

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0204

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	14 maart 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Schimmel Assurantiën B.V., gevestigd te Amerongen, verder te noemen de tussenpersoon
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zorgplicht tussenpersoon. De consument heeft in 2008 door tussenkomst van de tussenpersoon een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten, ter vervanging van een arbeidsongeschiktheidsverzekering die sinds 2003 bij een andere verzekeraar liep. Op enig moment in 2021 heeft de (nieuwe) verzekeraar ontdekt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Dit heeft ertoe geleid dat de verzekering is beëindigd en de verstrekte uitkeringen zijn teruggevorderd. De commissie oordeelt dat niet is komen vast te staan dat de tussenpersoon bij het afsluiten van de nieuwe verzekering zijn zorgplicht jegens de consument heeft geschonden. De consument heeft dit niet bewezen. De vordering van de consument wordt daarom 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) de aanvullende stukken van de consument;
 - 3) het verweerschrift van de tussenpersoon;
 - 4) de aanvulling daarop van 18 april 2024;
 - 5) de repliek van de consument;
 - 6) de dupliek van de tussenpersoon;
 - 7) de aanvullingen daarop van 19 juni, 15, 22 en 27 augustus 2024;
 - 8) de reactie daarop van de consument en
 - 9) de brief van de tussenpersoon van 7 oktober 2024.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 december 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn echtgenote [naam 1]. De tussenpersoon werd vertegenwoordigd door [naam 2], directeur en eigenaar.

- 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, van beroep metaalbewerker, had vanaf 22 oktober 2003 door tussenkomst van de tussenpersoon een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Delta Lloyd N.V. Voor deze verzekering gold een premie van € 467,97 per maand met een verzekerd bedrag voor het eerstejaarsrisico van € 36.000,- en het na-eerstejaarsrisico van € 24.668,- per jaar.
- 2.2 In de plaats van deze verzekering heeft de consument, eveneens door tussenkomst van de tussenpersoon een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij AEGON Schadeverzekering N.V. (hierna: de verzekeraar) afgesloten. Hiertoe heeft de consument op 27 mei 2008 een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. De verzekeraar heeft de aanvraag van de consument bij brief van 10 juni 2008 geaccepteerd. De ingangsdatum van de verzekering is 22 oktober 2008. De premie was in het eerste jaar € 341,46 per maand, in het tweede jaar € 390,24, in het derde jaar € 439,02 en vanaf het vierde jaar € 487,81 waarbij zowel voor het eerstejaarsrisico als nadien een verzekerd bedrag van € 36.000,- per jaar gold.
- 2.3 In de jaren 2014 tot en met 2019 heeft de consument zich verschillende keren arbeidsongeschikt gemeld, waarna de verzekeraar uitkeringen heeft verstrekt.
- 2.4 Op 25 juni 2021 heeft de consument zich opnieuw arbeidsongeschikt gemeld in verband met klachten/ slijtage van de heupen, schouders en nek. Tijdens de behandeling van deze claim kwam naar voren dat de consument mogelijk gezondheidsgegevens had verzwegen bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2008 terwijl de verzekeraar hier wel naar had gevraagd. De verzekeraar heeft daarom een verzwijgingsonderzoek gestart. Uit dit onderzoek heeft de verzekeraar geconcludeerd dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering met de consument had gesloten. De verzekeraar heeft daarom de arbeidsongeschiktheidsverzekering per 27 september 2022 beëindigd en een bedrag van € 50.117,88 van de consument teruggevorderd in verband met de verstrekte uitkeringen die onverschuldigd waren betaald en de gemaakte kosten.
- 2.5 De consument heeft bij de verzekeraar bezwaar ingediend tegen zijn standpunt en de tussenpersoon erop aangesproken dat hij (mede)verantwoordelijk is voor de schade. Omdat dit niet tot een oplossing heeft geleid, heeft de consument zich tot Kifid gewend.

De klacht en vordering

- 2.6 De consument vindt dat de tussenpersoon (een deel van de) € 50.117,88 die de verzekeraar van hem terugvordert, moet betalen.

De tussenpersoon was volgens de AFM namelijk niet bevoegd om een ingewikkeld product zoals een arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. De verzekeraar heeft nagelaten om dit te controleren en daarom moet ook hij (een deel van) de schade betalen. De consument heeft zelf geen verstand van wat bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering moet worden gemeld en heeft op de professionaliteit van de tussenpersoon vertrouwd. Die heeft tegen hem gezegd dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Delta Lloyd N.V. een-op-een zou worden overgenomen. Bij de aanvraag van de verzekering bij Delta Lloyd N.V. had hij zijn nek- en schouderklachten wel gemeld. De tussenpersoon had deze klachten daarom moeten overnemen op de gezondheidsverklaring van de nieuwe verzekeraar. De tussenpersoon was alleen geïnteresseerd in klachten waardoor de consument arbeidsongeschikt was geweest en daarvan was geen sprake. Ook heeft de tussenpersoon nagelaten om de consument te informeren over de meldplicht in de acceptatieperiode van de verzekeraar. De enige reden voor de tussenpersoon om de arbeidsongeschiktheidsverzekering over te sluiten was om de provisie op te strijken.

- 2.7 De consument klaagt ook over de wijze waarop de tussenpersoon de klacht heeft willen oplossen voordat er een klacht bij Kifid werd ingediend. Nadat de consument de tussenpersoon had geconfronteerd met zijn bevinding dat de tussenpersoon ten tijde van het sluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet bevoegd was, omdat hij niet over de juiste vergunning en kennis beschikte, heeft de tussenpersoon aangeboden om € 25.000,- te betalen. De consument moest dan wel een verklaring tekenen dat de tussenpersoon alle stukken bij de verzekeraar mocht opvragen. De consument heeft deze verklaring onder protest getekend en toen heeft hij van de verzekeraar begrepen dat het heel ongebruikelijk is dat de tussenpersoon alle stukken bij de verzekeraar mag opvragen. Omdat hij het niet vertrouwde heeft de consument zijn goedkeuring ingetrokken en hierdoor wilde de tussenpersoon niets meer met hem te maken hebben. Ook vindt hij het niet eerlijk dat de tussenpersoon bij zijn voorstel om de helft te betalen de consument in overweging gaf om de andere helft met een spaarregeling te betalen die hij sinds 15 jaar had opgebouwd. De spaarregeling was ervoor bedoeld dat zijn vrouw, die vier jaar jonger is, tegelijk met de consument met pensioen kon.

Het verweer

- 2.8 De tussenpersoon vindt dat hem niets kan worden verweten en voert ter onderbouwing hiervan het volgende aan.
- 2.9 De tussenpersoon heeft bemiddeld bij het sluiten van een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering (bij de verzekeraar), omdat de consument in het voorjaar van 2008 had aangegeven de premie bij Delta Lloyd N.V. te duur te vinden. De tussenpersoon heeft vervolgens berekeningen gemaakt en kwam bij de verzekeraar uit vanwege de betere premie met een hogere dekking. Dit laatste was gezien de verbeterde inkomenspositie van de consument gerechtvaardigd. De tussenpersoon was niet op zoek gegaan naar een andere verzekering als de consument hem niet had benaderd.

- 2.10 De door de verzekeraar uitgebrachte offerte is door de tussenpersoon met de consument doorgenomen. Ook de gezondheidsverklaring hebben zij samen doorgenomen en de vragen werden aan de consument voorgelezen. In verband met zijn schrijf- en leesvaardigheden stelde de consument dit op prijs. Daarna werd deze verklaring aan de consument overhandigd, om deze goed door te nemen en werd gewezen op het risico van verzwijging van een ziekte die kon ontstaan tijdens het acceptatieproces. De consument heeft hierna voor akkoord getekend.
- 2.11 Bij het afsluiten van de verzekering bij Delta Lloyd N.V. in 2003 is melding gemaakt van röntgenfoto's. Delta Lloyd N.V. heeft destijds geen clause op de polis geplaatst, omdat de consument op die gezondheidsverklaring slechts had ingevuld dat er röntgenfoto's waren gemaakt in verband met verrekte spieren. Op een röntgenfoto zijn spieren echter niet zichtbaar. Uit het onderzoek van de verzekeraar is naar voren gekomen dat de consument in de periode tussen het invullen van de gezondheidsverklaring en de begindatum van de nieuwe verzekeraar de huisarts heeft bezocht vanwege etalagebenen. Deze klacht is noch aan de tussenpersoon noch aan de verzekeraar bekend gemaakt. Hiermee heeft de consument de tussenpersoon de gelegenheid ontnomen hem adequaat te adviseren over de overgang naar de nieuwe verzekeraar.
- 2.12 De tussenpersoon betwist dat tegen de consument zou zijn gezegd dat de verzekering een-op-een zou worden overgenomen door de nieuwe verzekeraar. Dat zou onzin zijn. Een arbeidsongeschiktheidsverzekering kan nooit een-op-een worden overgenomen. De verzekeringsvoorwaarden zullen immers afwijken. Als de gezondheidsverklaring bovendien afwijkt kan dit gevolgen hebben voor de acceptatie en/of de premie.
- 2.13 De tussenpersoon heeft geen aantekeningen in zijn dossier over de bemiddeling van de arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de nieuwe verzekeraar. In de zomer van 2008 zijn alle bestanden overgegaan naar een nieuw systeem. Hierbij zijn bestanden verloren gegaan. De consument wist dat hij de gezondheidsverklaring volledig en naar waarheid moest invullen en dat hij nieuwe klachten bij de verzekeraar moest melden. Dat staat in de gezondheidsverklaring die de consument heeft ondertekend.
- 2.14 Dat de tussenpersoon niet over de vereiste vergunning zou beschikken is onjuist. De tussenpersoon heeft altijd beschikt over alle door de AFM vereiste vergunningen voor het bemiddelen bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De betreffende werknemer van de tussenpersoon die de consument bij de overstap heeft bijgestaan was ook voldoende kundig. Hij doorliep zeer uitgebreide interne assurantie cursussen en heeft een deexamen Assurantie B behaald. Daarna hield hij zijn kennis op pijl. De betreffende werknemer zal nooit en te nimmer een gezondheidsverklaring souffleren op welke wijze dan ook. Als tussenpersoon was hij bekend met het risico van schending van de precontractuele mededelingsplicht.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 Om te beoordelen of de tussenpersoon schadeplichtig is tegenover de consument, moet worden beoordeeld of de tussenpersoon zijn zorgplicht tegenover de consument heeft geschonden. De commissie zal dit beoordelen door eerst het juridisch kader te benoemen.

Juridisch kader

- 3.2 Bij de beoordeling moet vooropgesteld worden dat een assurantietussenpersoon op grond van artikel 7:401 Burgerlijk Wetboek tegenover zijn opdrachtgever verplicht is om bij zijn werkzaamheden de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgeenoot verwacht mag worden. Als uitgangspunt geldt dat van de assurantietussenpersoon 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. Deze algemene zorgplicht is ingevuld in de jurisprudentie. In dat kader is onder meer bepaald dat de assurantietussenpersoon 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. 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. Een assurantietussenpersoon mag dus 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 behoorde verzekeringen mogelijk aanpassingen behoeven.

Niet vast is komen te staan dat de tussenpersoon zijn zorgplicht tegenover de consument heeft geschonden

- 3.3 De consument heeft gesteld dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering op initiatief van de tussenpersoon is 'overgesloten'. De tussenpersoon voert op zijn beurt aan dat de nieuwe verzekering op verzoek van de consument is gesloten, omdat hij de premie bij Delta Lloyd N.V. te duur vond.
- 3.4 De commissie overweegt dat in het dossier (gespreks)notities ontbreken waaruit de aanleiding tot het sluiten van de nieuwe verzekering blijkt. De stelling van de consument dat de verzekering op initiatief van de tussenpersoon is overgesloten, vindt geen steun in het dossier. De stelling van de tussenpersoon dat de consument een goedkopere verzekering wilde is daarentegen wel aannemelijk.

Uit de stukken in het dossier blijkt dat de consument voor de nieuwe verzekering over de gehele looptijd minder, hoewel minimaal, premie heeft betaald in vergelijking tot de premie die hij bij Delta Lloyd N.V. had moeten betalen. Bovendien kreeg de consument bij de verzekeraar een betere dekking voor het na-eerstejaarsrisico. Zie hierover 2.1 en 2.2 hiervoor. De commissie gaat er daarom vanuit dat de nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering desbewust en met goedvinden van de consument is gesloten.

3.5 De commissie heeft evenmin gronden om aan te nemen dat de tussenpersoon om andere redenen tekort is geschoten in zijn zorgplicht tegenover de consument, bijvoorbeeld omdat hij de consument niet voldoende heeft voorgelicht over zijn verplichtingen of niet voldoende heeft gewaarschuwd voor de gevolgen van het onjuist of onvolledig invullen van de gezondheidsverklaring. De commissie heeft hiervoor namelijk geen bewijs aangetroffen, terwijl er wel aanwijzingen zijn voor het tegendeel. In het dossier zit namelijk de gezondheidsverklaring die de consument op 27 mei 2008 heeft ondertekend.

3.6 Die gezondheidsverklaring begint met een toelichting dat de verklaring tot doel heeft dat de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar kan adviseren of en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Uitgelegd wordt dat het belangrijk is om alle vragen juist en volledig te beantwoorden. Vervolgens wordt op het risico van verzwijging (ook wel schending precontractuele mededelingsplicht) gewezen. De toelichting op de gezondheidsverklaring eindigt met een uitleg over wat de aanvrager moet doen als zijn of haar gezondheidstoestand verandert. Als de gezondheidstoestand van de aanvrager verandert vóórdat de verzekering tot stand komt – dit blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging – dan moet de aanvrager dit direct aan de verzekeraar doorgeven. De gezondheidsverklaring eindigt met het volgende:

“Ondertekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op de bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraag-formulier aangevraagde verzekering(en).”

3.7 Omdat de consument de gezondheidsverklaring heeft ondertekend moet er in beginsel van worden uitgegaan van dat hij met de inhoud hiervan bekend was en hiermee instemde. Als de consument dan toch meent dat dit niet juist is, zal hij daarvoor het bewijs moeten leveren. Dat heeft hij niet gedaan. Het enkele betoog dat de consument dyslexie heeft is daarvoor niet voldoende.

- 3.8 De commissie is van oordeel dat met het ondertekenen van de gezondheidsverklaring voldoende is komen vast te staan dat de consument is geïnformeerd over de acceptatie-procedure van de verzekeraar, dat hij al zijn klachten moest melden voordat de verzekeraar zijn aanvraag definitief had geaccepteerd en wat de gevolgen waren van het niet melden van klachten.
- 3.9 De commissie volgt de consument ook niet in zijn stelling dat de tussenpersoon de gegevens op de gezondheidsverklaring had moeten vergelijken met de gegevens op de gezondheidsverklaring die de consument in 2003 voor de verzekering bij Delta Lloyd N.V. had ingevuld. Het was in eerste instantie aan de consument om de nieuwe gezondheidsverklaring naar waarheid in te vullen en antwoord te geven op de daarin gestelde vragen. De omstandigheid dat in de gezondheidsverklaring die in 2003 was ingevuld was gemeld dat een röntgenfoto van de nek van de consument was gemaakt, was voor de tussenpersoon – als hij dat al wist – onvoldoende aanleiding om te denken dat de consument de verklaring in 2008 mogelijk niet juist had ingevuld. Dit hoefde voor de tussenpersoon dus ook geen aanleiding te zijn om de consument daar nog eens op te wijzen.

Ten aanzien van de bevoegdheid van de tussenpersoon

- 3.10 De stelling van de consument dat de tussenpersoon zijn schade moet vergoeden (en dus zijn zorgplicht tegenover hem heeft geschonden), omdat hij niet bevoegd zou zijn, slaagt niet. Ter onderbouwing van zijn stelling verwijst de consument naar het register van de AFM waarin is opgenomen dat de tussenpersoon bevoegd is te bemiddelen bij inkomensverzekeringen met als begindatum 1 januari 2014 en een e-mail van de AFM waarin staat dat voor financieel adviseurs (zoals de tussenpersoon) vanaf 2007 een AFM-vergunningplicht geldt. De begindatum in het register gaat over de invoering per 1 januari 2014 van het nieuwe Vakbekwaamheidstelsel. Vóór die tijd bestond een ander type vergunning voor de tussenpersoon. Dat de tussenpersoon bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2008 niet over de juiste kennis of vergunning beschikte blijkt dus helemaal niet uit het AFM-register en het e-mailbericht en dit is door de tussenpersoon bij de mondelinge behandeling ook uitdrukkelijk betwist.

Handelswijze tussenpersoon vóór de procedure bij Kifid

- 3.11 De bezwaren van de consument over de wijze waarop de tussenpersoon de klacht vóór de procedure bij Kifid heeft geprobeerd op te lossen, kunnen ook niet tot het oordeel leiden dat de tussenpersoon zijn zorgplicht tegenover de consument heeft geschonden of schadeplichtig is en blijven daarom onbesproken.

Conclusie

- 3.12 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de klacht van de consument ongegrond moet worden bevonden. Zijn vordering wordt daarom 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 april 2024, 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 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl