

Jaarverslag 2001

Ombudsman Verzekeringen
Raad van Toezicht Verzekeringen



Stichting
Klachteninstituut
Verzekeringen



1 Organisatie en cijfers

1.1	Organisatie	7
1.2	Kengetallen	7
1.2.1	Kengetallen Ombudsman Verzekeringen	7
1.2.1.1	Kengetallen levensverzekeringen	7
1.2.1.2	Kengetallen schadeverzekeringen	10
1.2.2	Kengetallen Raad van Toezicht Verzekeringen	11

2 Interdisciplinair

2.1	Wet op de medische keuringen	13
2.2	Betalingsbeschermingsverzekeringen	15
2.3	Communicatie per post	15
2.4	Het recht om fouten te herstellen	16
2.5	Klachten tegen tussenpersonen	17
2.6	Klachtbehandeling door verzekeraars	19

3 Levensverzekeringen

3.1	Wet inkomstenbelasting 2001	21
3.2	Expirerende beleggingsverzekeringen	22
3.3	Pensioenen	24
3.3.1	Indexering van pensioenaanspraken	24
3.3.2	Financiering Voorzetting Pensioenverzekering	25
3.3.3	Voortzetting van de pensioenopbouw door de verzekeraar	26
3.3.4	Waardeoverdracht van niet-reguliere pensioenen	26
3.3.5	Afkoop van kleine pensioenen	26
3.4	Arbeidsongeschiktheidsrisico en ontslag	27
3.5	Summiere gezondheidsverklaringen	28
3.6	Informatie over doodsoorzaken	29
3.7	Natura-uitvaartverzekeringen	31
3.8	Vertragingen in uitkeringen	32

4 Schadeverzekeringen

4.1.	Onderwerpen per branche	35
4.1.1	Bedrijvenverzekeringen	35
4.1.2	Brandverzekeringen	35
4.1.3	Garantieverzekeringen bij woningen	36

4.1.4	Inbraakverzekeringen	36
4.1.5	Inkomensverzekeringen	37
4.1.5.1	WAO-hiaatverzekeringen	37
4.1.5.2	Schadeprotocol arbeidsongeschiktheidsverzekeringen	38
4.1.5.3	Medisch-specialistische keuringen	38
4.1.5.4	Meldingstermijn bij ziekengeld- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen	38
4.1.5.5	Naverrekening bij ziekengeldverzekeringen	38
4.1.5.6	Begeleiding en reïntegratie bij ziekteverzuim	39
4.1.6	Mobiele-telefoonverzekeringen	39
4.1.7	Motorrijtuigenverzekeringen	40
4.1.7.1	Vermiste kentekenbewijzen	40
4.1.7.2	Verzwijging	41
4.1.8	Pleziervaartuigenverzekeringen	43
4.1.9	Rechtsbijstandverzekeringen	43
4.1.10	Reis- en annuleringsverzekeringen	44
4.2	Overige onderwerpen	46
4.2.1	Personenschaderegeling	46
4.2.2	Buitengerechtelijke kosten	47
4.2.3	Contracttermijnen	47

5 Raad van Toezicht Verzekeringen **49**

Bijlage 1:	Reglement Ombudsman Verzekeringen	55
Bijlage 2:	Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen	58
Bijlage 3:	Personalia	61

Woord vooraf

Het jaar 2001 was het eerste waarin één Ombudsman Verzekeringen en één Raad van Toezicht Verzekeringen operationeel waren voor zowel schadeverzekering als levensverzekering en voor zowel tussenpersonen als verzekeraars. In dit jaar ook waren de functies van Ombudsman Verzekeringen en directeur van het Klachteninstituut Verzekeringen voor het eerst in één persoon verenigd. In het verslagjaar zijn talrijke inspanningen verricht om een interdisciplinaire eenheid te vormen voor wat betreft het kantooroverleg, de collegiale intervisie, de beleidslijnen, de huisstijl, de communicatie, enzovoort. Gelet op de aard van de klachten in het verzekeringswezen, die vaak buiten het schade- of levengebied treden en betrekking hebben op gemeenschappelijke zaken als 'communicatie' of 'kwaliteit van het advies', en gelet ook op de wijze waarop deze klachten door het Klachteninstituut Verzekeringen worden behandeld, is een integratie van de twee disciplines leven en schade nuttig, zij het dat, gelet op de grote verschillen tussen het schadebedrijf en het levenbedrijf qua techniek en wetgeving, het zeer belangrijk blijft om met specialisten op deze gebieden te werken. Hoe hoger opgeleid en hoe meer specialistisch de professionals in de organisatie zijn, hoe lastiger het soms is op één lijn te komen op punten waarop dat gewenst is en daarom geeft het veel voldoening te constateren dat we op die weg al ver zijn gevorderd. Gelijktijdig zijn we in staat gebleken om een goede balans in de financiële huishouding te vinden en de administratieve organisatie verder vorm te geven, onder meer op basis van kostenbewustzijn en productiegerichtheid, zonder daarbij aan de juridische kwaliteit van de werkzaamheden afbreuk te doen. De secretariële en administratieve medewerkers hebben daar een indrukwekkende bijdrage aan geleverd. Zo hebben we in 2001 de slag gemaakt van een organisatie van professionals naar een professionele organisatie.

Belangrijk in 2001 voor de Ombudsman Verzekeringen was natuurlijk de totstandkoming van de GIDI, de Gedragscode Informatieverstreking Dienstverlening Intermediair, die door het Verbond van Verzekeraars, NVA en NBVA gezamenlijk werd opgesteld. Assurantietussenpersonen kunnen zich sinds 1 januari 2002 bij deze

gedragscode aansluiten. Dit initiatief is zeer toe te juichen en ik zie met spanning uit naar de implementatie ervan in de bedrijfstak. Wie zich aan de GIDI conformeert, zal zich immers bij het Klachteninstituut moeten aansluiten. Indien de verzekeraars en de assurantietussenpersonen gezamenlijk succesvol uitvoeren wat de bedoeling is, namelijk de GIDI landelijk over de hele bedrijfstak 'uitrollen', zullen duizenden tussenpersonen, zowel kantoren als eenmansbedrijven, zich bij ons instituut willen aansluiten. De vraag is nu natuurlijk in hoeverre er met deze percentuele groei van het aantal aansluitingen eenzelfde percentuele groei van het aantal klachten zal zijn. Laat ik om te beginnen de hoop uitspreken dat dit slechts in zeer geringe mate het geval zal zijn. Vanzelfsprekend zullen verschillende factoren het aantal klachten kunnen beïnvloeden. Puur het feit dat de bevoegdheid van de Ombudsman Verzekeringen door de groei van het aantal aansluitingen toeneemt en ook het gegeven dat het Klachteninstituut Verzekeringen door deze ontwikkeling meer bekendheid zal krijgen, zullen ongetwijfeld voor een toename van het aantal klachten zorgen. Aan de andere kant echter kan de GIDI zelf, indien deze wordt toegepast zoals bedoeld is, de kans verkleinen dat er problemen tussen consumenten, verzekeraars en assurantietussenpersonen ontstaan.

De GIDI is een uitstekend initiatief, in de zin van een heel goed begin. Men moet er nu eerst in de praktijk mee gaan werken, waarbij vervolgens wel zal blijken in hoeverre de gedragscode nog aanpassingen of aanvullingen behoeft. Op voorhand worden mijn verwachtingen omtrent de klachtremmende werking van de GIDI enigszins getemperd, doordat enkele belangrijke richtlijnen daar niet in zijn opgenomen. Dit betreft met name het dringende advies aan het intermediair om archief te vormen van correspondentie, van schriftelijk vastgelegde afspraken en van wisselingen van standpunten. Veel klachten waarbij ik het gevoel heb dat ze een grond hebben, kan ik niet succesvol afwikkelen omdat er geen dossier voorhanden is. Het dringende advies, dat ik niet alleen tot tussenpersonen, maar ook tot consumenten richt, is daarom: leg alles schriftelijk vast en bewaar alles. Helaas is dit advies niet in de GIDI

opgenomen en daarom vrees ik dat het knellende probleem van het niet-aanwezig zijn van schriftelijk vastgelegde afspraken zich bij de afwikkeling van klachten zal blijven voordoen.

Met de GIDI, evenals met de algemene gedragscode voor verzekeraars die in de maak is en de Financiële Bijsluiter die per 1 juli 2002 verplicht wordt gesteld, bestaat de kans dat de kiem van veel problemen tussen verzekeraars en consumenten, namelijk een gebrekkige communicatie, wordt weggenomen. Ook in dit jaarverslag over 2001 is onvolledigheid van informatie of anderszins tekortschietende communicatie een steeds weer terugkerend thema, hetgeen in diverse passages van het verslag nog eens typografisch is benadrukt. Het kenmerk van goede communicatie is, dat er niet alleen informatie wordt gezonden, maar ook wordt ontvangen en dat er een wisseling van die rollen is. In de driehoek verzekeraars - tussenpersonen - consumenten schort het daar helaas vaak aan. Veel verzekeraars hebben grote moeite, enigszins lijdend onder de last van de grote aantallen en de behoorlijk grote administratieve knelpunten, om klanten adequaat over de aard van het product, over relevante nieuwe ontwikkelingen of over productwijzigingen te informeren. Informatie over levensverzekeringen is, bij wijze van voorbeeld, soms zo ontoereikend dat het klanten volledig onduidelijk is dat het geen spaarproduct, maar een verzekeringsproduct betreft of dat men niet beseft dat het om een hypotheek gaat waaraan onlosmakelijk een verpande levensverzekering is verbonden. Intermediairs, op hun beurt, hebben er vaak moeite mee om, naast de verkoop van producten, naar de klant te luisteren, diens situatie te onderzoeken en hem op maat te adviseren. Maar ook consumenten laten grote steken vallen. Zij kopen vaak veel te achteloos een verzekeringsproduct. Met name is dit het geval met de 'klaar-terwijl-u-wacht-verzekeringen' die de klant in bijvoorbeeld warenhuizen, supermarkten en tankstations kan kopen en bij de 'nevenverzekeringen' die hij als bijproduct bij bijvoorbeeld zijn fiets, reis of telefoon aanschaf. Veel consumenten nemen niet eens de moeite om de belangrijkste polisvoorwaarden bij dergelijke verzekeringen door te lezen en weten daardoor meestal nauwelijks wat ze wel of niet hebben verzekerd. Als het dan tot een incident komt, is de teleurstelling vaak erg groot. In al deze gevallen waren ongetwijfeld veel klachten voorkomen indien de verzekeraar of de tussenpersoon de

klant beter van informatie had voorzien en beter met de klant had gecommuniceerd óf als de klant zelf beter had opgelet.

Op het gebied van communicatie vraag ik nog bijzondere aandacht voor het probleem van het, naar men dan beweert, niet ontvangen hebben van stukken. In dit verslag wordt dit onderwerp nog uitgebreider behandeld. Laat ik hier volstaan met een verwijzing naar de hoofdregel in het relevante recht - het is aan de verzender om te bewijzen dat een poststuk de geadresseerde heeft bereikt - en met de constatering dat deze hoofdregel vanzelfsprekend even goed voor consumenten als voor verzekeraars geldt.

Ten aanzien van problemen in de communicatie zullen de GIDI, de nieuwe gedragscode voor verzekeraars en de Financiële Bijsluiter aanzienlijk preventief kunnen werken. Mijn vraag is daarom dat verzekeraars, assurantietussenpersonen en consumenten hun attitude op deze richtlijnen zullen afstemmen. De kiem van veel conflicten zal daardoor worden weggenomen. Positief gestemd daarom, juist ook omdat het zichtbaar is dat verzekeraars en tussenpersonen hard werken aan vergaande zelfregulering, gedragsverbetering, discipline en kwaliteit in de communicatie, wil ik dat streven door middel van dit jaarverslag nog eens extra aanmoedigen.

Mr. J.W. Wabeke,
Ombudsman Verzekeringen

1 Organisatie en cijfers

1.1 Organisatie

De Stichting Klachteninstituut Verzekeringen heeft tot doel het instellen en instandhouden van een bemiddelingsorgaan, evenals van een instantie die belast is met de tucht rechtspraak, bij klachten en geschillen van consumenten inzake verzekeringsovereenkomsten waarop het Nederlands recht van toepassing is. Hiertoe biedt de stichting in het Klachteninstituut huisvesting en ondersteuning aan de Ombudsman Verzekeringen en de Raad van Toezicht Verzekeringen. De Ombudsman Verzekeringen voert zijn werkzaamheden uit op basis van het reglement Ombudsman Verzekeringen (zie bijlage 1). De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft een eigen reglement (zie bijlage 2). Overige doelstellingen van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen zijn het uitvoeren van secretariaatswerkzaamheden voor instanties die soortgelijke werkzaamheden verrichten en het verrichten van hetgeen in verband met het vorenstaande nuttig of nodig is. Met Zorgverzekeraars Nederland en de koepelorganisaties Stichting voor Ondernemingspensioenfondsen en Vereniging van Bedrijfspensioenfondsen zijn in dat verband afspraken gemaakt over het verlenen van een aantal faciliteiten. Zo fungeert het secretariaat van het Klachteninstituut tevens als loket voor het binnenkomende telefoonverkeer en de binnenkomende post voor de Ombudsman Pensioenen en de Ombudsman Zorgverzekeringen.

De functies van Ombudsman Verzekeringen en directeur van het Klachteninstituut zijn in één persoon verenigd. Op het instituut zijn specialisten werkzaam als arbeidsdeskundigen, pensioendeskundigen, medisch specialisten, actuarissen en verzekeringsjuristen. De secties binnen het instituut worden door coördinerend secretarissen geleid. Binnen het Klachteninstituut waren gedurende de verslagperiode in totaal 14 secretarissen in dienst. Vanuit het secretariaat werd ondersteuning geleverd door 9 medewerkers. Daarnaast werd regelmatig de hulp van freelancers ingeroepen. In bijlage 3 zijn de personalia gespecificeerd. In 2001 werd bij de behandeling van klachten ook diverse keren van de mogelijkheid gebruikgemaakt om extern deskundigen te raadplegen.

In 2001 werden in totaal 4.257 nieuwe zaken geregistreerd. Van voorgaande jaren waren nog 1.069 dossiers in behandeling. In 2001 werden 1.443 dossiers op het gebied van levensverzekeringen afgehandeld en 2.950 dossiers op het gebied van schadeverzekeringen. De Raad van Toezicht Verzekeringen handelde 155 zaken af. Met behulp van een telefoonpiket wordt de mogelijkheid geboden om ook mondeling klachten in te dienen of om de secretarissen van de Ombudsman Verzekeringen om hulp of informatie te vragen. In 2001 werden zo meer dan 7.500 kwesties voorgelegd. In het volgende hoofdstuk worden deze aantallen gespecificeerd.

1.2 Kengetallen

1.2.1 Kengetallen Ombudsman Verzekeringen

1.2.1.1 Kengetallen levensverzekeringen

Deze paragraaf betreft naast levensverzekeringen ook spaarkasovereenkomsten en natura-uitvaartverzekeringen.

Afgehandelde klachten

Begin 2001 bestond de werkvoorraad uit 339 klachten, en daar kwamen in de loop van het jaar 1.382 klachten bij, over de bemiddeling bij en de totstandkoming en uitvoering van levensverzekeringen, spaarkasovereenkomsten en natura-uitvaartverzekeringen. In 2001 werden in totaal 1.195 klachten afgehandeld, door middel van een oordeel, een rechtsherstel, een schikking of een coulançe-afwikkeling. In totaal 793 klachten (66%) konden niet geheel of gedeeltelijk ten gunste van de klager worden opgelost. Dit betekent overigens niet dat de desbetreffende verzekerden niets hadden te klagen. In totaal 402 klachten (34%) konden wel op enigerlei wijze ten gunste van de klager worden afgehandeld. Hiervan kon een substantieel aantal zonder veel inspanning worden opgelost. Kort nadat de klacht aan de directie van het desbetreffende verzekeringsbedrijf was voorgelegd, ontving de Ombudsman Verzekeringen de mededeling dat de kwestie zou worden geregeld.

De overige klachten konden na onderzoek en in overleg met het desbetreffende verzekeringsbedrijf worden opgelost.

Teleurgestelde verzekerden

Een afgewezen klacht betekent niet per definitie dat de verzekerde niets te klagen had. De meeste consumenten nemen immers niet zonder invoelbare aanleiding de moeite om bij een buitengerechtelijke klachteninstantie schriftelijk bezwaar aan te tekenen.

Levensverzekeringen zijn ingewikkelde producten. Soms hebben ze aanzienlijke financiële consequenties als gevolg van eigen of andermans tekortkomingen, een verkeerde beeldvorming, gemaakte fouten, een wijziging in persoonlijke omstandigheden, overmacht en dergelijke. De Ombudsman kan als informeel bemiddelaar zulke gevolgen vanzelfsprekend niet beperken of ongedaan maken. Toch blijkt het in de praktijk mogelijk om ook dergelijke klachten bevredigend voor de klager af te handelen, door de achtergronden van de voorgelegde kwestie begrijpelijk toe te lichten. Bij bijvoorbeeld klachten over tegenvallende afkoopwaarden en premievrije waarden is de realiteit meestal dat de maatschappij de waarde correct heeft vastgesteld en dat de uitkomst, gelet op het algemeen gebruik in de verzekeringsbedrijfstak, redelijk is. In die gevallen kan de Ombudsman de bezwaren van de betreffende consument objectiveren, bijvoorbeeld door het rapport van een onafhankelijke actuaaris te overleggen en door duidelijk uit te leggen wat de oorzaken van die tegenvallende waarde zijn. De teleurstelling zal daardoor niet kunnen worden weggenomen, maar de emoties daarbij richting de verzekeraar kunnen wel in positieve zin worden bijgebogen.

Niet behandelde klachten

Bij in totaal 248 klachten kwam het niet tot een oordeelsvorming. Daarvan waren er 144 niet ontvankelijk. In 62 gevallen werd de klacht niet in behandeling genomen omdat het geschil nog niet voor bemiddeling vatbaar was (in deze gevallen werd het desbetreffende verzekeringsbedrijf, vaak met succes, op de mogelijkheid geattendeerd om door een adequate reactie een potentiële klacht te voorkomen) of omdat de klacht tijdens de behandeling werd ingetrokken, aangezien de kwestie alsnog tot tevredenheid werd afgewikkeld. In 16 gevallen kon een klacht door informatie-verstreking worden voorkomen. In totaal moesten 26 klachten worden geseponeerd, omdat op een verzoek om aanvullende

informatie of om een reactie op een voorlopig standpunt, zelfs na een herinnering, niet werd gereageerd.

Overzicht van wel en niet behandelde klachten

Werkvoorraad per 1 januari 2001	339
Nieuwe klachten	1.382
Totaal	1.721

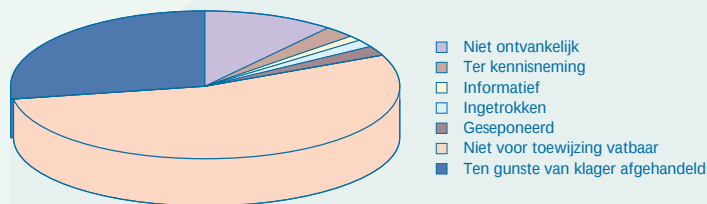
Niet ontvankelijk	144
Informatief	16
Geseponeerd	26
Niet voor toewijzing vatbaar	793
Ten gunste van klager afgehandeld	402
Anders (ingetrokken, ter kennisneming)	62
Totaal afgehandeld in 2001	1.443

Werkvoorraad per 1 januari 2002	277
---------------------------------	-----

In 2001 werden de secretarissen van de Ombudsman Verzekeringen circa 7.500 maal telefonisch benaderd. Voor de sector Levensverzekeringen was hierbij in 2.142 gevallen sprake van nieuwe klachtuitingen of verzoeken om informatie.

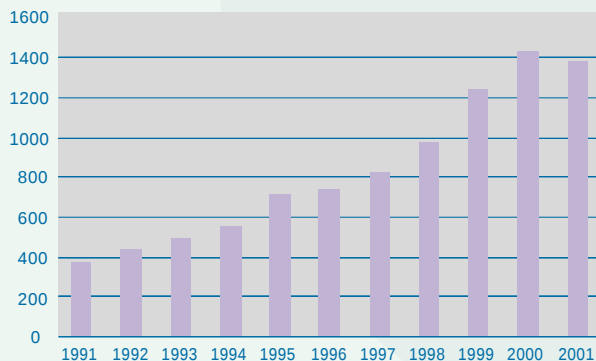
Ontvangen en behandelde klachten

In de grafiek hieronder zijn de cijfers ten aanzien van klachten over levensverzekeringen, spaarkasovereenkomsten, natuura-uitvaartverzekeringen en, sinds medio 1999, assurantietussenpersonen, geconsolideerd.

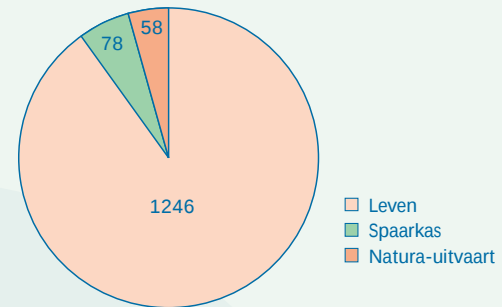


Lichte daling van het aantal klachten

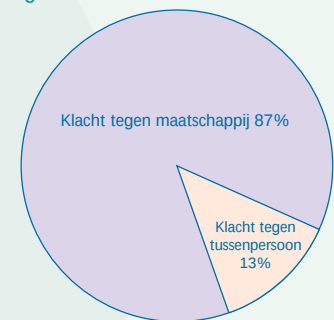
Het aantal klachten tegen levensverzekeraars, spaarkasbedrijven, natura-uitvaartverzekeraars en assurantietussenpersonen die bij het sluiten van levensverzekeringen hebben bemiddeld, is in 2001 met circa 4% gedaald, van 1.434 naar 1.382. Opgemerkt moet worden dat dit hoofdzakelijk is veroorzaakt door een sterke daling van het aantal klachten tegen spaarkasbedrijven (24%) en het aantal klachten tegen natura-uitvaartverzekeraars (43%). Het aantal klachten tegen levensverzekeraars steeg met ongeveer 1%. Het aantal tegen assurantietussenpersonen ingediende klachten (177) maakt inmiddels voor 13% deel uit van het totaal. Het aantal klachten over vertraging in de behandeling, het onbeantwoord laten van brieven en vertraging in de uitkering van verzekerde bedragen en afkoopwaarden, geeft net zoals vorig jaar een verontrustend beeld te zien. Deze waarnemingen bevestigen de nog steeds voortdurende berichten in de vakpers over administratieve problemen bij verzekeraars. De verklaring is in de meeste gevallen op personele problemen terug te voeren, maar uiteraard is dat voor de consument geen valide verontschuldiging.



Klachten verdeeld naar branches

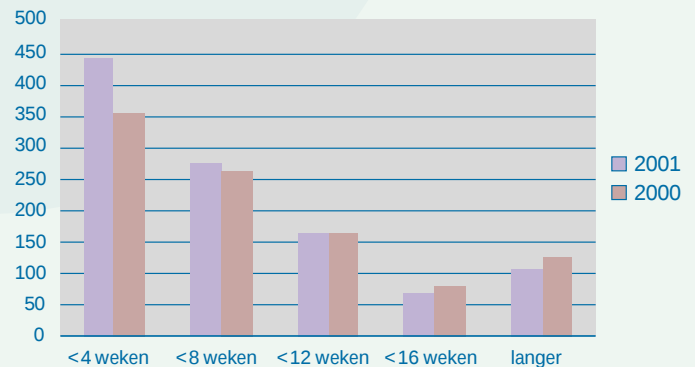


Klachten verdeeld naar beklagde



Doorlooptijden

Het diagram hieronder geeft de doorlooptijd van de klachtbehandeling weer.



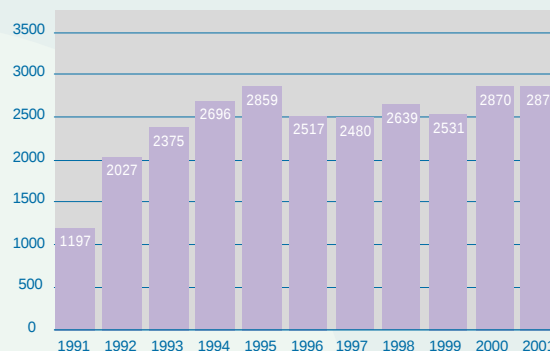
Klachten verdeeld naar onderwerp

Aard van de klacht	In 2001 afgehandeld	in 2001 ontvangen
Aanspraken uit verzekering	216	222
Vertraging in behandeling of uitkering	220	212
Afkoop, afkoop- en premievrije waarde	167	142
Geschillen over uitkeringen	110	114
Kostenstructuur	83	90
Fouten en vergissingen	89	82
Bemiddeling en advisering	58	61
Beëindiging overeenkomst	52	56
Totstandkoming overeenkomst	61	53
Reserve- of waardeoverdracht	38	36
Mate van arbeidsongeschiktheid	39	31
Conversie en omzetting	28	27
Winstdeling	33	27
Echtscheiding en levensverzekering	23	26
Toepassing of interpretatie polisvoorwaarden	40	25
Fiscale aspecten	22	25
Royement wegens non-betaling	27	24
Hypotheek en levensverzekering	30	24
Diversen	23	24
Voorlichting	22	23
Verzwijging	21	18
Medische acceptatie	13	14
Geen uitkering wegens oud royement	13	11
Consequenties te late indiening ao-claims	7	8
Begunstiging	5	4
Zelfmoord en levensverzekering	3	3
Totaal 2001	1.443	1.382

1.2.1.2 Kengetallen schadeverzekeringen

Nieuwe dossiers

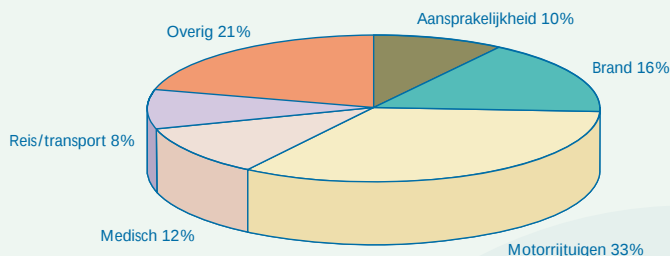
In 2001 werden 2.875 nieuwe dossiers in behandeling genomen. Dit aantal is vrijwel gelijk aan dat van 2000 (2.870).



Overzicht naar branche

	2001	2000	1999	1998	1997
Motorrijtuigen	937	925	891	954	922
Caravan	22	15	28	26	29
Brand	473	472	422	442	450
Aansprakelijkheid	277	317	314	339	360
Transport (pleziervaartuigen)	25	22	20	22	32
Transport (overige)	17	11	7	12	6
Reis	176	191	160	201	200
Annuleringskosten	65	66	57	59	37
Medische varia	337	333	249	222	182
Rechtsbijstand	197	182	152	152	126
Kostbaarheden	14	14	12	15	14
Overige	335	322	219	195	122
Totaal	2.875	2.870	2.531	2.639	2.480

Verdeling naar branche



Overzicht van wel en niet behandelde klachten

Werkvoorraad per 1 januari 2001 (waarvan 715 uit 2000)	730
Nieuwe klachten	2.875
Totaal	3.605

Niet ontvankelijk	18
Informatief	408
Geseponeerd	73
Niet voor toewijzing vatbaar	1.193
Ten gunste van klager afgehandeld	1.082
Anders (ingetrokken, ter kennisneming)	176
Totaal afgehandeld in 2001	2.950

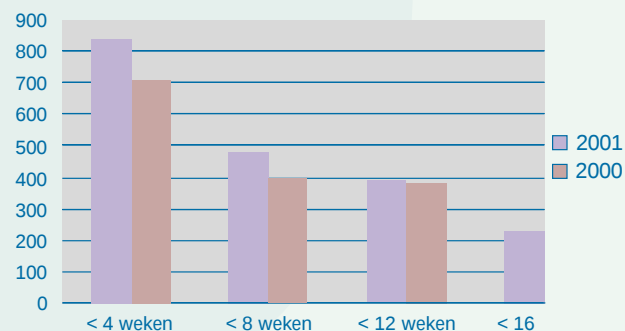
Werkvoorraad per 1 januari 2002	655
---------------------------------	-----

De sector Schadeverzekeringen behandelde 3.559 mondelinge verzoeken om bemiddeling of advies.

Afgehandelde zaken

Uit voorgaande jaren resteerden nog 730 zaken. Op 31 december 2001 waren 2.255 van de 2.875 nieuwe zaken afgehandeld. In totaal werden in 2001 2.950 zaken afgehandeld (2.764 in 2000). In 891 zaken was het niet nodig om contact met de beklaagde verzekeraar of tussenpersoon op te nemen, omdat de Ombudsman informatie of suggesties gaf over de verdere wijze van aanpak (550 keer) of omdat hij de betrokkene liet weten geen ruimte te zien voor verdere bemiddeling, bijvoorbeeld omdat de klacht hem ongegrond voorkwam (341 keer). In 2.059 zaken werd met de beklaagde verzekeraar

of tussenpersoon wel contact opgenomen. In 857 zaken was de verzekeraar of tussenpersoon niet bereid om betrokkene tegemoet te komen, waarna de Ombudsman geen aanleiding meer zag tot verdere bemiddeling. In 190 zaken leidde het overleg tot een voor beide partijen aanvaardbaar compromis. In 893 zaken besloot de verzekeraar of tussenpersoon na de discussie met de Ombudsman om de betrokkene alsnog geheel tegemoet te komen. In 42 zaken kon het probleem niet worden opgelost, waarna de klacht op grond van het reglement Ombudsman Verzekeringen of op verzoek van betrokkene aan de Raad van Toezicht Verzekeringen werd doorgezonden. In 77 zaken werd de klacht op een andere wijze afgewikkeld. Uit deze cijfers blijkt dat in 53% van de gevallen waarin de Ombudsman zich tot de beklaagde verzekeraar of tussenpersoon wendde, geheel of gedeeltelijk een positief resultaat voor de betrokkene werd bereikt. In 2001 werd opnieuw geen enkele maal schriftelijk advies overeenkomstig artikel 7 van het Reglement uitgebracht. In 2001 werden 133 zaken gemeld die op assurantie-tussenpersonen betrekking hadden. De behandelingsduur van de 2.255 zaken die in 2001 werden afgewikkeld, bedroeg gemiddeld circa 10 weken (in 2000 circa 11 weken).



1.2.2 Kengetallen Raad van Toezicht Verzekeringen

In 2001 werden 161 klachten bij de Raad van Toezicht Verzekeringen ingediend (145 in 2000). In 149 gevallen betrof de klacht een verzekeraar, in 12 gevallen een tussenpersoon. Van voorgaande jaren waren begin 2001 nog 82 klachten in behandeling. In totaal werden in 2001 155 klachten afgehandeld. Eind 2001 waren nog 88 zaken in behandeling.

Behandelde klachten en de wijze van afdoening

Branche	Afgehandeld		Geground		Ongegrond		Behandeling gestaakt		Gedeeltelijk geground		Niet-ontvankelijk
	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Niet-ontvankelijk											
Aansprakelijkheid	16	26	3	1	5	14	7	10	0	1	1
Opstal/inboedel/inventaris	24	31	1	2	7	19	14	10	0	0	2
Motorrijtuig/caravan	36	58	4	11	11	22	15	21	4	4	2
Medische zaken	31	38	5	5	6	16	18	15	2	2	0
Reis/transport	9	11	0	3	8	5	3	0	0	1	
Rechtsbijstand	21	18	1	3	10	8	9	6	0	1	1
Leven	6	4	2	1	2	3	0	1	0	1	
Overig	12	2	1	0	4	1	7	1	0	0	0
Doorgestuurd naar Ombudsman		3									
Totaal	155	188	15	24	47	90	78	66	7	8	8

Klachten waarvan de behandeling werd gestaakt

	2001	2000
Betaald/geregeld na vragen van verweer tegen de klacht	14	21
Betaald/geregeld na ontvangst van klagers commentaar op het verweer van de aangeslotene	0	0
Betaald/geregeld na oproep van de aangeslotene ter zitting van de Raad	3	6
Betaald/geregeld na overleg met de aangeslotene (ter zitting)	5	12
Klacht ingetrokken na overleg tussen de aangeslotene en klager (zonder zitting)	7	7
Klacht ingetrokken na verzoek aan klager om commentaar op het verweer van de aangeslotene	3	2
Dossier afgelegd nadat klager niet reageerde op het verzoek om commentaar	2	3
Klacht geregeld na uitbrengen van bindend advies	0	0
Klager bleek zich tot de rechter te wenden of te hebben gewend	0	2
Verzekeraar/de tussenpersoon viel niet onder de Raad van Toezicht Verzekeringen	8	1
Klager zond geen deugdelijk klaagschrift	21	12
Klacht ter behandeling naar Ombudsman Verzekeringen	15	
Totaal	78	66

2 Interdisciplinair

2.1 Wet op de medische keuringen

De Wet op de medische keuringen stelt aan werkgevers en verzekeraars beperkende regels omtrent medische keuringen:1) bij sollicitaties,2) voor verzekeringen die via de werkgever worden afgesloten (arbeidsgerelateerde verzekeringen) en 3) voor particuliere levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (onder een verzekerd bedrag van momenteel 150.000 euro vindt geen HIV-test plaats en worden geen resultaten van eventueel verricht erfelijkheidsonderzoek vermeld). Deze Wet op de medische keuringen is sinds 1 januari 1998 van kracht. Sindsdien hebben mij enkele klachten bereikt, maar vooral ook heel veel vragen over door verzekeraars gevraagde keuringen bij een opname in een pensioenregeling of bij een tussentijdse verhoging van de pensioenanspraken. De Wet op de medische keuringen zou volgens deze verzekeraars een eerbiedigende werking hebben ten aanzien van bestaande collectieve verzekeringscontracten tot uitvoering van gedane pensioentoezeggingen. De verantwoordelijke minister deelde deze opvatting niet en was van mening dat de wet geen overgangsbepaling kent en dus direct in werking trad. Op grond van de parlementaire behandeling van de wet bleven verzekeraars echter aan hun standpunt vasthouden. Omdat alleen de rechter hierin beslissingen kan nemen, entameerde een verzekeraar in overleg met de bedrijfstak een proefprocedure. Nadat de rechtbank in Rotterdam op 11 november 1999 had geoordeeld dat bestaande contracten moeten worden geëerbiedigd, werd deze principiële rechtsvraag door middel van sprongcassatie aan de Hoge Raad voorgelegd. Deze heeft bij arrest van 5 januari 2001 de verzekeraar, als verweerder in cassatie, in het ongelijk gesteld. De kern van de overwegingen is, dat de initiatiefnemer van de wet, Van Boxtel, in zijn antwoorden in de Eerste Kamer steeds heeft benadrukt dat de Wet op de medische keuringen onmiddellijke werking heeft. In de wet is slechts een uitzondering gemaakt voor het in artikel 4 lid 6 opgenomen verbod op uitsluitingsclausules. Dit verbod beoogt ontwijkingsconstructies voor de keuringsverboden in de overige leden van dat artikel te verbieden. De uitspraak van de Hoge Raad sluit geheel aan bij wat de wet beoogde, namelijk de toegang tot oudedags- en arbeids-

ongeschiktheidsvoorzieningen niet onredelijk te beperken. Naar aanleiding van het arrest van de Hoge Raad heeft het Verbond van Verzekeraars een advies uitgebracht waarin verschillende mogelijkheden worden genoemd om lopende contracten aan te passen. Om te beginnen kunnen contracten van voor 1998 worden opgebroken, zodat daarin een of meer carenzjaren, een uitsluitingsclausule en een aangepaste tariefstelling kunnen worden opgenomen. Op grond van het arrest kan een verzekeraar zich immers op het standpunt stellen dat het contract niet meer kan worden nagekomen, bijvoorbeeld omdat de premiestelling op de mogelijkheid van keuren was gebaseerd. Het tussentijds openbreken van het contract kan op verschillende manieren. De eerste mogelijkheid is dat het contract in overleg met de werkgever, tevens verzekeringnemer, wordt gewijzigd. De tweede mogelijkheid is dat een wijziging wordt gerealiseerd door middel van een beroep op de 'en bloc'-clausule in de voorwaarden. Deze clausule geldt meestal alleen voor de aanvullende arbeidsongeschiktheidsdekking bij een collectief pensioencontract. De werkgever heeft daarbij wel het recht om de herziening te weigeren. In dat geval blijft het pensioencontract zelf wel in stand, maar vervalt de volledige arbeidsongeschiktheidsdekking en het daarmee corresponderende premiegedeelte. De derde mogelijkheid om een contract tussentijds open te breken, is dat een beroep op artikel 6:258 BW wordt gedaan: wijziging, dan wel gehele of gedeeltelijke ontbinding van het contract wegens 'onvoorziene omstandigheden' (namelijk het arrest van de Hoge Raad). Hiervoor moet wel in ieder afzonderlijk geval de gang naar de rechter worden gemaakt. Naast het tussentijds openbreken van contracten is het ook mogelijk om contracten op een later moment aan te passen, namelijk op de einddatum. Dit houdt in dat bij de verlenging of herziening van deze contracten eveneens een of meer carenzjaren, een uitsluitingsclausule en een nieuwe tariefstelling kunnen worden opgenomen. Tot deze einddatum worden nieuwe deelnemers dan zonder gezondheidswaARBORGEN en tegen de tarieven en voorwaarden van het lopende contract aanvaard. Dit alles overwegende heeft het Verbond de leden geadviseerd om bestaande contracten in stand te houden. In het geval er door onterecht keuren negatieve gevolgen

voor de gekeurde zijn, behoort de verzekeraar volgens het Verbond naar een ruimhartige oplossing te zoeken, die met de uitspraak van de Hoge Raad in overeenstemming is.

Uit klachten is gebleken dat sommige verzekeraars het advies van het Verbond niet hebben gevolgd of in strijd met de letter, dan wel in strijd met de geest van de Wet op de medische keuringen hebben gehandeld. Ik heb bijvoorbeeld geen waardering voor de opstelling van een maatschappij die in haar pensioenpolissen een optieclausule hanteert waarin een maximale pensioengrondslagverhoging is vastgelegd en die de betreffende werknemer bij overschrijding daarvan om gezondheidswaarborgen vraagt. Het maximeren van de (periodieke) verhoging van het pensioengevend salaris is niet in strijd met de Wet op de medische keuringen. Het uitlokken van 'vrijwillige' medische waarborgen door de verzekerde werknemer om het meerdere toch te verzekeren, is daarentegen wel nadrukkelijk in strijd met het doel en de strekking van de wetgever en dus niet toegestaan, dan wel ongewenst. Dit is ook zo uitgesproken door zowel het Verbond van Verzekeraars als indertijd de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid De Grave. Ik wil daarbij nog aantekenen dat in het vermelde voorbeeld de consequenties die voor een verzekeraar uit de Wet op de medische keuringen voortvloeien, ten onrechte op de individuele werknemer worden afgewenteld. Over te stellen of gestelde risicobeperkende voorwaarden en de consequenties daarvan hoort de maatschappij met de verzekeringnemer te overleggen, dus met de werkgever. Risicobeperkende voorwaarden zijn immers van invloed op de pensioentoezegging. Het lijkt mij geen goede zaak wanneer werkgevers zich terzake van beperkingen in de pensioentoezegging achter de verzekeraar verschuilen. (Dezelfde kanttekeningen zijn overigens te plaatsen bij het vragen aan de verzekerde van een algemene machtiging tot inzage in zijn of haar medisch dossier na overlijden.)

Optieregeling niet toegepast

Bij een verandering van werkgever, met een flinke salarisverbetering als gevolg daarvan, bestaat de mogelijkheid om een lopende C-polis bij de nieuwe werkgever voort te zetten. De polis bevat echter een maximering van een premieverhoging tot 25%. De wisseling van werkgever betekende in dit geval een stijging van de premie met 75%.

De maatschappij verlangde voor het meerdere gezondheidswaarborgen van de verzekerde. Ook een optie was een geheel nieuwe verzekering te sluiten, met als gevolg een pensioenbreuk en beperkingen in de dekking ingevolge de Wet op de medische keuringen. De maatschappij heeft op mijn verzoek alsnog besloten, omdat het om een verhoging wegens een nieuw dienstverband ging, om de optieregeling in dit geval niet toe te passen. Het is overigens moeilijk in overeenstemming met de doelstelling van de Wet op de medische keuringen te brengen, dat een optieregeling ertoe zou strekken dat de ter dekking van de pensioentoezegging gesloten verzekering niet meer bij deze toezegging aansluit.

De Wet op de medische keuringen, zo is uit klachten gebleken, voorziet niet in een keuringsverbod voor een door een particuliere verzekeraar aangeboden vrijwillige individuele Anw-hiaatverzekering. Ook als het om een aanvullende pensioenvoorziening gaat waartoe de mogelijkheid uit de collectieve regeling voortvloeit en die binnen een voorgenomen uitbreiding van de collectieve regeling op het punt van de nabestaandenvoorzieningen past, is er geen keuringsverbod. In de Wet op de medische keuringen is in artikel 4 lid 3 bepaald, dat geen keuring plaatsvindt voor deelneming aan een pensioenvoorziening als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet, tenzij er sprake is van een C-polis. Dit artikel kan via artikel 2 PSW worden teruggevoerd naar artikel 13 lid 4 (onderdeel a onder 3 en 4) van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 en is alleen van toepassing op bedrijfs- en ondernemingspensioenfondsen. Bovendien heeft artikel 4 lid 4 van de Wet op de medische keuringen (geen keuring voor een arbeidsgerelateerde aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering) geen betrekking op een arbeidsgerelateerde overlijdensverzekering. De Wet op de medische keuringen bevat dus een onbegrijpelijk hiaat. In de praktijk kan dat gemakkelijk tot een ongelijke behandeling van werknemers leiden voor wat betreft arbeidsgerelateerde aanvullende overlijdensrisicoverzekeringen. Het is niet uit te leggen waarom een individuele Anw-hiaatverzekering in het geval het pensioenfonds het initiatief neemt, wel onder het keuringsverbod valt en in andere gevallen in beginsel niet. Ik acht dit in strijd met het doel en de strekking van de Wet op de medische keuringen. Dat is overigens ook de overweging van TNO Arbeid/Hugo Sinzheimer Instituut, het

instituut waaraan door de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale Zaken en Werkgelegenheid de evaluatie van de wet is opgedragen. Ik heb dit instituut over mijn bevindingen geïnformeerd.

In de Wet op de medische keuringen wordt, tot slot, zelfregulering voorzien ten aanzien van verzekeringskeuringen die nog wel zijn toegestaan, met name bij particuliere verzekeringen. Het is spijtig dat er, meer dan vier jaar na de invoering van de wet, geen concrete resultaten op dit gebied zijn bereikt. Weliswaar zijn er niet veel inhoudelijke klachten over verzekeringskeuringen, maar wel hebben de betrokken partijen veel vragen over de wederzijdse rechten en verplichtingen.

2.2 Betalingsbeschermingsverzekeringen

Bij een betalingsbeschermingsverzekering, die meestal in combinatie met een persoonlijke lening of een doorlopend krediet wordt gesloten, neemt de verzekeraar bij arbeidsongeschiktheid, onvrijwillige werkloosheid of overlijden van de verzekerde de betalingsverplichtingen over. De verzekeraar vraagt voor deze dekking in het algemeen een eenmalige koopsom in plaats van een maandelijke premie. Het is gebruikelijk om de kosten van een dergelijke risicodekking in de kredietovereenkomst in te brengen, waardoor de hoogte van deze (aanzienlijke) koopsom in zekere mate wordt gecamoufleerd. De maandlast bedraagt dan immers slechts een klein bedrag. Regelmatig krijg ik zaken voorgelegd waarin de polishouder niet direct over de hoogte van de koopsom klaagt, maar wel over het gedeelte van de koopsom dat na vroegtijdige aflossing van het krediet moet worden terugbetaald. Soms voorzien de voorwaarden in het geheel niet in restitutie van een deel van de betaalde koopsom, ook al is de geldlening in zijn geheel afgelost. De verzekering blijft dan de hele overeengekomen looptijd in stand. Voorzien de voorwaarden wel in restitutie, dan levert het terugontvangen bedrag vaak een teleurstelling op. Sinds enige tijd is de informatievoorziening hierover door de desbetreffende verzekeraars sterk verbeterd. Toch blijkt dat veel consumenten op dit punt nog steeds onaangenaam worden verrast. Ik benadruk daarom dat consumenten zich niet alleen goed door verzekeraar of tussenpersoon moeten laten informeren, maar ook zelf de voorwaarden goed moeten lezen

voordat ze een verzekering sluiten. Zeker bij verzekeringen die in het algemeen een substantieel financieel belang vertegenwoordigen, moeten ze goed weten wat voor product zij kopen.

Acceptatieprocedures

Het aantal klachten in verband met het gebruik van verkorte aanvraagformulieren bij het afsluiten van betalingsbeschermingsverzekeringen is teruggelopen. Toch zijn ook die klachten er nog en daarom breng ik dit onderwerp nogmaals onder de aandacht. Verzekeraars die bij het afsluiten van dit type verzekeringen korte verklaringen en vragenlijstjes over de gezondheid van kandidaat-verzekerden gebruiken, kunnen zich bij de claimbehandeling niet snel beroepen op verzwijging in de zin van artikel 251 Wetboek van Koophandel. Indien een verzekeraar iets wil weten, dan moet hij daarnaar vragen. Te algemene vragen kunnen alleen maar tot misverstanden bij kandidaat-verzekerden leiden.

2.3 Communicatie per post

Nogal eens wordt in de klachtbehandeling aangevoerd, dat stukken die (per post) zijn toegestuurd, niet zijn ontvangen. Deze klachten zijn niet nieuw. Wel verandert de wijze waarop ermee moet worden omgegaan.

In het BW¹ is bepaald, dat een verklaring die tot een bepaalde persoon is gericht, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt, tenzij het niet (tijdig) bereiken het gevolg is van een omstandigheid die voor risico van de geadresseerde komt. De wetgever heeft hiermee voor een codificering van de zogenoemde 'ontvangsttheorie' gekozen. Dit houdt in dat op de verzender de bewijslast rust dat het feit dat een poststuk de geadresseerde niet heeft bereikt, niet voor zijn risico komt. De Hoge Raad² en ook de Raad van Toezicht Verzekeringen³ hebben uitgesproken dat aan de verzender van een poststuk hoge eisen kunnen worden gesteld om te bewijzen dat een poststuk de geadresseerde heeft bereikt. Het feit dat eerdere brieven die naar hetzelfde adres zijn verstuurd, de ontvanger

¹ Artikel 3:37 lid 3.

² HR 23 juni 2000, NJ 2000, 517.

³ Uitspraak nr. 2001/29 Med.

wel hadden bereikt, wordt daartoe onvoldoende geacht. Het spreekt voor zich dat ik als Ombudsman Verzekeringen niet om deze jurisprudentie heen kan. Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars en assurantietussenpersonen om zonodig maatregelen te treffen, bijvoorbeeld op het gebied van dossiervorming. Verzekeraars betogen, begrijpelijk, dat het ondoenlijk is om alle post aangetekend te versturen of om via een andere procedure een bewijs te verkrijgen dat een poststuk de geadresseerde heeft bereikt. Deze reactie echter acht ik niet op zijn plaats. Nergens wordt betoogd dat er zeer ingrijpende maatregelen nodig zijn omdat anders een groot gevaar dreigt. In het overgrote deel van de gevallen doen zich immers geen problemen voor. Ik meen echter dat het voor verzekeraars, en ook voor tussenpersonen en consumenten, mogelijk moet zijn om ten aanzien van belangrijke correspondentie te bewijzen dat stukken zijn toegestuurd. Overigens beroepen verzekeraars zich er evenzeer op dat zij stukken als opzeggingen of verzoeken tot wijzigingen niet hebben ontvangen. Het lijkt mij dat eenieder zich meer bewust moet worden van de noodzaak om de eigen administratie goed op orde te hebben en moet beseffen dat een eigen falende administratie een ander niet kan worden tegengeworpen.⁴

2.4 Het recht om fouten te herstellen

Bij het opmaken van polissen, het berekenen van afkoopwaarden, het uitbrengen van offerten, het verstrekken van winstbijschrijvingen of het opstellen van pensioenopgaven is het onvermijdelijk dat medewerkers van verzekeringsmaatschappijen fouten maken. Regelmatig word ik met problemen geconfronteerd die betrekking hebben op het recht van verzekeraars om zulke fouten te herstellen. Een verzekeraar of een assurantietussenpersoon die een fout maakt, is immers niet onder alle omstandigheden aan de foutieve opgave gehouden. Het gaat hierbij om het zogeheten kenbaarheidvereiste. Hierover is in artikel 3:35 van het Burgerlijk Wetboek bepaald: “Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring

overeenstemmende wil.” Feitelijk impliceert deze wetstekst dat indien aan de verzekeringnemer een opgave wordt verstrekt die door hem wordt aanvaard, degene die de betwiste opgave heeft gedaan in beginsel daaraan is gebonden, ook indien die opgave een fout bevatte, maar de verzekeringnemer er redelijkerwijs op mocht vertrouwen dat zij de werkelijke bedoeling van de afzender weergaf. Omgekeerd geldt dat indien redelijkerwijs onder bepaalde omstandigheden de verklaring van de andere partij niet als een verklaring van die strekking kon worden opgevat, door degene die de abusievelijk gegeven verklaring heeft afgelegd wel kan worden aangevoerd dat de verklaring onjuist was. Met andere woorden: indien redelijkerwijs van een vergissing kan worden gesproken van degene die een bepaalde mededeling heeft gedaan, hoeft diegene niet aan die onjuiste mededeling ‘vast te zitten’. Het hangt hierbij van de omstandigheden af of er sprake is van ‘bij een verzekeringnemer opgewekt gerechtvaardigd vertrouwen’. Men is het erover eens dat het hierbij niet om een subjectief feitelijk vertrouwen gaat (dat wil zeggen wat de verzekeringnemer heeft gedacht), maar om een objectief gerechtvaardigd te achten vertrouwen (dat wil zeggen wat de verzekeringnemer mocht of moest denken, alle omstandigheden in aanmerking genomen). De verzekeraar zal dus moeten bewijzen dat de verzekeringnemer niet mocht vertrouwen (niet mocht aannemen) dat zijn verklaring werkelijk was gewild, in het geval zijn wil daarin op een of meer punten verkeerd tot uitdrukking is gebracht.

De beoordeling van dergelijke kwesties is niet altijd eenvoudig. Er kunnen fouten in een polis ontstaan die gemakkelijk, alleen al bij oppervlakkige lezing, ook door een leek op actuair of juridisch terrein als zodanig vallen te onderkennen. Ook hetgeen zich voor de uitreiking van de polis heeft afgespeeld, kan echter een rol spelen bij de vaststelling of de verzekeringnemer het in de polis vermelde niet moest wantrouwen. Werd door de verzekeraar een offerte uitgereikt? Wat was de inhoud en de strekking van het aanvraagformulier? Wat werd al dan niet met de assurantietussenpersoon besproken? Al deze omstandigheden moeten eerst worden onderzocht voordat over de gevolgen van een gemaakte fout een weloverwogen beslissing kan worden genomen. Daarbij moet steeds het uitgangspunt zijn dat het de verzekeraar is die de polis of de opgave maakt en dat deze er in hoge mate op bedacht moet zijn dat daarbij fouten kunnen worden

⁴ Zie ook *Uitspraak Raad van Toezicht nr. 2001/69 Mo.*

gemaakt. Dit vereist dat iedere polis en opgave voordat die wordt uitgereikt, nauwgezet wordt gecontroleerd. Hiermee wordt niet alleen het eigenbelang van de maatschappij gediend, maar wordt ook de zorgvuldigheid betracht die tegenover de wederpartij gepast is. Overigens is het hierbij een eis van rechtszekerheid dat de maatschappij niet na verloop van tijd - soms wel zeer lang na het sluiten van de verzekering - met de mededeling komt dat in de polis een fout is gemaakt.

De verzekeringnemer behoeft echter minder bedacht te zijn op onzorgvuldigheden van de wederpartij. Hij weet immers dat de polis van een financiële instelling komt die, naar hij mag aannemen, bewijsstukken nauwkeurig controleert. Wel mag redelijkerwijs van hem worden verwacht dat hij van de belangrijkste gegevens in de polis nagaat of deze kloppen en aan zijn verwachtingen voldoen. Vanzelfsprekend gaat het hierbij uitsluitend om de aspecten van de overeenkomst die voor de verzekeringnemer ook daadwerkelijk te controleren zijn. Helaas worden vaak geschillen aan mij voorgelegd waarbij de verzekeringnemer pas geruime tijd na het sluiten van de verzekering heeft ontdekt dat bijvoorbeeld de looptijd niet de afgesproken duur heeft of het verzekerd kapitaal van dat in de offerte afwijkt. Dit zijn kenmerken die voor de verzekeringnemer bij ontvangst van de polis op eenvoudige wijze kenbaar hadden mogen zijn. Maar kan een verzekeringnemer bijvoorbeeld ook constateren dat de uitgevoerde berekening van een afkoopwaarde niet in overeenstemming is met wat de verzekeringsvoorwaarden daarover aangeven? In zulke zaken snijdt het verweer van een verzekeraar meestal geen hout, temeer niet daar in de voorwaarden vaak geen rekenregels zijn vermeld, maar slechts in termen van 'bij de maatschappij gebruikelijke regels' wordt gesproken. Bovendien stellen verzekeraars en tussenpersonen soms erg gemakkelijk, dat het voor de wederpartij direct kenbaar had moeten zijn dat er een fout was gemaakt, terwijl het toch de medewerkers van de maatschappij blijkbaar was ontgaan bij het opmaken en controleren van de polis of bij het berekenen en controleren van het kapitaal of de afkoopwaarde. Soms wordt de ommissie door de verzekeraar zelf pas vele jaren later ontdekt of pas als de einddatum van de verzekering nadert. Is het dan altijd redelijk om dat inzicht van de verzekeringnemer te verwachten? In dit kader mag de rol van de verzekerings-

adviseur vanzelfsprekend niet onderbelicht blijven. Van een professioneel en vakbekwaam assurantie-tussenpersoon mag steeds worden verwacht dat offerten, polissen en polisaanhangsels nauwkeurig worden bestudeerd, om zo mogelijke fouten of onvolkomenheden tijdig te onderkennen. Het controleren of een aangevraagde verzekering conform de ingediende aanvraag is opgemaakt, behoort immers, los van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekeringnemer, tot het takenpakket van de tussenpersoon.

Nakomen van betalingstoezeggingen

Een gevolmachtigd agent deed de directeur van twee vennootschappen, een buitenlandse en een Nederlandse, een betalingstoezegging, maar er ging het een en ander mis na het faillissement van de buitenlandse vennootschap.⁵ De advocaat van de directeur wendde zich na interventie van de Ombudsman Verzekeringen alsnog tot de Raad van Toezicht Verzekeringen met een klacht over de handelwijze van de gevolmachtigde en van de verzekeraar bij de afdoening van de schade. De Raad heeft in deze zaak uitspraak gedaan en de klacht gegrond verklaard.

2.5 Klachten tegen tussenpersonen

Assurantie-tussenpersonen kunnen zich sinds 1999 bij het Klachten-instituut aansluiten. De invoering per 1 januari 2002 van de GIDI, Gedragscode Informatie Dienstverlening Intermediair, zal ongetwijfeld gevolgen voor de aansluitingsgraad van het intermediair hebben. Het onderschrijven van de GIDI door de verzekeringsadviseur betekent immers diens aansluiting bij het Klachteninstituut. Ik juich de totstandkoming van de GIDI toe - in mijn voorwoord heb ik dat al benadrukt - omdat deze gedragscode tot meer inzichtelijkheid in de financiële dienstverlening zal leiden. De GIDI is wat dat betreft een stap in de goede richting, waarbij ik overigens wil opmerken dat we er lang op hebben moeten wachten en dat de hele bedrijfstak in de komende periode de goede voornemens uiteraard nog wel in concrete daden moet omzetten.

De verzekeraars kunnen een wezenlijke rol spelen door de niet-

⁵ Uitspraak Nr. 2001/15 Mo; zie het jaarverslag over 2000, paragraaf 4.2.3.

georganiseerde assurantiëtussenpersonen expliciet op de grote betekenis van de GIDI voor de verzekeringsbranche te wijzen. Ik hoop daarnaast dat het intermediair straks niet alleen naar de letter, maar zeker ook naar de geest van de GIDI gaat handelen. In dat geval is veel gewonnen.

De contacten tussen assurantiëtussenpersonen en de Ombudsman Verzekeringen verlopen vaak niet soepel. In het verleden wisten zij regelmatig de weg naar mijn voorgangers te vinden, maar deden zij dat steeds namens cliënten die een geschil met een verzekeraar hadden. Zij moeten er nu, blijkbaar, aan wennen dat zij ook anderszins met de Ombudsman Verzekeringen kunnen worden geconfronteerd. Wellicht dat sommige assurantiëtussenpersonen het gevoel hebben, geheel ten onrechte overigens, dat ik bij voorbaat aan de kant van de consument sta. Bij de klachtbehandeling is het hierdoor misschien soms moeilijk om van een assurantiëtussenpersoon een inhoudelijke reactie te krijgen - een enkele keer blijft zelfs elke reactie uit. Deze handelwijze komt vanzelfsprekend het imago van de bedrijfstak niet ten goede. Wanneer de consument mijn bemiddeling vraagt, is het uiteraard van belang dat ook de wederpartij hiervoor open staat. Indien dat niet het geval is, is de kans op het vinden van een redelijke oplossing, mocht hiertoe aanleiding zijn, erg klein.

Soms betwijfel ik of een aangesproken assurantiëtussenpersoon wel voldoende vertrouwen in het Klachteninstituut heeft. Om wat dat betreft mogelijke onduidelijkheden over de taak en de rol van de Ombudsman Verzekeringen weg te nemen, wil ik graag op het volgende wijzen. Ik bied consumenten de gelegenheid om via bemiddeling tot oplossingen te komen van problemen met verzekeraars of tussenpersonen over de totstandkoming of de uitvoering van verzekeringsovereenkomsten. Mijn werk bestaat dan ook uit de behandeling van klachten en de bemiddeling van geschillen op dit gebied. Ik oefen deze functie krachtens het reglement onafhankelijk en naar eigen inzicht uit en mijn werk eindigt met een aan beide partijen uit te brengen advies of bemiddelingsvoorstel. Als onafhankelijke buitenstaander en vertrouwensman van beide partijen laat ik mij bij de beoordeling van een klacht of geschil door normen van redelijkheid, billijkheid en zorgvuldigheid leiden, vanuit het besef dat het sluiten van een

verzekeringsovereenkomst niet slechts verzekeringstechnische bedrijfsvoering omvat, maar ook een vorm van maatschappelijke dienstverlening is. Het karakter van de verzekeringsovereenkomst, de toepasselijke gedragscodes en -regels, het algemeen gebruik in de bedrijfstak en de bijzondere omstandigheden van het geval vormen daarbij mijn referentiekader.

Vervolgens is voor mij in de beoordeling van een geschil met een assurantiëtussenpersoon cruciaal:

1. of de assurantiëtussenpersoon de belangen van de cliënt in voldoende mate heeft bewaakt en behartigd;
2. of er redelijkerwijs van een onafhankelijk advies kan worden gesproken;
3. of de cliënt op mogelijke alternatieven is gewezen;
4. of de cliënt op de eventuele risico's van het gekozen product is gewezen;
5. of de inhoud van het advies te controleren is, bijvoorbeeld doordat het op schrift is gesteld en
6. of het advies zorgvuldig is, in die zin dat de omstandigheden en de behoeften van de cliënt zijn onderzocht.

Consumenten zijn steeds vaker bereid om door het inroepen van de Ombudsman Verzekeringen of door middel van een gerechtelijke procedure te proberen datgene te bereiken waarop zij recht menen te hebben. Tussenpersonen zullen dan ook vaker dan vroeger voor hun eventuele tekortschieten aansprakelijk worden gesteld. Ik benadruk daarom dat assurantiëtussenpersonen zich steeds goed bewust moeten zijn van hun zorgplicht en informatieplicht en van het belang van een goede dossiervorming. Van professionele assurantiëtussenpersonen mag immers worden verwacht dat zij hun advies onderbouwen en op schrift zetten. Mijn werkzaamheden worden echter regelmatig door gebrek aan dossiervorming bij het intermediair bemoeilijkt. Regelmatig moet ik vaststellen dat de adviezen grotendeels mondeling zijn gegeven en dat er weinig op papier is gezet, waardoor het zeer moeilijk is om weloverwogen over een geschil te oordelen. Het is daarom van groot belang dat assurantiëtussenpersonen altijd, dus niet alleen in het geval van een geschil, aan de hand van gespreksnotities, offertes en relevante correspondentie kunnen aantonen welk advies ze hebben gegeven en

welke acties ze hebben genomen. Het advies moet met andere woorden altijd goed gemotiveerd en gedocumenteerd zijn. Mocht de tussenpersoon dan door zijn cliënt op zijn handelen worden aangesproken, dan kan hij op die manier op eenvoudige wijze het bewijs van goed werk leveren. Lukt hem dat niet, dan heeft de betrokken tussenpersoon de schijn tegen.

Mondelinge beloften van tussenpersonen

Klagers zien de onafhankelijke tussenpersoon veelal als een verlengstuk van de verzekeraar. Het is hen dan niet duidelijk dat de tussenpersoon geen contractpartij bij de verzekeringsovereenkomst is. Doorgaans wordt bij het invullen van een aanvraagformulier over en weer informatie uitgewisseld, waarbij de tussenpersoon vragen van de kandidaat-verzekerde over de dekking van de verzekering beantwoordt. Als later een discussie met de verzekeraar ontstaat of een schade wel of niet is gedekt, waarover de tussenpersoon zich destijds wellicht positief heeft uitgelaten, sta ik vaak met lege handen. De verzekeraar stelt zich dan op het standpunt dat de tussenpersoon bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst namens de aanvrager van die verzekering is opgetreden en dat eventuele onjuiste mededelingen over de inhoud van de verzekeringsdekking niet aan de verzekeraar kunnen worden toegerekend. Overleg met de tussenpersoon zelf levert vaak niets op. Zijn mondelinge adviezen zijn immers niet reproduceerbaar en bovendien verwijst ook hij naar de polis en de polisvoorwaarden: contract is nu eenmaal contract. Ik kan dan ook niet genoeg herhalen dat schriftelijke vastlegging van afspraken van essentieel belang is.

2.6 Klachtbehandeling door verzekeraars

Het Verbond van Verzekeraars pleit al jaren voor een adequate en transparante klachtbehandeling bij verzekeraars. Ook mijn voorgangers en ik hebben daar herhaaldelijk op aangedrongen. Helaas is daar op een enkele uitzondering na nog weinig van terechtgekomen. De klachten die mij bereiken, de communicatie daarover met verzekeraars en mijn contacten met de directies van verzekeraars geven mij niet de indruk dat de klachten die aan verzekeraars worden voorgelegd, gestructureerd worden aangepakt. Aanbevelingen, richtlijnen en suggesties voor een adequate klachtbehandeling bij verzekeraars liggen al jaren schriftelijk vast in jaarverslagen van de Ombudsman en in uitgaven van het Verbond.

Zo werden al in het jaarverslag over 1995 de positieve effecten aangegeven van de invoering van een gestructureerde methode van klachtbehandeling. Nu gaat het erom deze aanbevelingen concreet gestalte te geven. De Gedragscode Verzekeraars, die naar verwachting in de loop van 2002 zal worden ingevoerd, speelt daar een belangrijke rol bij. Verzekeraars zeggen daarin een laagdrempelige, oplossingsgerichte en klantgerichte interne klachtenregeling toe, evenals een loyale medewerking aan de behandeling van klachten en de uitvoering van de adviezen van de Ombudsman Verzekeringen.

Dossiervorming

Verzekeraars tonen zich nogal eens bezorgd over het toenemende 'consumentisme'. In hun ogen zouden consumenten in het 'halen van hun recht' doordraven. Ik acht hier een nuancering op zijn plaats. De wetgever heeft immers de bescherming van de consument een belangrijke plaats in het Nieuw Burgerlijk Wetboek gegeven en het kan natuurlijk niet zo zijn dat verzekeraars zich daardoor nog steeds laten verrassen. Er worden steeds hogere eisen gesteld, niet alleen aan de manier waarop verzekeringsproducten worden aangeboden en verkocht en waarop contracten worden nageleefd, maar bijvoorbeeld ook, zo blijkt uit de ontwikkelingen in de jurisprudentie, aan de dossiervorming. Wanneer een consument zich ook maar enigszins op een gemaakte afspraak kan beroepen, dan wordt de verzekeraar of de tussenpersoon al snel de bewijslast opgelegd om aan de hand van zijn dossier aan te tonen dat de zaken toch anders liggen.

Deze ontwikkelingen kunnen ook een uitdaging zijn. Verzekeraars en tussenpersonen kunnen zich op het gebied van communicatie profileren, juist omdat de consument steeds bewuster en kritischer met informatie omgaat.

3 Levensverzekeringen

3.1 Wet inkomstenbelasting 2001

De nieuwe, versoberde, fiscale regels voor het levensverzekeringsbedrijf in het kader van de Wet inkomstenbelasting 2001 zijn ook in mijn vorige jaarverslag aan de orde geweest. Ik inventariseerde de nieuwe instrumenten en voelde mij genooddaakt - bijna al bij voorbaat - enige kritische opmerkingen te plaatsen. De nieuwe wetgeving heeft de marktpartijen weer eens met de neus op de feiten gedrukt. Opnieuw is gebleken dat niemand om 'l'education permanente' heen kan, zeker niet als het een onderwerp van een dergelijke maatschappelijke relevantie betreft. Mijn vrees dat de nieuwe belastingwetgeving een grote stroom schriftelijke klachten zou opleveren, is gelukkig niet bewaarheid. Nochtans zijn er talloze telefonische contacten geweest met zowel verzekeringnemers als assurantietussenpersonen. Het is mijn stellige indruk dat verzekeraars en assurantietussenpersonen met betrekking tot dit gecompliceerde fiscaaljuridische onderwerp over het algemeen goed beslagen ten ijs zijn gekomen. Ook de voorlichting van de verzekeringsmaatschappijen aan consumenten en intermediairs verdient lof. Ik weet dat verzekeraars veel tijd, geld en moeite in workshops, seminars en dergelijke hebben gestoken, om het intermediair adequaat in deze moeilijke materie in te voeren. Voor het intermediair was het een gelegenheid bij uitstek om zich jegens zijn klanten als professioneel assurantieadviseur te profileren. Dat er spaanders vallen waar gehakt wordt, mag natuurlijk niet bevreemden.

De Wet inkomstenbelasting 2001 en de consequenties daarvan in lijfrenteopzicht hebben de gemoederen beziggehouden. Na televisieprogramma's over dit onderwerp bijvoorbeeld ontving het Klachteninstituut telkens tal van reacties, waarin vooral onzekerheid en ook een zekere angst de boventoon voerden. Dit is begrijpelijk in het geval een (aanvullende) oudedagsvoorziening op het spel staat, omdat er dan vaak sprake is van ingrijpende effecten op het financiële en persoonlijke latere leven. Verzekerden die hierover contact met mij zochten, stelden meestal open adviesvragen of zochten naar een bevestiging van wat de verzekeraar of het intermediair hen al had voorgesteld. Op dit punt werd de voorlichtende kant van mijn

werkzaamheden in het afgelopen jaar sterk benadrukt.

Ik stel hierbij voorop dat de invoering van de Wet inkomstenbelasting 2001 voor verzekeraars en assurantietussenpersonen dé kans moet zijn om aan communicatie met de consument daadwerkelijk invulling te geven.

Veelal zal dat goed zijn gelukt, maar in een aantal kwesties werd toch mijn bemiddeling gevraagd.

In het jaarverslag over 2000 bracht ik de problematiek van de oud-regimepolissen ter sprake. Dit zijn kapitaalverzekeringen met een lijfrenteclausule die vóór 16 oktober 1990 zijn gesloten. De voordelen die aan het oude stelsel waren verbonden, dat wil zeggen de aftrek van op het laatst 21.571 gulden en de ruime aanwendingsmogelijkheden bij expiratie, behoren nu tot het verleden. Hoe moet met deze oudregimepolissen worden omgegaan om de eerbiedigende werking zeker te stellen voor de waarde die tot en met 31 december 2000 is opgebouwd? Helaas hebben enkele verzekeraars en tussenpersonen hun klanten in dit kader geadviseerd om de kostbare weg van het premievrij maken (sec) te bewandelen. Het verdient altijd de voorkeur om de polis administratief te splitsen in een deel dat onder het oude regime blijft vallen en een deel dat aan het nieuwe stelsel wordt aangepast zonder inhouding van opnieuw eerste kosten, handhaving van de aanvangsleeftijd en onder gestanddoening van de uitkeringsgarantie.

Contract is contract

Een verzekerde wilde zich, niet realistisch, op basis van 'contract is contract' aan de gevolgen van de Wet inkomstenbelasting 2001 onttrekken. Het ging om een in 1987 afgesloten kapitaalverzekering met lijfrenteclausule. Op de polis was een kapitaal van minstens zo'n 220.000 gulden verzekerd, uit te keren bij leven op 1 december 2007 tegen een jaarlijkse premie van 8.000 gulden. De verzekerde verzette zich fel tegen het door de verzekeraar eenzijdig premievrij maken van zijn polis, dus zonder zijn verzoek daartoe. Bijgestaan door zijn tussenpersoon verklaarde hij niet akkoord te gaan met de premievrijmaking zonder de mogelijkheid van voortzetting. Hij benadrukte zijn intentie de premiebetaling te willen continueren en wees daarbij

nog eens op het gegarandeerde kapitaal en het verval van de winst-garantie. De verzekeraar haastte zich na dit verwijt om een oplossing te bieden die aan de wens van de verzekerde recht kon doen. Hij verklaarde dat een dergelijke oudregimepolis, als gevolg van de nieuwe wet, per 1 januari 2001 premievrij moest worden gemaakt om het oude fiscale regime te behouden en onderkende de wens van de verzekerde om het garanti kapitaal te behouden en om de jaarpremie te blijven voldoen om zodoende bij expiratie ten minste het gegarandeerde kapitaal uitgekeerd te krijgen. De verzekeraar voldeed hieraan door de lopende polis met een verlaagde gegarandeerde uitkering (151.000 gulden) premievrij te maken, waarbij het oude regime op deze polis behouden bleef, en door daarnaast een nieuwe polis op te maken met een gerichte lijfrente waarop een gegarandeerde uitkering van zo'n 69.000 gulden werd verzekerd onder dezelfde voorwaarden als onder de oude polis. De twee gegarandeerde uitkeringen samen waren zo gelijk aan de gegarandeerde uitkering op de oude polis. Voor de nieuwe polis berekende de verzekeraar geen afsluitprovisie. Daarmee werd deze zaak voorbeeldig afgerond. Nog eens wijs ik ten aanzien van dit soort kwesties op het advies van het Verbond van Verzekeraars om bij conversies in het kader van de nieuwe belastingwet uit te gaan van instandhouding van de polis. Premievrijmaking of afkoop zijn echt de laatste opties.

Klachten waren er ook van verzekeringnemers met een gerichte lijfrenteverzekering onder het regime van de Brede Herwaardering, met een afgesproken jaarpremie hoger dan de nu geldende basisaftrek van 2.283 gulden (1.036 euro) zonder verdere (inhaal)jaar-ruimte. Zijn er buiten de basisaftrek geen aftrekmogelijkheden, dan is premieverlaging vaak het eerste waaraan men denkt om deze situatie op te lossen. Premieverlaging impliceert echter een gedeeltelijke premievrijmaking en de kostbare gevolgen daarvan zijn bekend. Voorzover het hoge kostenniveau gehandhaafd blijft dat bij de oorspronkelijke premie hoort (met name gedurende de eerste jaren van de looptijd), is dit voor de verzekerde moeilijk verteerbaar. Ik heb de indruk dat veel verzekeraars en tussenpersonen de belangen van hun cliënten wat dat betreft onvoldoende in acht hebben genomen. De nadelige gevolgen kunnen overigens door toepassing van de Veegwet enigszins worden verzacht. Deze wet voorziet in een gunstige behandeling van het betalen van extra premie boven de jaarruimte. Tot een bedrag van 5.000 gulden blijft de lijfrente-

verzekering, weliswaar volgens de saldomethode, in box 1.

Ook ten aanzien van de Wet inkomstenbelasting 2001 is communicatie een sleutelwoord.

De wet zal immers tot gevolg hebben dat verzekeraars hun klanten gaan informeren over de waarde in het economisch verkeer van hun kapitaalverzekeringen (de zogeheten renseignering IB 2001). De Wet inkomstenbelasting 2001 schrijft voor dat verzekeraars een groot aantal gegevens aan de Belastingdienst moeten rensigneren. Als zodanig is dit verschijnsel renseignering niet nieuw, maar de omvang daarvan is dat wel. Voor bijvoorbeeld beleggingsverzekeringen zal de waarde van de units en voor kapitaalverzekeringen de afkoopwaarde als waarde in het economisch verkeer moeten worden gerenseigneerd. De logistieke en administratieve last die de wetgever hiermee de verzekeraars heeft opgelegd, mag niet worden onderschat. Verzekeraars zullen hun cliënten dezelfde informatie als de fiscus gaan verstrekken. In het verlengde daarvan voorzie ik veel vragen, opmerkingen én klachten van verzekerden over de afkoopwaarde van hun polis, zeker na een betrekkelijk korte verstrekke duur met het oog op de eerste kosten. Deze klachten zullen wellicht uitblijven in het geval verzekerden al bij het afsluiten een overzicht van afkoopwaarden hebben ontvangen (zoals sinds 1 augustus 1999 in de 'Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers' is voorgeschreven).

3.2 Expirerende beleggingsverzekeringen

Offerte onduidelijk

Een verzekeringnemer ontving eind februari van zijn verzekeringsmaatschappij informatie over een koopsompolis in beleggingseenheden die op 18 april zou expireren. Volgens deze vooraankondiging kon de verzekeringnemer een bedrag van 20.022,89 gulden tegemoet zien. Terloops vermeldde de verzekeraar dat het exacte bedrag pas op de einddatum kon worden vastgesteld. De verzekeringnemer vroeg dezelfde verzekeraar om voor het genoemde bedrag een offerte op te stellen voor een direct ingaande tijdelijke oudedagslijfrente. Deze offerte werd op 2 april opgesteld en maakte melding van een tariefsgarantie gedurende een periode van vier weken, mits het ondertekende aanvraagformulier

binnen veertien dagen zou worden geretourneerd. In de offerte was sprake van een kwartaaluitkering van 1.057,39 gulden, voor het eerst eind juni uit te keren. Net voor die eerste uitkering gaf de verzekeraar een polis af. Daaruit bleek dat de uitkering per kwartaal niet de geoffreerde 1.057,39 gulden zou bedragen, maar slechts 1.018,17 gulden. De verzekeringnemer vond dat de verzekeraar de offerte gestand moest doen. Er was immers een garantie voor een periode van vier weken afgegeven en hij had het aanvraagformulier binnen veertien dagen teruggezonden. De verzekeraar reageerde afwijzend en de verzekeringnemer vroeg om mijn bemiddeling. Het bleek dat de gewraakte offerte van 2 april geen enkele melding maakte van het voorwaardelijke karakter van de vermelde koopsom. Ook de verzekeringsadviseur was niet expliciet op het karakter van deze offerte ingegaan. Hierdoor werd de offerte, ook door de terminologie erin, door de verzekeringsconsument als bijzonder misleidend ervaren. Bij de behandeling van deze klacht kon ik, behoudens een uitgebreide uitleg aan de klager, slechts de verzekeraar op zijn tekortschietende offertetekst wijzen.

In 2001 was er, net als in 2000, in de hele wereld sprake van een neerwaartse tendens op de aandelenbeurzen, met een dieptepunt direct na de aanslag op het WTC in New York op 11 september. Slechts weinig verzekeringnemers van een beleggingsverzekering zullen zich aan de gevolgen van deze mondiale koersverliezen hebben kunnen onttrekken. De houders van beleggingsverzekeringen die in 2001 expireerden, kregen veelal een lagere uitkering dan tot voor kort werd verwacht. In het voorbeeld ging het nog om een relatief klein verschil, maar in het verslagjaar kwamen ook substantiëlere marges naar voren. Het is natuurlijk de vraag of het verstandig is om opgebouwde lijfrentekapitalen tot aan de expiratiedatum in een risicovol beleggingsfonds te laten. Los daarvan doet zich met name bij de lijfrentecontracten in de beleggings sfeer nog een ander probleem voor.

De ervaring leert namelijk dat de communicatie tussen verzekeraars, tussen personen en verzekeringnemers op dit punt nog sterk kan worden verbeterd.

Het lijfrentekapitaal of de rekengrootheid voor een gerichte lijfrente moet op grond van de fiscale wetgeving verplicht worden aangewend voor de aankoop van een direct ingaande lijfrenteverzekering (in een

al dan niet wettelijk vastgelegde vorm). Deze aanwending wordt door veel verzekerden als een natuurlijk vervolg op de lopende verzekeringsovereenkomst gezien. Er is echter zowel verzekeringstechnisch als juridisch sprake van eerst het beëindigen van een contract en daarna het aangaan van een nieuw contract (al dan niet bij dezelfde verzekeraar). Het verband tussen beide contracten is uitsluitend van fiscale aard.

Dat juist dit verband door verzekeraars wordt gecommuniceerd, leidt nogal eens tot verwarring bij de consument.

Dit is met name zo in het geval de hoogte van het lijfrentekapitaal of de rekengrootheid aan de koers van de participaties in een of meer beleggingsfondsen is gekoppeld. In dit geval namelijk staat pas op de overeengekomen einddatum definitief vast welk bedrag als koopsom beschikbaar komt voor de aankoop van een direct ingaande lijfrente. Om de aflopende verzekering en de nieuw te sluiten lijfrente-verzekering zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten (bijvoorbeeld om renteverlies te voorkomen), is het een goed gebruik om ruim voor de einddatum van de uitkerende verzekering offertes aan te bieden of aan te vragen, om zo te inventariseren welke aanwendingsmogelijkheden er binnen de fiscale wetgeving zijn en zeker ook om zo te beoordelen welke verzekeraar de meest gunstige aanbieding heeft. Op dat moment echter staat bij een uitkerende verzekering in beleggingseenheden de hoogte van de uitkering nog niet vast. De verzekeraar kan slechts aangeven welke lijfrente te verwachten is indien de uitkering een bepaald bedrag zal zijn en zal dus een lijfrenteverzekering offereën op basis van een verondersteld bedrag dat beschikbaar zal komen. De maatschappij doet dit conform de tarieven en voorwaarden die zij op dat moment voor verzekeringen van direct ingaande lijfrente hanteert. Wordt in de offerte over gegarandeerde tarieven gesproken, dan bedoelt de maatschappij daar deze tarieven mee en niet een garantie van de koopsom die als uitgangspunt voor de lijfrenteofferte is genomen. De garantie impliceert slechts dat de geoffreerde lijfrentetermijnen worden gekoppeld aan de koopsom die in de offerte als uitgangspunt is genomen. Indien de uitkering van de aflopende verzekering op de overeengekomen einddatum door koersschommelingen hoger of lager is dan het in de offerte aangenomen bedrag, dan wordt de

aangeboden lijfrente ook hoger of lager. De tariefsgarantie blijft in feite van kracht, maar wordt dan op de feitelijk beschikbare koopsom toegepast.

De ervaring leert dat hierover in de praktijk misverstanden kunnen ontstaan. Voor verzekeraars is het een gegeven dat een binnenkort expirerende verzekering en een nieuw te sluiten lijfrenteverzekering geheel op zichzelf staande overeenkomsten zijn. Zij 'vergeten' daardoor nog wel eens dat dit voor ondeskundige verzekeringsconsumenten helemaal niet zo vanzelfsprekend hoeft te zijn. Weliswaar zijn de polisvoorwaarden van de koopsompolis helder - pas op de einddatum en bij het dan in leven zijn van de verzekerde komt de waarde van de participaties vrij voor aankoop van een lijfrente - maar de betekenis hiervan kan voor verwarring zorgen indien, zo kort voor de einddatum, de verzekeraar een offerte doet waarin enerzijds de consument niet expliciet op deze voorwaarde wordt gewezen en anderzijds de aan te kopen lijfrente voor een periode van vier weken wordt gegarandeerd. Het zou daarom zinvol zijn als maatschappijen in hun offertes heel duidelijk aangeven dat de koopsom die daarin wordt genoemd, slechts een aangenomen bedrag is en dat uitsluitend het bedrag dat op de einddatum definitief kan worden vastgesteld, maatgevend is voor de aankoop van de gewenste lijfrente. Ik doe een beroep op de verzekeraars om deze verbetering van de offerteteksten spoedig ter hand te nemen. Op die manier kunnen, ook in het licht van minder gunstige beursontwikkelingen, klachten en onnodige teleurstellingen bij consumenten worden voorkomen.

Het staat voor mij overigens niet ter discussie, daarbij verwijzend naar bijvoorbeeld de strekking van de GIDI, dat ook assurantie-tussenpersonen in hun adviesgesprekken de verzekeringsconsumenten tijdig op de betekenis van de offerte moeten wijzen. Daarnaast kunnen zij ook op een eerder tijdstip al aangeven dat de lijfrentegelden, door omzetting naar een meer defensief beleggingsfonds, uit de risicovolle sfeer kunnen worden gehaald. Een dergelijke omzetting is bij vrijwel iedere verzekeraar mogelijk, vaak zelfs tegen slechts geringe kosten.

Afkoelingsperiode van veertien dagen

Verzekeringnemers hebben het wettelijke recht om binnen veertien dagen na ontvangst van de polis de overeenkomst, zonder opgave van redenen, met terugwerkende kracht te ontbinden. De verzekeraar stort dan de betaalde premies of koopsommen terug, waarbij alleen een eventueel beleggingsrisico voor rekening van de verzekeringnemer mag komen. In een zaak die aan mij werd voorgelegd, was deze bepaling in de polisvoorwaarden opgenomen, maar werd in de productleeswijzer vermeld dat de totale koopsom of premie kosteloos en zonder verplichtingen zou worden teruggestort, wanneer men binnen veertien dagen de polis terug zou sturen. De verzekeraar bracht desondanks het koersverlies bij de polishouder in rekening, hetgeen een waardevermindering van enkele honderden guldens betekende. Nadat ik de maatschappij op de discrepantie tussen de polisvoorwaarden en de productleeswijzer had gewezen, was zij alsnog bereid om het verschil over te maken en om de voorwaarden en de voorlichting op dit punt met elkaar in overeenstemming te brengen.

3.3 Pensioenen

3.3.1 Indexering van pensioenaanspraken

Regelmatig spreken pensioengerechtigden hun verbazing en ongenoegen uit over het feit dat hun aanspraken tussen de beëindiging van het dienstverband en de pensioendatum en ook in de periode daarna niet waardevast worden gehouden. Betrokkenen vragen zich af hoe het mogelijk is dat hun pensioenrechten elk jaar verder worden uitgehold en waarom zij niet in de winsten van verzekeraars kunnen meedelen. Ik heb begrip voor deze teleurstelling bij de consument, maar kan in het algemeen weinig voor hem betekenen. Meestal moet ik me bij de behandeling van deze klachten tot een uitleg van de problematiek beperken. In het algemeen hebben betrokkenen helaas weinig kennis omtrent het al dan niet indexeren van pensioenaanspraken. Werknemers en werkgevers zijn zich van deze materie soms onvoldoende bewust en pensioengerechtigden verdienen zich er meestal pas in wanneer de pensioendatum in zicht komt.

Indexering betekent dat het pensioenfonds of de verzekeraar de aanspraken of ingegane pensioenen op enigerlei wijze beschermt tegen het gevaar dat zij door inflatie worden aangetast. Dit kan

bijvoorbeeld door deze rechten aan de hand van een prijs- of loonindex van jaar tot jaar te verhogen (toeslagen te verlenen). Er bestaat overigens voor werknemers geen mogelijkheid om indexatie af te dwingen. Wel kent de Pensioen- en spaarfondsenwet de verplichting om in bepaalde situaties tot indexering over te gaan als dit in andere gevallen ook gebeurt. Twee maatregelen hiertoe, uit 1987 en 1992, bestrijden de aantasting door inflatie door bij het indexeringsbeleid voor de gepensioneerden in de desbetreffende pensioenregeling aan te haken. De maatregel uit 1992 inzake de gelijke behandeling van slapers (gewezen deelnemers) en gepensioneerden is vooral bedoeld om pensioenverlies als gevolg van pensioenbreuk tegen te gaan. Deze bepaling houdt in dat de rechten van slapers op dezelfde wijze als de ingegane pensioenen moeten worden geïndexeerd.

Een verzekeraar is slechts de uitvoerder van de pensioenregeling die door de werkgever is getroffen en draagt dus geen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit daarvan. De verzekeraar of een assurantie-tussenpersoon kan de werkgever adviseren, maar bij hem ligt de beslissing over de inhoud van de regeling. Als de werkgever geen voorziening treft om ingegane pensioenen en premievrije aanspraken 'op peil te houden', kan daar de verzekeraar dus niet op worden aangesproken. Hoewel de problematiek van niet-geïndexeerde pensioenaanspraken steeds meer in de maatschappelijke en politieke belangstelling staat, wordt er soms toch te lichtvaardig over gedacht, met name indien erop wordt gewezen dat de overgrote meerderheid van de pensioenfondsen een vorm van (beperkte) indexatie kent. Daarom zouden verdergaande maatregelen, al dan niet in de vorm van een wettelijke regeling, niet noodzakelijk zijn. Niettemin wordt geschat dat zo'n 500.000 tot 800.000 pensioenpolissen, een substantieel aantal dus, niet periodiek worden verhoogd. De meerderheid van deze niet-geïndexeerde polissen betreffen pensioenregelingen die bij levensverzekeraars zijn ondergebracht.

Bij een sociaal verantwoorde pensioenregeling hoort een bestendig indexatie- en toeslagbeleid. Pensioenen behoren immers tegen geldontwaarding te worden beschermd. Dit onderwerp verdient daarom serieuze aandacht van de sociale partners. Weliswaar wordt een onvoorwaardelijke toezegging niet haalbaar geacht (gezien de

extra reserves die ervoor moeten worden gevormd), maar wel kan men van een stellig voornemen spreken. Het is dan overigens in ieders belang dat in het pensioenreglement heldere criteria voor het te voeren beleid worden opgenomen. Tweederde van de na 1995 afgesloten collectieve pensioenregelingen heeft een vorm van indexatie, maar, zo is uit onderzoek gebleken, het overgrote deel van de voor 1995 afgesloten regelingen niet. Bewustwording bij de sociale partners ten aanzien van deze problematiek is dan ook een vereiste. Onder meer in het licht van de groeiende belangstelling voor dit onderwerp heeft de Stichting van de Arbeid onlangs gesteld dat verzekeraars - en mijns inziens ook assurantie tussenpersonen - werkgevers pro-actief over indexering moeten adviseren. Ik sluit mij hierbij aan, omdat uiteindelijk de werkgever over de vorm van de pensioenregeling voor zijn werknemers beslist. Daarnaast mag een wezenlijke bijdrage van de bedrijfstak worden verwacht om tot een belangrijke kwaliteitsverbetering te komen van de pensioenregelingen die bij levensverzekeraars zijn ondergebracht.

3.3.2 Financiering Voorzetting Pensioenverzekering

Bij consumenten bestaan nogal eens misverstanden over de aanwending van de zogeheten FVP-bijdrage. Deze bijdrage is bedoeld om werknemers die na hun veertigste onvrijwillig werkloos worden, te beschermen tegen het verloren gaan van pensioenaanspraken. Soms denkt men, ten onrechte, dat er een vrije keuze bestaat en dat met de beschikbare bijdrage elders een hogere aanspraak kan worden verworven dan bij de pensioenuitvoerder van de laatste werkgever. Ook maakt men soms bezwaar tegen de kosten die de verzekeraar op de bijdrage in mindering brengt. De Bijdrageregelen FVP zoals die sinds 1 januari 1995 van kracht zijn, kennen echter een standaardtarief. De bijdrage houdt met andere woorden geen rekening met de tarieven van de verschillende verzekeraars, maar wordt op vaste genormeerde grondslagen gebaseerd. Elke pensioenuitvoerder is in beginsel vrij in de wijze waarop de FVP-bijdragen worden aangewend. Die keuze is eenmalig en kan niet worden gewijzigd. De meeste verzekeraars kiezen ervoor om de ontvangen bijdragen op basis van de grondslagen van de FVP aan te wenden. In slechts een enkel geval heb ik geconcludeerd dat de verzekeraar niet juist zou hebben gehandeld.

3.3.3 Voortzetting van de pensioenopbouw door de verzekeraar

Vrijstelling van premiebetaling houdt in dat de werkgever in het geval van arbeidsongeschiktheid van de werknemer geen premies meer hoeft te betalen. De premiebetaling wordt dan door de verzekeraar voortgezet. De pensioenverzekering wordt dus bij de beëindiging van het dienstverband niet premievrij gemaakt en voor verminderde bedragen instandgehouden, maar blijft in stand voor het volledige verzekerde bedrag ten tijde van het arbeidsongeschikt worden. De premiebetaling gaat immers door, zij het ten laste van de verzekeraar. Een dergelijke voortzetting van de pensioenopbouw betekent in het algemeen echter niet, dat bijvoorbeeld algemene loonronden eveneens in het pensioen tot uitdrukking komen. Zolang als de arbeidsongeschiktheid in voldoende mate voortduurt, wordt de hoogte van de vrijgestelde pensioenaanspraken 'bevrozen' op het niveau van het moment van toekenning van de WAO-uitkering. Zeker als er een lange tijd zit tussen het moment van de verleende vrijstelling en de pensioendatum kan dit, ondanks de voortgezette pensioenopbouw, tot teleurstelling bij gepensioneerden leiden. De aanspraken mogen dan nominaal gezien niet zijn verlaagd, maar de waarde van de uitkering is door de inflatie uiteraard wel fors gedaald. In het niet geïndexeerd zijn van pensioenaanspraken van arbeidsongeschikte deelnemers kan ik vanzelfsprekend geen verandering brengen. Ik moet mij dan ook richting klagers tot een uitleg van de problematiek beperken.

3.3.4 Waardeoverdracht van niet-reguliere pensioenen

Al sinds juli 1994 bestaat een wettelijk recht op waardeoverdracht, maar de praktijk is weerbarstig. In het algemeen overheerst het alleszins begrijpelijke gevoel dat het door de mogelijkheid van overdracht 'allemaal wel goed zit'. Dit is echter niet in alle gevallen zo. Een klager maakte bijvoorbeeld ernstig bezwaar tegen het feit dat de verzekeraar bij de vaststelling van de overdrachtswaarde meer dan 80 procent van de betaalde premies inhield. De kern van dit probleem is dat de werkgever, al of niet op advies van verzekeraar of tussenpersoon, zijn werknemers geen nominaal pensioen heeft toegezegd, maar een zogenoemd niet-regulier pensioen. De hoogte van het te bereiken pensioen wordt hierbij bepaald door de opbrengst van de beleggingen die aan de gesloten kapitaalverzekering met pensioen-

clausule ten grondslag liggen en is dus afhankelijk van het rendement van die beleggingen. Zeker in de eerste jaren, wanneer de meeste kosten worden verrekend, zal er slechts een beperkt investeringspercentage zijn. De vraag is of een waardevermindering als in het voorbeeld, als het om een pensioenverzekering gaat, wettelijk wel is toegestaan. Hierdoor zou immers het wettelijk recht op waardeoverdracht sterk kunnen worden uitgehold en als de aftrek de opgebouwde waarde te boven gaat, hetgeen zeker niet ondenkbeeldig is, zelfs een lege letter kunnen worden. De gestelde vraag moet, hoe teleurstellend dit ook voor betrokkenen is, bevestigend worden beantwoord. Het 'Besluit reken- en procedureregels recht op waardeoverdracht' betreft namelijk enkel en alleen over te dragen nominale aanspraken. Bij beschikbare premieregelingen is daardoor niet de contante waarde van de aanspraken voor overdracht beschikbaar, maar slechts de afkoopwaarde van de verzekering. Helaas zijn de betrokken werknemers zich hier vaak onvoldoende bewust van. Verzekeraars trachten om in ieder geval bij waardeoverdrachten tussen niet-reguliere pensioenregelingen zo kostenneutraal mogelijk voor de polishouder te handelen. Desondanks zullen werknemers die vaak van baan wisselen en van een niet-reguliere naar een (veel vaker voorkomende) reguliere pensioenregeling overstappen, een aanzienlijke pensioenschade kunnen oplopen.

3.3.5 Afkoop van kleine pensioenen

Als een ouderdomspensioen op de ingangsdatum niet hoger is dan 701,81 gulden per jaar (peil per 1 januari 2001), dan heeft de pensioenuitvoerder het recht om het pensioen zonder toestemming van de rechthebbende af te kopen. Evenzo heeft de rechthebbende dat recht zonder toestemming van de pensioenuitvoerder. Dit recht is niet dwingend, maar maakt de ene partij er gebruik van, dan kan de andere het niet tegenhouden. In het begin van de jaren negentig hebben de Stichting van de Arbeid en (toen nog) de Verzekeringskamer pensioenfondsen en verzekeraars in overweging gegeven om de rechthebbende voor een periodieke uitkering te kunnen laten kiezen. Verzekeraars bieden die keuze niet standaard aan, maar als erom wordt gevraagd, en als het bedrag niet al te gering is, dan zijn ze daar meestal wel toe bereid. Wat betreft de hoogte van de eenmalige uitkering geeft de Pensioen- en spaarfondsenwet geen regels. De diverse pensioenuitvoerders streven ernaar om de rekenregels bij

de afkoop van kleine pensioen uniform toe te passen, maar (marginale) verschillen blijven mogelijk.

3.4 Arbeidsongeschiktheidsrisico en ontslag

Er zit absoluut geen schot in de oplossing van de problematiek van zieke of arbeidsongeschikte werknemers die door tussenkomst van de rechter zijn ontslagen (zie ook het jaarverslag over 1999). Het is gebleken dat in kantonrechtprocedures bij ontbinding van een dienstverband nog steeds zelden aandacht wordt besteed aan de pensioensituatie van de werknemer voordat de WAO-uitkering inging. Voor een premievrije opbouw van pensioenaanspraken bij arbeidsongeschiktheid, of ook bij een uitkering van WAO-hiaataanspraken en dergelijke, geldt in het algemeen de voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid een jaar of 52 weken moet hebben geduurd en dat de (pensioen)verzekering op dat moment nog van kracht moet zijn. Bij de beëindiging van een dienstverband via een ontbindingsprocedure betekenen deze voorwaarden, dat in de regel geen recht op premievrijstelling of een uitkering meer bestaat indien de verzekering door ontslag wordt beëindigd voordat de arbeidsongeschiktheid een jaar heeft geduurd. Er bestaat dan immers formeel geen recht op premievrije voortzetting van de verzekerings-overeenkomst ter dekking van de toegekende pensioenaanspraken, omdat bij de beëindiging van het dienstverband nog niet aan de daarvoor geldende voorwaarden wordt voldaan.

Uit de Pensioen- en spaarfondsenwet volgt dat verzekeringen die op grond van een dienstbetrekking op het leven van de verzekerde zijn gesloten, van rechtswege in premievrije verzekeringen worden gewijzigd (indien deze premievrije waarde hebben en tenzij anders is overeengekomen) zodra de dienstbetrekking anders dan door overlijden van de verzekerde vóór de pensioendatum wordt beëindigd. In de gangbare voorwaarden met betrekking tot arbeidsongeschiktheid ten aanzien van collectieve pensioencontracten is bovendien bepaald, dat vrijstelling van premiebetaling wordt verleend indien en voor zolang de verzekerde wegens arbeidsongeschiktheid krachtens de WAO recht op een uitkering heeft (mits alle verschuldigde premies zijn betaald). In het kader van de eerdergenoemde ontbindingsprocedure is het een veelvoorkomend misverstand dat de aanspraak op vrijstelling van premiebetaling of aanvullende WAO-hiaatuit-

kering niet ontstaat op het moment van ziek worden, maar in de regel pas op het moment dat recht op een uitkering krachtens de WAO bestaat. Dat is pas het geval als de verzekerde gedurende 52 weken onafgebroken ten minste 15 procent arbeidsongeschikt is geweest. Omdat het om mee-verzekerde aanspraken gaat, moet de verzekering op dat moment uiteraard nog volledig van kracht zijn. Doordat echter op de dag dat het dienstverband wordt beëindigd de verzekering premievrij wordt gemaakt, is in het geval van voortijdig ontslag door tussenkomst van de kantonrechter niet aan die voorwaarde voldaan. Door de hoofdverzekering (de aanspraken op ouderdoms- en nabestaandenpensioen) premievrij te maken, vervalt de aanvullende verzekering van bijvoorbeeld premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid. Daardoor kan de gewezen deelnemer aan de pensioenregeling daar geen rechten meer aan ontleen.

Ook verzekeraars achten het in maatschappelijk opzicht onbevredigend, zo is mij gebleken, dat werkgevers steeds vaker proberen om zieke werknemers via een ontbindingsprocedure versneld te ontslaan. Zij wensen echter de pensioenschade daardoor (en door onwetendheid van de werknemers en onoplettendheid van de advocaten op dit gebied) niet voor hun rekening te nemen. Gezien de verwachte precedentwerking zijn verzekeraars in beginsel niet bereid tot individuele oplossingen. Er zullen daarom meer structurele oplossingen moeten komen, waarbij het aandachtspunt primair moet liggen bij degenen die bij de kantonrechterprocedure zijn betrokken. Indien de rechter op de hoogte is van de mogelijke consequenties in de pensioensfeer van inwilliging van het ontslagverzoek, dan is al veel gewonnen. Zo kan het onbegrip van arbeidsongeschikte werknemers die met deze problematiek in aanraking komen, goeddeels worden voorkomen. Vaak is de teleurstelling extra groot, omdat de veelal aanzienlijke pensioenschade achteraf niet meer kan worden hersteld.

Een zorgvuldige en adequate communicatie richting alle betrokken partijen is dan ook onontbeerlijk.

Wellicht tot slot dat ook binnen de bedrijfstak naar een meer bevredigende oplossing kan worden gezocht. De ervaring heeft immers inmiddels geleerd dat de gangbare polisvoorwaarden steeds minder bij de veranderde arbeidsrechtelijke omstandigheden

aansluiten. Zo'n oplossing hoeft niet op grote bezwaren te stuiten. Verzekeraars hebben immers pensioenproducten op de markt gebracht waarbij het voor een toekenning van bijvoorbeeld een WAO-hiaatuitkering niet doorslaggevend is dat op het moment van ingang van de WAO het dienstverband met de werkgever nog bestaat. De voorwaarden bepalen namelijk dat op de eerste dag van de ongeschiktheid tot werken in de zin van de Ziektewet het dienstverband niet is geëindigd en dat aansluitend op de periode van die ongeschiktheid een uitkering krachtens de WAO wordt toegekend. Een eventuele voortijdige beëindiging van het dienstverband na tussenkomst van de kantonrechter is dan ook niet meer van invloed op de rechten van de werknemer terzake van al ingetreden arbeidsongeschiktheid.

Vergissing erkend

In een kwestie die aan mij werd voorgelegd, was de aanvraag voor een aanvullende hiaatuitkering in eerste instantie door de verzekeraar afgewezen met als (standaard)motivering dat het dienstverband van de betrokken werknemer vlak voor de toetreding tot de WAO na tussenkomst van de kantonrechter was beëindigd. Pas nadat ik de maatschappij op haar polisvoorwaarden had gewezen, erkende zij haar vergissing en ging zij uiteraard tot uitkering over. Ter compensatie van de vertraagde betalingen was de maatschappij uit eigen beweging bereid om de wettelijke rente te vergoeden.

Meld arbeidsongeschiktheid tijdig

In de meeste polisvoorwaarden is een beperking gesteld aan de ingangsdatum, met terugwerkende kracht, van vrijstelling van premiebetaling wegens arbeidsongeschiktheid. Ten aanzien van die vrijstelling geldt meestal slechts een terugwerkende kracht van een beperkt aantal maanden (tot circa 12). Dit algemeen gebruikelijke beding wordt vrij strikt toegepast. Op zich kan het niet onredelijk worden genoemd. Het is immers van belang - los van financieel-economische aspecten, maar in verband met eventuele bewijsvoering - dat arbeidsongeschiktheid zo spoedig mogelijk bij de verzekeraar wordt gemeld. Zo'n uitdrukkelijke bepaling in de overeenkomst kan niet simpelweg met een beroep op onwetendheid of vergeetachtigheid terzijde worden geschoven. Alleen in zeer bijzondere situaties kan de redelijkheid en billijkheid (goede trouw) met zich meebrengen, dat de

verzekeraar geen beroep op een polisbepaling doet die een termijn inhoudt. Dit is bijvoorbeeld zo wanneer de verzekeringnemer naar objectieve normen niet kan worden verweten dat hij de maatschappij niet tijdig over de arbeidsongeschiktheid heeft geïnformeerd of wanneer de maatschappij van de bestaande arbeidsongeschiktheid wel wetenschap had, maar geen actie heeft ondernomen. De verzekerde moet daarom steeds alert zijn op het tijdig melden van arbeidsongeschiktheid. Uiteraard mag daarbij ook, maar dat spreekt voor zich, van een eventueel betrokken assurantietussenpersoon de nodige oplettendheid worden verwacht.

3.5 Summiere gezondheidsverklaringen

Consumenten leggen mij regelmatig de vraag voor waarom verzekeraars bij de totstandkoming van een levensverzekering zo veel over hun gezondheid en die van hun bloedverwanten willen weten. Is dit geen aantasting van de privacy? Nee. In het algemeen is voor de totstandkoming van een overeenkomst vereist dat er tussen partijen een wilsovereenstemming bestaat en ook dat deze partijen hun wil jegens elkaar tot uiting hebben gebracht. Het indienen van een aanvraag voor een levensverzekering is dus niet voldoende voor het bestaan van een overeenkomst. Juridisch beschouwd doet de aspirant-verzekeringnemer het aanbod dat door de verzekeraar moet worden aanvaard. Deze laatste behoudt in beginsel alle vrijheid. Hij kan bijvoorbeeld premieverhoging vragen, de polis van bijzondere clausules voorzien of zelfs het sluiten van de verzekering weigeren. Bij levensverzekeringen hangt het verzekerd risico met name van de gezondheid van de verzekerde af. Voor de totstandkoming van een levensverzekeringsovereenkomst waarbij het overlijden van de verzekerde in het nadeel van de verzekeraar is, is de medische acceptatie, i.c. de beoordeling of de sterftekans van de kandidaat-verzekerde binnen de verwachting valt waarop het premietarief is gebaseerd, een belangrijk vereiste.

De gezondheidsverklaring is bedoeld om de geneeskundig adviseur van de verzekeraar in staat te stellen om te beoordelen of en op welke voorwaarden de aangevraagde levensverzekering door de verzekeraar kan worden geaccepteerd. Het is daarom zeer belangrijk dat de antwoorden van de kandidaat-verzekerde in deze gezondheidsverklaring juist en volledig zijn en dat 'onbelangrijke' klachten en

medische consulten ook worden vermeld, dus ook als geen medische behandeling volgde of geen afwijkingen werden geconstateerd. Hoe vollediger de beantwoording, hoe beter en sneller de acceptatie. Met een juist en volledig ingevulde gezondheidsverklaring voorkomt de kandidaat-verzekerde dat de verzekeraar later, als gevolg van verzwijging, de verzekering kan vernietigen of een verzoek tot premievrijstelling of uitkering bij arbeidsongeschiktheid kan weigeren. De ervaring leert dat veel consumenten en tussenpersonen het invullen van een gezondheidsverklaring lastig en tijdrovend vinden. Ik heb begrepen dat sommige verzekeraars aan deze bezwaren tegemoet willen komen door een zogeheten 'verkorte vragenlijst' in te voeren. De acceptatie is dan een feit indien alle vragen ontkennend kunnen worden beantwoord en het uitgebreidere traject hoeft dan alleen maar te worden doorlopen indien een van de vragen positief moet worden beantwoord. Op deze manier kan de (medische) aanvraagprocedure worden vereenvoudigd en versneld.

Op zich heb ik geen grote bezwaren tegen een acceptatieprocedure die in bepaalde opzichten is vereenvoudigd, maar ik vind wel dat het mogelijke voordeel daarvan niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de beoordeling door de medisch adviseur. In de praktijk echter, zo is mij gebleken, wordt hier niet altijd aan voldaan. Soms worden bijvoorbeeld te weinig concrete vragen gesteld en krijgt de consument niet of onvoldoende gelegenheid om zijn antwoorden toe te lichten. Mij bekruipt dan het gevoel dat de verzekeraar te gemakkelijk met deze materie wenst om te gaan en geen moeilijke vragen wil stellen waar de kandidaat-verzekerde toch niet op zit te wachten. Maar wiens belangen zijn daarmee het meest gediend? De acceptatie verloopt dan weliswaar soepel, maar wanneer de verzekerde later een beroep op zijn rechten doet, zal de maatschappij tegenwerpen dat er bij de totstandkoming van de verzekering relevante gegevens over de gezondheid zijn 'verzwegen'. In dat geval kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat het snel willen sluiten van polissen wellicht boven een zorgvuldige acceptatieprocedure gaat. Is het voor de branche wenselijk indien bij de consument twijfel rijst over de zekerheid die een dergelijke polis biedt? Weegt het voordeel van een voortvarende acceptatie op tegen het grotere risico dat een verzekeraar alsnog een beroep op verzwijging kan doen? Consumenten en tussenpersonen zijn zich hier niet altijd voldoende van bewust.

'Gezondheid' is een subjectief gegeven, zeker indien de kandidaat-verzekerde wordt gevraagd om daar zelf een oordeel over te geven. 'Gezondheid' is daarnaast voor iedereen een zeer groot goed. De een zal daarom zijn medische situatie snel zorgwekkend vinden en de ander zal juist geneigd zijn om die zo gunstig mogelijk voor te stellen. Dit is een van de redenen waarom mijn voorgangers herhaaldelijk het belang van een uitgebreide gezondheidsverklaring, voorzien van een toelichting, onder de aandacht hebben gebracht. Nogmaals doe ik een beroep op de bedrijfstak om met dit vraagstuk prudent om te gaan.

Zonder gezondheidsvragen ...

Een verzekeraar bood de doelgroep 50- tot 75-jarigen een uitvaartverzekering aan. De kandidaat-verzekerden werd een soepele acceptatie in het vooruitzicht gesteld. Zij hoefden slechts drie vragen bevestigend te beantwoorden (hoewel, opmerkelijk genoeg, op de brochure over het product de zinsnede 'zonder gezondheidsvragen' stond): verkeert u naar beste weten in goede gezondheid, verricht u de dagelijkse activiteiten normaal en bent u ooit voor een levensverzekering afgewezen? Het aanvraagformulier bood de kandidaat-verzekerde geen enkele ruimte om desgewenst bepaalde aspecten omtrent zijn gezondheid toe te lichten. Op deze manier laat de verzekeraar het volledig aan het (onvermijdelijk subjectieve) inzicht van de kandidaat-verzekerde over om te beoordelen of hij in een goede gezondheid verkeert, de dagelijkse activiteiten normaal verricht en nooit eerder voor een levensverzekering is afgewezen. Zeker gezien de specifieke doelgroep van de verzekering vermoed ik dat sommigen (wellicht onbewust) hun gezondheid (te) gunstig hebben ingeschat. Wanneer kan men immers van een goede gezondheid spreken? Een dergelijke beoordeling moet aan de medisch adviseur van de verzekeraar worden overgelaten en niet aan de kandidaat-verzekerde zelf. De betrokken verzekeraar zei na constructief overleg mijn standpunt te delen en kwam vervolgens op coulant wijze aan de klacht van de nabestaanden tegemoet.

3.6 Informatie over doodsoorzaken

Sinds in het jaar verslag over 1998 de problematiek van informatie over doodsoorzaken is behandeld, zijn ontwikkelingen in gang gezet die wellicht voor een structurele oplossing kunnen zorgen, maar die, zo moet ik helaas vaststellen, vooralsnog niet zijn afgerond.

Conform de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst kunnen verzekeraars geen informatie van artsen krijgen over de doodsoorzaak van een verzekerde en ook geen informatie over het ziekteverloop voorafgaand aan het overlijden of over de gezondheidstoestand bij het sluiten van de verzekering (tenzij de gegevens voor statistische doeleinden worden gebruikt). Van oudsher hebben verzekeraars moeite met deze richtlijn, omdat deze bij de beoordeling van geclaimde overlijdensuitkeringen aanzienlijke beperkingen inhoudt. Verzekeraars hebben uiteraard een gerechtvaardigd belang dat alleen een uitkering wordt gedaan als daar recht op bestaat. Dit belang speelt vooral in de eerste twee jaar van een levensverzekering, omdat in die termijn de uitsluiting bij zelfdoding van kracht is. Maar ook dan is de vraag relevant of de overledene bij het aangaan van de verzekering wel alle gegevens heeft vermeld die voor de beoordeling van het overlijdensrisico van belang waren. Het belang van verzekeraars bij informatie over de doodsoorzaak en het eventuele ziekteverloop kan echter nooit zo groot zijn, dat in strijd met (de gangbare interpretatie van) de geldende gedragsregels wordt gehandeld of dat daar onzorgvuldig mee wordt omgegaan. Uit klachten is echter gebleken dat beide zaken nog steeds voorkomen. Ik beweer niet dat verzekeraars in geen enkel geval inlichtingen bij een behandelend arts mogen vragen. Wel hebben we met een grondregel te maken aan de hand waarvan zij hun handelen moet bepalen. De omstandigheden kunnen met zich meebrengen dat de ratio van een gedragsregel niet meer wordt gediend en dat die gedragsregel daarom niet dogmatisch, maar soepel moet worden toegepast. Daarvoor geldt echter nadrukkelijk dat de omstandigheden of de uitkomsten van niet-medische recherche daartoe aanleiding moeten geven. Vervolgens moet in de verdere procedure de uiterste zorgvuldigheid worden betracht richting nabestaanden of rechthebbenden en richting de artsen die voor informatie worden benaderd.

Eind 1999 is een convenant gesloten tussen het Verbond van Verzekeraars, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en het Breed Platform Verzekerden en Werk. In dit convenant is onder stringente voorwaarden een beperkte mogelijkheid gecreëerd om voor de toetsing van vermoedens van fraude medische gegevens

te gebruiken. Uit het convenant kan worden opgemaakt dat de partijen van mening zijn dat fraude moet kunnen worden bestreden, maar dat dit niet ten koste van het medisch beroepsgeheim mag gaan. Daarom is afgesproken om een onafhankelijke toetsingscommissie in te stellen. Deze zal alle sterfgevallen beoordelen die binnen twee jaar na het afsluiten of wijzigen van de verzekering plaatsvinden, die bovendien niet het gevolg van een ongeval zijn en waarbij de verzekeraar verzwijging van gezondheidsgegevens vermoedt. Bij 'sterke' aanwijzingen van fraude (de commissie zal daar criteria voor opstellen) kan het oordeel van de commissie ook worden gevraagd bij sterfgevallen tussen twee en vijf jaar na het afsluiten of wijzigen van de verzekering. Nadat in september 2000 overeenstemming over het reglement van de toetsingscommissie was bereikt, was het algemeen de verwachting dat de leden van deze commissie spoedig zouden kunnen worden benoemd. Helaas is daar momenteel nog niets concreets over te melden. De uitvoering van het convenant zou aan de oplossing van het onderhavige probleem kunnen bijdragen. Zolang echter het convenant nog niet is geïmplementeerd, blijven de geldende regels en uitgangspunten onverminderd van kracht en moeten verzekeraars zich daar in beginsel aan houden.

Overlijdensdekking bij lijfrenteverzekeringen

In de afgelopen jaren zijn op grote schaal overlijdensdekkingen bij lijfrenteverzekeringen gesloten. Dit gebeurde meestal op grond van een standaardcontract waarbij de eenmalige koopsom of de jaarlijkse premie na aftrek van kosten werd belegd. Met het kapitaal dat op de afgesproken einddatum (al dan niet gegarandeerd) beschikbaar is, moet vervolgens een belastbare lijfrente worden aangekocht. Al deze polissen zijn als aanvulling op het toekomstige pensioen bedoeld (naast de niet te ontkennen fiscale motieven). Soms betwijfel ik of de consument en zijn assurantietussenpersoon altijd voldoende oog hebben, in het geval van een overlijden, voor de situatie van de nabestaanden. Verzekeraars etaleren zich steeds vaker als vermogensbeheerder, hetgeen al uit het grote aanbod van (beleggings)lijfrenteproducten blijkt. Zij schermen met hoge eindkapitalen, waarbij echter de uitkering bij overlijden erg karig is: het totaal aan opgerente betaalde premies of 110 procent, soms zelfs 90 procent, van de beleggingswaarde van de polis. (Soms is een meer realistische overlijdensdekking bespreekbaar, maar ook komt het

voor dat het verzekeringsproduct hiervoor geen enkele mogelijkheid biedt.) Aan de consument is buitengewoon lastig uit te leggen dat hij voor deze dekking een risicopremie moet betalen. Het is toch 'zijn eigen geld'? Assurantietussenpersonen hebben dan ook de taak om voor hun cliënten de financiële situatie bij overlijden steeds goed in kaart te brengen. De financiële toekomst van nabestaanden is immers, door niet toereikende pensioenrechten of een niet gedekt Anw-hiaat, zeker niet altijd gewaarborgd. Mocht er sprake zijn van een te geringe overlijdensdekking, dan biedt alleen een goed gevulde lijfrenteportefeuille ter dekking van het pensioengat slechts enige troost.

3.7 Natura-uitvaartverzekeringen

Meer vragen dan klachten

Over natura-uitvaartverzekeringen bereiken mij meer vragen dan klachten. Enkele voorbeelden.

- Wat heb ik aan een verzekering waarop de verzekerde waarde slechts enkele honderden guldens blijkt te zijn? Daar kan ik toch geen fatsoenlijke uitvaart van bekostigen?
- Ik wist niet dat mijn overleden moeder een natura-uitvaartverzekering had en heb zelf een uitvaartondernemer ingeschakeld. Nu blijkt dat de verzekeraar met hem geen zaken doet en daarom de nota slechts gedeeltelijk vergoedt. Kan dit zo maar?
- Om mijn kinderen de kosten van een uitvaart te besparen, heb ik jaren geleden voor een pakketverzekering gekozen. Nu heeft de verzekeraar de premie opeens verhoogd. Mag dat zo maar?
- Ik kreeg onlangs bezoek van een verzekeringsagent en nu blij ik onderverzekerd te zijn. Hoe kan dat? Ik heb toch een vast pakket afgesproken?
- Mijn polis is enkele jaren geleden door een andere maatschappij overgenomen en nu moet ik opeens een fors bedrag bijbetalen. Heeft de verzekeraar daar het recht toe? Ten tijde van de overname werd mij nog meegedeeld dat er niets zou veranderen.
- Na de uitvaart van mijn vader ontving ik een specificatie van de vergoeding die door de verzekeraar wordt toegekend. Ik mis echter een aantal kostenposten. Waar heb ik nu precies recht op?
- Ik heb een paar jaar geleden een natura-uitvaartverzekering gesloten, maar later weer opgezegd. Nu heb ik onlangs toch een nota voor achterstallige premie ontvangen. Dit klopt toch niet? Een natura-

uitvaartverzekering is toch een soort levensverzekering en dus een eenzijdige overeenkomst die altijd opzegbaar is?

De vragen in de kadertekst heb ik in dit verslag opgenomen, om zo een beeld op te roepen van hoe de consument tegen het natura-uitvaartbedrijf aankijkt. De beantwoording van de vragen is natuurlijk sterk afhankelijk van de feitelijke omstandigheden. Het antwoord op de laatste vraag wil ik echter wel geven, omdat het een veel voorkomend misverstand betreft. In de meeste polisvoorwaarden van een natura-uitvaartverzekering is namelijk opgenomen, dat de overeenkomst de eerste jaren niet opzegbaar is. Wil de verzekeringnemer toch eerder van de polis af, dan blijft de verplichting bestaan om de premie gedurende de overeengekomen periode te voldoen. Hier valt niets tegenin te brengen. Deze en andere vragen over natura-uitvaartverzekeringen beantwoord ik steeds zo goed mogelijk, soms na raadpleging van de betrokken verzekeraar. Ik reken immers ook het beantwoorden van vragen en het geven van voorlichting tot mijn taak. Toch bekruipt mij vaak het gevoel dat deze vragen niet bij mij thuishoren. (Overigens denk ik hierbij ook aan een zaak waarin een verzekeringnemer drie jaar lang om uitleg had gevraagd over een bepaald aspect dat niet door hem werd begrepen. Uiteindelijk had hij zich maar, op advies van de verzekeraar zelf, tot mij gewend. De verzekeraar was kennelijk niet in staat om een afdoende antwoord op de gestelde vragen te geven ...)

Ik kan mij natuurlijk voorstellen dat een verzekeringnemer contact met mij zoekt omdat hij onbekend met de materie is of omdat hij vreest, al dan niet terecht, dat de verzekeraar of de tussenpersoon geen onafhankelijk advies geeft. Meestal echter zou raadpleging van het voorlichtingsmateriaal of de polis en de polisvoorwaarden al antwoorden op de gestelde vragen hebben opgeleverd. Ik wijs verzekeringnemers er daarom steeds weer op dat er van hen verwacht wordt dat zij de stukken lezen die de verzekeraar toestuurt en dat zij zich voor het afsluiten van de verzekering in de inhoud van het product verdiepen. Helaas roept dit standpunt vaak alleen maar onbegrip op. Verzekeringnemers verwijzen dan soms naar afspraken die twintig of dertig jaar geleden met een verzekeringsagent zijn gemaakt, maar helaas niet schriftelijk zijn vastgelegd. Dit zijn dan afspraken waar ik niets mee kan beginnen, maar die voor de

verzekeringnemers vaak heilig zijn. Zij vinden dat zij mogen afgaan op hetgeen de agent naar hun mening indertijd zou hebben toegezegd en hebben er geen boodschap aan dat de polis of de polisvoorwaarden iets anders uitwijzen.

Ik kan mij minder goed voorstellen dat een brief van een verzekeraar (een offerte, een aanbod tot uitbreiding van de dekking, een toelichting op een dekkingstandpunt of een uitkeringsspecificatie bijvoorbeeld) aanleiding tot vragen zou moeten geven. Helaas is dit wel degelijk het geval. Ook voor mij is de strekking van dergelijke brieven, zonder nadere toelichting, niet altijd te doorgronden. Nogal eens komt het voor dat de verzekeraar op mijn verzoek nadere informatie verstrekt die ik in de brief zelf node heb gemist. Die informatie zou de brief bepaald begrijpelijker en toegankelijker hebben gemaakt. Daardoor had een gang naar mijn instituut kunnen worden voorkomen en had vooral ook de verzekeringnemer een beter begrip voor de situatie kunnen opbrengen.

Een betere communicatie is daarom goed voor zowel de verzekeringnemers als de gehele bedrijfstak.

Toch onvoldoende verzekerd

Een klager vond dat zijn moeder, toen zij nog leefde, onjuist was geïnformeerd over de hoogte van het verzekerd bedrag voor de uitvaart. Zij had enkele jaren geleden (ze was toen 92) schriftelijk bericht gekregen dat de beschikbare waarde niet langer toereikend zou zijn en ze was geadviseerd om een aanvullende verzekering voor de verzorging en betaling van een volledige uitvaart te sluiten. Enkele weken daarna had ze bericht ontvangen dat er helaas een fout was gemaakt en dat zij ten onrechte een offerte had ontvangen. Er was geen rekening gehouden met een al eerder afgesloten aanvullende verzekering bij een andere maatschappij. De verzekeraar bood zijn excuses aan en voegde eraan toe dat mevrouw naar zijn mening voldoende verzekerd was. Niettemin werd de klager, na het overlijden van zijn moeder, met een ontoereikende uitkering geconfronteerd. In de polis van de aanvullende verzekering stond immers dat het verzekerd bedrag na het bereiken van de 70-jarige leeftijd van de verzekerde niet meer automatisch zou worden verhoogd. Mevrouw was die leeftijd bij het sluiten van de verzekering al gepasseerd en dus was het verzekerd bedrag bij de

gestegen uitvaartkosten achtergebleven. In eerste instantie liet de verzekeraar van de aanvullende polis weten dat hij het betreunde dat er een misverstand over de indexatie was ontstaan, maar in tweede instantie toonde hij zich toch bereid om de klager coulancehalve tegemoet te komen. De verzekerde waarde werd met terugwerkende kracht met gemiddeld 4 procent geïndexeerd. Wel wees hij er nog op, dat hij geen enkele aansprakelijkheid erkende voor de mededeling van de andere verzekeraar dat mevrouw voldoende was verzekerd en dat hij bovendien van mening was dat de verzekeringnemer te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de hoogte van de verzekerde som is. Dit is op zich niet onredelijk, maar ook is het niet reëel om te veronderstellen dat een 92-jarige, die onder aanbieding van excuses de expliciete mededeling krijgt dat zij voldoende verzekerd is, op de gedachte komt dat zij zich misschien toch moet bijverzekeren.

3.8 Vertragingen in uitkeringen

In het jaarverslag over 2000 heb ik een verontrustende stijging gemeld van het aantal klachten over vertragingen in behandelingen en bij uitkeringen en over het onbeantwoord laten van brieven. In 2001 heb ik op dit gebied geen verbetering gezien. Veel klachten hebben nog steeds op dit aspect betrekking. Deze waarneming bevestigt de vele berichten in de vakpers over administratieve problemen bij verzekeraars. Vertragingen zijn in de meeste gevallen op personele problemen terug te voeren, maar de consument heeft daar uiteraard geen boodschap aan.

Bij de behandeling van dit soort klachten is regelmatig intensieve correspondentie met de betrokken verzekeraars noodzakelijk voordat deze tot een adequate klachtafhandeling komen. Het is daarom zinvol om mijn standpunt op dit gebied nog eens toe te lichten. Een uitkering die uit hoofde van een overeenkomst opeisbaar is geworden, draagt het karakter van een haalschuld. Voor het ontvangen van deze uitkering moet de rechthebbende aan een aantal voorwaarden voldoen. Doet hij dat niet, dan behoeft de maatschappij niet uit te keren. Ten aanzien van vertragingen in de uitbetaling, onafhankelijk van de wil van de maatschappij, geldt in het Nederlandse verzekeringsbedrijf in het algemeen dat de rechthebbende geen aanspraak op rentevergoeding kan maken.

Deze gedragslijn is in de meeste polisvoorwaarden ook expliciet

vastgelegd. In de praktijk geeft deze regel weinig problemen. De uitkeringsprocedure wordt (in het geval van uitkeringen bij in leven zijn) ruim voor de expiratiedatum in werking gezet, opdat de uitkering tijdig aan de rechthebbenden kan worden uitbetaald. Dit gebruik is zo algemeen en bestaat al zo lang, dat hier in feite sprake is van een mede daarop steunende verplichting van de maatschappijen. Indien een maatschappij zich daaraan niet houdt en om die reden niet op of omstreeks de expiratiedatum uitkeert, dan is er sprake van een aan de maatschappij verwijtbare te late betaling. Derhalve kan de betrokken uitkeringsgerechtigde op een redelijke rentevergoeding aanspraak maken.

Uiteraard komen ook situaties voor waarin de maatschappij geen enkele blaam treft. Verzekeren blijft immers mensenwerk. Het adres van de uitkeringsgerechtigde is dan bijvoorbeeld onbekend en ook meldt deze zich niet bij de maatschappij. (Natuurlijk mag dan wel worden verlangd dat de maatschappij redelijkerwijs alles doet om de rechthebbende te vinden.) In alle gevallen waarin de vertraging duidelijk niet aan de maatschappij is te wijten, rust op haar geen juridische verplichting tot het betalen van een rentevergoeding. Toch is het dan niet altijd redelijk om elke rentevergoeding achterwege te laten. Zowel levensverzekeringsmaatschappijen als institutionele beleggers ontvangen immers van de bank veelal ook een redelijke rentevergoeding over direct opvorderbare bedragen. In het geval een maatschappij voordeel behaalt uit het niet tijdig (kunnen) uitkeren van opeisbaar geworden bedragen, dan lijkt het redelijk dat dit voordeel aan de rechthebbende wordt doorgegeven, eventueel onder aftrek van (extra) gemaakte kosten. Ik wil overigens niet aangeven dat in alle gevallen van vertraging in de uitkering rente moet worden vergoed. Gelet op de aard van een levensverzekeringsovereenkomst is niet onredelijk of onbillijk dat een maatschappij geen rente vergoedt indien de rechthebbende haar niet in staat stelt om tijdig aan haar verplichting tot uitkering te voldoen. Wel bepleit ik dat bij vertraging van langere duur, ongeacht de vraag aan wie de vertraging is te wijten, een rentevergoeding wordt toegekend. In deze gevallen moet de vergoeding niet als een schadevergoeding worden gezien, maar als het doorgeven van het nettovoordeel dat door de maatschappij is behaald als gevolg van het langere tijd onder haar berusting hebben van een verschuldigde uitkering. Bovendien stemt een minder

formele benadering van deze problematiek meer overeen met de maatschappelijke functie van het levensverzekeringsbedrijf, waarin dienstverlening immers vooropstaat.

Zelf verantwoordelijk

Ik wil zeker ook de consumenten zelf en hun assurantietussenpersonen erop aanspreken dat zij verantwoordelijk zijn voor het beperken van verdragings schade. Uit voorgelegde dossiers bleek soms dat zij bijvoorbeeld helemaal niet hadden gecontroleerd of een gegeven betalingsopdracht ook daadwerkelijk en binnen redelijke tijd door de verzekeraar was uitgevoerd. Verzekerden en assurantietussenpersonen gaan er te vaak vanuit dat alles wel goed zal gaan. Pas na langere tijd komen zij er dan achter dat de verzekeraar een gevraagde overmaking niet heeft uitgevoerd. De directies van de desbetreffende verzekeraars zullen ongetwijfeld de nodige inspanningen leveren om dit probleem op te lossen. Toch acht ik de kans groot dat de consument nog wel enige tijd met dit probleem zal worden geconfronteerd. Het is dan ook in ieders belang dat bij onverhoopte vertraging door de bedrijfstak op een coulante wijze met klachten wordt omgegaan.

4 Schadeverzekeringen

4.1. Onderwerpen per branche

4.1.1 Bedrijvenverzekeringen

Verzekeringsovereenkomst totstandgekomen?

De eigenaar van een winkel in computerapparatuur vulde een aanvraagformulier in voor een uitgebreide bedrijvenverzekering. Voor ieder onderdeel (gebouw, inventaris, goederenvoorraad, bedrijfsschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand) werden specifieke gegevens gevraagd en verstrekt. De slotzin luidde: 'Ondergetekende verklaart alle vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord en verplicht zich de polis die op grond van deze aanvraag wordt opgemaakt, te accepteren en de premie en kosten te voldoen.' De verzekeraar stelde zich op het standpunt dat op basis van de ondertekening van dit aanvraagformulier in juridische zin een verzekeringsovereenkomst tot stand was gekomen. De aanvrager betwistte dit. Hij was met de later opgegeven premies en preventie-eisen niet akkoord gegaan en had de verzekeringen elders ondergebracht. Ik was het met de aanvrager eens. Deze had door het invullen en ondertekenen van het aanvraagformulier de verzekeraar slechts uitgenodigd om een aanbod voor een verzekeringsovereenkomst te doen. Het zou ook volstrekt onaannemelijk zijn om te veronderstellen dat de aanvrager met de premies en voorwaarden die de verzekeraar nog moest vaststellen, op voorhand akkoord zou gaan. Eigenlijk zat de verzekeraar ook al op die lijn. Na de ontvangst van het aanvraagformulier werd immers een offerte verstrekt met vermelding van premies en voorwaarden, met het verzoek een bijgevoegde akkoordverklaring terug te sturen. De offerte was een maand geldig. De aanvrager begreep hieruit, terecht, dat de verzekeraar pas met de offerte een volwaardig aanbod deed en dat pas door ondertekening van de akkoordverklaring wilsovereenstemming omtrent het sluiten van de verzekeringen zou zijn bereikt. Toen de akkoordverklaring niet binnen de gestelde geldigheidsduur van de offerte was ondertekend, was er geen rechtsgeldige verzekeringsovereenkomst totstandgekomen. Na kennisneming van mijn argumenten had de verzekeraar geen behoefte meer aan een formeel advies in de zin van mijn reglement. De polis en de premievordering werden alsnog ingetrokken.

4.1.2 Brandverzekeringen

Verdacht?

Een verzekerde verliet 's morgens haar woning en keerde enkele uren later terug. Na het openen van de deur kwam haar een dikke rook tegemoet, waarna ze onmiddellijk de brandweer belde. Deze stelde vast dat er een brand had gewoed, die vanzelf was gedoofd. Omdat kort daarvoor in de woning een verbouwing had plaatsgevonden, werd aan een technische oorzaak gedacht. De latere expertise leidde echter tot de vaststelling dat voor het ontstaan van de brand geen verklaarbare technische oorzaak kon worden gevonden. Zo'n technische oorzaak kon, gelet op het brandbeeld, zelfs worden uitgesloten. Hieraan werd de conclusie verbonden dat het ontstaan van de brand een gevolg was van het al dan niet opzettelijk achterlaten van vuur. De verzekeraar weigerde daarom de schade volledig te vergoeden en schreef de verzekerde: "Gezien de geconstateerde onduidelijkheden ligt het op uw weg om meer duidelijkheid te verschaffen omtrent het ontstaan van de brand." Indien zij niet in staat zou blijken deze duidelijkheid te verschaffen, wenste de verzekeraar de relatie met cliënte opnieuw te bezien. Het was duidelijk dat de verzekeraar zijn cliënte van brandstichting verdacht of in ieder geval van betrokkenheid bij het ontstaan van de brand.

De verzekeraar heeft in de beschreven kwestie gemeend dat het op de weg van de verzekerde lag om het tegendeel te bewijzen. De bewijslast terzake ligt echter niet bij de verzekerde, maar bij de verzekeraar. Op grond van artikel 294 Wetboek van Koophandel is de brandverzekeraar ontslagen van zijn verplichting om de schade te vergoeden indien hij bewijst dat de brand door merkelijke schuld of nalatigheid van de verzekerde zelf is veroorzaakt. De bewijslast dat sprake is van merkelijke schuld in de zin van voornoemd artikel rust op de verzekeraar. De Hoge Raad heeft in 2001 een arrest gewezen⁶ waarin dit uitdrukkelijk is bevestigd: "Derhalve rust op de verzekeraar het risico dat het onbewezen blijft dat de brand door

⁶ HR 12 januari 2001, Rechtspraak van de Week 2001, nr. 27.

merkelijke schuld van de verzekerde is ontstaan.” De Hoge Raad stelt vervolgens dat uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast en daarmee een andere verdeling van het bewijsrisico mogelijk is, maar ook: “De omstandigheid dat geen sprake was van een buiten toedoen van de verzekerde gelegen technische oorzaak is niet voldoende.” Toekomstige jurisprudentie zal moeten uitwijzen in welke gevallen of onder welke omstandigheden wel over een andere verdeling van de bewijslast kan worden gesproken. Indien een verzekeraar in een aan mij voorgelegde zaak van mening is dat een omkering van de bewijslast aan de orde is, zal er op zijn minst sprake moeten zijn van brandstichting én een motief van de verzekerde én het ontbreken van een deugdelijk alibi van de verzekerde én andere feiten of omstandigheden die op betrokkenheid van de verzekerde wijzen (bijvoorbeeld tegenstrijdige verklaringen of een verhoging van de verzekerde som vlak voor de brand). De verzekeraar in het voorbeeld heeft uiteindelijk, zijn bewijspositie inschattend, de volledige schade vergoed.

4.1.3 Garantieverzekeringen bij woningen

Klachten over garantieverzekeringen bij woningen zijn er gelukkig lang niet meer zoveel als in het verleden. Er is constructief naar oplossingen gezocht, waarbij ook sommige suggesties mijnerzijds, onder meer het opzetten van een integrale klachtenprocedure, ter harte zijn genomen. Bij een bepaalde garantieverzekering bijvoorbeeld kunnen klachten en geschillen aan een klachtencommissie worden voorgelegd waarin vertegenwoordigers uit de verzekeringsbranche, de makelaardij en bouwkundigen zitting hebben. Het gevoel van het kastje naar de muur te worden gestuurd, wordt hierdoor bij veel ontevreden woningbezitters weggenomen. Daarnaast is het informatiemateriaal verbeterd, zijn de polisvoorwaarden verhelderd en is ook de instructie aan de verkopers van het product, de makelaars in onroerend goed, verbeterd. Aspirant-kopers worden erop gewezen dat het belangrijk is om bij de aankoop een eigen makelaar te raadplegen en dat de verplichte inspectie die in de polisvoorwaarden wordt genoemd, alleen nodig is om het risico voor de verzekeraar in te schatten en niet om daar (in bouwkundig opzicht) de beslissing over de aankoop van de woning op te baseren. Omdat het bouwkundig rapport een grondslag voor de verzekering is, moet in de redactie en de verdere opmaak ervan volstrekte

duidelijkheid omtrent de polisdekking worden gegeven. Gelukkig heb ik kunnen constateren dat die duidelijkheid niet slechts theoretisch, maar ook praktisch wordt bewerkstelligd.

4.1.4 Inbraakverzekeringen

In sommige polisvoorwaarden is inbraak wel gedefinieerd als: ‘Het zich wederrechtelijk toegang verschaffen door het verbreken met als gevolg zichtbare beschadiging van afsluitingen als deuren, daken, vloeren, wanden en ruiten.’ Ten aanzien van inbraakverzekeringen leidt de interpretatie van de braakclausule vaak tot meningsverschillen. Enerzijds begrijp ik de strikt formele interpretatie van de braakclausule wel, maar anderzijds toets ik gewoonlijk ook of een afwijzing wegens het ontbreken van braaksporen wel met de redelijkheid en billijkheid spoort. In mijn ogen is de braakclausule vooral bedoeld om bij insluiping, dus als ramen of deuren niet op behoorlijke wijze zijn afgesloten, geen dekking te geven.

De marges van de glaslatten

Bij een inbraak waren eerst de glaslatten en was vervolgens de ruit verwijderd, waarna de dader het pand kon betreden. Volgens de verzekeraar had de dader het pand, zonder braaksporen achter te laten, middels inklimming betreden en dus zonder veel moeite, in ieder geval zonder beschadiging, forceren of verbreking, toegang tot het pand gekregen. De maatschappij was van mening dat er niet van braak kon worden gesproken en vond daarvoor steun in de jurisprudentie.⁷ De schade werd daarom niet vergoed. Ook het politierapport vermeldde niet dat de inbraak met enige beschadiging gepaard was gegaan, maar sloot dat ook niet uit. Ik meen dat het in deze situatie niet redelijk is om de verzekerde de braakclausule tegen te werpen. Glaslatten zijn immers niet goed te verwijderen zonder daarbij enige schade te veroorzaken. Hoe dan ook is er sprake van het wederrechtelijk binnendringen door het uitoefenen van enige krachtige vorm van (inbrekers)techniek. Ook strafrechtelijk is er van inbraak sprake. Het mag in zulke situaties voor de dekking geen verschil uitmaken of de dief enige beschadiging

⁷ Arresten Hof Den Haag 8 november 1979, S&S 1981 nr. 34 en 28 december 1995 VR 1997 nr. 149 en Hof Amsterdam 7 februari 1991, S&S 1992 nr. 19, waarbij ook nog een beroep werd gedaan op de uitspraak RvT nr. II - 85/20.

veroorzaakt, hoe licht dan ook, of de inbraak technisch zo perfect uitvoert dat er zelfs helemaal geen beschadiging optreedt. Om tot een oplossing te komen, gaf de verzekeraar de expert alsnog opdracht om na te gaan of in dit geval de glaslatten zonder braakschade konden worden verwijderd. In het expertiserapport verklaarde deze dat er sporen van braak moeten zijn geweest, met dien verstande dat deze door hem als niet noemenswaardig werden gekwalificeerd. De verzekeraar had geen zin in een discussie 'op de smalle marges van een glaslat' en conformeerde zich aan mijn voorstel om een oplossing te suggereren.

Geen onderhoudscontract voor het inbraakalarm

Een verzekeraar wees een diefstalclaim onder een inventaris- en goederenverzekering af omdat er voor de alarminstallatie geen onderhoudscontract in stand werd gehouden, hetgeen wel een voorwaarde in de polis was. Zonder vervulling daarvan zou volgens de polis geen uitkering plaatsvinden. De verzekeraar stelde dat het disfunctioneren van de installatie bij juiste naleving van een onderhoudscontract tijdig aan het licht zou zijn gekomen, waardoor de schade beperkt of voorkomen zou zijn. Het staat vast dat er ten tijde van de inbraak geen onderhoudscontract was. De laatste onderhoudsbeurt had twee jaar voor de inbraak plaatsgevonden, waarbij volgens de opgave van het beveiligingsbedrijf was nagegaan of het detectiebereik van de installatie gelijk aan het oorspronkelijke ontwerp was. Bij dat ontwerp was van inbraak en diefstal van binnenuit uitgegaan en daarom, zo verklaarde het beveiligingsbedrijf desgevraagd, stond de melder niet op het raam afgesteld waarlangs de inbrekers waren binnengekomen, maar op de ruimte en de toegangsdeur. Het disfunctioneren van de alarminstallatie, die op het moment van de inbraak niet defect was, werd dus door een verkeerde afstelling veroorzaakt.

In de alarmclausule op het polisblad van de hierboven vermelde verzekering was bepaald dat er voor de alarminstallatie een onderhoudscontract tussen de verzekeringnemer en het beveiligingsinstituut zou bestaan. Voorts vermeldde deze clausule dat schade door diefstal niet gedekt was indien aan deze bepaling niet werd voldaan, tenzij de verzekeringnemer bewees dat de schade hierdoor noch veroorzaakt, noch vergroot was. De bewijslast en het bewijsrisico rusten in dit geval dus op de schouders van de verzekeringnemer. In het bemiddelingstraject van hoor en wederhoor in deze

kwestie heb ik de verzekeraar op in dit verband relevante rechtsliteratuur⁸ gewezen. Daarin is aangegeven dat het met een beroep op de redelijkheid en billijkheid ex artikel 6:248 BW goed verdedigbaar lijkt, dat bij het ontbreken van voldoende causaal verband, hetgeen de verzekerde zal moeten aantonen, een beroep op de hier bedoelde clausules van preventieve aard moet worden afgewezen (althans indien hierover niets in de polisvoorwaarden zelf staat). Ook heb ik de verzekeraar op het Bicak/AEGON-arrest van de Hoge Raad gewezen⁹, met daarbij de vermelding dat mijns inziens aannemelijk was gemaakt dat met een instandgehouden onderhoudscontract de schade even groot zou zijn geweest. De maatschappij besloot de schade te vergoeden.

4.1.5 Inkomensverzekeringen

4.1.5.1 WAO-hiaatverzekeringen

De sectoren Leven en Zorg van het Verbond van Verzekeraars hebben door de uitgifte van een aantal circulaire constructief gewerkt aan eerder opgemerkte knelpunten en aanbevelingen over onder meer de WAO-hiaatverzekeringen¹⁰.

Het Verbond pleit voor goede informatieverstrekking aan werknemers over het van kracht worden, over de dekking en ook over de

⁸ Mr. C. Asser's Handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk Recht Bijzondere Overeenkomsten Deel VI de Verzekeringsovereenkomst 1998, blz. 274 t/m 283. Daar wordt ook aangehaald het na het arrest van 22 mei 1992, NJ 1993, 381 verschenen Modalfa-arrest van 19 mei 1995, NJ 1995/498.

⁹ Het arrest van de Hoge Raad van 27 oktober 2000 (NJ 2001, 120; JOL 2000, 514 Bicak/AEGON). In dit arrest is bepaald dat het beroep van een verzekeraar op een geldig overeengekomen clausule die een recht op uitkering uitsluit wanneer verzekeringnemer de in de clausule omschreven verplichtingen niet nakomt, in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Daarbij kan worden gedacht aan het geval waarin onvoldoende verband bestaat tussen het niet naleven van de in de clausule omschreven verplichtingen en het risico zoals zich dit heeft verwezenlijkt.

¹⁰ Zie ook het jaarverslag over 1999.

beëindiging van collectieve WAO-hiaatverzekeringen. Verzekeraars zijn geadviseerd om de werkgever erop te attenderen dat hij, eventueel samen met zijn assurantie tussenpersoon, zijn werknemers adequaat informeert over het bestaan van deze verzekering en over de hieraan verbonden rechten en plichten. Werknemers moeten niet alleen weten wat bijvoorbeeld de gevolgen voor zo'n verzekering zijn bij hun uitdiensttreding, maar ook bij een bedrijfsbeëindiging als gevolg van faillissement. Bij uitdiensttreding of ontslag is ook informatie noodzakelijk over het vervallen van de dekking, het recht op uitkering (ook als bij de beëindiging van het dienstverband al sprake is van ziekte of arbeidsongeschiktheid) en over de mogelijkheid van individuele voortzetting van de WAO-hiaatverzekering.

Het hiaat in de communicatie in de driehoek verzekeraar, werkgever en werknemer is daarmee nog niet helemaal gedicht.

Ook verzekeraars zijn daar debet aan. Zij zouden bijvoorbeeld werknemers bij de acceptatie van de verzekering een brochure over het WAO-gat kunnen geven, waarin hun rechten en plichten worden beschreven, evenals de mogelijkheden van individuele voortzetting van de verzekering (zonder vragen naar medische waarborgen) bij uitdiensttreding, bedrijfsbeëindiging en dergelijke. Omdat daarmee dan nog geen oplossing is gevonden voor werknemers die al onder een bestaand WAO-gatcontract vallen, nodig ik verzekeraars uit om ook daarvoor alsnog ideeën aan te dragen. Wellicht kan dan tegelijk aandacht worden geschonken aan de eerder gesignaleerde onbekendheid met het afdekken van het arbeidsongeschiktheidsrisico in een ontslagprocedure van een arbeidsongeschikte werknemer.¹¹

4.1.5.2 Schadeprotocol arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

In het schadeprotocol voor de afwikkeling van een schademelding op een arbeidsongeschiktheidsverzekering (op basis van de standaard-AOV-polisvoorwaarden 2000) is een leidraad opgenomen voor de zorgvuldigheidseisen die in acht moeten worden genomen bij de beëindiging van de verzekering in het geval van bedrijfsbeëindiging of beroepsbeëindiging van de verzekerde. Daarbij is een onderzoek vereist naar de precieze oorzaak van de bedrijfs- of beroepsbeëindiging en naar het belang van de verzekerde bij voortzetting

van de verzekering. Ik vertrouw erop dat verzekeraars de aanbevolen zorgvuldigheid daadwerkelijk in acht zullen nemen. In 2001 kwam het nog voor dat op bijzonder simpele wijze, na een telefonische mededeling over een bedrijfsbeëindiging, een arbeidsongeschiktheidspolis werd beëindigd.

4.1.5.3 Medisch-specialistische keuringen

Het onderwerp 'medisch-specialistische keuringen' verdient meer aandacht van verzekeraars. De opmerkingen hierover in vorige jaarverslagen hebben helaas nog geen reacties van verzekeraars opgeleverd.

Ik herhaal daarom mijn standpunt, samengevat, dat er meer redenen zijn om verzekerden bij medisch-specialistische keuringen inspraak te geven, dan om dit na te laten. Ik hoop en verwacht ook dat door wederzijdse initiatieven het aantal klachten op dit gebied zal afnemen en dat nieuwe zaken in de geest van die initiatieven zullen kunnen worden afgehandeld.

4.1.5.4 Meldingstermijn bij ziekengeld- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Ten aanzien van ziekengeld- en (individuele en collectieve) arbeidsongeschiktheidsverzekeringen worden verzekeraars geadviseerd om te verduidelijken wat de consequenties zijn als de meldingstermijn van drie maanden wordt overschreden en welke criteria zij dan hanteren om te beoordelen of hun belangen daardoor zijn geschaad (want een te late melding is op zich geen gegronde reden meer om een claim af te wijzen). Daarnaast kan het belangrijk zijn om de werkgever, in zijn rol van verzekeringnemer van een ziekengeldverzekering, erop te attenderen dat hij voor een tijdige melding aan de verzekeraar verantwoordelijk is en blijft en dat een melding aan de Arbo-dienst of aan een andere belangenbehartiger hem niet van die verplichting ontslaat.

4.1.5.5 Naverrekening bij ziekengeldverzekeringen

In mijn jaarverslag over 2001 wees ik al op de vele wanordelijke naverrekeningen en premieverhogingen die mij ter behandeling werden gegeven en vergeleek ik deze al met de handelwijze van

¹¹ Zie paragraaf 3.4 in dit jaarverslag over 2001.

sociale verzekeraars die destijds door particuliere verzekeraars zo werd bekritiseerd. Helaas heb ik daar in 2001 geen reacties op gekregen, laat staan positieve ontwikkelingen op dit gebied kunnen constateren. Nog steeds worden verzekeringnemers achteraf met forse premieverhogingen geconfronteerd, op het moment dat opzegging van de verzekering geen reële optie meer is.

Ook hier schort het aan adequate communicatie, in die zin dat een tijdige aankondiging en een duidelijke toelichting van de verzekeraar veelal ontbreken.

Vaak blijken verzekeraars pas na mijn tussenkomst bereid om de relevante onderliggende berekeningen op tafel te leggen. Verstrekken zij deze informatie in een eerder stadium aan de verzekeringnemer - en ik begrijp niet waarom dat niet gebeurt - dan kunnen klachten hierover worden voorkomen. Op dit gebied is overigens nog opmerkelijk dat in enkele zaken in 2001, na een gezamenlijke inspanning van de werkgever, de werknemer en het Klachteninstituut, de verzekeraar alsnog tot schade-uitkering overging. In deze zaken werd met rapporten van behandelende artsen (over diagnoses, therapieën, medicaties, enzovoort) en van arbo- en bedrijfsartsen aangetoond, dat eerdere reïntegratieactiviteiten de duur en de mate van het verzuim niet positief zouden hebben beïnvloed. De verzekeraar kon dus zijn 'extra' schade niet aantonen. Het is mijn voornemen om in voorkomende zaken op deze weg verder te gaan.

4.1.5.6 Begeleiding en reïntegratie bij ziekteverzuim

Met het rapport 'Verzekerd van reïntegratie' van het Centrum voor Verzekeringsstatistiek is enig inzicht verkregen in de omvang en de resultaten van reïntegratieactiviteiten op initiatief van verzekeraars bij verzuim van werknemers. Deze reïntegratieactiviteiten krijgen in de bedrijfstak kennelijk steeds meer prioriteit en ook gestalte. In 2000 werd naar schatting in ruim vijf procent van de gemelde verzuimgevallen van langer dan zes weken, dat wil zeggen 5.100 keer, een reïntegratietraject opgestart. In 2.200 gevallen leidde dit tot een versnelde reïntegratie. In 2001 werd twee keer zo vaak een reïntegratietraject opgestart en de prognose is dat het succes daarvan beduidend hoger is. Het gebleken succes van reïntegratieactiviteiten op initiatief van verzekeraars telt voor mij mee bij de beoordeling

van zaken waarin verzekeraars zich op benadeling wegens te late melding beroepen. De mate waarin eerdere melding bij de verzekeraar tot eerdere reïntegratie zou hebben geleid, blijft bij die beoordeling vanzelfsprekend doorslaggevend. Kwantitatieve gegevens kunnen daarbij helpen, maar zijn niet allesbepalend. Inmiddels heb ik meer ervaring opgedaan met zaken waarin verzekeraars - na een oorspronkelijke claimafwijzing wegens te late verzuimmelding - alsnog tot uitkering overgingen. In deze zaken werd na het zorgvuldig inwinnen van medische en overige gegevens aangetoond, dat begeleiding in welke vorm dan ook niet tot eerdere werkhervatting zou hebben geleid. Bij de vaststelling van het belang en het resultaat van reïntegratieactiviteiten, zo is mij gebleken, kunnen tal van factoren meewegen, zoals kennis over de oorzaak van het verzuim, de inhoud van medische consulten, de voorgeschreven medicijnen, de gevolgde therapieën en de informatie van bedrijfsartsen en Arbo-diensten. Positief vind ik, dat de bedrijfstak niet meer betwist dat een verzekeraar bij een te late melding alleen belangenbeschadiging als afwijsground kan opvoeren, als hij de (extra) schade in elk dossier opnieuw concreet aantoot. Ook blijkt dat de branche zeer serieus de omvang en de resultaten van de reïntegratie-inspanningen in beeld houdt. Deze positieve ontwikkelingen doen mij met grote belangstelling uitzien naar de verdere resultaten in de behandeling van zaken in deze branche.

4.1.6 Mobiele-telefoonverzekeringen

Ondanks het probleem dat een aantal gevolmachtigden van buitenlandse risicodragers niet bereidwillig is om aan de klachtbehandeling van mijn instituut mee te werken, ben ik positief over de ontwikkelingen met betrekking tot mobiele-telefoonverzekeringen. Er worden nog veel klachten aan mij voorgelegd, maar die kunnen meestal naar tevredenheid van de klager worden opgelost. De 'geweldsbepaling' bijvoorbeeld (diefstal is uitsluitend gedekt indien sprake is van geweld of dreiging van geweld) wordt vaak uiteindelijk minder restrictief toegepast dan het zich aanvankelijk liet aanzien. Een herafweging van alle relevante omstandigheden waaronder de diefstal plaatsvond, leidt er vrijwel altijd toe dat de claim alsnog wordt gehonoreerd. Meestal blijkt een zekere mate van fysiek contact daar achteraf al voldoende voor (mits de verzekerde zich natuurlijk voldoende zorgzaam heeft gedragen).

Wel laat de voorlichting over het verzekeringsproduct in de telefoon-winkel nog te wensen over. Klagers wijs ik er echter op, dat ook zij een verantwoordelijkheid hebben: ze moeten weten wat ze kopen door vooraf de polisvoorwaarden goed te lezen.

4.1.7 Motorrijtuigenverzekeringen

4.1.7.1 Vermiste kentekenbewijzen

Op het gebied van motorrijtuigenverzekeringen hebben de problemen met vermiste kentekenbewijzen en de klachten naar aanleiding daarvan¹² tot een advies van het Verbond van Verzekeraars geleid.¹³ Hierin wordt aangegeven dat het onredelijk is om bij het ontbreken van het kentekenbewijs deel I en deel II de schadeclaim met een beroep op onzorgvuldigheid volledig af te wijzen. In dit advies wordt verder toegelicht dat het níet onredelijk is om een beroep op het ontbreken van zorgvuldigheid te doen, indien het complete kentekenbewijs, dus inclusief het overschrijvingsbewijs of kopie deel III, na diefstal niet kan worden overgelegd. Vanwege de diefstal van alle delen van het kentekenbewijs neemt immers de verhandelbaarheid van de auto toe, als ware de auto niet gestolen.

Papieren in de auto gelaten

Een verzekerde parkeerde zijn auto op een met camera's bewaakt parkeerterrein voor een hotel. De auto werd 's nachts gestolen en helaas had hij daar het complete kentekenbewijs, inclusief overschrijvingsbewijs of kopie deel III, in achtergelaten. Zijn verzekeraar greep het advies van het Verbond aan om de claim af te wijzen, omdat de verzekerde niet het complete kentekenbewijs kon overleggen. In de desbetreffende polisvoorwaarden was geen polisuitsluiting opgenomen die zou rechtvaardigen dat na diefstal van de auto geen uitkering volgde als niet alle delen van het kentekenbewijs en alle sleutels konden worden overhandigd. Alleen in een paragraaf over de vaststelling van de schadevergoeding stond een beperkende bepaling, maar die kon in redelijkheid niet als een expliciete polisuitsluiting worden opgevat. De verzekeraar echter zei de schadeclaim conform zijn verzekeringsvoorwaarden, dus wegens het ontbreken van alle delen van het kentekenbewijs, niet in behandeling te hoeven nemen. Niet zozeer het feit dat verzekerde zijn eigendomsrecht niet zou kunnen aantonen, was daarvoor de reden, maar wel dat de verhandelbaarheid van de gestolen auto daardoor was vergroot.

De afwijzing van deze diefstalclaim door de verzekeraar is op twee argumenten gefundeerd. In de eerste plaats bemoeilijkt het ontbreken van het complete kentekenbewijs de revindicatie van de auto en in de tweede plaats worden de mogelijkheden vergemakkelijkt om de gestolen auto te verhandelen. Ik heb de verzekeraar er echter op gewezen, dat het bewijs van eigendom van een auto ook met andere middelen kan worden geleverd dan door overlegging van kentekenbewijzen. Natuurlijk heeft het bezit van de delen I, II en III waarde en bemoeilijkt het gemis daarvan de revindicatie, maar dat gemis kan geen basis voor volledige afwijzing van een schadeclaim zijn. Hiervoor pleit ook dat het achterlaten in een auto van een kentekenbewijs, het risico van diefstal van die auto niet daadwerkelijk verhoogt. De dief kon immers niet van tevoren weten dat hij door de diefstal van de auto tevens het kentekenbewijs in handen zou krijgen. Het besluit van de verzekeraar tot totale afwijzing van de claim stond niet in verhouding tot de (lichte) overtreding van de verzekerde en deed met andere woorden het zogenoemde proportionaliteitsbeginsel geweld aan. De verzekerde was immers niet bijzonder slordig met zijn autopapieren omgegaan, maar had ze in een afgesloten auto op een met camera's bewaakt parkeerterrein voor een hotel achtergelaten. Mij leek eerder sprake van onbedachtzaamheid dan van onzorgvuldigheid. Mijn visie in deze zaak wordt door het Bicak/AEGON-arrest van de Hoge Raad ondersteund.¹⁴ Uiteindelijk was de verzekeraar overtuigd van de validiteit van mijn argumenten en alsnog bereid om de claim volledig voor zijn rekening te nemen.

Op het gebied van motorrijtuigenverzekeringen komen ook klachten voor door onduidelijkheid over het begrip 'accessoires'. Meestal wordt dit begrip in de polis vrij uitvoerig omschreven, bijvoorbeeld als volgt: 'Accessoires zijn niet als extra voorziening aan te merken onderdelen, dienende ter verfraaiing of herkenning van het motorrijtuig, dan wel tot meer gemak of grotere veiligheid en die door een

¹² Zie de jaarverslagen 1996, 1997 en 1998 van de Ombudsman Schadeverzekering.

¹³ Circulaire MOT-L-97/48.

¹⁴ Het arrest van de Hoge Raad van 27 oktober 2000 (NJ 2001, 120; JOL 2000, 514 Bicak/AEGON).

eenvoudige ingreep in of aan het motorrijtuig zijn te monteren en waarvoor geen onderdelen behoeven te worden verwijderd en geen bewerking of verandering van het motorrijtuig nodig is, zoals (maar niet beperkt tot) bermlampen, brandblusser, caravanspiegels (mits gemonteerd), gevarendriehoek, hoofdsteunen, jaloezieën, kinderzitje (mits gemonteerd), matten, mistlampen, pechlamp, reflectors, sleepkabel, stoelhoezen, trekhaak, verbandtrommel, verstralers, (antidiefstal) wielmoeren en windschermen. Verder geluidsapparatuur, echter met uitzondering van cassettes en compactdiscs en een door een erkend inbouwstation ingebouwd(e) goedgekeurd(e) diefstal-beveiligingssysteem of alarminstallatie. Noch als accessoire, noch als extra voorziening worden aangemerkt de in het motorrijtuig aanwezige, daaraan of daarin bevestigde zend- en ontvang- of telecommunicatieapparatuur.' Ondanks zo'n uitvoerige omschrijving kan het toch nog discutabel zijn of een bepaald voorwerp op de autocascopolis is meeverzekerd. Een voorbeeld daarvan is de radardetector. Dit is een apparaat waarmee radarmeetapparatuur voor snelheidscontroles kan worden gesignaleerd of waarmee de werking daarvan kan worden verstoord. In een aantal gevallen werd een claim na diefstal van zo'n radardetector afgewezen, op grond van verschillende overwegingen. Het bezit van dergelijke apparatuur zou volgens de wet verboden zijn, er zou sprake zijn van zend- en ontvangapparatuur of de detector was niet vast in de auto gemonteerd, maar lag in het dashboardkastje. Een toetsing van de terminologie aan het normale spraakgebruik leidde echter al snel tot aanvaarding van de claim. Omdat een radardetector voor gebruik in de auto is bestemd en daartoe ook in de auto is geïnstalleerd, moet zo'n apparaat als autoaccessoire worden benoemd. Een verzekerde zal bij de term 'gecombineerde zend- en ontvangstapparatuur' niet aan een radar-detector denken, maar aan radiozendapparatuur als een 27mc-installatie of een semafoon. Een verzekeraar die radardetectoren van dekking wil uitsluiten, moet dit expliciet in de voorwaarden vermelden. Daarmee worden klachten voorkomen.

Een onverwacht ongedekte schade

Een bloembollentransportbedrijf veroorzaakte schade door op het erf van een bloembollenkweker een stapel kistjes omver te rijden. De schade die ontstond doordat verschillende partijen bloembollen werden vermengd, wilde de verzekeraar niet vergoeden. In deze zaak heeft de

Raad van Toezicht Verzekeringen uitspraak gedaan.¹⁵ De klacht hield in dat de verzekeraar zich ten onrechte op het standpunt had gesteld dat de mengschade buiten de dekking van de motorrijtuigenverzekering viel. De Raad echter vond, op basis van expertiserapporten en gesteund door juridische literatuur en eerdere uitspraken van de Raad, het standpunt verdedigbaar dat de mengschade niet kon worden aangemerkt als schade die voortvloeit uit schade aan zaken. Verzekeraars en assurantie-tussenpersonen, maar ook verzekeringnemers, moeten dan ook steeds alert op bijzondere risico's blijven en naar de meest adequate verzekeringsdekking blijven zoeken.

4.1.7.2 Verzwijging

Verzwijging? - 1

Op het aanvraagformulier voor een motorverzekering had de kandidaat-verzekerde aangegeven, blijkens een schermprint van dat formulier, dat hem nooit de rijbevoegdheid was ontzegd. Nadere mededelingen ter beoordeling van de verzekeringsaanvraag had hij niet gedaan. De motorfiets werd gestolen en de verzekeraar benoemde een expert die met de gedupeerde over de toedracht van de diefstal sprak. In dat gesprek kwam ter sprake dat het rijbewijs van de betrokkene enkele maanden ingevorderd was geweest. In verband hiermee moest hij nog voor de rechter verschijnen. Vanwege de verzwijging van deze feiten wees de verzekeraar de diefstalclaim af. Aangezien deze kwestie onbemiddelbaar bleek en de klacht in eerste instantie aan de Raad van Toezicht Verzekeringen was gericht, heb ik mijn dossier aan de Raad ter verdere behandeling overgedragen. De Raad heeft inmiddels uitgesproken dat zij met de klager van oordeel is dat het beroep op de grond voor vernietiging in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel niet verdedigbaar is.

In de uitspraak van de Raad van Toezicht Verzekeringen in deze zaak zijn de volgende overwegingen belangrijk. "Ontzegging van de rijbevoegdheid is een in artikel 179 van de Wegenverkeerswet geregelde bijkomende straf die door de rechter in een aantal door die wet omschreven gevallen kan worden opgelegd. Een straf kan niet gelijk

¹⁵ Uitspraak Nr. 2001/17 Mo; zie het jaarverslag over 2000, paragraaf 4.2.5.

worden gesteld met de in artikel 164 van dezelfde wet geregelde maatregel in het belang van de verkeersveiligheid (de overgifte van het rijbewijs), waartoe een opsporingsambtenaar verplicht, dan wel bevoegd is in de daar omschreven gevallen. De omstandigheid dat de tijd gedurende welke het rijbewijs is ingevorderd, op de duur van de door de rechter opgelegde ontzegging van de bevoegdheid tot het besturen van motorrijtuigen geheel in mindering wordt gebracht, maakt dit niet anders. Gezien het voorgaande hoefde klager redelijkerwijs niet te begrijpen dat de blijkens de overgelegde schermprints gestelde vraag of hem ooit de rijbevoegdheid was ontzegd mede betrekking had op de invordering van het rijbewijs door de politie. Verzekeraar heeft alvorens dekking te verlenen een reeks van vragen aan klager voorgelegd waarin niet is gevraagd - kort gezegd - of het rijbewijs te eniger tijd is ingevorderd geweest noch of hem bekend was dat hij werd vervolgd terzake van overtreding van de Wegenverkeerswet.

Vervolgens is de verzekering gesloten op de grondslag van de door verzekeraar gestelde vragen. Naar huidige rechtsopvatting met betrekking tot artikel 251 van het Wetboek van Koophandel kan verzekeraar zich er dan niet op beroepen dat feiten waarnaar niet is gevraagd, niet zijn medegedeeld. Klager heeft mogen aannemen dat die feiten voor verzekeraar niet van belang waren. Daaraan doet niet af dat de reeks van vragen is afgesloten met een in algemene bewoordingen gestelde vraag als 'hebt u nog iets mede te delen wat (voor verzekeraar) van belang kan zijn voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst?'. Aan deze rechtsopvatting ligt ten grondslag dat het, gelet op de ernst van de sanctie die artikel 251 de verzekeraar biedt, op diens weg ligt om de vragen, die hij voor acceptatie van belang acht, zo nauwkeurig en volledig mogelijk te formuleren."

Verzwijging? - 2

Een verzekerde kocht in juli 1999 een Mercedes 500 SEL uit 1985, die op dat moment 119.582 km had gereden. Zijn verzekeringsagent kon hem een mooi aanbod doen. Een verzekeraar was namelijk bereid om de auto tegen een gunstig 'oldtimertarief' te verzekeren. Op het aanvraagformulier dat de verzekerde samen met de tussenpersoon invulde, stonden onder meer de vragen 'Soort brandstof?' (antwoord: 'benzine'), 'Hoeveel kilometer wordt er per jaar gereden?' (antwoord: '6.000 km')

en 'Hebt u verder nog iets mee te delen dat voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn?' (antwoord: 'nee'). Kort daarna werd een polis afgegeven, met op het polisblad de mededeling: 'verzekerd gebruik: particulier, maximaal 7.500 km per jaar'. In januari 2000 werd de auto gestolen en beschadigd teruggevonden. De maatschappij wees de schadeclaim af op grond van nietigheid van de verzekeringsovereenkomst ex artikel 251 Wetboek van Koophandel wegens verzwijging respectievelijk onjuiste opgave van het te rijden jaarkilometrage. Het rapport van de expert had namelijk gemeld dat de auto in een periode van vijf maanden ongeveer 8.000 km had afgelegd. De verzekerde verklaarde dat hij, vanwege zijn plezier met de auto, meer had gereden dan hij had voorzien en er zelfs op en neer mee naar Spanje was geweest. Het was ook zijn bedoeling geweest om het hogere kilometrage aan zijn assurantietussenpersoon te melden, maar hij was daarmee te laat geweest. Ik heb mij in deze zaak op het standpunt gesteld dat volledige afwijzing van de schadeclaim met een beroep op artikel 251 Wetboek van Koophandel als onredelijk moest worden aangemerkt.

De mededelingsplicht in artikel 251 Wetboek van Koophandel betreft feiten die bij het aangaan van de verzekering al bestaan of waarvan de aanvrager dan al weet of moet voorzien dat deze zich na het sluiten van de verzekering zullen voordoen. De opgave op het aanvraagformulier in de beschreven kwestie kon echter slechts een schatting van de aanvrager zijn omtrent het voorgenomen gebruik van de auto. Er werd immers niet gevraagd naar het aantal werkelijk afgelegde kilometers in een bepaalde periode (dat overigens bij de aanvraag van een verzekering voor een onlangs gekochte auto ook helemaal niet te geven is). In deze zaak werden verder geen aanwijzingen gevonden dat de verzekerde al vanaf het begin een ruimer gebruik dan 6.000 of 7.500 km op het oog had gehad. De verzekerde leek zich eerder te hebben verkeken op het aantal recreatieve kilometers per jaar en met name ook op het beslag dat de vakantie-reis naar Spanje daarop zou leggen. Dit probleem had kunnen worden voorkomen als in de voorwaarden een duidelijke regeling had gestaan voor de gang van zaken bij een overschrijding van het vermelde jaarkilometrage. Omdat zo'n overschrijding risicoverzwarend is, zou bijvoorbeeld een premieverhoging voor de hand hebben gelegen. Deze oplossing doet aan de positie van de verzekerde die te goeder trouw is, geen onevenredige afbreuk. In deze zaak werd de

schade alsnog vergoed, onder inhouding van een extra premie.

4.1.8 Pleziervaartuigenverzekeringen

Onvolledige communicatie

Een loondienstagent bemiddelde bij een pleziervaartuigenverzekering, die bij een zustermaatschappij in hetzelfde financiële concern werd gesloten. De werkgever van deze loondienstagent trad dus in feite op als assurantietussenpersoon van de zustermaatschappij. De verzekerde was verteld dat een volgboot tot 5.000 gulden gratis was meeverzekerd. Dit stond ook in een brochure, waarin bovendien was vermeld dat een volgboot die meer waard was, aanvullend kon worden verzekerd en dat kandidaat-verzekerden er goed aan deden de tussenpersoon over alle dekkingsvormen te raadplegen. Op het aanvraagformulier bleven de vragen over de volgboot oningevuld, omdat deze pas na het sluiten van de verzekering zou worden aangeschaft. De polis werd afgegeven en niet lang daarna werd de volgboot gestolen. De verzekeraar wilde de schade niet vergoeden, omdat de verzekering het verlies dekte van het vaartuig dat op het polisblad was omschreven en, voorzover meeverzekerd, het verlies door diefstal van de volgboot. De maatschappij stelde dat er geen discrepantie tussen de brochure en de polisvoorwaarden zat. Wanneer een volgboot moet worden meeverzekerd, dan moet die boot ter verzekering worden aangeboden en als de waarde ervan niet hoger dan 5.000 gulden is, zal er geen premie voor worden berekend. Noch in de brochure, noch in de polisvoorwaarden echter was vermeld dat een volgboot alleen maar was meeverzekerd als deze op het polisblad was aangetekend. Had het daarom niet op de weg van de verzekeraar gelegen om na ontvangst van het aanvraagformulier na te vragen waarom de vragen over een volgboot niet waren beantwoord?

Dan immers zou de verzekerde bij het sluiten van de verzekering volledig zijn geïnformeerd en zou de omissie van de tussenpersoon ongedaan zijn gemaakt.

De verzekerde mocht erop vertrouwen dat het goed was geregeld, omdat hij de tussenpersoon (de werkgever van de loondienstagent) en de zustermaatschappij als een geheel, zijnde de verzekeraar, mocht beschouwen. De verzekeraar bleek gevoelig voor mijn argumenten en vergoedde, zonder ten principale uitspraak te doen, de schade van 5.000 gulden.

Deze geste van de verzekeraar, die zo de gevolgen van een gebrekkige communicatie door zijn tussenpersoon voor zijn rekening nam, past in de gedachtegang van vele verzekerden voor wie het onderscheid tussen verzekeraar en tussenpersoon onvoldoende duidelijk is. Het siert de maatschappij dat zij pal achter haar tussenpersoon is gaan staan!

4.1.9 Rechtsbijstandverzekeringen

Verzekerden van rechtsbijstand kunnen een beroep op een geschillenregeling doen als zij de juridische haalbaarheid van hun zaak anders inschatten dan de verzekeraar.¹⁶ Zulke conflicten (en alle extra werkzaamheden en irritaties die eraan zijn verbonden) doen zich vaak voor en leiden tot flinke vertragingen in de rechtshulpverlening. Deze zouden echter kunnen worden voorkomen indien rechtsbijstandverzekeraars mijn advies zouden opvolgen om in zulke situaties direct en onomwonden op het bestaan van die geschillenregeling te wijzen. Helaas zijn er nog steeds verzekeraars die dat niet adequaat doen, zo blijkt ook uit twee hier beschreven zaken die aan mij werden voorgelegd. Beide zaken laten overigens zien, dat ik de snelheid waarmee klachten uit de wereld worden geholpen, soms ook maar weinig kan beïnvloeden.

Geschillenregeling was al toegepast

Nadat een verzekeraar aanvankelijk te kennen had gegeven dat hij geen heil in een gerechtelijke procedure zag, voldeed hij uiteindelijk toch aan het verzoek van de klager om de juridische haalbaarheid van de vordering aan een advocaat voor te leggen. Waarom hij dat deed, werd de verzekerde niet meegedeeld. Deze ging er dan ook nietsvermoedend vanuit dat zijn verzoek om rechtsbijstand alsnog werd gehonoreerd. Hoewel de ingeschakelde advocaat tot de conclusie kwam dat er een gereede kans op een succesvolle afloop was, weigerde de verzekeraar om de kosten van de procedure voor zijn rekening te nemen. De klager wilde vervolgens een beroep op de geschillenregeling doen, maar de verzekeraar liet daarop weten dat de geschillenregeling al was toegepast en deze weg dus niet meer voor hem openstond. Nadat de klager zich tot mij had gewend - de behandeling van het dossier was toen al flink vertraagd - volgde met de verzekeraar, die inmiddels op zijn schreden

¹⁶ Zie ook het jaarverslag 1998 van de Ombudsman Schadeverzekering.

was teruggekeerd, een nodeloos langdurige discussie met steeds wisselende argumenten over de juridische haalbaarheid van de vordering. De verzekeraar was zijns inziens slechts gehouden aan een vergoeding van de helft van de kosten, omdat de kans op een succesvolle afloop voor de klager ook maar vijftig procent was - althans, volgens een bijzondere interpretatie van de verzekeraar van het advies van de advocaat. Ik kon mij op dit punt niet met het standpunt van de verzekeraar verenigen. De advocaat had immers geconcludeerd dat de verzekerde een gerede kans op een succesvolle afloop van de procedure had. Los daarvan ben ik van mening dat de advocaat het procesrisico moet beoordelen en dat de verzekeraar wat dat betreft niet op diens stoel moet gaan zitten.

‘En passant’ erkende de verzekeraar dat niet duidelijk was gecommuniceerd dat de aanvankelijke overdracht aan de advocaat in het kader van de geschillenregeling had plaatsgevonden.

De verzekeraar vond echter dat de verzekerde dat niettemin had kunnen weten. De maatschappij had immers geen heil in een eventuele procedure gezien en het had dus niet voor de hand gelegen om de verzekerde naar een advocaat te verwijzen.

Uit handen gegeven

Een verzekeraar had op eigen initiatief de behandeling van een zaak aan een externe belangenbehartiger overgedragen. Deze mededeling werd door de verzekerde voor kennisgeving aangenomen. Toen de belangenbehartiger te kennen gaf dat hij geen heil in een procedure zag, wilde de verzekerde een beroep op de geschillenregeling doen. De verzekeraar blokkeerde die mogelijkheid. Omdat het dossier al door een externe belangenbehartiger werd behandeld, kon de verzekerde immers geen beroep op de geschillenregeling meer doen. De verzekeraar had de verzekerde er met nadruk op moeten wijzen, dat door de overdracht van het dossier aan een externe belangenbehartiger impliciet afstand zou worden gedaan van het recht van de verzekerde om een beroep op de geschillenregeling te doen.

Consumenten zien dit gedrag van verzekeraars, dat wil zeggen het op telkens andere gronden afwijzen van een claim, als een manier om niet meer op een eerder ingenomen standpunt terug te hoeven

komen. Ik zal hierover duidelijk zijn. Bij onduidelijkheid van de polisvoorwaarden moeten deze in het voordeel van de verzekerden worden uitgelegd. Wat het beroep op de geschillenregeling betreft, onderschrijf ik dat deze weg niet meer openstaat nadat de betreffende kwestie met volle instemming van de verzekerde aan een advocaat is uitbesteed.

Een voorwaarde is echter wel, dat bij de ‘intake’ van het juridisch geschil helder is gecommuniceerd wat partijen over en weer van elkaar mogen verwachten, ook in situaties waarin men het niet met elkaar eens is.

Laat er dus geen enkel misverstand over bestaan dat verzekerden op grond van de polisvoorwaarden het recht hebben om een beroep op de geschillenregeling te doen. Dat past immers ook helemaal in het streven van verzekeraars naar heldere en transparante communicatie.

4.1.10 Reis- en annuleringsverzekeringen

Met betrekking tot reis- en annuleringsverzekeringen blijven consumenten klagen over de toepassing van begrippen als ‘medische noodzaak’, ‘ernstige ziekte’ en ‘ongevalletsel’. Verzekerden vinden het onbegrijpelijk dat een wegens ziekte of een ongeval geannuleerde of onderbroken vakantie niet wordt vergoed, omdat de verzekeraar of diens medisch adviseur van mening is dat de specifieke omstandigheden niet binnen de interpretatie vallen die verzekeraars (eenzijdig) aanhouden. Enkele recente zaken mogen dit illustreren. Overigens hebben reisverzekeraars mij nauwelijks een reactie gegeven op hetgeen hierover in vorige jaarverslagen bij herhaling is opgemerkt.

Onverzorgd in Mongolië

Een verzekerde liep rugletsel op bij een ongeval in de Gobiwoestijn. Na een tocht van driehonderd kilometer op de bodem van een oude bestelwagen kwam hij in een ziekenhuis terecht. Een vriend in Nederland belde met de aangegeven hulporganisatie en wist de naam van de desbetreffende reisverzekeraar en ook het relatienummer van de verzekerde te vermelden. Deze melding werd echter in eerste instantie niet geaccepteerd, omdat er geen polisnummer kon worden opgegeven. Na allerlei verwickelingen kwam er niettemin hulpverlening op gang en zou de verzekerde op een brancard via Beijing naar Nederland kunnen

worden vervoerd. De hulporganisatie blokkeerde echter dit transport. Eerst moest een scan worden gemaakt vanwege onduidelijkheid over het letsel, over de risico's en over de wijze van vervoer. Nadat uit foto's en artsenverklaringen uit Mongolië bleek dat liggend vervoer zonder bezwaar moest kunnen, volgden lange onderhandelingen tussen de hulpdienst en de vliegmaatschappij over de vervoerprijs en over de goedkoopste oplossing. Ondertussen lag de verzekerde in een soort pakhuis dat kennelijk niet voor dit soort situaties was ingericht en waar hij slechts minimale verzorging kreeg. Na zijn herstel in Nederland deed de verzekerde bij diverse verzekeraars en hulpinstanties zijn beklag hierover, maar adequate reacties daarop bleven uit. Pas na mijn tussenkomst werd een klantvriendelijkere houding aangenomen en werden excuses aangeboden. Voor het overige werden geen consequenties verbonden aan dit staaltje van consumentonvriendelijke communicatie.

Aids voorkomen een medische noodzaak?

Tijdens een visvakantie in Afrika ontdekte een verzekerde bloed in zijn urine. Een arts ter plaatse adviseerde een ziekenhuisopname voor onderzoek, maar om niet het risico van aidsbesmetting te lopen, vertrok de verzekerde direct per vliegtuig naar Nederland. De annuleringsverzekering noch de reisverzekering bood echter dekking voor deze snelle repatriëring zonder voorafgaand overleg met een alarmcentrale. De medische noodzaak van repatriëring was immers niet aangetoond ...

Hersenonderzoek een medische noodzaak?

Een verzekerde die voor studie en vakantie voor langere tijd in Zuid-Amerika was, kreeg toenemende hoofdpijnlachten. De artsen ter plaatse vonden er geen oorzaak voor, maar zij suggereerden verschillende mogelijkheden, waaronder een hersentumor. Helaas was er voor verder onderzoek geen apparatuur aanwezig. Geadviseerd werd naar Nederland terug te keren. De verzekerde deed dit meteen, zonder contact met de desbetreffende hulpdienst op te nemen. Omdat later de medische noodzaak werd betwijfeld, werd de ingediende claim afgewezen. Maar hoe zou de hulpdienst hebben gereageerd als er vooraf wel contact met de verzekerde of de behandelende artsen zou zijn geweest?

In situaties waarin de noodzaak of de wenselijkheid van een vroegde terugkeer van vakantie aan de orde is, spelen alarmcentrales en S.O.S.-diensten een belangrijke rol.

In de communicatie met deze hulpdiensten kan er veel mis gaan.

Sommige verzekerden verliezen snel het overzicht zodra de verschillende hulpverleners, dat wil zeggen de behandelende artsen en verpleegkundigen ter plaatse en de adviserende artsen en behandelaren van de alarmcentrales en de verzekeraars, 'all over the world' met elkaar over de ontstane medische situatie gaan overleggen. Andere verzekerden raken in verwarring zodra zij in een stress-situatie in het buitenland telefonische adviezen krijgen over hoe ze moeten handelen en verder te horen krijgen, maar dat blijft dan uit, dat ze zullen worden teruggebeld. De verzekerde die dan opnieuw zelf het initiatief neemt, komt vaak bij een andere medewerker terecht, die weliswaar het journaal voor zich kan hebben, maar verder geen details kent. Daartussendoor speelt de communicatie tussen de arts van de hulpdienst en de behandelende arts ter plaatse, waarbij de verzekerde soms van de ene arts iets anders begrijpt dan van de andere arts. Kennis van de taal zal daar natuurlijk ook een rol bij spelen. Misverstanden over adviezen of over de wenselijkheid of noodzaak van repatriëring leiden in zulke gevallen tot begrijpelijke klachten bij de afwikkeling van een claim. Ernstiger wordt het nog als er verschillende alarmdiensten van verschillende verzekeraars bij de situatie worden betrokken. Het risico van langs elkaar heen werken en van misverstanden lijkt zich dan te vermenigvuldigen. Verzekerden kunnen dan echt niet meer begrijpen waar zij zich aan moeten houden. Men wacht slechts een teleurstellend materieel einde, dat wil zeggen als de schade-uitkering uitblijft. Bij de behandeling van dit type klachten over versnipperde hulpverlening willen verzekeraars mij nogal eens toelichten, dat de hulpverleningsdienst waar zij verantwoordelijk voor zijn, correct heeft gefunctioneerd. Dit zij zo. De essentie van de klacht, namelijk dat verzekerden in het nauw zijn geraakt doordat hulpverleners naast elkaar heen hebben gewerkt, wordt daarmee echter niet begrepen. In dergelijke situaties is een taak voor de verantwoordelijke verzekeraars weggelegd. In deze branche bestaat behoefte aan:

1. een adequatere samenwerking tussen de verschillende hulpdiensten (denk bijvoorbeeld aan een koppeling van de backoffices per verzekeraar aan een gezamenlijke frontoffice met een callcenter, deskundige adviseurs en beoordelaars en buitenlandse steunpunten),

2. in afwachting daarvan, heldere afspraken tussen verzekeraars over wie de hulpverlening coördineert zodra blijkt dat verschillende hulpdiensten bij dezelfde zaak betrokken zijn,
3. duidelijkheid voor verzekerden, opdat zij weten waar zij aan toe zijn, over begrippen als 'medisch advies', 'medisch wenselijk', 'medische noodzaak', 'ernstige ziekte' en 'ernstig ongevalgevolg' en tot slot
4. duidelijkheid over wat er mag worden beslist door de medisch adviseur van de verzekeraar, door de behandelende arts ter plaatse, door de huisarts en door de verzekerde zelf.

Verschillende hulpdiensten: een ramp

Tijdens zijn verblijf op een camping in Frankrijk kreeg een verzekerde een hersenbloeding. Hij raakte praktisch geheel verlamd, maar bleef bij bewustzijn en kon zijn situatie goed overzien. Hij werd meteen in een ziekenhuis opgenomen. Zijn echtgenote was bij hem aanwezig en hun zoon kwam meteen naar Frankrijk. De ziektekostenverzekering en de reisverzekering liepen bij twee verschillende verzekeraars.

Daardoor gingen meteen twee verschillende hulpverleningsorganisaties aan de slag om de verzekerde, zijn echtgenote en de auto en de caravan te repatriëren. De echtgenote wees beide organisaties duidelijk op de twee verschillende verzekeringen, onder vermelding van de namen van de maatschappijen en de polisnummers.

Toch ging er door slechte onderlinge communicatie tussen de twee verzekeraars en de twee hulpverleningsorganisaties van alles mis.

Om te beginnen ontstond er een discussie tussen de artsen van de verzekeraars en de behandelende artsen in Frankrijk over de medische noodzaak c.q. de verantwoorde mogelijkheden van repatriëring. Wie de verantwoordelijkheid nam en de beslissingen ging nemen, werd niet duidelijk. Daarnaast ontstond onenigheid tussen de verzekeraars en de hulpdiensten over de vergoeding van de kosten en in het verlengde daarvan over de wijze van repatriëring (mocht alleen de verzekerde of mocht alleen het echtpaar of mocht ook de zoon per vliegtuig terug - het beeld wisselde steeds). Ook de datum en het tijdstip van vertrek werden steeds veranderd. Na tien dagen vloog het echtpaar terug naar Nederland. Op het vliegveld stond weliswaar een ambulance klaar, maar de namens de verzekeraars opererende hulporganisaties hadden het zieken-

huis niet op de komst van de ernstig zieke voorbereid, waardoor daar geen quarantainekamer met beademingsapparatuur, maar alleen een 'terminale kamer' beschikbaar was. Enkele dagen later overleed de betrokkene in een nabij gelegen ziekenhuis. Het probleem in deze zaak betrof vanzelfsprekend de werkwijze van de verzekeraars en de hulpdiensten. Na mijn bemiddeling werd aan de nabestaanden excuses aangeboden.

4.2 Overige onderwerpen

4.2.1 Personenschaderegeling

De personenschaderegeling blijft een kwetsbaar onderdeel van de verzekeringsbranche, ondanks de inspanningen op dit gebied om het beschadigde imago te herstellen. Bij de personenschaderegeling gaat het vaak om een veelheid van ingrijpende problemen: fors, vaak blijvend letsel door schuld van derden, medische behandelingen en keuringen, financiële consequenties (waaronder smartengeld, kosten van hulp in het gezin en inkomensstagnatie of inkomensachteruitgang), nare gevolgen in het sociale en privéleven, tegenstrijdige adviezen van deskundigen en de verschillende belangen van de vele experts op uiteenlopend gebied. Deze complexe vraagstukken staan garant voor geschillen die mij vaak worden voorgelegd, die eveneens vaak de pers en de politiek halen en die de verzekeraars, als de meest gereede partij, genoegzaam bekend zijn. Verzekeraars streven dan ook naar verbetering. Dit blijkt uit de adviezen van het Verbond (bijvoorbeeld over de afwikkeling van claims die met licht letsel verband houden), symposia en studiedagen (die ook door belangenbehartigers van slachtoffers worden georganiseerd) en de opleidingen binnen de maatschappijen (onder meer op het gebied van sociale vaardigheden). Toch zijn deze inspanningen kennelijk niet voldoende. Er zijn dan ook meer mogelijkheden om het imago te verbeteren en om personenschadeclaims met meer respect voor het slachtoffer te behandelen. Ik denk daarbij aan bindende adviezen (op onderdelen van een claim of bij medische geschillen), 'mediation'-sessies, mondeling overleg onder leiding van onafhankelijke voorzitters en niet in de laatste plaats een publieksbrochure waarin alle rechten en plichten van slachtoffers zijn opgenomen. Nu nog staan deze rechten en plichten enigszins verspreid in diverse uitgaven van het Verbond en van een aantal verzekeraars. Het bij elkaar plaatsen daarvan in

zo'n algemene brochure lijkt mij niet alleen informatief voor het publiek, maar ook voor de media, die immers de ontwikkelingen op het gebied van de personenschaderegeling kritisch zullen blijven volgen. Bij deze suggesties past, ik herhaal het, de oproep aan verzekeraars om uitvoering te geven aan al hetgeen op papier is verwoord. Het aantal klachten in deze branche zal daardoor ongetwijfeld sterk teruglopen. Intussen zal ik de zaken die mij worden voorgelegd, blijven behandelen zoals in vorige verslagen is beschreven. Gelukkig lukt het vaak om een vastgelopen zaak weer op de rails te krijgen. Dat ik een slachtoffer later zelden nog eens terugzie, zal erop wijzen dat de verdere claimafhandeling tot een goed einde is gekomen.

4.2.2 Buitengerechtelijke kosten

In het Burgerlijk Wetboek is expliciet vastgelegd dat ook de 'redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid' evenals de 'redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte' als onderdeel van de schade moeten worden beschouwd en dus ook moeten worden vergoed.¹⁷

Deze zogenoemde 'buitengerechtelijke kosten' geven in de praktijk van de schaderegeling vaak aanleiding tot discussie en onenigheid. Daarbij valt het mij onder meer op, dat slachtoffers vaak onvoldoende informatie van hun (juridische) hulpverleners krijgen over het recht op vergoeding van 'buitengerechtelijke kosten'. Nogal eens wordt over de kosten van de hulpverlening tijdens de 'intake' door de hulpverlener slechts terloops opgemerkt 'dat men zich daarover geen zorgen hoeft te maken'. Hulpverleners zouden er echter goed aan doen hun cliënten duidelijk uit te leggen dat de wet hen onder voorwaarden het recht geeft om de buitengerechtelijke kosten te claimen, maar dat de afspraken over het tarief en de te berekenen uren hierin beginsel buiten staan. Hulpverleners kunnen natuurlijk aanbieden om dit belang van het slachtoffer zo goed mogelijk onder de aandacht van de aansprakelijke partij of diens verzekeraar te brengen, maar er blijft sprake van twee rechtsverhoudingen: het slachtoffer heeft een recht jegens de verzekeraar en de hulpverlener heeft een recht jegens het slachtoffer. Dit gegeven is helaas vaak onvoldoende bekend.

¹⁷ Zie artikel 96 van Boek 6 BW.

Verzekeraars weten dit natuurlijk wel, maar zijn hierover in de communicatie met slachtoffers niet altijd duidelijk, terwijl een publieksbrochure hierover (zie de vorige paragraaf), die bij voorbaat duidelijkheid schept, toch voor de hand lijkt te liggen.

Doordat verzekeraars de post buitengerechtelijke kosten als een sluitpost beschouwen en hanteren, komt het voor dat over zaken als inkomstenderving, huishoudelijke hulp en smartengeld overeenstemming is bereikt en dat dan nog, ten slotte, over de buitengerechtelijke kosten moet worden gesproken. Als de verzekeraar dan het tussen het slachtoffer en zijn raadsman overeengekomen honorarium niet wil vergoeden en de hulpverlener daarom de onderhandelingen niet wil afronden, zal het slachtoffer, dat zich volgens de hulpverlener 'geen zorgen hoeft te maken', zich gemangeld voelen. De klachten die daarover worden ingediend, en die veelal de schijn hebben van een gevecht om de erkenning van de declaratie van de belangenbehartiger, zijn om twee redenen moeilijk te behandelen. In de eerste plaats is het niet mijn taak om al dan niet gerechtvaardigde belangen van hulpverleners te waarborgen en in de tweede plaats is men bij mij aan het verkeerde adres voor een oordeel over de juistheid (wat noodzaak en omvang betreft) van de geclaimde buitengerechtelijke kosten (ongeacht de klacht door de hulpverlener of door het slachtoffer wordt ingediend). Heldere afspraken op dossierniveau tussen hulpverleners en verzekeraars over de wijze waarop met de 'buitengerechtelijke kosten' wordt omgegaan, over de eventuele bevoorschotting en over de criteria daarvoor, kunnen veel van deze klachten eenvoudig voorkomen. Ook is het denkbaar dat verzekeraars en hulpverleners van tevoren afspreken dat bij geschillen hieromtrent aan een derde zal worden gevraagd om een bindende uitspraak te doen. Bij advocaten kan bijvoorbeeld aan een uitspraak van een commissie van de Orde van Advocaten worden gedacht.

4.2.3 Contracttermijnen

Het advies van het Verbond van Verzekeraars om verzekerden bij particuliere schadeverzekeringen voor eenjarige contracten te kunnen laten kiezen, wordt nu praktisch volledig nagevolgd. Wel signaleer ik nog enkele gevechten in de achterhoede over de interpretatie van het advies. De vraag is met name in hoeverre een specifieke wijze van aanbidding van nieuwe contracten of verlenging van bestaande

contracten binnen de strekking van het advies past. In het jaarverslag over 2000¹⁸ refereerde ik in dit verband aan de negatieve optie die enkele verzekeraars daarbij ten onrechte aanwenden. Verzekeraars moeten hun klanten over alle keuzemogelijkheden informeren en dus niet alleen over bijvoorbeeld de vijfjarige contracttermijn. Bij de behandeling van klachten hierover verlang ik daarom dat verzekeraars die het verzoek van een cliënt tot omzetting naar een jaarcontract afwijzen, kunnen aantonen dat de cliënt, in de wetenschap dat hij daardoor het recht op tussentijdse wijziging van de contracttermijn zou verspelen, vooraf uitdrukkelijk voor een meerjarig contract heeft gekozen. Vrijwel alle aan mij voorgelegde klachten op dit gebied konden overigens worden opgelost.

Een andere onduidelijkheid betrof nog de vraag in hoeverre een opstalverzekering op naam van een Vereniging van Eigenaren als een particulier contract kan worden beschouwd. De desbetreffende verzekeraars vonden dit een bedrijfsmatig risico, aangezien de vereniging als rechtspersoon optrad, maar voor mij is hierbij het feitelijk gebruik van het pand doorslaggevend. Als een pand uitsluitend tot particuliere bewoning dient, kan moeilijk van een bedrijfsmatig risico worden gesproken. Bovendien is het maar de vraag of de tenaamstelling wel juist is. De vereniging is immers niet de eigenaar van het gebouw en het lijkt dus beter om de verzekering op naam van de gezamenlijke eigenaren te stellen, waarmee dan tevens de particuliere hoedanigheid beter tot uiting komt.

Rechtstreekse communicatie

Begin mei 2000 diende een verzekerde rechtstreeks bij de verzekeringsmaatschappij een schriftelijk verzoek in om enkele gebouwverzekeringen in eenjaarscontracten om te zetten. Gelijk zei hij per eerstvolgende afloopdatum van de nieuwe contracttermijn de verzekeringen op. De maatschappij zocht daarop contact met de tussenpersoon. Deze bevestigde de zakelijke bestemming van het gebouw, hetgeen voor de verzekeraar reden was om niet met de wijziging van de contracttermijn akkoord te gaan. De verzekerde werd hierover niet geïnformeerd, maar kreeg wel een betalingsherinnering. Naar aanleiding daarvan zei de verzekerde in april 2001 opnieuw een van de polissen per eerstvolgende jaarlijkse hoofdpremievervaldag op. De maatschappij deelde vervolgens

de tussenpersoon per brief mee dat de verzekering pas per 2007 opzegbaar was en vroeg hem de verzekerde hierover in te lichten.

De verzekerde, aan wie deze brief werd doorgezonden, noteerde daarop dat al eerder om een wijziging van de contractduur was verzocht en stuurde de brief weer naar de maatschappij. De verzekerde ontving vervolgens opnieuw een betalingsherinnering. Telefonisch contact met de verzekeraar leidde niet tot een oplossing, omdat de tussenpersoon niet met een tussentijdse beëindiging van de verzekeringen akkoord wilde gaan. Onderzoek van de klacht wees uit, dat het verzekerde pand als opslagplaats van een schildersbedrijf in gebruik was. De verzekerde gebruikte het pand niet zelf, maar verhuurde het. Daarmee was vast komen te staan dat het standpunt van de verzekeraar niet onjuist of onredelijk was. Het advies van het Verbond van Verzekeraars inzake de mogelijkheid om langdurige contracten tussentijds in eenjaarscontracten om te zetten, heeft namelijk alleen op particuliere risico's betrekking. Ik heb dan ook niet kunnen bewerkstelligen dat het verzoek tot wijziging van de contractduur alsnog werd gehonoreerd.

De communicatie had echter in dit geval ernstig te wensen overgelaten.

Omdat de verzekerde zijn wijzigingsverzoek om hem moverende redenen rechtstreeks naar de verzekeraar had gestuurd, had de beantwoording daarvan ook rechtstreeks moeten zijn, eventueel met een afschrift aan de tussenpersoon. Dit brengt de zorgvuldigheid in de communicatie met verzekeringnemers met zich mee, ondanks de polisbepaling dat de verzekeraar mededelingen voor de verzekeringnemer aan de tussenpersoon kan doen via wiens bemiddeling de verzekering loopt (adresclausule).

¹⁸ Zie het jaarverslag over 2000, paragraaf 4.2.2.

5 Raad van Toezicht Verzekeringen

Volgens artikel 5a van het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen ziet de Raad erop toe dat de verzekeringsmaatschappijen en de tussenpersonen die bij het Klachteninstituut Verzekeringen zijn aangesloten, 'bij het bemiddelen, het tot stand brengen en uitvoeren van overeenkomsten van verzekering met consumenten en in het bijzonder ten aanzien van het zorgvuldig en voortvarend optreden in het verkeer met consumenten, de goede naam c.q. het aanzien van en het vertrouwen in het bedrijf in stand houden'.

De Raad is een tuchtcollege en beoordeelt het gedrag van verzekeraars en tussenpersonen. Klachten tegen verzekeraars gaan meestal over de wijze waarop zij bij de behandeling van een verzoek tot schadevergoeding optreden. Een dergelijk verzoek kan op een overeenkomst van schadeverzekering zijn gegrond, maar ook op een onrechtmatige daad, bijvoorbeeld in het geval van aansprakelijkheidsverzekering, waarbij de verzekeraar de aansprakelijkheid heeft gedekt van degene die voor de gevolgen van het ongeval aansprakelijk is. Klachten tegen tussenpersonen gaan veelal over de wijze waarop deze de verzekeringnemer bij de totstandkoming van een verzekering of de afwikkeling van een schade heeft bijgestaan. In deze gevallen beoordeelt de Raad of de wijze van handelen van de desbetreffende verzekeraar of tussenpersoon uit het oogpunt van handhaving van de goede naam van het verzekeringsbedrijf aanvaardbaar was of is. Bij de behandeling van klachten tegen leden van het Verbond van Verzekeraars, NVA en NBVA toetst de Raad het gedrag mede aan de gedragscodes en ereregelen van de desbetreffende organisatie.

Volgens het Reglement neemt de Raad een klacht pas in behandeling indien de klager zijn klacht aan de aangesloten verzekeraar of tussenpersoon heeft voorgelegd en deze daarop afwijzend, dan wel niet binnen een redelijke termijn heeft gereageerd (artikel 6d). Kwesties die zich lenen om langs de weg van bemiddeling te worden afgehandeld, worden altijd aan de Ombudsman doorgezonden (artikel 6e). Onder meer door de werking van dit laatste artikel is het aantal door de Raad behandelde klachten in de afgelopen jaren afgenomen ten

opzichte van de jaren daarvoor. Volgens artikel 5c van het Reglement behandelt de Raad geen klachten of geschillen die bij de rechter aanhangig zijn of waarover de rechter reeds heeft geoordeeld.

De procedure bij de Raad van Toezicht Verzekeringen is formeler dan die bij de Ombudsman Verzekeringen. De procedure bij de Raad is grotendeels schriftelijk en op hoor en wederhoor gebaseerd. Nadat de Raad een klacht heeft ontvangen, wordt aan de verzekeringsmaatschappij of de tussenpersoon gevraagd om zich in een verweerschrift tegenover de Raad te verantwoorden.

Volgens artikel 7a van het Reglement moet deze verantwoording door een bestuurder worden afgelegd in het geval het een onderlinge waarborgmaatschappij of een naamloze of besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid betreft.

In de overige gevallen moet de aangeslotene zelf of een vennoot zich tegenover de Raad verantwoorden. Vervolgens krijgt de klager nog de gelegenheid om op de verantwoording door de verzekeringsmaatschappij of de tussenpersoon schriftelijk commentaar te leveren. Soms vindt de Raad aanleiding om de verzekeraar of de tussenpersoon in een zitting te horen.

Ook daarbij geldt het bepaalde in artikel 7a van het Reglement. De Raad kan in zijn uitspraak de klacht niet-ontvankelijk, gegrond of ongegrond verklaren. Bij een gegrondverklaring geeft de Raad doorgaans aan of de aangeslotene consequenties aan de uitspraak behoort te verbinden en zo ja welke. De uitspraak wordt aan de klager en de betrokken verzekeraar of tussenpersoon toegezonden. Voorts worden de uitspraken in anonieme vorm gepubliceerd. De uitspraken zijn immers in belangrijke mate richtinggevend voor de verzekeringsbedrijfstak.

In 2001 heeft de Raad weer 77 uitspraken over uiteenlopende onderwerpen gedaan. Drie daarvan betreffen het gedrag van levensverzekeraars en twee ervan betreffen tussenpersonen. De meeste uitspraken hebben betrekking op het gedrag van schadeverzekeraars.

Belang van goede communicatie

Vaak blijkt een klacht een gevolg van een tekortschietende communicatie bij de totstandkoming of de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst.

Het komt bijvoorbeeld nogal eens voor dat de verzekeringsvoorwaarden niet duidelijk zijn of dat de verzekeraar bij het sluiten van een verzekering of bij de afwikkeling van een schade geen volledige helderheid biedt. Ook is van belang dat verzekeraars steeds tijdig en correct op vragen en klachten reageren.

Tussenpersonen schieten nogal eens tekort in advisering en bemiddeling bij het sluiten van een verzekering en bij de afhandeling van een schade. Ook consumenten echter zijn bij het sluiten van een verzekering of bij de afwikkeling van een schade niet steeds voldoende duidelijk. Hieronder volgen, kort samengevat, enkele in dit verband relevante uitspraken.

Het eigen behoud bij een ziekengeldverzekering

Een verzekeraar had volgens de Raad het eigen behoud (dat wil zeggen het deel van de loonschade waarvoor geen recht op uitkering krachtens de verzekering bestaat) over de jaren 1996, 1997 en 1998 niet conform de verzekeringsvoorwaarden van de desbetreffende 'Stop Loss'-verzekering telkens na afloop van die jaren vastgesteld. Hij had de klaagster pas in juni 1999, in plaats van binnen zes maanden na afloop van ieder verzekeringsjaar, in kennis gesteld van het vastgestelde eigen behoud over die jaren. Uit niets bleek dat de verzekeraar tussentijds voorlopige gegevens over het te verwachten eigen behoud aan de klaagster had verstrekt. De verzekeringsvoorwaarden en de toelichting door de verzekeraar boden onvoldoende duidelijkheid en inzicht met betrekking tot de wijze waarop het eigen behoud was berekend.¹⁹

De keuzeclausule in een ongevalverzekering

Een ongevalverzekeraar had de verzekerde na de melding van een ongeval op de keuzeclausule in de verzekeringsvoorwaarden moeten wijzen. Deze clausule houdt in dat in sommige gevallen van blijvende invaliditeit twee percentages worden vastgesteld. Bij het ene percentage wordt geen rekening met het beroep van de verzekerde gehouden

en bij het andere wordt gekeken naar de mate waarin de verzekerde blijvend ongeschikt is om zijn beroep uit te oefenen. Er wordt uitgekeerd op de grondslag die tot het hoogste bedrag leidt. De verzekeraar had in deze zaak in ieder geval een eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de toepassing van de verzekeringsvoorwaarden en diende in dat verband degene aan wie de uitkering ten goede kwam, op diens mogelijke rechten te wijzen. Het ligt voor de hand om, wanneer een door de verzekeraar geredigeerd beding in de algemene verzekeringsvoorwaarden voor meer dan een uitleg vatbaar is, een uitleg wordt gekozen die voor de verzekerde (die niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf optreedt) het minst bezwarend is. Overigens hangt het van de omstandigheden van het geval af of deze keuze gerechtvaardigd is.²⁰

Juiste schadeaangifte

Een verzekerde was blijkens de polisvoorwaarden verplicht, op straffe van verlies van zijn rechten uit de polis, om de verzekeraar alle van belang zijnde gegevens te verstrekken. In het schadeformulier dat de klaagster van de verzekeraar ontving, bracht deze tot uiting welke gegevens voor hem bij de beoordeling en de vaststelling van de schade van belang waren. Op grond van het bepaalde in de polisvoorwaarden was de klaagster verplicht die gegevens naar waarheid mee te delen.²¹

Verzwijging van een strafrechtelijk verleden

Een verzekeraar had op grond van de antwoorden op door hem gestelde vragen een verzekering gesloten. Naar de huidige rechtsopvatting met betrekking tot artikel 251 Wetboek van Koophandel kan de verzekeraar zich er dan niet op beroepen dat feiten waarnaar niet is gevraagd, hem niet zijn meegedeeld (tenzij de verzekeringnemer de opzet had de verzekeraar te misleiden). De klager mocht aannemen dat die feiten voor de verzekeraar niet van belang waren, ook al eindigde de reeks vragen met een algemeen geformuleerde vraag als 'hebt u nog iets mee te delen wat van belang kan zijn voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst?'.²²

¹⁹ Uitspraak Nr. 2001/4 Med.

²⁰ Uitspraak Nr. 2001/5 Med.

²¹ Uitspraak Nr. 2001/7 Br.

Aan deze rechtsopvatting ligt ten grondslag dat het, gelet op de ernst van de sanctie die artikel 251 Wetboek van Koophandel de verzekeraar biedt, op diens weg ligt om de vragen die hij voor zijn acceptatie van belang acht, zo nauwkeurig en volledig mogelijk te formuleren.²²

Het verdient aanbeveling om in de formulering van een vraag naar een eventueel strafrechtelijk verleden of in een toelichting daarop tot uiting te laten komen, dat het daarbij niet slechts om feiten gaat terzake waarvan de aspirant-verzekerde door de strafrechter is veroordeeld, maar evenzeer om (vermoedelijke) strafbare feiten die tot contacten met politie of justitie hebben geleid, zoals verhoren, strafvervolgung, sepot of transactie.²³

Te late premiebetaling

In een nieuw artikel voor het Burgerlijk Wetboek²⁴ is voorgesteld om te bepalen dat het niet nakomen van de verplichting tot betaling van de vervolgpremie pas tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de dekking kan leiden, nadat de schuldenaar na de vervaldag, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende op de dag na de aanmaning. In de toelichting op deze bepaling wordt onder meer opgemerkt dat zij feitelijk tot gevolg zal hebben dat, indien betaling na de premienota uitblijft, de schuldenaar in een zelfstandig bericht voor een tweede keer aan zijn betalingsverplichting wordt herinnerd. Na deze herinnering, die na de vervaldag uitgaat, is een betalings-termijn van veertien dagen voldoende. De Raad heeft geoordeeld dat verzekeraars zich uit het oogpunt van handhaving van de goede naam van het verzekeringsbedrijf nu al naar de voorgestelde bepaling behoren te gedragen.²⁵

Vervaltermijn

Vaste rechtspraak van de Raad is, uit het oogpunt van handhaving van de goede naam van het verzekeringsbedrijf, dat een beroep op een vervaltermijn niet kan worden aanvaard, tenzij de verzekeraar op niet mis te verstane wijze heeft meegedeeld dat de vervaltermijn ging lopen. Dit is ook zo als de belanghebbende wordt bijgestaan door een advocaat.²⁶

Dekkingsbeperking bij een objectwijziging

Van een verzekeraar die bij een wijziging van het verzekerde voorwerp een beperking in de dekking aanbrengt (bijvoorbeeld een uitsluiting van diefstaldekking), mag worden verlangd dat hij niet met een enkele vermelding van de beperking in de polis volstaat, maar deze bovendien op duidelijke wijze aan de verzekerde of de tussenpersoon meedeelt.²⁷

Geen wisselende standpunten

Een schaderegelingsbureau dat door de verzekeraar was ingeschakeld, had brieven geschreven waaruit moeilijk iets anders kon worden begrepen dan dat de verzekeraar, zonder zich daarbij op nieuwe feiten te baseren, wisselende standpunten met betrekking tot zijn aansprakelijkheid had ingenomen. Ook indien dit niet de bedoeling was geweest, waren de wisselende standpunten van de verzekeraar in deze correspondentie verwarringwekkend, voor een deel met elkaar in tegenspraak en tot slot van dien aard, dat daardoor de goede naam van het verzekeringsbedrijf was geschaad.²⁸

Dekkingsomvang van een aansprakelijkheidsverzekering

Nadat een tegen aansprakelijkheid verzekerde aansprakelijk is gesteld, brengt een zorgvuldige schaderegeling met zich mee dat de verzekeraar zo spoedig mogelijk aan de wederpartij van zijn verzekerde duidelijkheid verschaft over de vraag of en in hoeverre de bij hem gesloten verzekering dekking biedt voor de schade waarvoor zijn verzekerde aansprakelijk is gesteld.²⁹

²² Uitspraak Nr. 2001/9 Mo.

²³ Uitspraak Nr. 2001/50 Mo.

²⁴ Artikel 7.17.1.10 Ontwerp BW (Kamerstukken 19529, nr. 5).

²⁵ Uitspraak Nr. 2001/11 Med.

²⁶ Uitspraak Nr. 2001/16 WA.

²⁷ Uitspraak Nr. 2001/18 Mo.

²⁸ Uitspraak Nr. 2001/21 Mo.

²⁹ Uitspraak Nr. 2001/70 WA.

Overlegging van een expertiserapport

Uit het oogpunt van handhaving van de goede naam van het verzekeringsbedrijf is het gewenst dat een verzekeraar een in zijn opdracht opgesteld expertiserapport met betrekking tot een schade waarvoor zijn verzekerde aansprakelijk is gesteld, steeds (dus ook ongevraagd) aan de betrokken wederpartij toestuurt.³⁰

Frequent claimgedrag

Het schriftelijk waarschuwen van de verzekerde bij een naar het oordeel van de verzekeraar te frequent claimgedrag, getuigt op zichzelf van een juist beleid.³¹

Heeft een verklaring de verzekerde bereikt?

Een verklaring die tot een persoon is gericht, moet om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt.³² Indien deze betwist dat de verklaring hem heeft bereikt, dan zal degene die de verklaring verzond, moeten bewijzen dat die de persoon heeft bereikt aan wie zij was gericht. Onvoldoende is daartoe dat brieven die eerder naar hetzelfde adres waren verstuurd, de geadresseerde wel hadden bereikt.³³ De verzender draagt het risico dat de verklaring de geadresseerde niet bereikt en ook het risico dat niet kan worden bewezen dat de verklaring de geadresseerde wel heeft bereikt.³⁴

Overleg met een collega-verzekeraar

Indien verzekeraars of door hen ingeschakelde schaderegelingsbureaus over de situatie van de betrokken verzekerde of de benadeelde wederpartij willen overleggen, of over de medische onderzoeken die deze ter afwikkeling van de geleden schade moet ondergaan, verdient het aanbeveling dat zij daarover eerst met de betrokken verzekerde of benadeelde wederpartij of diens belangenbehartiger in contact treden.³⁵

Pas opzeggen na een waarschuwing

In het algemeen moet aan een tussentijdse opzegging van een verzekering (bijvoorbeeld in verband met het schadeverleden) een waarschuwing voorafgaan.³⁶

Bewaking van het dossier

Een verzekeraar had met de klager telefonisch afgesproken dat deze nog nader bewijsmateriaal zou verzamelen en aan de verzekeraar zou overleggen. De verzekeraar had er beter aan gedaan om uit eigen beweging op deze afspraak terug te komen.³⁷

Taak van de tussenpersoon

Volgens een tussenpersoon, en onweersproken door de klager, had de verzekeraar in 1988 en 1992 zijn verzekerden en zichzelf in 1997 zijn cliënten, onder wie de klager, door middel van circulaires en een brief op het risico van onderverzekering gewezen. Daarom kan niet worden gezegd dat de tussenpersoon is tekortgeschoten in zijn zorg jegens de klager met betrekking tot het instandhouden van voldoende dekking onder de inboedelverzekering van de klager.³⁸

In het kader van een opdracht van een cliënt aan een tussenpersoon behoort het in beginsel tot de taak van de tussenpersoon om de termijnen te bewaken en om erop toe te zien of zijn cliënt van een hem jegens de verzekeraar toegekend recht gebruik wenst te maken.³⁹

De eerste omschrijving van de toedracht

Een verzekeraar mag zijn verzekerde in beginsel houden aan diens aanvankelijk gegeven omschrijving van de toedracht van een schadeveroorzakend voorval.⁴⁰

³⁰ Uitspraak Nr. 2001/24 WA.

³¹ Uitspraak Nr. 2001/25 Rbs.

³² Artikel 3:37 lid 3 BW.

³³ Zie onder meer HR 23 juni 2000, NJ 2000, 517.

³⁴ Uitspraak Nr. 2001/29 Med.

³⁵ Uitspraken Nrs. 2001/30 Med en 2001/31 Mo.

³⁶ Uitspraak Nr. 2001/33 Rbs.

³⁷ Uitspraak Nr. 2001/36 Rbs.

³⁸ Uitspraak Nr. 2001/77 Br.T

³⁹ Uitspraak Nr. 2001/49 Le.T.

⁴⁰ Uitspraak Nr. 2001/56 Re.

Onjuiste voorstellingen van zaken

Een verzekeraar stelde zich op het standpunt dat de klager bij de schaderegeling, tegen beter weten in, een onjuiste voorstelling van zaken had gegeven en aldus had getracht hem tot een uitkering te bewegen. De Raad achtte dit standpunt verdedigbaar en de verzekeraar kon daarom met een beroep op de verzekeringsvoorwaarden een uitkering weigeren. In redelijkheid kon van de verzekeraar niet worden verlangd dat hij de verzekeringsovereenkomst met de klager zou voortzetten. De beslissing om ook overige sancties toe te passen, behoorde tot het eigen beleid van de verzekeraar en was, gelet op de omstandigheden, niet onverdedigbaar.⁴¹

In een andere zaak stelde een verzekeraar zich op het standpunt dat de klager zich ervan bewust was dat hij het door hem verschuldigde bedrag niet door betaling met chartaal geld had voldaan en dat de klager met opzet een onjuiste voorstelling van zaken had gegeven door te verklaren dat hij de koopsom wel op deze wijze had voldaan. De Raad achtte ook dit standpunt verdedigbaar en de verzekeraar kon daarom met een beroep op de verzekeringsvoorwaarden de rechtsbijstandverzekering van de klager opzeggen.⁴²

Gebeurtenissen en voorvallen

Tot slot nog een enkele opmerking naar aanleiding van een brief van de Raad aan het Verbond van Verzekeraars.⁴³ Met betrekking tot rechtsbijstandverzekeringen zijn bij de Raad opnieuw begrippen aan de orde gekomen als ‘gebeurtenis’ en ‘voorval’ en bepalingen als ‘een reeks van met elkaar verband houdende voorvallen wordt aangemerkt als één gebeurtenis, die geacht wordt te hebben plaatsgevonden op het moment van het eerste voorval uit de reeks’. Ook in vorige jaren heeft de Raad klachten behandeld waarin dergelijke vage en onduidelijke begrippen en bepalingen centraal stonden.

Naar aanleiding van deze klachten heeft de Raad het Verbond van Verzekeraars gevraagd zijn leden te adviseren om het begrip ‘gebeurtenis’ (soms: ‘voorval’) in rechtsbijstandpolissen zodanig te omschrijven dat het (aspirant-)verzekeringnemers meer houvast en zekerheid biedt.

41 Uitspraak Nr. 2001/60 Med.

42 Uitspraak Nr. 2001/62 Rbs.

43 Brief d.d.22 oktober 2001.

Bijlage 1

Reglement Ombudsman Verzekeringen

Reglement inzake taak en werkwijze van de Ombudsman Verzekeringen, gebaseerd op artikel 12 lid 5 van de statuten van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

De Stichting

De Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Bestuur

Het bestuur van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen

Ombudsman

De door het Bestuur van de Stichting benoemde Ombudsman(nen) als bedoeld in artikelen 2 en 12 van de statuten van de Stichting.

Raad

De Raad van Toezicht als bedoeld in het reglement 'Raad van Toezicht Verzekeringen' van de Stichting.

Consument

De verzekeringnemer, de verzekerde en elke andere bij de verzekeringsovereenkomst onmiddellijk en middellijk belanghebbende, met uitzondering van de verzekeringnemer, de verzekerde en de belanghebbende als ondernemer of instelling wiens/wier (bedrijfs-)activiteiten naar het oordeel van de Ombudsman van zodanige omvang zijn dat de klacht of het geschil zich niet leent voor bemiddeling door de Ombudsman.

Aangeslotene

Een bedrijf dat lid is van de in de bijlage genoemde beroeps- of bedrijfsorganisatie, dan wel het bedrijf, geen lid zijnde van de in de bijlage genoemde organisatie(s), dat zich vrijwillig heeft aangesloten bij de Stichting.

Bedrijf

Het bedrijf vallende onder een categorie als omschreven in de bijlage.

Artikel 2 Plaats van vestiging

De Ombudsman houdt kantoor te 's-Gravenhage.

Artikel 3 Samenstelling

Er is tenminste één Ombudsman. De Ombudsman(nen) is/zijn werkzaam op de terreinen Levensverzekering en Schadeverzekering. Onder Levensverzekering is mede begrepen de Spaarkasverzekering en Natura-uitvaartverzekering.

Artikel 4 Benoeming

- a. De benoeming tot Ombudsman geldt voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat de zittingsperiode van de Ombudsman eindigt op 31 december van het kalenderjaar waarin hij de leeftijd van zeventig jaar heeft bereikt.
- b. In tussentijdse vacatures wordt door het bestuur steeds zo spoedig mogelijk voorzien, doch in ieder geval binnen een termijn van zes kalendermaanden na het ontstaan van een vacature. Het bestuur van de Stichting is in bijzondere omstandigheden bevoegd om in afwachting van een nieuwe Ombudsman, een tijdelijke Ombudsman aan te stellen, die zijn functie overeenkomstig dit reglement zal uitoefenen.
- c. De Ombudsman en de medewerkers van het secretariaat van de Stichting mogen op generlei wijze werkzaam zijn of een functie bekleden in de verzekeringsbedrijfstak.

Artikel 5 Taak

- a. De Ombudsman heeft, behoudens bijzondere omstandigheden die zich naar het oordeel van de Ombudsman, na overleg met het Bestuur van de Stichting kunnen voordoen, tot taak om te bemiddelen tussen consumenten enerzijds en aangeslotenen

- anderzijds bij klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van verzekeringsovereenkomsten waarop het Nederlands recht van toepassing is.
- b. De Ombudsman behandelt tevens verzoeken om inlichtingen met betrekking tot de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van verzekeringsovereenkomsten waarop het Nederlands recht van toepassing is.
 - c. De Ombudsman behandelt geen klachten of geschillen die betrekking hebben op een bij de rechter of bij een andere, ter beslechting van geschillen in de verzekeringsovereenkomst aangewezen instantie, aanhangige klacht of geschil, dan wel wanneer de rechter of een hiervoor bedoelde instantie reeds over de klacht of het geschil heeft geoordeeld.

Artikel 6 Uitoefening functie

- a. De Ombudsman oefent zijn functie onafhankelijk en naar eigen inzicht uit. Hij zal geen instructies van wie dan ook aangaande de uitoefening van zijn functie aanvaarden.
- b. De Ombudsman laat zich bij de beoordeling van een klacht o.m. leiden door hetgeen is bepaald in de wet, de verzekeringsovereenkomst, de geldende jurisprudentie, de redelijkheid en billijkheid, zijn rechtsgevoel en de toepasselijke gedragscodes en/of ereregelen.
- c. De Ombudsman wordt bij de uitoefening van zijn functie ondersteund door het secretariaat van de Stichting.

Artikel 7 Procedure en vervalt termijn

- a. Klachten en geschillen, nadat zij ter kennis zijn gebracht van de betrokken aangeslotene en deze zijn niet naar tevredenheid van de consument behandeld, dan wel aangeslotene heeft niet binnen een redelijke termijn gereageerd, alsmede verzoeken om informatie kunnen zowel mondeling als schriftelijk aan de Ombudsman worden voorgelegd.
- b. De indiening van klachten en geschillen moet geschieden binnen een jaar nadat de betrokken aangeslotene zijn definitieve standpunt aan klager kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een jaar na het verstrijken van een periode van een maand waarbinnen de aangeslotene door klager in de gelegenheid is gesteld op de betreffende klacht te reageren.

- c. Indien degene die een klacht of geschil aan de Ombudsman voorlegt niet binnen de daartoe gestelde termijn voldoet aan het verzoek (nadere) informatie aan de Ombudsman te verstrekken, wordt hij geacht zijn verzoek tot behandeling te hebben ingetrokken en wordt de klacht of het geschil niet (verder) in behandeling genomen.
- d. De Ombudsman handelt een klacht of geschil of een verzoek om informatie af door:
 - 1. het verstrekken van relevante informatie aan klager;
 - 2. de gemotiveerde mededeling aan klager dat de klacht of het geschil niet voor bemiddeling in aanmerking komt omdat de klacht of het geschil naar zijn mening onredelijk dan wel ongegrond is;
 - 3. het tot stand brengen van een, voor betrokken partijen aanvaardbare oplossing van de klacht of het geschil;
 - 4. de constatering dat partijen inmiddels zelf een oplossing voor de gerezen klacht of geschil hebben bereikt;
 - 5. door het geven van een gemotiveerd, schriftelijk advies dat hij uitsluitend aan betrokkenen ter kennis brengt.
- e. De Ombudsman kan te allen tijde deskundigen raadplegen met betrekking tot bij hem ingediende klachten en geschillen of verzoeken tot informatie.

Artikel 8 Verzoek tot instellen van een onderzoek door de Raad

De Ombudsman zal de Raad verzoeken een onderzoek in te stellen in een geval waarin de betrokken aangeslotene weigert een door de Ombudsman aan hem gegeven schriftelijk advies na te leven of niet binnen een door de Ombudsman gestelde termijn van ten minste veertien dagen heeft verklaard een door de Ombudsman gegeven schriftelijk advies te zullen naleven.

Artikel 9 Doorzending klachten

- a. De Ombudsman kan klachten ter behandeling doorzenden aan de Raad. Zodanig doorzenden vindt - met inachtneming van de bevoegdheden van de Raad - plaats wanneer:
 - 1. de Ombudsman van oordeel is dat de klacht zich niet leent voor bemiddeling omdat de klacht uitsluitend tuchtrechtelijke aspecten heeft;

2. de Ombudsman het wenselijk acht dat de Raad zich over de klacht uitspreekt.
- b. Van een doorzenden als bedoeld in het voorgaande lid worden betrokkenen door de Ombudsman op de hoogte gesteld.

Artikel 10 Geheimhoudingsplicht

- a. De Ombudsman is gehouden geheimhouding in acht te nemen omtrent de identiteit van de betrokkenen, behoudens voorzover de laatsten hem van de geheimhoudingsplicht hebben ontslagen of uit de uitoefening van zijn functie krachtens artikel 7 lid e, artikel 8 en artikel 9 de noodzaak tot bekendmaking van de identiteit voortvloeit.
- b. De geheimhoudingsplicht is van overeenkomstige toepassing op de medewerkers van het secretariaat en op deskundigen aan wie de identiteit van betrokkenen is meegedeeld.
- Deskundigen dienen vooraf een verklaring te ondertekenen waarin zij te kennen geven de geheimhoudingsplicht te aanvaarden.

Artikel 11 Verslag van werkzaamheden en ervaringen

De Ombudsman doet eenmaal per kalenderjaar en wel binnen zes maanden na afloop daarvan openbare mededelingen over zijn werkzaamheden en ervaringen.

Artikel 12 Slotbepaling

Ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer is de verwerking van persoonlijke gegevens aangemeld bij de Registratiekamer en beschreven in een privacyreglement.

Dit reglement Ombudsman Verzekeringen omvat tevens een bijlage en treedt in werking op 5 maart 1999. Dit reglement kan worden aangehaald als 'Reglement Ombudsman Verzekeringen'.

BIJLAGE bij het Reglement Ombudsman Verzekeringen

Beroeps- of bedrijfsorganisatie

De in het reglement Ombudsman Verzekeringen bedoelde beroeps- of bedrijfsorganisatie(s) is (zijn):

- Verbond van Verzekeraars, gevestigd te Den Haag.
- Nederlandse Vereniging van Makelaars in Assurantiën en Assurantieadviseurs NVA, gevestigd te Amersfoort.
- Vereniging van onafhankelijke financiële en assurantieadviseurs NBVA, gevestigd te Tiel.
- Federatie van Onderlinge Verzekeringmaatschappijen in Nederland FOV, gevestigd te Bunnik.

Bedrijf

Het in het reglement Ombudsman Verzekeringen bedoelde bedrijf (bedrijven) is (zijn):

- Het verzekeringsbedrijf.

Deze bijlage maakt onderdeel uit van het reglement Ombudsman Verzekeringen en treedt in werking per 1 juli 2000.

Bijlage 2

Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen

Reglement inzake samenstelling, taak en werkwijze van de Raad van Toezicht Verzekeringen, gebaseerd op artikel 13 lid 5 van de statuten van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Stichting

De Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Bestuur

Het bestuur van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Raad

De Raad van Toezicht Verzekeringen als bedoeld in artikelen 2 en 13 van de statuten van de Stichting.

Ombudsman

De Ombudsman als bedoeld in het 'Reglement Ombudsman Verzekeringen' van de Stichting.

Consument

De verzekeringnemer, de verzekerde en elke andere, bij de verzekeringsovereenkomst onmiddellijk en middellijk belanghebbende, met uitzondering van de verzekeringnemer, de verzekerde en de belanghebbende als ondernemer of instelling wiens/wier (bedrijfs-)activiteiten naar het oordeel van de Raad van zodanige omvang zijn dat de klacht zich niet leent voor een onderzoek door de Raad.

Aangeslotene

Een bedrijf dat lid is van de in de bijlage genoemde beroeps- of bedrijfsorganisatie, dan wel het bedrijf, geen lid zijnde van de in de bijlage genoemde organisatie(s), dat zich vrijwillig heeft aangesloten bij de Stichting.

Bedrijf

Het bedrijf vallende onder een categorie als omschreven in de bijlage.

Artikel 2 Plaats van vestiging

De Raad is gevestigd te 's-Gravenhage.

Artikel 3 Samenstelling

De Raad bestaat uit ten minste vijf leden, waaronder een voorzitter en ten minste een vice-voorzitter.

Artikel 4 Benoeming

- a. De benoeming van de leden van de Raad geschiedt voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat de zittingsperiode van een lid eindigt op uiterlijk 31 december van het kalenderjaar waarin hij de leeftijd van zeventig jaar heeft bereikt.
- b. De leden van de Raad en de medewerkers van het secretariaat van de Stichting mogen op generlei wijze werkzaam zijn of een functie bekleden in de verzekeringsbedrijfstaking.
- c. De voorzitter en (de) vice-voorzitter(s) moeten met goed gevolg aan een Nederlandse universiteit het doctoraal examen in de rechtsgeleerdheid hebben afgelegd.
- d. In tussentijdse vacatures wordt door het Bestuur steeds zo spoedig mogelijk voorzien, doch in ieder geval binnen een termijn van zes kalendermaanden na het ontstaan van een vacature.
- e. De alsdan benoemde neemt, voor wat zijn zittingstermijn betreft, de plaats in van zijn voorganger.

Artikel 5 Taak

- a. De Raad heeft tot taak erop toe te zien dat de aangeslotene bij het bemiddelen, het tot stand brengen en uitvoeren van overeenkomsten van verzekering met consumenten en in het bijzonder ten aanzien van het zorgvuldig en voortvarend optreden in het verkeer met consumenten, de goede naam c.q. het aanzien van en

het vertrouwen in het bedrijf in stand houden. Bij de uitoefening van haar taak toetst de Raad het handelen en/of nalaten van de aangeslotenen ook aan binnen de in de bijlage genoemde organisaties totstandgekomen gedragscodes en/of ereregelen.

- b. Bij de uitvoering van de in lid 1 van dit artikel bedoelde taak treedt de Raad niet in de plaats van de bevoegde rechter, noch ook van een ter beslechting van geschillen in de verzekerings- c.q. bemiddelingsovereenkomst aangewezen instantie.
- c. De Raad behandelt geen klachten die betrekking hebben op een bij de rechter of bij een andere, ter beslechting van geschillen in de verzekeringsovereenkomst of bemiddelingsovereenkomst aangewezen instantie aanhangige klacht of geschil, dan wel wanneer de rechter of een hiervoor bedoelde instantie reeds over de klacht heeft geoordeeld.
- d. De Raad wordt bij de uitoefening van zijn taak ondersteund door het secretariaat van de Stichting.

Artikel 6 Procedure

- a. De Raad beraadslaagt en beslist over elke aan haar oordeel onderworpen zaak steeds met ten minste drie leden.
- b. Een door de Raad in te stellen onderzoek geschiedt:
 - 1. hetzij op schriftelijk verzoek van de consument;
 - 2. hetzij op verzoek van de Ombudsman in het geval als bedoeld artikel 8 of 9 van het 'Reglement Ombudsman Verzekeringen';
 - 3. hetzij ambtshalve.
- c. Een verzoek tot het instellen van een onderzoek wordt bij de Raad ingediend onder opgave van de naam van de aangeslotene te wiens aanzien een onderzoek wordt verlangd, met vermelding voorts van alle aan verzoeker bekende bijzonderheden en onder overlegging van al die bescheiden welke voor de behandeling van het onderzoek dienstig kunnen zijn. Met name houdt het verzoek in de feiten en omstandigheden op grond waarvan de verzoeker meent dat de betrokken aangeslotene de goede naam van c.q. het aanzien en het vertrouwen in het bedrijf niet in stand heeft gehouden.
- d. Een verzoek tot het instellen van een onderzoek als bedoeld in het voorgaande lid wordt slechts in behandeling genomen indien de consument zijn klacht aan de aangeslotene heeft voorgelegd en deze daarop afwijzend dan wel niet binnen een redelijke termijn heeft gereageerd. Indien een klacht met voorbijgaan aan de aan-

geslotene rechtstreeks wordt ingediend bij de Raad van Toezicht, zal de Raad klager adviseren zijn klacht voor te leggen aan de betrokken aangeslotene.

- e. Een verzoek om inlichtingen alsmede een klacht die of een geschil dat zich leent om langs de weg van bemiddeling afgehandeld te worden, wordt altijd aan de Ombudsman doorgezonden. Van een dergelijke doorzending worden betrokkenen op de hoogte gesteld. Indien een klacht geen tuchtrechtelijke aspecten bevat verklaart de Raad de klager niet ontvankelijk.
- f. Verzoekt de Ombudsman op grond van artikel 8 Reglement Ombudsman Verzekeringen aan de Raad een onderzoek in te stellen, dan spreekt de Raad uit dat de aangeslotene door dat advies niet na te leven, de goede naam c.q. het aanzien en het vertrouwen in het bedrijf schaadt. Het in de vorige zin bepaalde lijdt uitzondering indien de Raad van oordeel is dat het advies van de Ombudsman, in verband met inhoud of wijze van totstandkoming, in de gegeven omstandigheden niet voldoet aan hetgeen redelijkheid en billijkheid eisen.
- g. In geval van gehele of gedeeltelijke gegrondverklaring vermeldt de Raad in zijn uitspraak hetgeen waartoe de aangeslotene ten opzichte van klager is gehouden.

Artikel 7 Verplichtingen aangeslotene

- a. De Raad doet geen uitspraak zonder de aangeslotene te wiens aanzien de Raad een onderzoek instelt, te hebben verzocht zich schriftelijk en/of mondeling tegenover de Raad te verantwoorden. In het geval de aangeslotene een onderlinge waarborgmaatschappij, een naamloze dan wel besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid betreft, dient bedoelde verantwoording door een bestuurder te geschieden. In de overige gevallen dient de aangeslotene zich tegenover de Raad steeds zelf, dan wel door een vennoot te verantwoorden.
- b. Indien een aangeslotene een dergelijk verzoek ontvangt, is hij verplicht daaraan binnen de door de Raad gestelde termijn te voldoen.
- c. De volledige inhoud van de schriftelijke verantwoording, met inbegrip van alle eventuele bijlagen, wordt door de Raad ter kennis gebracht van degene op wiens verzoek het onderzoek wordt ingesteld.

- d. De aangeslotene te wiens aanzien de Raad een onderzoek instelt, is verplicht aan de Raad alle beschikbare gegevens en inlichtingen te verschaffen welke deze mocht verlangen en een onderzoek op zijn kantoor (kantoren) door of vanwege de Raad te gedogen en daartoe zijn volle medewerking te verlenen.
- e. Zo de Raad het ten aanzien van zijn onderzoek dienstig acht schriftelijk of mondeling gegevens of inlichtingen te verkrijgen van functionarissen uit buiten- of binnendienst van de aangeslotene te wiens aanzien de Raad een onderzoek instelt, dient aangeslotene daartoe zijn volle medewerking te verlenen.
- f. De Raad is bevoegd zich door deskundigen schriftelijk of mondeling te doen voorlichten. Indien een aangeslotene daartoe een verzoek of oproeping ontvangt, is deze verplicht daaraan te voldoen.

Artikel 8 Kennisgeving uitspraak aan betrokkenen

De Raad doet zijn gemotiveerde uitspraak aan klager en de betrokken aangeslotene toekomen, tenzij het onderzoek ambtshalve is geschied. In het laatste geval zendt de Raad zijn uitspraak alleen aan de betrokken aangeslotene toe.

Artikel 9 Kennisgeving uitspraak aan anderen

De Raad brengt tevens iedere uitspraak die betrekking heeft op een aangeslotene die lid is van een beroeps- of bedrijfsorganisatie als genoemd in de bijlage ter kennis van de voorzitter van die organisatie. Iedere uitspraak die betrekking heeft op een aangeslotene die geen lid is van een der in de bijlage genoemde organisaties wordt door de Raad ter kennis gebracht van de Voorzitter van de Stichting.

Artikel 10 Slotbepaling

Ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer is de verwerking van persoonlijke gegevens aangemeld bij de Registratiekamer en beschreven in een privacyreglement.

Dit reglement Raad van Toezicht Verzekeringen omvat tevens een bijlage en treedt in werking op 5 maart 1999. Dit reglement kan worden aangehaald als 'Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen'.

BIJLAGE bij het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen

Beroeps- of bedrijfsorganisatie

De in het reglement Raad van Toezicht Verzekeringen bedoelde beroeps- of bedrijfsorganisatie(s) is (zijn):

- Verbond van Verzekeraars, gevestigd te Den Haag.
- Nederlandse Vereniging van Makelaars in Assurantiën en Assurantieadviseurs NVA, gevestigd te Amersfoort.
- Vereniging van onafhankelijke financiële en assurantieadviseurs NBVA, gevestigd te Tiel.
- Federatie van Onderlinge Verzekeringmaatschappijen in Nederland FOV, gevestigd te Bunnik.

Bedrijf

Het in het reglement Raad van Toezicht Verzekeringen bedoelde bedrijf (bedrijven) is (zijn):

- Het verzekeringsbedrijf.

Deze bijlage maakt onderdeel uit van het reglement Raad van Toezicht Verzekeringen en treedt in werking per 1 juli 2000.

Bijlage 3

Personalia

Bestuursleden per 1 december 2001

Voorzitter

mr. A. Kosto

Benoemd door het Verbond van Verzekeraars

drs.C.A. Bol (vice-voorzitter)

mr. R.D. Crommelin

mr. A.J. de Jonge

mr. C.R.F. Kalff (secretaris-penningmeester)

P.H. Kremer

G.M.A.M. van Staveren

mevr. ir. M. Tiemstra

Benoemd op voordracht van de Consumentenbond

mevr. mr. C.J. Meerburg

D.M. Westendorp

Benoemd door NBVA

mr. A.A. van Voorst Vader

Benoemd door NVA

mr. N.A. Mourits

Ombudsman Verzekeringen

mr. J.W. Wabeke

Raad van Toezicht Verzekeringen

mr. D.H. Beukenhorst

mr. H.C. Bitter

mr. J. Borgesius

drs.C.W.L. de Bouter

mr. R. Cleton

mevr. mr. E.M. Dil-Stork (voorzitter)

prof.mr. J.G.C. Kamphuisen

mr. Th.B. ten Kate

prof.mr. M.M. Mendel (vice-voorzitter)

prof.mr. F.J.H. Mijnsen (vice-voorzitter)

mr. D.H.M. Peeperkorn (vice-voorzitter)

drs. D.F. Rijkels

prof.mr. B. Sluijters

dr. B.C. de Vries

mevr. mr. E.M. Wesseling-van Gent

Secretarissen Ombudsman

drs. P.P. Alvers

mr. G.M.P. Biever

mr. A.G.J.M. Bos

mr. R.A.F. Coenraad, sectorcoördinator leven

mr. P.N. Hiep

mr. S.W.A. Kelterman, sectorcoördinator schade

W.A. Nell, senior secretaris

mevr. mr. drs. D.J. Olthoff

mr. M. Schaap

W.Th.M. van der Velden

mr. G.A. van de Watering

mevr. mr. A. Westerveld

Adviseurs Ombudsman

W.G. Fontein, arts, register geneeskundig adviseur

mevr. drs. J.W. Janse, actuaris AG

R. Matthijssen, register-arbeidsdeskundige

H.J. Nijzink, arts

J. van der Starre, actuaris AG, Hon FIA

R.M. Wiersma, arts, register geneeskundig adviseur

Secretarissen Raad van Toezicht Verzekeringen

mr. S.N.W. Karreman, sectorcoördinator

mr. C.A.M. Splinter

Chef de Bureau

F.K. Kallan

Secretariaat

mevr. A.L. Blok-Hol

mevr. M.J.C. van den Ende-Ulenberg

mevr. G.S. Goli

mevr. V. Keuzenkamp-Keijzer

mevr. H.P. van der Linden

mevr. drs. N.M. Martina-van Est, management-assistente

mevr. A. van Toor-de Jongste

mevr. M.J. Zebeda