

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0518
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, mr. A. Westerveld,
leden en mr. R.A. Blom, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 januari 2021
Ingediend door : De consument
Tegen : Veldsink Advies Holding B.V., gevestigd te Nuenen, verder te noemen de tussenpersoon
Datum uitspraak : 9 juni 2021
Aard uitspraak : Niet-bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen

Samenvatting

De consument heeft in 2016 een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten bij Aegon via de tussenpersoon. Een paar jaar na de ingangsdatum van de verzekering heeft de verzekeraar een inkomenstoets gedaan en het verzekerd bedrag naar beneden bijgesteld. De consument stelt dat de tussenpersoon zijn zorgplicht heeft geschonden door hem een ondeugdelijk product te adviseren en hem jaren te laten betalen voor een verzekering die geen dekking biedt. De consument vordert de betaalde premie en kosten voor het abonnement terug. De commissie oordeelt dat de verzekering is gesloten via *execution only* en dat de consument voldoende op de hoogte is gesteld dat de tussenpersoon hem niet adviseerde bij de totstandkoming van de verzekering. Bovendien moet een verzekerde zijn polisblad goed doorlezen. Op het polisblad is een clausule geplaatst waarin duidelijk is vermeld dat het verzekerd bedrag maximaal 80% van het inkomen dekt bij arbeidsongeschiktheid. Ook naar aanleiding van de jaarlijkse gesprekken is de consument schriftelijk geïnformeerd dat het verzekerd bedrag maximaal 80% van het inkomen dekt en dat de consument daar niet aan voldoet en dat dit gevolgen heeft voor de dekking. 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 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 niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 Op 28 september 2015 heeft de tussenpersoon in het kader van een productvergelijking drie offertes voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aan de consument toegestuurd (1 x Aegon en 2 x Delta Lloyd).
- 2.2 Vervolgens heeft de consument op 29 september 2015 een kennis- en ervaringstoets ingevuld en daarbij 14 punten of meer gescoord. Hierdoor kan de verzekering via *execution only*, dit is zonder advies van een assurantietussenpersoon, bij de verzekeraar worden afgesloten.
- 2.3 Daarnaast heeft de consument op 8 oktober 2015 een opdracht tot dienstverlening ondertekend voor een AOV abonnement type D. Hierin staat:

Execution Only (alleen bemiddeling)

D: Productvergelijking. U ontvangt van ons een premievergelijking van maximaal drie voor ons beschikbare aanbieders van dit product. Op basis hiervan maakt u vervolgens zelfstandig de keuze voor de aanbieder waar u het product wenst af te sluiten. Wij bemiddelen vervolgens voor u bij het tot stand komen van het product. U ontvangt van ons derhalve geen advies met betrekking tot de keuze van het product, dekking en looptijd in relatie met uw persoonlijke en financiële situatie en reeds gesloten financiële producten!

~~U betaalt voor de productvergelijking en de bemiddeling € 450,- dat apart in rekening wordt gebracht, vervolgens betaalt u voor het beheer € 24,95 per maand*.~~ € 20,- .

- 2.4 Onderdeel van de opdracht tot dienstverlening is een overzicht wat onder abonnementsvorm type D valt:

Arbeidsongeschiktheidsvoorziening	A/B	C	D/E
U heeft gekozen voor:	O	O	O
Informereren			
Wij informeren u over de dienstverlening van ons kantoor en de kosten van onze dienstverlening. We bespreken uw persoonlijke wensen en doelstellingen t.a.v. het arbeidsongeschiktheidsrisico.	✓	✓	✓
Inventarisatie			
Aan de hand van een inventarisatieformulier brengen we alle gegevens in kaart en bespreken we uw financiële situatie, uw risicobereidheid, uw financiële ervaring en uw wensen en doelstellingen t.a.v. het arbeidsongeschiktheidsrisico.	✓		
Wij completeren al uw gegevens en stellen een klantprofiel op.			
Wij bespreken alle aspecten van de AOV, de verzekeringsmogelijkheden en de sociale en fiscale wetgeving, voor zover voor uw situatie van toepassing.			
Wij toetsen uw kennis en onderbouwing van de door u gedefinieerde uitgangspunten. Wij inventariseren uw risicobereidheid, uw financiële ervaring en uw wensen en doelstellingen met betrekking tot de door u benoemde uitgangspunten.		✓	
Analyse			
Op basis van de geïnventariseerde gegevens maken we een analyse in het kader van de haalbaarheid van uw wensen. We zoeken naar een AOV die enerzijds bij uw wensen en doelstellingen en anderzijds bij uw persoonlijke- en financiële situatie passen. Daarbij houden we, waar mogelijk, rekening met de tarieven, de voorwaarden, het acceptatiebeleid en de kwaliteit van de schadeafwikkeling van de verschillende verzekeraars.	✓		
Het toetsen, onderzoeken en vergelijken op basis van de door u benoemde uitgangspunten en daarbij behorende premies en voorwaarden van de verzekeringsmogelijkheden.	✓	✓	
Advies			
Doornemen van de voor- en nadelen van de verschillende opties waarbinnen uw wensen gerealiseerd kunnen worden. Ons advies wordt opgesteld in een adviesrapport. Hierin wordt uitgelegd waarom we die bepaalde AOV van een maatschappij adviseren. Het netto besteedbaar inkomen nemen we hier niet in mee.	✓	✓	
Advisering en motivatie ten aanzien van de keuze van de af te sluiten financiële producten gericht op uw financiële situatie in geval van uw arbeidsongeschiktheid.	✓		
Advisering en motivatie ten aanzien van de keuze van de af te sluiten financiële producten op basis van de door u benoemde uitgangspunten.		✓	
Bemiddeling			
Doornemen en tekenen definitief advies inclusief offertes.	✓	✓	
Het maken van een premievergelijking van drie voor ons beschikbare aanbieders van dit product.			✓
O.b.v. de door u gekozen verzekering en maatschappij wordt de aanvraag ingediend.			
Het voorbereiden van noodzakelijke correspondentie en contacten met de aanbieder. Wij begeleiden het gehele aanvraagtraject. Hieronder valt het indienen van een aanvraagformulier met een toelichting en met gezondheidswaarborgen (het eventueel regelen van medische keuring), het in de gaten houden van doorlooptijden, het onderhouden van de contacten tussen de diverse betrokkenen, het controleren van de polis en alle relevante documenten en het administratief verwerken in ons systeem.	✓	✓	✓
Beheer/Nazorg			
Het beheren en muteren van de lopende arbeidsongeschiktheidspolis en klantgegevens. Administreren van alle relevante gegevens in onze systemen, verzorging van incasso's en debiteurenbewaking. Wij informeren u over relevante wetswijzigingen en wijzigingen in polisvoorwaarden.	✓	✓	✓
Het beantwoorden van vragen over het oorspronkelijke advies.	✓	✓	✓
Jaarlijkse Check-up van de bestaande AOV. Ieder jaar ontvangt u van ons een brief met de kenmerken van u AOV. Wij verwachten van u een reactie op die brief zodat wij op de hoogte blijven van eventuele veranderingen. Denk hierbij bv aan een wijziging van uw inkomen en werkzaamheden. Indien er niets is veranderd loopt uw polis ongewijzigd door. Is er wel iets gewijzigd dan nemen wij contact met u op om samen te bespreken welke wijziging evt doorgevoerd moet worden op de bestaande polis.	✓	✓	✓
Indien u daadwerkelijk ziek wordt en u recht heeft op een uitkering, staat Veldsink Adviesgroep voor u klaar om dit traject te begeleiden. Dit betekent voor u opname en verwerking van de schademelding, controle van de polisdekking, uitleg van de procedure bij schadebehandeling, het informeren van de verzekeraar, begeleiding bij het opvragen van relevante stukken, het eventueel verzorgen van een afspraak voor een medische keuring, controle op voortgang van het schade-dossier en de uiteindelijke afwikkeling.	✓	✓	✓

De consument heeft een paraaf gezet onder dit overzicht.

- 2.5 Hij heeft vervolgens een keuze uit de drie offertes gemaakt – hij heeft gekozen voor Aegon - en de tussenpersoon heeft daarop bij Aegon een aanvraag ingediend.
- 2.6 Op 23 november 2015 heeft Aegon (hierna: de verzekeraar) de tussenpersoon bericht:

“Als wij [naam van de consument] een aanbieding kunnen doen, plaatsen wij hoogstwaarschijnlijk een inkomenstoets op de polis. Waarschijnlijk doen wij dit al één jaar na ingangsdatum van de polis.”

- 2.7 Met ingang van 11 april 2016 is de consument verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid bij de verzekeraar. Op het aan hem verstrekte polisblad van 12 mei 2016 staat:

“Clause 2408

INKOMENSCLAUSULE

Het is verzekeringnemer bekend dat maximaal 80% van het inkomen mag worden verzekerd. Eén jaar na de ingangsdatum van deze verzekering zal een inkomenstoets plaatsvinden waarbij de winstcijfers over de voorafgaande periode zullen worden opgevraagd (de toetsdatum). Als bij deze toets blijkt dat de verzekerde bedragen te hoog zijn in relatie tot het inkomen zullen de verzekerde bedragen hierop per toetsdatum worden aangepast.”

- 2.8 Op 6 maart 2018 heeft de verzekeraar de consument bericht dat zijn verzekering wordt verlengd en dat hij gebruik kan maken van zijn optierecht mits het verzekerd bedrag dan niet hoger is dan 80% van het inkomen van de consument. Het optierecht houdt in dat de verzekerde zijn verzekeringsbedrag met 10% kan verhogen zonder opnieuw een medische verklaring in te vullen. Bij deze brief heeft de verzekeraar tevens een dekkingsoverzicht meegestuurd waarin staat:

“U kiest zelf of u het verzekerd bedrag of uw uitkering wilt laten stijgen

U kunt kiezen om het verzekerd bedrag of een eventuele uitkering ieder jaar automatisch te laten stijgen. Op dit moment is uw keuze als volgt.

Uw verzekerd bedrag stijgt niet

Dat betekent dat het verzekerde bedrag altijd gelijk blijft. Wel kunt u ons vragen het verzekerde bedrag te verhogen. Wij vragen u dan naar uw gezondheid en inkomen. U kunt niet meer dan 80% van uw jaarinkomen verzekeren.

(...)

U kunt uw verzekerd bedrag verhogen zonder medische vragen

Volgens onze gegevens komt u in aanmerking voor optierecht. Dat betekent dat u uw verzekerd bedrag kunt verhogen, zonder opnieuw een medische verklaring in te vullen. U mag het verzekerd bedrag jaarlijks met 10% verhogen. Overleg goed met uw adviseur of dit voor u verstandig is.”

- 2.9 Op 3 mei 2018 heeft het jaarlijks gesprek tussen de consument en de tussenpersoon plaatsgevonden. In het gespreksverslag onder het kopje arbeidsongeschiktheid is opgenomen:

“Deze verzekering is met u doorgenomen. De verzekerde som, de eigen risicoperiode en eindleeftijd sluiten niet geheel meer aan bij uw wensen en verwachtingen. Wij kijken naar u voor de mogelijkheden.”

2.10 Op 7 mei 2018 bericht de tussenpersoon aan de consument:

“Zoals beloofd heb ik de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor jullie uitgezocht en kan ik het volgende melden;

De polis is op 11.04.2016 ingegaan, volgens clause 2408 zou de polis na één jaar een inkomenstoets krijgen, omdat dit midden in het jaar viel heeft de verzekeraar ervoor gekozen om dit later op te vragen zodat er een volledig jaar opgegeven kon worden.

(...)

Uit de opgave zal blijken of het huidige verzekerd bedrag van € 22.000,- maximaal 80% van het gemiddelde inkomen betreft. De polis kan ongewijzigd worden voortgezet of wordt naar beneden aangepast.

(...)

Tot aan het opvragen en ontvangen van de inkomenstoets binnen het gestelde termijn, zal er bij gedekte schade uitgegaan worden van een uitkeringsbedrag zoals nu verzekerd. Na het definitief vaststellen van het juiste verzekerde bedrag zijn wij met de verzekeraar overeengekomen dat deze verzekering wordt voortgezet als sommenverzekering wat betekent dat er uitgegaan wordt van het verzekerde bedrag en niet van de werkelijk geleden schade zoals bij een schadeverzekering. Zo sluit de verzekering aan bij jullie wensen.”

2.11 Bij e-mailbericht van 25 juni 2018 heeft de tussenpersoon de consument als volgt bericht:

“Naar aanleiding van de bijgevoegde stukken die je toegestuurd hebt heb ik een inkomenstoets gedaan. Zoals eerder aangegeven mag je maximaal 80% van je inkomen verzekeren, wanneer ik naar 2017 kijk zou het inkomen € 8595,- zijn 80% hiervan is € 6876,- met de verzekerde som van € 22.000,- zit je dus ver boven de boven de 80% en dat mag eigenlijk niet volgens de polisvoorwaarden.

Ik wil in overleg met jou bij de verzekeraar een jaar uitstel aanvragen v.w.b. een nieuwe inkomenstoets. Dit betekent dat je in 2019 het inkomen middels de winst- en verliesrekening van 2018 moet aanleveren + de prognose van 2019.

Wanneer de verzekeraar akkoord gaat met het uitstelverzoek zal er in 2018 bij arbeidsongeschiktheid uitgekeerd worden op basis van de verzekerde som van € 22.000,-. Dan zit je voorlopig goed en hopen we dat 2018 een beter resultaat geeft, wat het verzekerd bedrag rechtvaardigt.

Wanneer ik geen uitstel aanvraag zal de verzekeraar standaard het huidige verzekerde bedrag met 50% verlagen. De vraag is dan natuurlijk of het nog een goed advies is om een arbeidsongeschiktheidsverzekering aan te houden.”

2.12 Op 30 juni 2018 laat de partner van de consument weten dat hij graag uitstel wil voor de inkomenstoets omdat er een enorm verschil in omzet is te zien met het jaar daarvoor en het de goede kant opgaat.

De tussenpersoon heeft uitstel aangevraagd en bij e-mailbericht van 2 juli 2018 heeft de tussenpersoon de consument geïnformeerd dat de verzekeraar uitstel heeft verleend voor de inkomsttoets met één jaar, tot 11 april 2019.

- 2.13 In het gespreksverslag van het jaarlijks gesprek dat op 5 april 2019 heeft plaatsgevonden, staat:

“Deze verzekering met u doorgenomen, we verhogen het verzekerde bedrag met 10% door gebruik te maken van het oprecht. De inkomensgegevens sturen we door naar de verzekeraar om te voldoen aan de inkomsttoets.”

- 2.14 De tussenpersoon heeft op 23 april 2019 de winst- en verliesrekening van de onderneming van de consument aan verzekeraar gestuurd en aangegeven dat de consument gebruik wil maken van zijn optierecht.
- 2.15 Vervolgens heeft de verzekeraar op 30 april 2019 de tussenpersoon verzocht om aanvullende inkomensgegevens van de consument om te kunnen toetsen of het optierecht kan worden ingeroepen en of het verzekerd bedrag niet hoger is dan 80% van het inkomen.
- 2.16 Op 17 juli 2019 heeft de tussenpersoon de consument bericht dat de verzekeraar op basis van de aangeleverde inkomensgegevens een inkomsttoets heeft verricht. Op basis van de inkomsttoets wordt het verzekerd bedrag per 17 juli 2019 verlaagd van € 22.000,- naar € 10.320,-.
- 2.17 De consument kan zich niet verenigen met het standpunt van de tussenpersoon en heeft zijn klacht bij het Kifid neergelegd.

De klacht en vordering

- 2.18 De consument vordert vergoeding van de door hem betaalde premies voor zijn verzekering en restitutie van de betaalde abonnementskosten. Dit gaat om een totaalbedrag van € 4.939,38, vermeerderd met de wettelijke rente over genoemd bedrag vanaf 1 september 2015. Ter onderbouwing van zijn vordering, brengt de consument de volgende argumenten naar voren.
- 2.19 De door de consument en de tussenpersoon gesloten dienstverleningsovereenkomst betrof het geven van advies over verzekeringen die passen bij de wensen en de situatie van de consument. De consument was net zijn eigen onderneming gestart. Omdat het inkomen van de consument toen nog onbekend was, wilde hij zich laten verzekeren voor een vast bedrag bij arbeidsongeschiktheid. De door de tussenpersoon geadviseerde en door de consument afgesloten verzekering sloot echter niet aan op die wensen.

Hiermee heeft de tussenpersoon zijn zorgplicht jegens de consument geschonden. De consument is daardoor jarenlang niet verzekerd geweest terwijl hij wel premie en abonnementskosten heeft betaald.

- 2.20 De tussenpersoon heeft de consument nooit verteld dat hij geen advies geeft. Het feit dat de verzekering is gesloten via *execution only* doet niet ter zake omdat de gesloten verzekering überhaupt niet aan zijn wensen voldoet. Bij het inventarisatiegesprek in 2015 is de tussenpersoon uitdrukkelijk verteld dat de consument net een onderneming was begonnen en dat hij een arbeidsongeschiktheidsverzekering wil waarbij een vast bedrag kan worden verzekerd. Daarbij heeft de tussenpersoon verteld dat er verzekeringen bestaan waarbij je een vast bedrag kan verzekeren, zonder dat er een inkomenstoets wordt gedaan. Op basis van het advies van de tussenpersoon heeft de consument voor zo'n soort verzekering gekozen.
- 2.21 Pas bij het doorlezen van de brief van de verzekeraar van maart 2018 waarin staat dat van het optierecht gebruik kan worden gemaakt mits het verzekerd bedrag niet 80% van het inkomen overschrijdt, werd hij bekend met deze eis. Dit komt niet overeen met het product dat de consument heeft gekozen, namelijk een verzekering die los staat van het inkomen.
- 2.22 Ook in het jaarlijkse gesprek waarin werd besproken of de verzekering nog passend is voor de situatie van de consument van 5 april 2019 heeft de tussenpersoon bevestigd dat de consument voldoet aan de voorwaarden van de verzekering omdat de verzekeraar niet kijkt naar het inkomen, maar naar het bruto omzetresultaat. De tussenpersoon heeft bevestigd dat hij gebruik kan maken van het optierecht, het verhogen van de verzekerde som met 10%. Op basis van dit advies is de consument akkoord gegaan met het optierecht. Achteraf is gebleken dat de verzekerde som te hoog was in vergelijking met het inkomen van de consument.
- 2.23 Bij een eventuele arbeidsongeschiktheidsclaim had de verzekeraar een inkomenstoets gedaan en dan had de consument een lagere uitkering gekregen dan waarvoor hij premie heeft betaald.

Het verweer

- 2.24 De tussenpersoon heeft de volgende verweren gevoerd.
- 2.25 Er is geen reden om de premie of abonnementskosten terug te betalen aan de consument omdat de tussenpersoon zijn zorgplicht niet heeft geschonden. De verzekering is gesloten op basis van *execution only*. Dit betekent dat een product wordt gesloten zonder advies van een tussenpersoon. Dit is alleen mogelijk als de consument voldoende kennis heeft van financiële producten.

Daarom heeft de consument op 29 september 2015 een kennis- en ervaringstoets afgelegd waaruit volgde dat hij over voldoende kennis beschikte. In de opdracht tot dienstverlening tussen de consument en de tussenpersoon is ook expliciet aangegeven dat de tussenpersoon geen advies heeft gegeven bij het tot stand komen van de verzekering.

- 2.26 De verzekering heeft tot aan de inkomenstoets volledige dekking gegeven voor het verzekerd bedrag op de polis. Bovendien is de inkomenstoets met één jaar uitgesteld waardoor de consument één jaar langer dekking heeft gehad voor het oorspronkelijke verzekerd bedrag. Dat de inkomenstoets zou plaatsvinden heeft vanaf de aanvang van de verzekering op de polis gestaan.
- 2.27 In het kader van het abonnement is jaarlijks contact gezocht met de consument om na te gaan of de verzekering nog aansloot bij zijn wensen. Hierbij heeft de tussenpersoon voldaan aan hetgeen is afgesproken in de opdracht tot dienstverlening. In die jaarlijkse gesprekken is niet besproken of een andere verzekering beter aansluit bij de situatie van de consument. De reden hiervoor is dat de inkomensgegevens van de consument bepalen wat het verzekerd bedrag is. Zolang de cijfers niet verbeteren, zal een andere verzekeraar ook geen verzekering met een hoger verzekerd bedrag aanbieden.
- 2.28 Bovendien heeft de consument geen schade geleden want hij is te allen tijde verzekerd geweest. Ook blijkt uit de IB aangifte van 2018 dat de consument zijn premies heeft opgegeven als aftrekpost voor de belastingdienst.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie moet beoordelen of de tussenpersoon zijn zorgplicht jegens de consument heeft geschonden. Bij de beantwoording van deze vraag zal de commissie eerst ingaan op de vraag of de tussenpersoon zijn zorgplicht heeft geschonden bij de totstandkoming van de verzekering. Daarna zal de commissie stilstaan bij de vraag of de tussenpersoon zijn zorgplicht heeft geschonden bij de uitvoering van het abonnement.

Zorgplicht van de tussenpersoon bij de totstandkoming van de verzekering

- 3.2 De commissie oordeelt dat de tussenpersoon zijn zorgplicht bij de totstandkoming van de verzekering niet heeft geschonden. Hierna licht zij dit oordeel toe.
- 3.3 Uit het dossier blijkt dat de verzekering via *execution only* tot stand is gekomen. Dit betekent dat de consument zelf een verzekering sluit zonder dat de tussenpersoon hem daarbij advies verleent. De tussenpersoon treedt slechts op als *bemiddelaar*. Van de consument mocht verwacht worden dat hij zichzelf voldoende verdiepte in het door hem gesloten product. De tussenpersoon hoefde geen advies te geven over de verzekering.

Hem kan daarom niet worden verweten dat de consument een verzekering heeft gesloten die niet aansluit op zijn wensen.

- 3.4 Van een zorgplichtschending zou wel sprake kunnen zijn als de tussenpersoon de consument niet (voldoende) geïnformeerd heeft dat de verzekering via *execution only* tot stand komt en wat dit precies inhoudt of als de tussenpersoon vooraf niet heeft getoetst dat de consument over voldoende (financiële) kennis beschikt om zelfstandig de verzekering af te sluiten. In die gevallen is een schending van de zorgplicht door de tussenpersoon denkbaar.
- 3.5 Daarvan is hier geen sprake. Uit het kennis- en ervaringstoets die de consument op 29 september 2015 heeft afgelegd, volgt dat hij over voldoende kennis beschikte om de verzekering via *execution only* te sluiten. Ook uit de opdracht tot dienstverlening en de daarbij gevoegde overzicht van services bij type D abonnementen blijkt dat de tussenpersoon de consument heeft geïnformeerd dat bij het sluiten via *execution only* geen advies door de tussenpersoon werd verstrekt.

Informatie op het polisblad

- 3.6 De consument moet de gegevens op het polisblad op juistheid controleren. Daarnaast moet hij, nu de tussenpersoon geen adviserende rol heeft gehad bij de totstandkoming van de verzekering, nagaan of de door hem gesloten verzekering aansluit bij zijn wensen. De commissie ziet dat op het polisblad van 2016 de clause met nummer 2408 staat, waarin is aangegeven dat het verzekerd bedrag slechts 80% van het inkomen dekt en dat er een inkomenstoets zal plaatsvinden. De clause is sinds de ingangsdatum van de verzekering van toepassing. De consument had daarvan op de hoogte moeten zijn.

Zorgplicht van de tussenpersoon bij de uitvoering van het abonnement

- 3.7 De commissie concludeert dat de tussenpersoon ook zijn zorgplicht bij de uitvoering van het abonnement niet heeft geschonden en overweegt hiertoe het volgende.
- 3.8 De tussenpersoon en de consument hebben in 2018 en 2019 jaarlijks met elkaar gesproken over de verzekering. In het gesprek in 2018 heeft de consument gemeld dat het verzekerd bedrag niet meer bij zijn situatie aansluit. De tussenpersoon heeft toen aangegeven nader onderzoek te zullen doen. Bij e-mail van 25 juni 2018 heeft de tussenpersoon bericht wat de dekking van de verzekering is en hij heeft geconcludeerd dat de verzekering nog aansluit op de wensen van de consument. De verzekeraar biedt tot de inkomenstoets dekking voor het verzekerd bedrag van € 20.000,- bij arbeidsongeschiktheid. Pas na de inkomenstoets in 2019 kan worden gekeken of een verlaging van het verzekerd bedrag ertoe leidt dat de verzekering niet meer aansluit op de wensen. Uit het gespreksverslag van 2019 blijkt dat de inkomenstoets nog niet heeft plaatsgevonden en dat partijen hebben afgesproken gebruik te maken van het optierecht.

De consument heeft toen niet aangegeven dat de verzekering niet meer aansloot op zijn situatie. Dat blijkt in elk geval niet uit de door partijen overgelegde stukken.

- 3.9 Verder heeft de tussenpersoon voldaan aan zijn verplichtingen op grond van het abonnement door jaarlijks de verzekering met de consument te bespreken en ziet de commissie geen aanleiding om de tussenpersoon te veroordelen tot restitutie van de kosten voor het abonnement.
- 3.10 Ten overvloede merkt de commissie nog het volgende op. De consument heeft niet aangetoond dat hij door de gestelde zorgplichtschendingen schade heeft geleden. Tot aan de inkomenstoets in 2019 bood de verzekering dekking voor het volledige verzekerd bedrag van € 20.000,- bij arbeidsongeschiktheid. Pas na de inkomenstoets is het verzekerd bedrag aangepast. De consument heeft niet aangetoond dat een andere verzekering wel dekking biedt voor het verzekerd bedrag van € 20.000,- bij zijn huidige inkomen. Uit de stukken blijkt ook niet dat de consument deze vraag bij de tussenpersoon heeft neergelegd. De tussenpersoon hoeft het bedrag aan betaalde premies niet te restitueren aan de consument.

Conclusie

- 3.11 De conclusie is dat het verwijt van de consument dat de tussenpersoon zijn zorgplichten heeft geschonden geen doel treft. De klacht van de consument is ongegrond en zijn vordering zal worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.