

TUCHTRAAD FINANCIËLE DIENSTVERLENING (ASSURANTIËN)

UITSpraak 14-007

in de zaak nr. TFD 14-001

verwezen door: de voorzitter van de Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening,

met betrekking tot: [Naam aangeslotene], gevestigd te X,
vertegenwoordigd door [naam administrateur],
hierna te noemen 'aangeslotene'.

1. Inleiding

Deze zaak, betreffende de wijze waarop aangeslotene de arbeidsongeschiktheidsverzekering van een verzekeringnemer heeft opgezegd, vloeit voort uit het verzoek van de voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening tot het instellen van een onderzoek als bedoeld in artikel 6 lid 2 onder b van het Reglement Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën) in verbinding met artikel 44 lid 1 van het Reglement Ombudsman & Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (Kifid).

2. Feiten en procesverloop

2.1 De verzekeringnemer (hierna: M.) heeft met ingang van 1 oktober 2008 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij aangeslotene gesloten met een looptijd van 14 jaar en een niet geïndexeerde maandpremie van € 212,40. Op de verzekering zijn de Voorwaarden [naam] van toepassing.

2.2 Met ingang van 13 april 2011 is M. arbeidsongeschikt verklaard. Hij ontvangt vanaf 14 mei 2011, na afloop van de overeengekomen wachttermijn, van aangeslotene de verzekerde maanduitkering.

2.3 Bij brief van 27 juli 2011 heeft de administrateur en tevens de vertegenwoordiger van aangeslotene in Nederland M. geïnformeerd over het besluit van aangeslotene om alle lopende polissen *en bloc* te wijzigen, in die zin dat op de verzekering per 1 september 2011 nieuwe polisvoorwaarden - te weten [naam] - van toepassing zouden worden en dat de premie zou worden verhoogd van € 212,40 naar € 297,36 per maand. De brief van aangeslotene houdt, voor zover hier van belang, het volgende in:

“(…) Sinds het afsluiten van deze verzekering is er veel veranderd. Met deze brief informeren wij u over de veranderingen, de gevolgen voor uw verzekering en uw mogelijkheden. (...) In de periode waarin [de administrateur van aangeslotene] arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbiedt is de markt sterk gewijzigd. De economische crisis, gewijzigde wetgeving en een veranderende maatschappij hebben geleid tot een grote toename van het aantal zelfstandigen dat langdurig uitvalt. Aanbieders van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen hebben moeite om

op basis van de huidige marktomstandigheden haar polishouders tegemoet te komen in de verwachtingen die zij hebben van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. (...) Verzekeringen die in het verleden zijn afgesloten, zijn echter niet mee veranderd en passen daardoor niet goed meer bij de huidige markt. Zowel u als [de administrateur van aangeslotene] ondervinden hiervan de nadelige gevolgen. Met de forse toename van het aantal polishouders die een beroep doen op hun arbeidsongeschiktheidsverzekering, constateert [de administrateur van aangeslotene] dat de voorwaarden van de verouderde verzekeringen onvoldoende duidelijkheid bieden en hierdoor niet aansluiten bij de verwachtingen van de polishouders. (...) Om de verzekeringen voor nu en de toekomst aan te laten sluiten bij de omstandigheden, heeft [de administrateur van aangeslotene] besloten de lopende verzekeringen, waaronder uw verzekering, te converteren. Uw verzekering wordt daarom per 1 september 2011 omgezet naar nieuwe polisvoorwaarden, te weten [naam]. (...) Verder geldt dat uw premie wijzigt: per 1 september bedraagt deze EUR 297,36.(...).”

2.4 Op grond van de toepasselijke polisvoorwaarden [naam] (artikel 21 sub c) wordt de verzekeringnemer geacht met de voorgestelde wijzigingen in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving de administrateur van aangeslotene schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Deze mededeling geldt dan als opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer.

2.5 M. heeft bij brief van 26 augustus 2011 via zijn adviseur aan de administrateur van aangeslotene laten weten dat hij zijn verzekering onder de nieuwe voorwaarden niet wenst voort te zetten:

“In aansluiting op onze telefoongesprekken afgelopen week met betrekking tot de gewijzigde voorwaarden van [administrateur van aangeslotene] deel ik u mede dat ik heb besloten de verzekering onder de nieuwe voorwaarden niet wens voort te zetten. De polisvoorwaarden geven een aanzienlijke verslechtering, terwijl de premie ruim 40% verhoogd wordt. Met deze gegevens is het voor mij zinloos nog verzekerd te blijven bij [administrateur van aangeslotene].

Ik verzoek u derhalve mijn opzegging per omgaande aan [administrateur van aangeslotene] kenbaar te maken.

(..)

Ik heb op dit moment een ziekte-uitkering van [administrateur van aangeslotene]. Ik ga ervan uit dat de afwikkeling hiervan geschiedt conform de oude voorwaarden.”

2.6 Bij brief van 31 augustus 2011 aan M. heeft de administrateur van aangeslotene hierop als volgt gereageerd:

“(...) Onlangs hebben wij van u het verzoek ontvangen om bovengenoemde verzekering te beëindigen. Daarom hebben wij de verzekering geroyeerd per 1-9-2011. (...) Wij willen u er op wijzen dat u vanaf 1-9-2011 geen rechten meer kunt ontlenen aan de door ons eerder afgegeven polis. De dekking van de verzekering is per 1-9-2011 in zijn geheel komen te vervallen.”

2.7 Ondanks herhaald protest van M. heeft aangeslotene de uitkeringen onder de verzekering na 1 september 2011 niet meer uitbetaald.

2.8 Op 28 september 2011 heeft (de tussenpersoon van) M. zich tot de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) gewend. M. stelt in zijn klacht dat de administrateur van aangeslotene ten onrechte de lopende arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft stopgezet naar aanleiding van zijn onder 2.5 genoemde brief. De Ombudsman heeft, na van aangeslotene een reactie te hebben ontvangen op de klachtuiting van M., op 25 april 2012 aan M. bericht dat de klacht ongegrond moet worden geacht.

2.9 Vervolgens heeft (de belangenbehartiger van) M. op 2 juni 2012 het geschil met aangeslotene voorgelegd aan de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (hierna: de geschillencommissie). M. stelt dat een beroep op de *en bloc* bepaling onder de gegeven omstandigheden niet mogelijk was. Niet alleen is deze bepaling volgens hem onredelijk bezwarend, maar de toepassing daarvan naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid ook onaanvaardbaar, gegeven het feit dat het verzekerd evenement zich reeds heeft voorgedaan en hij zich dus niet elders kan verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid. Daarnaast verwijt M. aangeslotene dat zij verzuimd heeft hem ondubbelzinnig te waarschuwen voor de vergaande consequentie van de opzegging van de polis, namelijk dat aangeslotene als gevolg daarvan de uitkeringen zou staken. M. had ten minste gewezen moeten worden op het feit dat de wijziging van de voorwaarden niet zou ingaan zolang de arbeidsongeschiktheid zou voortduren. M. heeft gevorderd dat aangeslotene met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011 de uitkering hervat, vermeerderd met wettelijke rente. Aangeslotene heeft verweer gevoerd, waarna M. heeft gerepliceerd en aangeslotene heeft gedupliceerd.

2.10 De Geschillencommissie heeft in haar uitspraak 2013-352 van 6 december 2013, voor zover hier relevant, het volgende geoordeeld:

“5.3 (...) Uit de brief van Aangeslotene van 27 juli 2011 blijkt dat zij de premie en de Voorwaarden wil aanpassen in verband met de grote toename van het aantal zelfstandigen dat langdurig uitvalt en een beroep doet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dit betekent dat Aangeslotene bij de totstandkoming van de door haar afgesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering een verkeerde inschatting heeft gemaakt van het over te nemen risico en de premie die zij daartegenover wenste te bedingen en zij wil die inschattingsfout met een beroep op de *en bloc* bepaling door een aanpassing van de voorwaarden en een verhoging van de premie alsnog ten laste van de verzekeringnemers brengen. Als gezegd heeft de wetgever een daartoe strekkend beding in de verzekeringsvoorwaarden in beginsel – dat wil zeggen binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid – toelaatbaar geacht, op voorwaarde dat de verzekeringnemer dan gerechtigd is de verzekering op te zeggen. Achtergrond daarvan is dat een verzekeringnemer die niet akkoord wil (of kan) gaan met de eenzijdige nadelige aanpassing door verzekeraar, steeds de mogelijkheid moet hebben om zich dan elders tegen voor hem wel aanvaardbare voorwaarden te verzekeren. Dat laatste is hier echter niet het geval. Bij Consument had het verzekerde risico zich al gematerialiseerd, hij was immers sinds 13 april 2011 arbeidsongeschikt, zodat het voor hem hoe dan ook niet mogelijk zou zijn geweest om per 1 september 2011 een nieuwe vervangende arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. Voor Consument bestond dan ook geen reële mogelijkheid meer om naar aanleiding van de eenzijdige premieverhoging door Aangeslotene de verzekering op te zeggen. De Commissie is van oordeel dat het onder die omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien Aangeslotene desondanks met een beroep op de *en bloc* clausule de nadelige gevolgen van haar eigen inschattingsfouten bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen,

alsnog deels ten laste van Consument zou kunnen brengen. Aangeslotene kan zich om die reden tegenover Consument niet op de en bloc bepaling beroepen.

5.4 Ook is de Commissie van oordeel dat de manier waarop Aangeslotene in dit geval de verzekering heeft opgezegd de toets der kritiek niet kan doorstaan. Naar het oordeel van de Commissie heeft Aangeslotene de brief van Consument van 26 augustus 2011 niet te goeder trouw aldus kunnen begrijpen dat Consument daarmee daadwerkelijk de bedoeling had om de verzekering op te zeggen in verband met een verhoging van de premie van € 84,96 per maand en aldus afstand te doen van zijn recht op een uitkering van € 1.500,- per maand. In feite komt het er dan op neer dat Aangeslotene de brief van Consument waarin hij terecht bezwaar maakt tegen de eenzijdige verhoging van de premie, heeft aangegrepen om met een beroep op artikel 21 c en d van de Voorwaarden, de verzekering te beëindigen en de betaling van de uitkeringen onder de verzekering te staken. De Commissie acht ook dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Van Aangeslotene had mogen worden verwacht dat zij Consument tenminste op de hoogte zou stellen van de verstrekkende gevolgen die zij aan de vermeende opzegging wenste te verbinden en zij had hem daarbij in de gelegenheid moeten stellen om ook zonder verlies van uitkering tegen de verhoging van de premie bezwaar te maken. Dit alles geldt in het bijzonder nu het hier gaat om een verzekering die juist bedoeld was om bij arbeidsongeschiktheid te voorzien in de eerste levensbehoeften. De Commissie acht het zeer onzorgvuldig dat Aangeslotene in dit geval zonder enig nader bericht of waarschuwing aan Consument de verzekering heeft beëindigd en de uitkeringen heeft gestaakt en dat zij ondanks herhaald protest van de zijde van Consument niet bereid is gebleken om de uitkeringen te hervatten”.

De Geschillencommissie heeft vervolgens onder 6 als volgt beslist:

“De Commissie stelt bij bindend advies vast dat:

- Aangeslotene binnen een termijn van twee weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, met terugwerkende kracht vanaf 1 september 2011 overeenkomstig de (oude) Voorwaarden onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering dekking moet (blijven) verlenen en de verschuldigde maandelijkse uitkeringen, telkens vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de datum van opeisbaarheid zal moeten uitkeren en blijven uitkeren zolang de arbeidsongeschiktheid van Consument voortduurt,
- Consument daartegenover de oude premie verschuldigd zal zijn en blijven,
- Indien en voor zover tussen 1 september 2011 en de datum van deze uitspraak geen herbeoordelingen van de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument hebben plaatsgevonden, de nadelige gevolgen daarvan voor rekening van Aangeslotene dienen te blijven en niet op Consument mogen worden afgewenteld,
- Aangeslotene aan Consument diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht zal vergoeden, zijnde € 50,-.”

2.11 De Voorzitter van de Geschillencommissie heeft het klachtdossier van M. op 30 december 2013 ter behandeling doorgezonden naar de Tuchtraad.

2.12 Aangeslotene heeft op 28 maart 2014 schriftelijk verweer gevoerd.

2.13 Bij brief van 14 mei 2014 heeft de gemachtigde van M. zich voorts beklagd over de werkwijze van (de administrateur en vertegenwoordiger van) aangeslotene na de uitspraak van de Geschillencommissie. Zij verwijt aangeslotene:

- dat deze in strijd met de afgegeven polissen in december 2013 een nieuwe polis heeft afgegeven waarin zowel de claimbeoordeling als de uitkeringsduur eenzijdig zijn aangepast. De claimbeoordeling moet evenwel zijn: eigen arbeid en na twee jaar Verlengd Passende arbeid 35% of meer en niet – zoals aangeslotene stelt – uitkering naar rato conform staffel in de voorwaarden;
- dat zij twee varianten in omloop heeft van de voorwaarden [naam]; en
- dat zij de gemachtigde van M. geen afschrift van het rapport van de medisch adviseur heeft verstrekt.

2.14 De Tuchtraad heeft partijen bij brief van 21 mei 2014 medegedeeld dat hij zich nog intern zal beraden of de in de brief van de gemachtigde van M. van 14 mei 2014 aangevoerde stellingen en klachten bij de mondelinge behandeling zullen worden betrokken. In dat kader heeft de Tuchtraad aangeslotene in de gelegenheid gesteld te reageren op genoemde brief. Dat heeft aangeslotene bij brief met bijlage van 30 mei 2014 gedaan.

2.15 De Tuchtraad heeft partijen bij brief van 3 juni 2014 bericht dat de brief van de gemachtigde van M. van 14 mei 2014 en de reactie daarop van aangeslotene zullen worden betrokken bij de mondelinge behandeling.

2.16 De gemachtigde van M. heeft op 21 augustus 2014 een repliek ingediend en aangeslotene heeft daarop gereageerd in haar dupliek van 9 september 2014.

3. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

3.1 Voor zover voor deze zaak van belang luidt artikel 21 van de op de verzekering van M. van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden ([naam]):

“En bloc bepaling

- a. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen;
- b. Verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd;
- c. Verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving administrateur schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Deze mededeling geldt dan als opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer;
- d. Indien verzekeringnemer dit aan administrateur heeft medegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of de voorwaarden”.

3.2 Over de hoogte van de uitkering staat in de op de verzekering van M. van toepassing zijnde verzekeringsverzekeringsvoorwaarden:

“Artikel 8 Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid
(...)

e. De hoogte van de verzekeringsuitkering bij de dekkingen BasisP35 en VerlengdP35 wordt als volgt bepaald:

1. Indien op het polisblad bij de dekking géén ‘pro rata’ staat aangetekend, dan wordt bij een arbeidsongeschiktheid van 35% en hoger, het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd;
2. Indien op het polisblad bij de dekking ‘pro rata’ staat aangetekend, dan wordt het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 80% en hoger;
3. Het verzekerd maandbedrag wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80 %, waarbij voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd maandbedrag het op het polisblad vermelde verzekerd maandbedrag wordt vermenigvuldigd met het exact vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid“.

3.3 Op het aanvraagformulier voor de verzekering staat, voor zover hier relevant:

“Dekkingscode:	Verlengd Passend 35%/ gedeeltelijke uitkering
Dekking:	Ziekte/ongeval
Wachttijd:	30 dagen
Uitkeringsduur:	Verlengd/ Maximaal 168 maanden per claim
Claimbeoordeling:	Eigen arbeid en na 2 jaar passende arbeid 35% of meer”.

En het op 2 oktober 2008 afgegeven polisblad vermeldt, voor zover hier relevant:

“Dekking:	Ziekte/ongeval
Dekkingscode:	Verlengd Passend 35% /gedeeltelijke uitkering
Wachttijd bij ziekte /ongeval:	30 dagen”.

4. Het standpunt van aangeslotene

4.1 Aangeslotene heeft in haar onder 2.12 bedoelde verweer onder meer het volgende aangevoerd:

- Aangeslotene heeft de *en bloc* wijziging in onder meer het door M. afgenomen product op verzoek van de toezichthouder in X, de FMA, doorgevoerd, vanwege de hoge schadelast als gevolg van de economische crisis, de veranderende maatschappij en gewijzigde markt. Het aantal zelfstandigen dat langdurig uitvalt was hierdoor sterk gestegen. De *en bloc* wijziging had betrekking op zowel de voorwaarden als de premie. Als er op de datum van de wijzigingen (1 september 2011) een claim liep, werd deze nog beoordeeld aan de hand van de ‘oude’ voorwaarden. Pas na beëindiging van de claim waren de nieuwe voorwaarden van toepassing.
- Aangeslotene heeft de brief van M. van 26 augustus 2011 geïnterpreteerd als een schriftelijke mededeling conform artikel 21 sub c van de voorwaarden. Aldus is de verzekering beëindigd per 1 september 2011. Conform de oude voorwaarden heeft aangeslotene de claim beëindigd op het moment dat de verzekering eindigde. Bij brief van 31 augustus 2011 heeft aangeslotene M. er expliciet op gewezen dat hij vanaf 1 september 2011 geen rechten meer kon ontlenen aan de polis.
- Eerst bij de Geschillencommissie heeft M. de *en bloc* wijziging ter discussie gesteld; eerder was niet ter discussie dat de verzekering terecht was opgezegd en beëindigd.

De centrale vraag was toen of de uitkering eindigt op het moment dat de verzekering wordt opgezegd. Van aangeslotene hoefde dan ook niet verwacht te worden dat zij zou aanbieden om de verzekering voort te zetten tegen de oude premie. Daarbij had M. na ontvangst van de bevestiging van het royement contact met aangeslotene kunnen opnemen indien hij de brief van 26 augustus 2011 niet als opzegging had bedoeld. Dit heeft hij nagelaten. Indien hij dat wel had gedaan, had aangeslotene in overweging kunnen nemen om de opzegging ongedaan te maken.

- In juni 2011 was de verwachting op medische gronden dat de arbeidsongeschiktheid van M. drie maanden zou duren. Het is dus zeer wel mogelijk dat M. op 26 augustus 2011 (de datum van de opzeggingsbrief) weer zodanig was hersteld dat hij binnen afzienbare tijd zijn werkzaamheden weer zou hervatten en de verzekering als gevolg van de wijzigingen wilde doen eindigen. De opzegging was dus niet onlogisch.
- Eerst op de zitting van de Geschillencommissie verklaarde M. dat hij bereid was de oude premie te betalen als aangeslotene weer zou gaan uitkeren. Dit terwijl hij voordien altijd stelde dat hij nog recht had op uitkering zonder betaling van de premie (immers na opzegging).

4.2 Naar aanleiding van de in de brief van de gemachtigde van M. opgenomen nieuwe klachten, heeft aangeslotene in haar onder 2.14 bedoelde stukken het volgende aangevoerd:

- De claim van M. zal worden beoordeeld op grond van de voorwaarden [naam]. Pas nadat geen recht meer is op een uitkering, zijn de nieuwe voorwaarden en de nieuwe premie van toepassing.
- Anders dan de gemachtigde van M. stelt, gold ook onder de oude voorwaarden dat sprake was van een uitkering naar rato (vgl. de dekkingscode in het oude polisblad, zijnde 'Verlengd passend 35% /gedeeltelijke uitkering' en artikel 8 lid e van de voorwaarden waarin staat dat er gedeeltelijk wordt uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 35 tot 80 %). Hoewel in artikel 8 lid e van de voorwaarden wordt verwezen naar een dekking 'pro rata' op het polisblad, komt een vermelding van 'gedeeltelijke uitkering' op het polisblad daarmee overeen. Het gaat immers om de bedoeling van partijen, namelijk dat bij arbeidsongeschiktheid na twee jaar geen volledige uitkering meer plaatsvindt. Dat dit de bedoeling is blijkt ook uit het aanvraagformulier waarop M. heeft gekozen voor een uitkeringsduur naar rato.
- Door een menselijke fout is medio 2008 onder meer aan M. niet de laatste versie maar de voorlaatste versie van de verzekeringsvoorwaarden [naam] verstrekt. Aangeslotene heeft toegezegd deze voorlaatste versie jegens M. te gebruiken.
- De discussie over de vraag of er na twee jaar arbeidsongeschiktheid al dan niet naar rato moet worden uitgekeerd doet niet meer ter zake, nu M. volledig arbeidsgeschikt voor passende arbeid is bevonden. In feite heeft hij vanaf 14 april 2013 geen recht meer op uitkering, maar omdat de Geschillencommissie heeft geoordeeld dat eventuele negatieve gevolgen voor het niet beoordelen tot aan de datum van haar uitspraak (6 december 2013) voor rekening van aangeslotene moeten blijven, heeft M. vanaf 7 december 2013 geen recht meer op uitkering. Aangeslotene heeft besloten om de inmiddels gedane uitkeringen niet terug te vorderen.
- De gemachtigde van M. heeft nimmer verzocht om een kopie van het medisch advies. Aangeslotene heeft het medisch bureau inmiddels verzocht een kopie van het medisch advies aan de gemachtigde van M. te zenden.

- M. heeft het onderzoek door de verzekeringsgeneeskundige gefrustreerd.

5. Behandeling ter zitting

5.1 De Tuchtraad heeft op 30 september 2014 de klacht met de directie van aangeslotene besproken. De belangenbehartiger van M. is daarbij aanwezig geweest.

5.2 Aangeslotene heeft ter zitting medegedeeld dat zij M. niet slechts de onder 2.3 bedoelde brief heeft verzonden, maar eveneens een brief waarvan de inhoud speciaal was toegespitst op verzekerden die op dat moment een uitkering uit hoofde van de verzekering ontvingen. Een template van deze brief, zijnde een brief waarin geen N.A.W.-gegevens (naam, adres en woonplaats gegevens) van M. waren verwerkt, heeft aangeslotene ter zitting overgelegd. Naar zeggen van aangeslotene heeft M. uit deze brief moeten afleiden dat in zijn uitkerings situatie geen wijziging zou optreden na inwerkingtreding van de nieuwe voorwaarden. Desgevraagd heeft aangeslotene medegedeeld dat zij niet kan aantonen dat een op basis van die template vervaardigde brief daadwerkelijk aan M. is verzonden.

6. Na de zitting binnengekomen verzoeken

Na de zitting heeft aangeslotene bij brief van 21 oktober 2014 aan de voorzitter verzocht of er een mogelijkheid was om de intenties en werkwijzen van aangeslotene uit de doeken te doen. Daartoe is het van de zitting opgemaakte proces-verbaal aan partijen toegestuurd en zijn partijen in de gelegenheid gesteld daarop te reageren. De belangenbehartiger van M. heeft dat bij brief van 31 oktober 2014 gedaan. Aangeslotene heeft bij brief van 4 november 2014 gereageerd. Aangeslotene heeft vervolgens de Tuchtraad bij brief van 4 november 2014 opnieuw verzocht haar in de gelegenheid te stellen meer van haar intenties en werkwijzen te laten horen. Dit verzoek wordt door de Tuchtraad afgewezen, nu aangeslotene tijdens de gehele procedure en in het bijzonder nog na de mondelinge behandeling ampel de gelegenheid heeft gehad haar werkwijze aan de wederpartij en de Tuchtraad uit te leggen.

7. Het oordeel van de Tuchtraad

7.1 De Tuchtraad heeft op de voet van artikel 5 lid 1 van zijn Reglement tot taak erop toe te zien dat de aangeslotenen tegenover consumenten de goede naam van, het aanzien van en het vertrouwen in de bedrijfstak in stand houden. Een verzekeraar die tegenover een consument een in rechte redelijkerwijs onverdedigbaar standpunt inneemt, handelt op een manier die de goede naam van de bedrijfstak kan schaden.

7.2 Naar het oordeel van de Tuchtraad kon aangeslotene niet op goede gronden menen dat M. met zijn onder 2.5 vermelde brief van 26 augustus 2011 de bedoeling had om de verzekering op te zeggen en daarmee afstand te doen van zijn recht op uitkering uit hoofde van deze verzekering. Immers in de brief heeft M. nadrukkelijk vermeld dat hij op dat moment een ziekte-uitkering ontving en dat hij ervan uitging dat de afwikkeling daarvan zou plaatsvinden volgens de oude voorwaarden. De Tuchtraad oordeelt dat deze brief aldus dient te worden opgevat dat M. zonder verlies van uitkering bezwaar tegen de verhoging van de premie wenste te maken. Door nadien, ondanks herhaald protest, bovendien te volharden in haar standpunt en genoemde brief te blijven opvatten als een opzegging, heeft aangeslotene zich gedragen op een wijze die het aanzien van en het vertrouwen in de

bedrijfstaking heeft geschaad. Bovendien getuigt het niet van zorgvuldigheid dat aangeslotene een template van een brief, die naar haar zeggen cruciaal zou zijn voor de beoordeling van deze klacht, pas ter zitting bij de Tuchtraad overlegt en zich niet in staat verklaart aan te tonen dat een op basis van die template vervaardigde brief daadwerkelijk aan de verzekerde is verzonden.

7.3 Voor zover de klacht inhoudt dat aangeslotene eenzijdig de claimbeoordeling en uitkeringsduur heeft aangepast, overweegt de Tuchtraad als volgt. Uit het hiervoor onder 3.3 vermelde aanvraagformulier voor de verzekering volgt dat bij arbeidsongeschiktheid na twee jaar een gedeeltelijke uitkering zal plaatsvinden bij een arbeidsgeschiktheid van 35 tot 80% voor passende arbeid. Het door aangeslotene ingenomen standpunt dat uitkering na twee jaar naar rato conform de staffel zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden mocht plaatsvinden is dan ook in rechte redelijkerwijs verdedigbaar. Om die reden kan deze klacht niet tot gegrondverklaring leiden.

7.4 Ten aanzien van het verwijt dat aangeslotene twee varianten van de verzekeringsvoorwaarden [naam] in omloop heeft, heeft aangeslotene uitgelegd dat door een menselijke fout medio 2008 de voorlaatste versie van de verzekeringsvoorwaarden aan enkele verzekerden – onder wie M. - is verstrekt. Nu aangeslotene heeft toegezegd jegens M. de aan hem verstrekte voorlaatste versie van de verzekeringsvoorwaarden te gebruiken valt niet in te zien dat aangeslotene op dit punt de goede naam van, het aanzien van of het vertrouwen in de bedrijfstaking heeft geschaad.

7.5 Ook is niet gegrond de klacht dat aangeslotene de gemachtigde van M. geen afschrift van het rapport van de medisch adviseur heeft verstrekt. De Tuchtraad acht verdedigbaar het door aangeslotene ingenomen standpunt dat zij daartoe slechts behoefde over te gaan indien daarom verzocht werd. Aangeslotene heeft onbetwist aangevoerd dat haar een dergelijk verzoek niet eerder heeft bereikt. In haar brief van 30 mei 2014 heeft aangeslotene medegedeeld dat zij het medisch bureau inmiddels heeft verzocht de gemachtigde van M. een kopie van het medisch advies toe te sturen. Door aldus te handelen heeft aangeslotene de goede naam van, het aanzien van of het vertrouwen in de bedrijfstaking niet geschaad.

7.6 Het voorgaande leidt ertoe dat de klacht in één van de vier onderdelen gegrond is.

7.7 Gelet op zijn oordeel over de gedragingen van aangeslotene zoals omschreven onder 7.2 ziet de Tuchtraad aanleiding tot het adviseren van een maatregel op de voet van artikel 6 lid 5 van de Statuten van het Verbond van Verzekeraars. Nu aangeslotene ter zitting de Tuchtraad er niet van heeft kunnen overtuigen dat de onder 7.2 weergegeven onvolkomen gang van zaken heeft geleid tot een verbeterde procedure en attitude adviseert de Tuchtraad tot het geven van een berisping.

8. De beslissing

De Tuchtraad oordeelt dat aangeslotene de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad door te handelen als hiervoor onder 7.2 omschreven en verklaart in zoverre de klacht gegrond. De Tuchtraad acht de overige klachtonderdelen ongegrond.

De Tuchtraad ziet aanleiding tot het adviseren van een maatregel zoals genoemd in artikel 6 lid 5 van de Statuten van het Verbond van Verzekeraars, te weten het geven van een berisping.

Aldus is beslist op 2014 door mr. E.M. Wesseling-van Gent, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, mr. H.F.M. Hofhuis, mr. E.J. Numann en mr. F. Ensel, leden, in tegenwoordigheid van mr. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. E.M. Wesseling-van Gent)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)