

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0121

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. dr. K. Engel, prof. mr. M.L. Hendrikse, leden en mr. S.H.H. van Zandvoort, secretaris)

Datum uitspraak	13 februari 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Veterfina Verzekeringsmaatschappij N.V., gevestigd te Amsterdam, h.o.d.n. Figo Pet verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies, beslissing over de behandelbaarheid
Uitkomst	Vordering afgewezen, gedeeltelijk niet-behandelbaar
Bijlage	Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving Relevante bepalingen uit het reglement van Kifid

Samenvatting

Huisdierenverzekering. De consument heeft voor haar hond een huisdierenverzekering bij de verzekeraar gesloten. De consument en de verzekeraar verschillen van mening over de vraag wat bepalend is voor de toewijzing van een gedeclareerde factuur aan een verzekeringsjaar: de factuurdatum of de datum van het indienen van de factuur bij de verzekeraar. Dit is van belang omdat de verzekeraar een maximale vergoeding per verzekeringsjaar hanteert. De commissie stelt vast dat de voorwaarden hierover niets regelen. Er is een leemte in de voorwaarden. Ter aanvulling van de leemte haakt de commissie daarbij aan bij het bestendige gebruik binnen de verzekeringsbranche om facturen toe te wijzen aan het verzekeringsjaar waarbinnen de factuurdatum valt. De vordering van de consument wordt daarom afgewezen. Ook de klacht van de consument over de communicatie van de verzekeraar is ongegrond. De klacht van de consument over de weigering van de verzekeraar om haar verzekering uit te breiden is niet-behandelbaar.

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) 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 consument heeft op 1 mei 2014 voor haar hond een huisdierenverzekering (hierna: de verzekering) afgesloten bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Uit het polisblad blijkt dat een verzekeringsjaar loopt van 1 mei tot en met 30 april. Op de verzekering zijn de Polisvoorwaarden Figo 2022-01 (hierna: de voorwaarden) van toepassing.
- 2.2 De hond van de consument is in de loop van 2023 ziek geworden. De consument heeft de dierenartskosten die zij gemaakt heeft voor haar hond gedeclareerd onder de verzekering. Op 16 januari 2024 heeft de verzekeraar de consument per brief geïnformeerd dat hij een bedrag van € 719,66 aan haar heeft uitgekeerd. Uit het bij de brief gevoegde overzicht volgt dat de verzekeraar in het verzekeringsjaar 2023-2024 de maximale vergoeding van € 4.000,- heeft uitgekeerd aan de consument.
- 2.3 Op 23 januari 2024 heeft de verzekeraar een e-mail gestuurd aan de consument waarin hij onder andere het volgende heeft geschreven:
- “De polis wordt op 01-05-2024 automatisch verlengd. De behandeling van januari valt nog in het huidige verzekeringsjaar. Wanneer deze kosten opnieuw worden ingediend na de verlenging van de verzekering dan zullen de kosten alsnog in dit verzekeringsjaar vallen. Alle kosten die worden gemaakt vanaf 01-05-2024 kunnen worden vergoed onder het nieuwe verzekeringsjaar. Er is dan weer € 4.000 beschikbaar voor de kosten die vanaf dat moment worden gemaakt.”*
- 2.4 Naar aanleiding van deze e-mail hebben de verzekeraar en de consument meerdere keren telefonisch contact gehad. Van het telefoongesprek dat op 19 maart 2024 heeft plaatsgevonden, heeft de verzekeraar de volgende telefoonnotitie gemaakt:
- “Tel: mevr belde waar ze dan kon vinden dat wij de behandel datum aanhouden van de factuur en niet de datum van indienen. dat staat niet in de polisvoorwaarden, nagevraagd bij [naam] en wij zijn dat wettelijk verplicht omdat wij onze afhandeling /schade uitkering moeten kunnen verantwoorden. wij kunnen dan niet een andere datum opgeven dan de factuur datum. dit doorgegeven (...).”*
- 2.5 De consument was het niet eens met het standpunt van de verzekeraar en heeft bij hem een klacht ingediend. De verzekeraar heeft de klacht afgewezen, waarna de consument een klacht heeft ingediend bij Kifid.

De klacht en de vorderingen

- 2.6 De consument vordert dat de verzekeraar de facturen van de consument vergoedt tot het maximum van het verzekeringsjaar waarin zij de factuur indient en niet tot het maximum van het verzekeringsjaar waarin de factuurdatum valt. In dat geval zou zij namelijk facturen waarvan de factuurdatum binnen het verzekeringsjaar 2023-2024 valt, nog kunnen declareren in het verzekeringsjaar 2024-2025. Hierdoor voorkomt zij dat de facturen niet vergoed worden omdat de maximale vergoeding van 2023-2024 al bereikt is. Zij vordert ook wettelijke rente vanaf 1 januari 2024.
- 2.7 Aan deze vordering legt de consument ten grondslag dat een medewerkster van de (rechtsvoorganger van) de verzekeraar de consument telefonisch verzekerd heeft dat zij zich geen zorgen hoeft te maken omdat facturen alsnog gedeclareerd kunnen worden zodra het nieuwe verzekeringsjaar ingegaan is. De facturen worden dan vergoed binnen de maximale vergoeding van het nieuwe verzekeringsjaar. De enige eis die daarbij geldt, is dat de facturen binnen een jaar na de factuurdatum gedeclareerd worden. Het standpunt van de verzekeraar klopt niet en is ook niet terug te vinden in de voorwaarden.
- 2.8 Als blijkt dat het standpunt van de verzekeraar juist is, heeft de verzekeraar haar hierover niet goed geïnformeerd. De consument zou mogelijk andere keuzes hebben gemaakt of met een andere insteek het ziekteproces van haar hond hebben opgepakt, als ze had geweten hoe de vergoeding van facturen in elkaar zit. Nu is ze in de financiële problemen gekomen omdat ze schulden heeft moeten maken om alle kosten te kunnen betalen. Daarnaast vindt ze dat ze telefonisch meerdere keren onbeschoft te woord is gestaan.
- 2.9 Daarnaast vordert de consument dat de verzekeraar haar de mogelijkheid biedt om de verzekering om te zetten naar een verzekering die een 90%-dekking biedt. Zij heeft op de website van de verzekeraar gezien dat de verzekeraar deze mogelijkheid aanbiedt. Zij vindt het niet eerlijk dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik mag maken. In de voorwaarden staat immers dat zij haar verzekering jaarlijks mag wijzigen.

Het verweer

- 2.10 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie daarop bij de beoordeling ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie stelt voorop dat zij het vervelend vindt voor de consument dat haar hond ziek is geworden en dat zij door de kosten daarvan in de financiële problemen terecht is gekomen. De commissie kan zich voorstellen dat dit de consument veel stress oplevert. In deze uitspraak moet de commissie echter een juridische vraag beantwoorden, namelijk: op welke wijze moet een ingediende factuur worden toegekend aan een verzekeringsjaar?

Daarnaast moet de commissie een oordeel geven over de klachten van de consument over de communicatie van de verzekeraar en zijn weigering om de verzekering van de consument uit te breiden.

De facturen hoeven niet vergoed te worden op de wijze zoals de consument voorstelt

- 3.2 De consument en de verzekeraar verschillen van mening over de wijze waarop een factuur wordt toegekend aan een verzekeringsjaar. Dit wordt ook wel allocatie genoemd. De consument vindt dat daarvoor de datum van het indienen van de factuur leidend moet zijn. Zij stelt dat het mogelijk moet zijn om een factuur die is gedateerd in het ene verzekeringsjaar in te dienen in het daaropvolgende verzekeringsjaar wanneer de maximale vergoeding in het eerste verzekeringsjaar bereikt is. De verzekeraar betwist dit en stelt dat de factuurdatum bepalend is voor de vraag onder welke maximale vergoeding een factuur vergoed moet worden.
- 3.3 De commissie toetst de vordering van de consument in beginsel aan de voorwaarden. In de voorwaarden staan namelijk de afspraken die de consument en de verzekeraar hebben gemaakt over de verzekering. Maar in de voorwaarden is niets geregeld over de allocatie van facturen. De verzekeraar heeft dit ook erkend tijdens de klachtenprocedure bij Kifid.
- 3.4 De wet biedt met artikel 6:248 lid 1 BW de mogelijkheid om deze leemte in de overeenkomst aan te vullen op grond van de aanvullende werking van de redelijkheid en de billijkheid. De commissie is van oordeel dat de uitleg van de verzekeraar dat allocatie plaatsvindt op grond van de factuurdatum, een redelijke uitleg is. De verzekeraar heeft daartoe aangevoerd dat dit een bestendig gebruik is binnen de verzekeringsbranche. In het licht van dit gebruik bieden de voorwaarden ook te weinig grond om de uitleg van de consument te volgen. Het volgen van deze uitleg zou ook tot het ongewenste gevolg kunnen leiden dat een verzekerde met facturen kan schuiven om zo de maximale vergoeding per verzekeringsjaar op te rekken en naar zijn hand te zetten. Het bepalen van een maximale uitkering per verzekeringsjaar zou dan iedere betekenis verliezen.
- 3.5 De commissie zal de voorwaarden daarom niet aanvullen op de manier zoals door de consument is voorgesteld. Wel geeft de commissie de verzekeraar in overweging om in de voorwaarden duidelijkheid te verschaffen over de allocatie van de facturen aan een verzekeringsjaar.

De klacht over de communicatie van de verzekeraar is ongegrond

- 3.6 De consument stelt dat de verzekeraar haar onjuist heeft geïnformeerd over de allocatie van de facturen. Hierdoor is zij niet in staat gesteld om weloverwogen keuzes te maken ten aanzien van het ziekteproces van haar hond. Daarnaast stelt zij dat medewerkers van de verzekeraar haar onvriendelijk en onbeschoft te woord hebben gestaan.
- 3.7 De verzekeraar betwist de stellingen van de consument gemotiveerd aan de hand van gespreksverslagen van de gevoerde telefoongesprekken.

Tegen de achtergrond van die betwisting acht de commissie niet bewezen dat de consument, zoals zij stelt, onjuist is geïnformeerd. Ook acht de commissie niet bewezen dat medewerkers van de verzekeraar haar onvriendelijk en onbeschoft hebben behandeld.

- 3.8 De commissie realiseert zich dat het voor de consument lastig is om voor deze stellingen bewijs aan te leveren omdat alle communicatie telefonisch heeft plaatsgevonden. De commissie zegt dus ook nadrukkelijk niet dat de wijze waarop de consument de gesprekken met de verzekeraar heeft ervaren, niet juist kan zijn. De commissie was echter niet aanwezig bij deze gesprekken en moet dus afgaan op de aangeleverde bewijzen. Op grond daarvan heeft de commissie niet kunnen vaststellen dat de consument onjuist geïnformeerd is of dat de medewerkers van de verzekeraar onbeschoft of onvriendelijk tegen haar zijn geweest. Dit klachtonderdeel wordt afgewezen.

De klacht over de weigering van de verzekeraar om de verzekering uit te breiden, is niet behandelbaar

- 3.9 Als laatste klaagt de consument erover dat de verzekeraar weigert haar verzekering uit te breiden naar een verzekering met een 90%-dekking. De commissie begrijpt dat het hierbij gaat om een verzekeringsdekking waarbij de verzekeraar van iedere ingediende factuur 90% van het factuurbedrag vergoed. De consument vindt het oneerlijk dat de verzekeraar haar deze dekking niet wil aanbieden, terwijl de voorwaarden de mogelijkheid bieden de verzekering ieder jaar te wijzigen.
- 3.10 De commissie stelt vast dat dit klachtonderdeel niet behandelbaar is. Op grond van vraag 2 lid 3 van het 'Reglement voor de behandeling van klachten door de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van de Stichting Klachteninstituut financiële dienstverlening (Kifid) – vanaf 1 april 2024' (hierna: het Reglement) behandelt Kifid geen klachten over de weigering van een verzekeraar om een verzekering af te sluiten of uit te breiden. Dit is alleen anders wanneer de klacht van de consument is dat de verzekeraar hierbij misbruik maakt van zijn contracts- en beleidsvrijheid of dat hij handelt in strijd met de wet. De volledige tekst van deze bepaling uit het Reglement is te vinden in de bijlage bij deze uitspraak.
- 3.11 Volgens de verzekeraar komt de consument op grond van de acceptatievoorwaarden niet in aanmerking voor uitbreiding van de verzekering. Haar hond heeft daarvoor te veel bestaande klachten en/of aandoeningen. De verzekeraar heeft de vrijheid om te bepalen onder welke voorwaarden hij een verzekering uitbreidt en of hij een dergelijke uitbreiding wil aanbieden aan de consument. Het is niet gebleken dat hij misbruik heeft gemaakt van deze vrijheid of gehandeld heeft in strijd met de wet. De consument heeft ook niets aangevoerd waaruit dit blijkt. Dit klachtonderdeel is daarom niet behandelbaar.

4. De beslissing

De commissie verklaart het klachtonderdeel over het uitbreiden van de verzekering niet-behandelbaar. Voor het overige wijst de commissie de vorderingen af.

Deze uitspraak is gedeeltelijk een beslissing over behandelbaarheid en gedeeltelijk een bindend advies. Tegen de beslissing over de behandelbaarheid kunt u geen beroep instellen. Of u tegen het bindend advies 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 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

In deze bijlage zijn de relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden opgenomen waarnaar in de uitspraak wordt verwezen.

Polisvoorwaarden Figo Huisdierenverzekering Versie 2022-01

Artikel 4 Wanneer kun je de verzekering wijzigen?

4.1 Op de momenten dat je verzekering verlengd wordt.

Je kunt er dan voor kiezen om je verzekering uit te breiden of juist te beperken. Een wijziging in je pakket zal eerst door ons in behandeling worden genomen, voordat wij hier toestemming voor kunnen geven. Het kan zijn dat wij hiervoor extra informatie van je nodig hebben.

Verzoeken tot wijziging of opzeggen van de verzekeringsovereenkomst kunnen telefonisch doorgegeven worden en via het contactformulier op de website.

Artikel 8 Een declaratie indienen

8.1 (...)

8.2 Binnen welke termijn moet je de nota's indienen?

Je kunt je nota's uiterlijk 12 maanden na factuurdatum indienen. Een declaratie ouder dan 12 maanden hoeft door ons niet meer vergoed te worden.

(...)

Artikel 16 Bijzondere voorwaarden

16.1 (...)

16.2 (...)

16.3 Hoeveel vergoeden wij maximaal per verzekeringsjaar?

	<i>Basis</i>	<i>Plus</i>	<i>Totaal</i>	<i>Ongevallen*</i>
<i>Totale vergoeding, inclusief aanvullende dekkingen en inclusief BTW.</i>	€ 3.000	€ 4.000	€ 5.000	€ 2.000

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

In deze bijlage zijn de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek opgenomen waarnaar in de uitspraak wordt verwezen.

Burgerlijk Wetboek (BW) – Boek 6

Artikel 6:248 BW

1. *Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.*
2. (...)

Bijlage - Relevante bepalingen uit het Reglement van Kifid

In deze bijlage zijn de relevante bepalingen uit het Reglement van Kifid opgenomen waarnaar in de uitspraak wordt verwezen.

Reglement voor de behandeling van klachten door de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van de Stichting Klachteninstituut financiële dienstverlening (Kifid) – vanaf 1 april 2024

2. Waarover kunt u als consument géén klacht indienen bij Kifid?

Kifid behandelt geen klachten over:

1. (...)
2. (...)
3. *de weigering van een financiële dienstverlener om met u een overeenkomst te sluiten. Of een klacht over zijn weigering de dienstverlening aan u uit te breiden. Hierbij geldt één uitzondering: als uw klacht is dat de financiële dienstverlener misbruik heeft gemaakt van zijn contracts- en beleidsvrijheid of heeft gehandeld in strijd met de wet. Met die klacht kunt u wél bij ons terecht.*