

## **Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0160**

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	24 maart 2022
Ingediend door	De consument
Tegen	Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., h.o.d.n. Movir, gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	24 februari 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden

### **Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ongevallendekking. De consument vordert (een) aanvullende uitkering(en) en doet daarbij een beroep op de ongevallendekking en de arbeidsongeschiktheidsdekking vanwege een ongeval dat hem in 2004 is overkomen. De verzekeraar heeft destijds dekking verleend en heeft in 2018 de verzekering beëindigd vanwege wanbetaling. De commissie is van oordeel dat de claim op de ongevallendekking is verjaard en dat de consument vanaf de beëindiging van de verzekering geen rechten meer aan de verzekering kan ontleen. Vordering afgewezen.

### **I. Procedure**

- I.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 met de namens de consument ingediende klachtbrief; 2) de namens de consument ingestuurde aanvullende stukken; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) de namens de consument ingediende reactie daarop.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 14 november 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mr. J. Keereweer, kantoorhoudende te Zoetermeer. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 1], jurist en dr. [naam 2], verzekeringsadviseur-RGA en medisch adviseur.
- I.3 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie vervangen. Partijen zijn hierover geïnformeerd.
- I.4 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 Vanaf 26 mei 1998 had de consument bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zijn beroep als schoenhersteller. Onderdeel van de verzekering is een ongevallendekking met als verzekerd bedrag € 45.992,-.
- 2.2 Op 21 oktober 2004 is de consument een ongeval overkomen waardoor hij een breuk in zijn rechterarm heeft opgelopen. Op 22 oktober 2004 is hij geopereerd door een orthopeed. In 2006 heeft een pseudo artrotisch repair plaatsgevonden.
- 2.3 Als gevolg van het ongeval heeft de verzekeraar gedurende de looptijd van de verzekering gedurende enkele periodes uitkeringen aan de consument verstrekt als hij tenminste 25% arbeidsongeschiktheid was.
- 2.4 Daarnaast heeft de verzekeraar in overleg met de consument eind 2008 een uitkering onder de ongevallendekking aan de consument verstrekt, omdat sprake was van blijvende invaliditeit aan de rechterarm door het ongeval. Op verzoek van de consument is de uitkering 'schaderegelend' afgedaan. Na een onderzoek van het dossier door de medisch adviseur van de verzekeraar is uitgekeerd op basis van 6% blijvend functieverlies aan een arm. Dit kwam neer op een bedrag van € 2.069,64. Het voorgaande is bevestigd in de brief van de verzekeraar aan de consument van 23 oktober 2008.
- 2.5 Vanaf 2012 is er een betalingsachterstand van de premie ontstaan, waarna de verzekeraar diverse aanmaningen en herinneringen heeft gestuurd en zowel met de consument als zijn tussenpersoon telefonisch contact heeft gehad. In de brieven heeft de verzekeraar de consument steeds geïnformeerd dat hij geen rechten meer aan de verzekering zou kunnen ontleen als de premiebetalingen zouden uitblijven.
- 2.6 Bij brief van 17 april 2018 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over zijn voornemen de verzekering te beëindigen vanwege wanbetaling. Waarbij hij heeft medegedeeld dat vanaf 1 januari 2018 geen rechten meer aan de verzekering kunnen worden ontleend, omdat de dekking vanaf die datum was opgeschort.
- 2.7 Bij brief van 7 mei 2018 heeft de verzekeraar de arbeidsongeschiktheidsverzekering met terugwerkende kracht per 1 januari 2018 beëindigd vanwege wanbetaling.
- 2.8 Bij brief van 14 december 2018 heeft de vertegenwoordiger van de consument zich bij de verzekeraar gemeld, omdat de consument hernieuwde pijnklachten aan zijn arm had.

### *De klacht en vordering*

- 2.9 De consument vindt dat de verzekeraar hem ten onrechte geen dekking verleent onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument vordert € 253.440,- met toekenning van wettelijke rente vanaf 26 maart 2020. Dit bedrag heeft hij nodig om tot zijn pensioenleeftijd voor twee werkdagen een ZZP'er in te huren.
- 2.10 De uitkering onder de ongevallendeckking is veel te laag ten opzichte van de arbeidsvermogensschade. Bovendien was bij de uitkering onder de ongevallendeckking nog geen sprake van een medische eindtoestand en had de verzekeraar om die reden niet tot uitkering mogen overgaan. Voor de consument was het niet duidelijk dat de uitkering onder de ongevallendeckking eenmalig was en dat door de uitkering elke aanspraak op de polis was afgedaan. Uit oogpunt van redelijkheid staat het de verzekeraar daarom niet vrij om een beroep op verjaring te doen.
- 2.11 Uit medisch onderzoek is gebleken dat de toegenomen klachten zijn toe te schrijven aan het ongeval. Ten tijde van het ongeval was de consument verzekerd. De consument is er altijd vanuit gegaan dat als hij weer tenminste 25% arbeidsongeschikt was, hij wederom een uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering zou krijgen. Na de eerste operatie heeft de behandelend orthopeed schriftelijk gemeld dat het ongeval berucht was om het ontwikkelen van artrose. Dit in combinatie met het ambachtelijke beroep van de consument maakte het hoogstwaarschijnlijk dat hij in de toekomst arbeidsongeschikt zou worden. De verzekeraar had de consument moeten waarschuwen als hij vond dat bij het ontbreken van een lopende polis toekomstige arbeidsongeschiktheid vanwege het ongeval niet gedekt zou zijn.

### *Het verweer*

- 2.12 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**

### *Inleiding*

- 3.1 De vraag die voorligt, is of de consument recht heeft op één of meerdere aanvullende uitkeringen onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De commissie zal allereerst de claim op de ongevallendeckking bespreken en daarna de claim op de arbeidsongeschiktheidsdekking.

### *Ongevallendeckking*

- 3.2 De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat de vordering van de consument op de ongevallendeckking moet worden afgewezen, omdat deze is verjaard.

- 3.3 Artikel 7:942 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: 'BW') bepaalt dat de verjaringstermijn van artikel 7:942 lid 1 BW van drie jaar die ingaat de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid van de uitkering daarvan bekend is geworden, wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen de dag nadat de verzekeraar de aanspraak op uitkering heeft erkend.
- 3.4 De consument verwijst voor zijn beroep op de ongevallendeckking naar hetgeen de orthopeed heeft gezegd na de eerste operatie. De eerste operatie heeft op 22 oktober 2004 plaatsgevonden en een pseudo artrotisch repair in 2006. Eind 2008 is de dekking onder de ongevallenverzekering op verzoek van de consument schaderegelend afgedaan. De consument is hierover geïnformeerd. Hiermee is de verjaringstermijn van artikel 7:942 lid 1 BW van drie jaar op grond van artikel 7:942 lid 2 eerste zin gestuit en is met de erkenning van de aanspraak door de verzekeraar op grond van artikel 7:942 lid 2 BW tweede zin een nieuwe termijn van drie jaar gaan lopen. Indien de consument het niet eens was met de hoogte van de uitkering vanwege het risico op artrose had hij binnen drie jaar na de erkenning van de aanspraak de verjaring moeten stuiten door een schriftelijke mededeling daartoe. De consument heeft zich echter pas eind 2018 weer bij de verzekeraar gemeld. De vordering was op dat moment al ruimschoots verjaard.
- 3.5 De omstandigheden die de consument heeft genoemd dat het niet redelijk is van de verzekeraar om zich te beroepen op verjaring houden geen stand. Het is immers de consument geweest die heeft verzocht om de uitkering onder de ongevallenverzekering schaderegelend af te doen terwijl nog geen sprake was van een medische eindtoestand. De consument stelt ook dat een beroep op verjaring niet redelijk is omdat voor hem niet duidelijk was dat de dekking onder de ongevallenverzekering eenmalig was. De consument heeft evenwel niet gesteld dat die onduidelijkheid door de verzekeringsvoorwaarden is ontstaan en die onduidelijk is de commissie ook niet gebleken. In de bepalingen over de ongevallenverzekering wordt steeds gesproken over een of de uitkering. Een ongevallenverzekering is in de regel dan ook niet bedoeld om arbeidsvermogensschade te dekken, maar om eenmalig (een deel) van het verzekerde bedrag uit te keren bij blijvende invaliditeit (van een deel) van het lichaam door een ongeval.
- 3.6 De claim van de consument op de ongevallendeckking is dan ook verjaard.
- 3.7 Ten overvloede merkt de commissie op dat volgens artikel 30 aanhef en lid 2 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden in het geval van blijvende invaliditeit de uitkering kan worden bepaald zonder dat sprake is van een stabiele toestand als partijen dit overeenkomen. Dit brengt mee dat de consument ook geen recht heeft op een aanvullende uitkering onder de ongevallendeckking, omdat de claim op zijn verzoek in 2008 is afgewikkeld.

### *Arbeidsongeschiktheidsdekking*

- 3.8 De verzekeraar vindt dat de consument geen recht heeft op aanvullende uitkeringen in verband met zijn arbeidsongeschiktheid, omdat de verzekering per 1 januari 2018 is beëindigd.
- 3.9 De commissie stelt vast dat tussen partij niet in discussie is en derhalve vaststaat dat de verzekering per 1 januari 2018 is beëindigd vanwege een betalingsachterstand en dat de consument op dat moment minder dan 25% arbeidsongeschikt was en derhalve geen recht op uitkering had. De consument stelt dat hij er altijd vanuit is gegaan dat als hij weer tenminste 25% arbeidsongeschikt was, hij weer een uitkering zou krijgen. De consument heeft bij die stelling niet verwezen naar een onduidelijkheid in de verzekeringsvoorwaarden en zo'n onduidelijkheid is de commissie ook niet gebleken. In de brief van 17 april 2018 is de consument erop gewezen dat hij geen rechten meer aan de verzekering kon ontfemen en dat de verzekering bij het uitblijven van de premiebetaling zou worden beëindigd. De commissie is van oordeel dat het daarom voor de consument duidelijk had moeten zijn dat hij na het beëindigen van de verzekering geen recht meer had op uitkeringen onder de verzekering. Dat het ongeval tijdens de looptijd van de verzekering heeft plaatsgevonden en dat hij in het verleden wel dekking heeft gehad, doet daar niet aan af.
- 3.10 Het verwijt dat de consument maakt, namelijk dat de verzekeraar hem had moeten waarschuwen als hij vond dat bij het ontbreken van een lopende verzekering toekomstige arbeidsongeschiktheid door het ongeval niet gedekt zou zijn, kan de commissie niet plaatsen. De verzekeraar heeft de consument immers gewaarschuwd dat hij geen rechten aan de verzekering meer zou kunnen ontfemen als de achterstallige premies niet alsnog zouden worden betaald. Een verdere zorgplicht heeft de verzekeraar niet.

### *Slotsom*

- 3.11 De slotsom is dat de vorderingen van de consument zullen worden afgewezen.

#### **4. De beslissing**

De commissie wijst de vorderingen 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](http://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](http://www.kifid.nl/reglementen-en-statuten).*

#### **Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: [www.kifid.nl](http://www.kifid.nl)

## **Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden**

### **Arbeidsongeschiktheidsverzekering Polisvoorwaarden**

Polismantel 440-04

### **Hoofdstuk 9 Ongevallendeckking**

(...)

#### **Artikel 30 Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit**

*Ingeval van blijvende invaliditeit van verzekerde, als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een uitkering verleend die overeenkomstig het vermelde in artikel 32 wordt vastgesteld op een percentage van een kapitaal ter grootte van tweemaal op het moment van het ongeval voor Rubriek A verzekerde jaarrente. Indien op het moment van het ongeval voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan worden uitgegaan van een kapitaal ter grootte van tweemaal de op het moment van het ongeval voor Rubriek B verzekerde jaarrente.*

*30.1. Als verzekerde voor de vaststelling van het uitkeringspercentage - anders dan door een ongeval overlijdt, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve graad van invaliditeit indien verzekerde niet zou zijn overleden.*

*30.2. De uitkering bij blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een stabiele toestand kan worden gesproken, doch in ieder geval binnen 2 jaar na de ongevalsdatum, tenzij tussen verzekeringnemer en de maatschappij anders wordt overeengekomen.*