpersoon moet waken voor de belangen van de verzekeringnemers bij de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Daarbij hoort ook dat de assurantietussenpersoon de verzekeringnemer tijdig opmerkzaam maakt op de gevolgen die hem bekend geworden feiten voor de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kunnen hebben. Het gaat dan om feiten die aan de assurantietussenpersoon bekend zijn of hem redelijkerwijs bekend behoorden te zijn.³ De zorgplicht van de assurantietussenpersoon geldt niet alleen ten tijde van het sluiten van de overeenkomst maar vergt een voortdurende bemoeienis door de assurantietussenpersoon met de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen.

¹ De tekst van artikel 7:401 BW luidt: De opdrachtnemer moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed opdrachtnemer in acht nemen.

² GC Kifid 2017-631 en GC Kifid 2018-709.

³ Hoge Raad 10 januari 2003, ECLI:HR:2003:AF0122, overweging 3.4.1 te vinden op www.rechtspraak.nl.

Een assurantietussenpersoon mag dus in beginsel niet stil blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn behorende verzekeringen kennisneemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem behoorde verzekeringen mogelijk aanpassingen behoeven.

Heeft de tussenpersoon zijn zorgplicht geschonden?

- 3.3 De commissie stelt voorop dat de ongevallenverzekering voor de vader van de consument dekking bood tegen blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval. Anders dan de consument heeft aangevoerd kon de vader van de consument aanspraak maken op een uitkering bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval. De commissie volgt de tussenpersoon in zijn verweer dat het ontbreken van een eindleeftijd juist als een pré kan worden beschouwd ten opzichte van de veelal aangeboden ongevallenverzekeringen met een eindleeftijd. De verzekering is niet gekoppeld aan een bepaalde hoedanigheid of beroep. Ongevallen in de privésfeer, bijvoorbeeld in huis, vallen onder de dekking van de verzekering. De leeftijd van de consument was daarom op zichzelf geen reden om aan te nemen dat de verzekering niet (meer) passend was.
- 3.4 Vast staat dat de vader van de consument jaarlijks, in ieder geval vanaf 2018, een nieuw polisblad ontving met een begeleidende brief waarin hem werd gevraagd om na te gaan of de verzekering nog wel passend was bij zijn situatie. De vader van de consument had de plicht om te controleren of de verzekering nog wel overeenkwam met zijn wensen.⁴
- 3.5 De consument stelt zich op het standpunt dat de tussenpersoon naast de jaarlijkse brieven van de verzekeraar de plicht had om contact op te nemen met zijn vader om te onderzoeken of de verzekering nog passend was. De commissie is van oordeel dat de adviseur daar niet toe verplicht was en overweegt daartoe het volgende. Een assurantietussenpersoon mag zoals hiervoor aangegeven in beginsel niet stil blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennisneemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem beheerde verzekeringen mogelijk aanpassingen behoeven. Er zijn door de consument echter geen feiten of omstandigheden met betrekking tot zijn vader genoemd waarvan de tussenpersoon kennis had of kennis behoorde te hebben en die meebrachten dat hij contact moest opnemen om te onderzoeken of de verzekering nog passend was. Op de verzekering was immers geen eindleeftijd van toepassing, zodat alleen de gevorderde leeftijd van de vader van de consument niet maakte dat de verzekering niet meer passend was. De commissie is daarom van oordeel dat op de tussenpersoon in dit geval geen verplichting rustte om contact op te nemen met de vader van de consument om te bespreken of de verzekering nog moest worden voortgezet.

⁴ Zie GC Kifid 2016-577, 2017-788 en 2018-122.

Slotsom

- 3.6 Uit het voorgaande volgt dat de tussenpersoon zijn zorgplicht niet heeft geschonden. De klacht van de consument is daarom ongegrond en zijn vordering zal worden afgewezen.

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 oktober 2023, 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