

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0263
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. A.M.T. Wigger, leden en
mr. L. Bartels, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 15 juli 2020
Ingediend door : De consument
Tegen : Achmea Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Apeldoorn, h.o.d.n. Hema Verzekeringen,
gevestigd te Leusden, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 19 maart 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen
Bijlage(n) : Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Motorverzekering. Diefstal van de motor. De verzekeraar heeft uitkering geweigerd en de verzekeringsovereenkomst beëindigd, omdat de consument volgens hem zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De consument vordert uitkering onder de verzekering en verwijdering van zijn persoonsgegevens uit het Intern Verwijzings Register. De commissie is van oordeel dat de consument de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door de vraag of hem in het verleden een verzekering is geweigerd of opgezegd als gevolg van wanbetaling onjuist te beantwoorden. De consument had bij de aanvraag moeten melden dat sprake was van een beëindiging van een verzekering vanwege wanbetaling, omdat de verzekeraar hiernaar heeft gevraagd. De verzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar terecht de verzekering heeft beëindigd en dekking heeft geweigerd. De commissie ziet geen aanknopingspunten die maken dat de interne registratie moet worden doorgehaald. De vordering wordt afgewezen.

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) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is om 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 online een motorverzekering (hierna: de verzekering) bij de verzekeraar. De verzekering biedt dekking voor WA en beperkt casco. Ook voorziet de verzekering in een schadeverzekering opzittenden. De verzekeraar heeft bij het digitale aanvraagproces een aantal vragen aan de consument gesteld, waarna hij de verzekering heeft geaccepteerd.
- 2.2 Op 24 februari 2020 heeft de consument een beroep op de verzekering gedaan nadat zijn motor was gestolen. Van die diefstal heeft de consument op 25 februari 2020 aangifte gedaan bij de politie. De verzekeraar heeft de claim afgewezen, omdat de consument bij het aangaan van de verzekering zou hebben verklaard dat hem in het verleden geen verzekering is geweigerd en hem geen verzekering is opgezegd als gevolg van wanbetaling, terwijl dat wel het geval zou zijn geweest. Ook zou de consument een onjuiste geboortedatum hebben ingevuld.
- 2.3 De verzekeraar heeft vergoeding van de claim geweigerd en de verzekering beëindigd en de persoonsgegevens van de consument in het Intern Verwijzingsregister (hierna: IVR) opgenomen. De consument kan zich niet vinden in de door de verzekeraar getroffen maatregelen en heeft daarom een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.4 De consument vordert dat de verzekeraar dekking verleent voor de schade en de wettelijke rente vergoedt. Ook vordert de consument dat de verzekeraar de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het IVR verwijdert.
- 2.5 Ter onderbouwing hiervan voert de consument aan dat op polissen van de verzekeraar Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Centraal Beheer de risicodragers is en dat Achmea na de genoemde achterstand van de premie dit gegeven heeft opgenomen in haar IVR. De genoemde premies zijn alle door de consument voldaan. Het IVR is er voor om bij de aanvraag van een verzekering te kunnen signaleren of de aanvrager al eens een registratie heeft gekregen bij de betreffende verzekeraar en waarom. Dat betekent dat bij de aanvraag de verzekeraar toetst aan het IVR en als de klant daarin staat, dan kan de verzekeraar weigeren te accepteren of voorwaarden stellen.
- 2.6 In dit geval heeft de verzekeraar de gevraagde motorfietsverzekering wel gewoon geaccepteerd. Kennelijk is na toetsing aan het IVR de consument geaccepteerd. Eerst na het ontstaan van de schade stelt de verzekeraar pas te controleren in het IVR. Dat is niet geloofwaardig.

Indien de commissie tot het standpunt komt dat het voorgaande wel geloofwaardig is, dan luidt het subsidiaire standpunt dat de controle in het IVR eerder had gekund en ontmoeten. Het gaat niet aan om daar eerst op het moment dat er sprake is van schade mee aan te komen.

- 2.7 Als de premieachterstand werkelijk van belang zou zijn, zoals de verzekeraar nu stelt, zou de consument niet geaccepteerd moeten zijn bij het afsluiten van de verzekering.
- 2.8 Dit leidt tot de conclusie dat, hoewel de verzekeraar bij acceptatie zag of had kunnen en moeten zien dat de aanvrager eerder niet tijdig de premie betaald had voor een andere verzekering, hij de aanvraag toch heeft geaccepteerd. Kennelijk was de premieachterstand van destijds niet zo belangrijk dat men de aanvraag afwees. Mogelijk omdat de premies korte tijd daarna wel zijn voldaan. Een redelijk handelend verzekeraar kan niet pas bij schade met de gegevens uit haar eigen IVR-registratie op de proppen komen.
- 2.9 Ook voert de consument nog het volgende aan inzake de stellingen van de verzekeraar. De motorfiets was eigendom van de consument. De vermelding van zijn eenmanszaak op het aankoopbewijs brengt daarin geen verandering. De motorfiets werd uitsluitend gebruikt door de consument. De consument kan de aankoopnota van de motorhelm niet meer vinden. Tegen de afwijzing van deze vordering wordt daarom geen verweer gevoerd. Ook voert de consument geen verweer tegen een redelijke waardedaling van de motorfiets door tijdsverloop. De kennelijke verschrijving aangaande het geboortejaar van de consument kan de beoordeling van de acceptatie van de motorfietsverzekering niet beïnvloed hebben.

Het verweer

- 2.10 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 vraag is of de consument de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en in het verlengde daarvan of de verzekeraar de door hem ingeroepen gevolgen mocht inroepen. De commissie zal eerst het juridisch kader schetsen en vervolgens deze vraag beantwoorden. De tekst van de wettelijke bepalingen waarnaar wordt verwezen, is als bijlage bij deze uitspraak gevoegd.

Precontractuele mededelingsplicht

- 3.2 Ingevolge artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) is de verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, onder welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten hiervan afhangt of kan afhangen. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de verzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Zie hiervoor ook Hoge Raad 15 mei 1998, NJ 1998/623. In artikel 7:928 lid 4 BW staat dat de verzekeringnemer zich er niet op kan beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen wanneer op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven.
- 3.3 Als de verzekeringnemer de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden, kan dat ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij de verzekering niet zou hebben gesloten als hij op de hoogte was geweest van de ware stand van zaken. De verzekeraar kan – wanneer dit beroep slaagt – uitkering weigeren (artikel 7:930 lid 4 BW) en de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).
- 3.4 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering een hogere premie zou hebben gevraagd, een lagere verzekerde som zou hebben bedongen, andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen of de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dat ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841 (te vinden op www.rechtspraak.nl), vanaf overweging 3.4.1. Uit dit arrest volgt dat bij het beantwoorden van de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan, groot gewicht kan toekomen aan het acceptatiebeleid van andere verzekeraars. Voor het oordeel dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering in een bepaald geval niet zou zijn aangegaan is niet steeds noodzakelijk dat het acceptatiebeleid van andere verzekeraars wordt onderzocht. Het zal van het verweer van de verzekeringnemer afhangen of het acceptatiebeleid van andere verzekeraars in de beoordeling moet worden betrokken. De commissie verwijst in dat kader naar Hoge Raad 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, overweging 3.4.8.

- 3.5 De verzekeraar heeft bij het digitale aanvraagproces aan de consument gevraagd of hem in het verleden een verzekering is geweigerd of opgezegd als gevolg van wanbetaling. Deze vraag heeft de consument met “nee” beantwoord. Door de verzekeraar is na de schade-melding het IVR gecontroleerd. Daaruit is gebleken dat de consument drie maanden voordat hij de verzekering voor de motor afsloot bij de verzekeraar in het Intern Verwijzingsregister (IVR) van een andere verzekeraar is opgenomen op grond van wanbetaling. Door de consument is bij de aanvraag van de verzekering de vraag dus onjuist beantwoord. Dit is ook niet door de consument betwist.
- 3.6 De consument heeft ook niet betwist dat hem een eerdere verzekering is opgezegd of geweigerd wegens wanbetaling. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de consument hiervan bij de aanvraag van de verzekering op de hoogte was. Overigens is het ook aannemelijk dat de consument dit wist, gezien het feit dat hij de verzekering slechts drie maanden nadat de eerdere verzekering was opgezegd heeft aangevraagd bij de verzekeraar.
- 3.7 De commissie is van oordeel dat het verweer van de consument dat de verzekeraar na ontvangst van de verzekeringsaanvraag had kunnen controleren of de consument een verzekering is geweigerd of opgezegd als gevolg van wanbetaling door het IVR te raadplegen niet opgaat omdat de verzekeraar hier een specifieke vraag naar heeft gesteld. Als een verzekeraar namelijk naar een bepaald feit heeft gevraagd, heeft hij daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. De commissie verwijst in dit kader naar rechtsoverweging 3.3 van HR 15 mei 1998, NJ 1998/623. De consument kan zich er niet op beroepen dat de verzekeraar de betreffende verzwegen feiten reeds kende of behoorde te kennen als hij een daarop gerichte vraag onjuist heeft beantwoord. Dit volgt uit artikel 7:928 lid 4 BW. Voor de verzekeraar bestond geen verplichting om de door de consument opgegeven informatie te controleren aan de hand van bijvoorbeeld het IVR.
- 3.8 Ook heeft de verzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet had geaccepteerd en dat dit beleid in lijn is met het beleid van een redelijk handelend verzekeraar. De verzekeraar heeft gedurende de Kifid-procedure een tweetal e-mailberichten overgelegd van andere verzekeraars die onder de gegevens omstandigheden eenzelfde acceptatiebeslissing hadden genomen. De consument heeft ook niet betwist dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht. Daarbij komt dat het verweer van de consument naar het oordeel van de commissie geen aanleiding geeft om het acceptatiebeleid van andere verzekeraars meer in de beoordeling te betrekken dan zij nu heeft gedaan aan de hand van de door de verzekeraar overgelegde e-mailberichten.

Dit leidt tot de conclusie dat de consument de op hem rustende mededelingsplicht heeft geschonden door de vraag of hem een verzekering was opgezegd of geweigerd als gevolg van wanbetaling onjuist te beantwoorden, omdat een verzekeraar een verzekering wel had beëindigd vanwege wanbetaling.

De getroffen maatregelen

- 3.9 De commissie zal nu de vraag beantwoorden of de verzekeraar de door hem getroffen maatregelen mocht nemen. De verzekeraar heeft vergoeding van de claim geweigerd en de verzekering beëindigd en stelt zich daarbij op het standpunt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeraar doet daarmee een beroep op artikel 7:930 lid 4 BW. Omdat de consument geen herstel van de verzekering heeft gevorderd, zal de commissie niet toetsen of de verzekeraar de verzekering mocht beëindigen.
- 3.10 Wat betreft de gevorderde uitkering onder de verzekering overweegt de commissie als volgt. Uit artikel 7:930 lid 4 BW volgt dat een verzekeraar niet uit hoeft te keren wanneer de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. In randnummer 3.8 heeft de commissie overwogen dat de verzekeraar voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet had geaccepteerd en dat dit beleid in lijn is met het beleid van een redelijk handelend verzekeraar. Nu de verzekeraar dit voldoende aannemelijk heeft gemaakt en een en ander ook niet is betwist door de consument mocht de verzekeraar naar het oordeel van de commissie dekking weigeren.

De IVR-registratie

- 3.11 Uit de stukken blijkt dat door de verzekeraar een IVR-registratie is geplaatst. De consument heeft verwijdering van deze IVR-registratie gevorderd. De commissie ziet echter geen aanknopingspunten die maken dat de interne registratie moet worden doorgehaald. De commissie wijst ook deze vordering van de consument daarom af. Uit de stukken maakt de commissie op dat ook de andere verzekeraar een IVR-registratie heeft geplaatst naar aanleiding van het royement van de eerdere verzekering. Als de consument wilt dat die registratie wordt verwijderd, zal hij daarover bij de andere verzekeraar moeten klagen.

Conclusie

- 3.12 De conclusie is dat de verzekeraar terecht de verzekering heeft beëindigd en dekking heeft geweigerd, omdat de consument de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten. De commissie wijst de vorderingen van de consument daarom af.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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(n) - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Artikel 7:928 van het Burgerlijk Wetboek

- “1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.*
- 2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.*
- 3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.*
- 4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de [artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen](#) in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.*
- 5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.*
- 6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.”*

Artikel 7:929 van het Burgerlijk Wetboek

- “1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in [artikel 928](#) omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.*
- 2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.*

3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.”

Artikel 7:930 van het Burgerlijk Wetboek

“1. Indien aan de in [artikel 928](#) omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.

2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.

3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.

4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in [artikel 928 lid 2 of lid 3](#), die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.”