

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-203
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus en drs. A. Paulusma – De
Waal, arts M&G RGA, leden en mr. D.G. Rosenquist, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 24 oktober 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : Coöperatieve Rabobank U.A., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de Adviseur
Datum uitspraak : 27 maart 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument klaagt dat de Adviseur te laat gehoor heeft gegeven aan zijn verzoek een offerte voor een levensverzekering aan Consument toe te zenden. Consument stelt dat hij als gevolg daarvan geen mogelijkheid meer heeft de verzekering alsnog af te sluiten. De Commissie oordeelt dat de Adviseur zo spoedig mogelijk na het verzoek van Consument de offerte had moeten toesturen. Door dit niet te doen, maar de offerte eerst twaalf weken later toe te zenden, heeft de Adviseur niet voldaan aan de op hem rustende zorgplicht. De Adviseur is aansprakelijk en dient de schade die Consument lijdt te vergoeden. De Commissie schat de kans dat Consument zonder zorgplichtschending van de Adviseur tijdig een verzekering had kunnen afsluiten op 70%. Daarom dient de Adviseur 70% van de schade van Consument te vergoeden. Dit manifesteert zich eerst op het moment dat Consument vóór 1 augustus 2021 zou komen te overlijden.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken, inclusief bijlagen:

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de aanvullende brief met bijlagen van Consument ontvangen op 1 november 2016;
- de aanvullende brief met bijlagen van Consument ontvangen op 8 december 2016;
- het verweerschrift van de Adviseur;
- de repliek van Consument;
- de aanvulling op de repliek per e-mail van 9 maart 2017;
- de dupliek van de Adviseur;
- de nadere informatie van de Adviseur van 16 juni 2017;
- de nadere informatie van Consument van 26 juni 2017;
- de aanvullende uitlating van Consument van 25 juli 2017;
- de aanvullende uitlating van de Adviseur van 22 augustus 2017; en
- de nadere uitlating van Consument van 14 september 2017.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 mei 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1. Consument had bij Nationale-Nederlanden (“NN”) een tijdelijke overlijdensrisicoverzekering. De verzekering werd geadmistreerd onder polisnummer [X] en had als ingangsdatum 1 maart 1993. De verzekering zou bij overlijden van Consument vóór de einddatum (1 maart 2013) een bedrag van NLG 220.000 (EUR 99.831,65) uitkeren. Consument gold als verzekeringnemer en verzekerde op deze overeenkomst.

Daarnaast bestond er bij NN een verzekering die werd geadmistreerd onder polisnummer [Y]. De verzekering had als ingangsdatum 15 december 1992. Consument gold als verzekerde op deze overeenkomst. De verzekering voorzag in de uitkering van een bedrag van NLG 300.000 (EUR 136.134,06) bij overlijden van de verzekerde vóór 15 december 2012.

2.2. Blijkens de agenda van de Adviseur heeft op 8 maart 2011 tussen Consument en de Adviseur een gesprek plaatsgevonden over de zakelijke verzekeringen van Consument. Door de Adviseur is een verzekeringskaart ingevuld. Voor wat betreft de verzekeringen in privé is op de kaart vermeld:

[Consument]. Er lopen geen prive verzekeringen bij de Rabobank en er heeft geen inventarisatie plaatsgevonden.

Bij de categorie nabestaandenvoorziening is vermeld: Nationale Nederlanden.

Bij de actiepunten voor de Adviseur is vermeld:

Overvoerverzoeken regelen voor beide levenpolissen bij Nationale Nederlanden. Na ontvangst nemen wij contact met u op. **Actie ISV (verzonden 11-03-11 naar NN)**

Dit verzoek is gedaan op 11 maart 2011. Het verzoek is ondertekend door Consument. Nationale Nederlanden heeft het verzoek op 15 maart 2011 bevestigd.

2.3. Op of omstreeks 13 april 2011 heeft tussen Consument en de Adviseur een gesprek plaatsgevonden.

2.4. Op 5 mei 2011 heeft Consument een opticien bezocht, omdat hij een zonnebril wilde aanschaffen. De opticien gaf hem het advies een oogarts te bezoeken. De opticien gaf geen reden voor dit advies.

Het eerste bezoek aan de oogarts vond plaats op 15 juni 2011. Op 20 juni 2011 heeft Consument een nader onderzoek plaatsgevonden, waarbij vermeld is dat sprake was van een “nieuwe oogmelanoom patient”. Consument is vervolgens onder behandeling gesteld voor de oogmelanoom.

In juni 2011 heeft Consument van NN een aanmaningsverzoek voor de premiebetaling van één van de overlijdensrisicoverzekeringen aan de Adviseur doorgezonden met daarop een handgeschreven bericht:

Dag [naam adviseur],
Kun je dit regelen?
Hoe staat het met de andere “zaken”?

2.5. Bij brief van 6 juli 2011 heeft de Adviseur Consument een aanvraagformulier toegezonden voor een (nieuwe) levensverzekering. Als beoogde ingangsdatum was hierop vermeld 29 juli 2011 en als beoogde einddatum 31 juli 2021. Als verzekerd bedrag was vermeld EUR 185.000. De maandelijkse premie was vermeld in een tabel en varieerde tussen de EUR 9,82 en EUR 246,39 per maand. Op het aanvraagformulier is het volgende vermeld over de gezondheidsverklaring en eventueel aanvullend medisch onderzoek:

Voordat de verzekering ingaat, willen we graag van de verzekerde weten hoe zijn/haar gezondheid is. Wij vragen de verzekerde om een gezondheidsverklaring in te vullen. Daarna beoordeelt Interpolis deze gezondheidsverklaring. Afhankelijk van de uitkomst accepteren wij uw aanvraag, eventueel onder gewijzigde voorwaarden.

[...]

Na het invullen van de gezondheidsverklaring kan het noodzakelijk zijn om aanvullend medisch onderzoek te doen. Dit kan de tijd die nodig is om de gezondheidstoestand te beoordelen behoorlijk verlengen is onze ervaring. Mocht door de doorlooptijd van het aanvullend medisch onderzoek de ingangsdatum van de verzekering al gepasseerd zijn, dan gaat de verzekering in per de datum dat wij de verzekerde medisch geaccepteerd hebben. U betaalt dan in de eerste maand alleen die premie die verschuldigd is vanaf de nieuwe ingangsdatum tot eind van de maand. De daarop volgende maand wordt de maandelijkse premie uit Tabel B in rekening gebracht.

2.6. Op 14 juli 2011 heeft Consument het aanvraagformulier ondertekend, waarna de Adviseur dit aan Interpolis heeft verzonden. Het is de Adviseur niet gelukt de verzekeringsdekking voor Consument rond te krijgen.

2.7. Bij brief van 7 januari 2013 heeft Consument zijn ongenoegen geuit bij de Adviseur:

D.d. 12 april 2011 heb je mij een bezoek gebracht en heb ik een aanvraag bij je gedaan voor een risicoverzekering. In de loop van Mei en Juni 2012 heb ik een aantal malen telefonisch contact met je opgenomen waar de offerte bleef.... In Juni 2011 is in mijn oog een melanoom geconstateerd die in Juli 2011 met succes bestraald is. Jouw offerte heb ik mogen ontvangen op 06 Juli 2012, praktisch (3) maanden na je bezoek, toch wel een (te) lange periode om een simpele druk op de knop te geven en mij de offerte te doen toekomen. Je mag er toch in alle redelijkheid vanuit gaan dat als ik de offerte binnen (1) maand na je bezoek ontvangen had ik inmiddels wel verzekerd was geweest en nu niet met het probleem had gezeten dat ik na 01-03-2013 niet meer verzekerd ben daar mijn risicoverzekering bij Nationale Nederlanden onder Polisnr. [X] dan wordt beëindigd. Op 12 september 2012 heb ik wederom middels een brief contact met je gezocht met de vraag aangaande de gewenste dekking van €185.000,- Op 28 september heb ik een mail van je ontvangen dat je hier zo spoedig mogelijk op terug zou komen..... Inmiddels is het 07 januari 2013 en heb ik nog niets van je mogen vernemen.

2.8. Op 18 april 2016 heeft Consument een klacht ingediend bij de Adviseur. Bij brief van 6 september 2016 heeft de Adviseur gereageerd op de klacht van Consument:

De bank is in deze kwestie uw tussenpersoon en houdt zich dan ook niet bezig met de inhoudelijke beoordeling van uw aanvraag. De verzekeraar bepaalt als enige of u bij haar een verzekering kan afsluiten. Dit brengt mee dat de bank de verzekeraar niet kan verplichten u een verzekering te verstrekken. Indien u het niet eens bent met de afwijzing door Interpolis, kunt u dit kenbaar maken bij Interpolis. Van de bank heb ik vernomen dat zij uw klacht inmiddels heeft doorgezet naar Interpolis. [...]

Uit uw dossier maak ik verder op dat de bank zich de afgelopen jaren continu heeft ingespannen om voor u een overlijdensrisicoverzekering af te sluiten. Omdat u niet aan de acceptatievoorwaarden voor een overlijdensrisicoverzekering voldeed, hebben deze inspanningen helaas niet het gewenste resultaat opgeleverd. In alle redelijkheid kan dit de bank niet worden toegerekend.

Ook uw stelling dat u een lopende verzekering zou hebben gehad als de bank in 2011 tijdig een offerte had verstrekt, kan ik niet onderschrijven. Het is immers niet vast komen te staan dat Interpolis u destijds de verzekering zou hebben verstrekt. Daarnaast is het vervallen van de destijds uitgebrachte offerte veroorzaakt doordat u de gezondheidsverklaring niet invulde. Dit kunt u de bank niet kwalijk nemen. Verder vind ik het – gelet op het voorgaande – een net gebaar van de bank dat zij destijds coulancehalve geen advieskosten bij u in rekening heeft gebracht.

2.9. Consument heeft bij brief van 28 september 2016 gereageerd op de brief van de Adviseur:

Resumé: Januari 2011 heb ik contact gezocht met [naam adviseur] van de Rabobank [naam]. Op 12 april 2011 heeft [naam adviseur] mij een bezoek gebracht en zou mij per omgaande een offerte doen toekomen voor een overlijdensrisicoverzekering. Reden was dat mijn lopende overlijdensrisicoverzekeringen afliepen. Ik heb de mails en telefoontjes met de vraag waar de offerte bleef gedocumenteerd, deze zijn van de maanden Mei en Juni 2011. Uiteindelijk heb ik de offerte 06 juli mogen ontvangen en exact in die week is bij mij een melancolie geconstateerd. De kern van de zaak is heel simpel: Heeft de Rabobank aan zijn zorgplicht voldaan gezien het feit dat men er 3 (drie) maanden over heeft gedaan om een simpele offerte te versturen?

In reactie daarop heeft Rabobank bij brief van 5 oktober 2016 laten weten:

Wat betreft uw eerste aanvraag, werd u kort na het eerste gesprek met de bank geconfronteerd met uw ziekte. U had in alle redelijkheid niet mogen verwachten dat de verzekering al voor die tijd in orde gemaakt was. Hierbij merk ik overigens nog op dat – als Interpolis wel al in april 2011 uw aanvraag had beoordeeld – dit niet automatisch had geleid tot het tot stand komen van de verzekering die u wilde. Zoals mijn collega in haar brief ook reeds aangaf: de verzekeraar bepaalt of zij de verzekering aan u verstrekt en onder welke voorwaarden. De Rabobank heeft hier geen zeggenschap over.

[...] Ook stel ik vast dat u geen schade heeft geleden of op dit moment lijdt. Van het mislopen van een verzekeringsuitkering of een te hoge premie is immers geen sprake.

Partijen zijn er niet in geslaagd gezamenlijk tot een vergelijk te komen.

3. Vordering, klacht en verweer

Klacht, vordering en grondslag

3.1. Consument klaagt dat de Adviseur in de uitvoering van zijn werkzaamheden ten behoeve van Consument is tekortgeschoten, door niet voortvarend genoeg te werk te gaan ten behoeve van Consument bij een aanvraag voor een nieuwe overlijdensrisicoverzekering.

3.2. Ter onderbouwing van zijn standpunt stelt Consument dat:

- Hij sinds januari 2011 contact heeft gehad met de Adviseur over de verlenging/vernieuwing van zijn overlijdensrisicoverzekeringen, “omdat de bestaande verzekeringen binnen afzienbare tijd zouden expireren.”
- Op of omstreeks 8 maart 2011 geen gesprek heeft plaatsgevonden, althans niet over de overlijdensrisicoverzekeringen. Op 8 maart 2011 woonde Consument tennistoernooien bij in AHOY te Rotterdam.
- Een gesprek heeft plaatsgevonden met [naam adviseur] van de Adviseur op 13 april 2011 en dat daarbij is verzocht een offerte aan te vragen voor een nieuwe levensverzekering.
- Het aanvraagformulier door de Adviseur eerst op 6 juli 2011 aan Consument is verzonden.

3.3. Met inachtneming van het voorgaande heeft de Adviseur niet tijdig voldaan aan de verzoeken van Consument maar in plaats daarvan circa drie maanden laten verlopen tussen januari en 13 april 2011 en vervolgens nog eens bijna drie maanden tussen 13 april 2011 en 6 juli 2011. Dit is veel te lang. Een termijn van 14 dagen voor het opmaken van een offerte is redelijk.

In de tweede helft van juni 2011 is vastgesteld dat Consument een melanoom aan zijn oog had. Indien de Adviseur adequaat zou hebben gehandeld, was tijdig, dat wil zeggen voordat het melanoom werd geconstateerd een verzekering tot stand gekomen.

3.4. Consument stelt dat hij thans als gevolg van zijn medische toestand geen nieuwe verzekering kan afsluiten. Doordat Consument niet verzekerd is, loopt hij een risico ten bedrage van het verzekerd kapitaal. Aanvankelijk heeft Consument gesteld dat dit EUR 285.000 was. Dit heeft Consument later aangepast naar EUR 185.000.

3.5. Consument erkent dat de eventuele schade eerst optreedt bij overlijden van Consument vóór 1 augustus 2021. Consument wenst dan ook dat het oordeel wordt uitgesproken dat de Adviseur bij overlijden van Consument vóór 1 augustus 2021 gehouden is een bedrag van EUR 185.000 uit te betalen aan de echtgenote van Consument of aan de kinderen of overige erfgenamen.

Verweer

3.6. De Adviseur heeft de volgende verweren gevoerd:

- Indien reeds in januari 2011 met Consument gesproken zou zijn over de offerte voor nieuwe ORV's, zou dit op de agenda (en verzekeringskaart) van 8 maart 2011 hebben gestaan. Dit is echter niet het geval.
- Op 8 maart 2011 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen Consument en de Adviseur over (voornamelijk) de zakelijke verzekeringen van Consument. Er zijn diverse aanwijzingen dat dit gesprek heeft plaatsgevonden:
 - De vermelding van dit gesprek in de agenda van [naam adviseur] van de Adviseur;
 - Een brief van 23 maart 2011 waarin gerefereerd wordt aan het gesprek;
 - Een brief van Nationale Nederlanden van 15 maart 2011 met de bevestiging dat het verzoek van 11 maart 2011 de verzekeringen bij de Adviseur onder te brengen, is ingewilligd.

In reactie op de stelling van Consument dat het gesprek van 8 maart 2011 niet heeft plaatsgevonden, omdat Consument die dag een tennistoernooi bijwoonde in AHOY heeft de Adviseur op basis van de agenda van AHOY gesteld dat die datum geen

tennistoernooi in AHOY plaatsvond. Het toernooi, waaraan Consument refereert, heeft plaatsgehad van 7 tot en met 13 februari 2011.

- Uit de informatie over het gesprek van 8 maart 2011 blijkt niet dat Consument op dat moment een verzoek heeft gedaan voor een offerte voor één of meerdere overlijdensrisicoverzekeringen.
- De Adviseur ontkent niet dat op 13 april 2011 een gesprek met Consument heeft plaatsgevonden. Zij acht dit in het licht van de agendavermelding van haar medewerker, [naam adviseur], juist aannemelijk. De inhoud van het gesprek is niet bekend. Van een toezegging een offerte op te maken voor een nieuwe ORV binnen 14 dagen is niets gebleken. Het is aan Consument dit te bewijzen.
- In haar dossier heeft de Adviseur geen rappels van Consument aangetroffen. Ook op dit punt rust de bewijslast op Consument.
- De bestaande ORV polissen van NN liepen pas per 15 december 2012 en 1 maart 2013 af. Tot 1 maart 2013 was Consument in ieder geval verzekerd bij overlijden.
- In het licht van de einddata van de bestaande polissen als hierboven vermeld, is het de Adviseur niet duidelijk waarom Consument in april 2011 haast zou hebben gehad met het afsluiten van een nieuwe ORV. Consument heeft dit niet nader toegelicht.

3.7. Consument heeft met inachtneming van al het voorgaande onvoldoende onderbouwd en onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de Adviseur in de periode van januari 2011 tot juli 2011 niet adequaat en/of zorgvuldig heeft gehandeld. De Adviseur bestrijdt dit.

3.8. Ten aanzien van de vordering van Consument merkt de Adviseur op dat niet vaststaat wanneer de gezondheidsklachten zijn ontstaan. Met inachtneming van de verplichting voor Consument deze klachten te melden bij de verzekeraar staat evenmin vast dat Consument een ORV had kunnen afsluiten. Daarbij is van belang dat Consument ook verplicht zou zijn geweest wijzigingen in zijn gezondheidstoestand, zoals het melanoom, die hem bekend worden na acceptatie van de offerte en voor de totstandkoming van de verzekering bij de verzekeraar te melden. Consument heeft tegen die achtergrond niet aannemelijk gemaakt dat hij geaccepteerd zou zijn als hij eerder een offerte had gekregen.

3.9. De Adviseur bestrijdt dat Consument schade lijdt. Dit is eerst aan de orde indien Consument overlijdt. Bovendien heeft Consument een aanvraag gedaan voor een verzekering met een verzekerd kapitaal van EUR 185.000 en niet van EUR 285.000. Tot slot miskent Consument dat hij premie verschuldigd zou zijn geweest indien de ORV wél was afgesloten.

4. Beoordeling

4.1. De Commissie dient te beoordelen of de Adviseur heeft voldaan aan de op hem jegens Consument rustende verplichtingen. Uitgangspunt is daarbij dat de rechtsverhouding tussen Consument en de Adviseur kwalificeert als een overeenkomst van opdracht (artikel 7:400 e.v. van het Burgerlijk Wetboek). In artikel 7:401 BW is een zorgplicht opgenomen voor de opdrachtnemer. De zorgplicht uit artikel 7:401 BW is voor assurantietussenpersonen uitgewerkt in de rechtspraak. Deze houdt in ieder geval in dat een assurantietussenpersoon tegenover zijn opdrachtgever de zorg moet betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend assurantietussenpersoon mag worden verwacht. Vgl. Hoge Raad 10 januari 2003, NJ 2003, 375, r.o. 3.4.1.

Van een redelijk bekwaam en redelijk handelend assurantietussenpersoon mag worden verwacht dat hij beschikt over de nodige deskundigheid en vakkennis, dat hij de financiële belangen van zijn cliënten naar beste weten en kunnen behartigt en dat hij zorgvuldigheid betracht bij de advisering van zijn opdrachtgevers. Van de assurantietussenpersoon mag in dat kader worden verwacht dat hij, om er voor te zorgen dat de voor de opdrachtgever te verrichten werkzaamheden daarop aansluiten, bij zijn opdrachtgever de nodige informatie inwint over diens wensen en doelstellingen, en dat hij zijn opdrachtgever zodanig informeert over de aard en inhoud van de eventueel af te sluiten verzekeringsovereenkomsten, dat zijn opdrachtgever een weloverwogen beslissing kan nemen deze al dan niet af te sluiten.

4.2. De Commissie dient binnen dit kader een oordeel te vellen over de vraag of Adviseur tijdig een offerte voor een levensverzekering aan Consument heeft toegestuurd. Daarbij is allereerst de vraag wanneer Consument om een offerte heeft verzocht. Van belang is dat de feitelijkheden rondom een eventueel verzoek om een offerte in januari 2011 en/of ten tijde van het (betwiste) gesprek van 8 maart 2011 tussen Consument en de Adviseur ongewis zijn. Er is daarover niet of nauwelijks informatie verstrekt door partijen. Dat al in januari 2011 en/of op 8 maart 2011 om een offerte is verzocht kan tegen die achtergrond niet worden vastgesteld.

4.3. Wel staat inmiddels vast dat het gesprek van 13 april 2011 heeft plaatsgevonden. Over de inhoud van dat gesprek bestaat tot op zekere hoogte eveneens onduidelijkheid. Consument stelt dat hij op 13 april 2011 (opnieuw) heeft verzocht om een offerte voor een levensverzekering. De Adviseur beschikt niet over een gespreksverslag maar heeft bij de desbetreffende adviseur ([naam adviseur]) navraag gedaan.

Deze heeft verklaard dat Consument op 13 april 2011 heeft gezegd dat hij ter vervanging van de bestaande verzekeringen een nieuwe overlijdensrisicoverzekering wilde: *“We hebben daarbij ook de einddatum van de bestaande polissen besproken. Aangezien de bestaande polissen nog een lange looptijd hadden, leek het mij niet dat er enige haast bij was om een offerte uit te brengen voor een nieuwe overlijdensrisicoverzekering. Ik heb na ons gesprek eerst gezorgd dat de huidige polissen bij de Rabobank zouden worden ondergebracht. (...) Nadat dit was geregeld, heb ik een offerte aan [Consument] gestuurd. Ik kan me niet herinneren dat [Consument] mij heeft laten weten dat er haast was bij het afsluiten van een nieuwe overlijdensrisicoverzekering. Gelet op de looptijd van de bestaande polissen die nog resteerde, lijkt me dat ook onwaarschijnlijk. Ik kan me ook niet herinneren dat [Consument] mij in die periode heeft gebeld of gemaïld met een verzoek de offerte uit te brengen. Zou [Consument] mij hebben gebeld en hebben verzocht de offerte meteen uit te brengen, dan had ik daarvoor natuurlijk gezorgd. De datum van 29 juli 2011 (...) had met mijn vakantie te maken. Er was geen verzoek om de nieuwe verzekering per die datum af te sluiten.”*

De Commissie stelt op basis van het voorgaande vast dat de Adviseur op 13 april 2011 de wens van Consument om een nieuwe levensverzekering af te sluiten met hem heeft besproken, dat Consument daarbij heeft verzocht om een offerte aan te vragen en dat de Adviseur op dat moment ook over de daarvoor benodigde gegevens beschikte. Vast staat immers dat Adviseur na het enkele korte rappel van Consument in juni 2011 op 6 juli 2011, zonder nader contact, wél een aanvraagformulier voor een per 29 juli 2011 af te sluiten levensverzekering heeft toegestuurd, waarin ook al de nodige specifieke gegevens waren opgenomen (hoogte dekking, ingangsdatum), die de Adviseur kennelijk op 13 april 2011 met Consument moet hebben vastgesteld. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat als vaststaand moet worden aangenomen dat Consument, zoals hij ook stelt, op 13 april 2011 aan de Adviseur heeft verzocht om voor hem een offerte voor een nieuw af te sluiten levensverzekering aan te vragen en deze toe te zenden.

Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag wanneer de Adviseur die offerte aan Consument had moeten toesturen. Uit de verklaring van [naam adviseur] volgt dat de Adviseur op 13 april 2011 niet heeft gevraagd per wanneer Consument de nieuwe levensverzekering wilde laten ingaan, maar dat hij in plaats daarvan eenvoudigweg heeft aangenomen dat daar geen haast bij zou zijn omdat de bestaande levensverzekeringen op dat moment nog doorliepen. De Commissie is van oordeel dat de Adviseur daarmee niet heeft voldaan aan de op hem jegens Consument rustende zorgplicht. Het was immers aan de Adviseur om als redelijk handelend en vakbekwaam assurantietussenpersoon bij Consument de nodige informatie in te winnen over diens wensen en doelstellingen, om er voor te zorgen dat de voor Consument te verrichten werkzaamheden de te verstrekken adviezen daarbij zouden passen.

In dat kader had de Adviseur op 13 april 2011 gewoon moeten vragen per wanneer Consument de levensverzekering wenste af te sluiten en mocht hij niet zelfstandig aannemen dat daar geen haast bij zou zijn. Dat Consument de nieuwe levensverzekering op korte termijn wilde afsluiten volgt vervolgens genoegzaam uit het feit dat hij in juni 2011 heeft gerappelleerd en dat vervolgens - zonder nader overleg - een offerte voor een op 29 juli 2011 af te sluiten levensverzekering werd toegestuurd, waarbij de termijn waarop de bestaande levensverzekeringen zouden aflopen kennelijk geen rol meer speelde. Ook overigens geldt dat van een redelijk handelend en vakbekwaam assurantietussenpersoon mag worden verwacht dat hij zo spoedig mogelijk opvolging geeft aan een verzoek om een offerte voor een nieuwe verzekering uit te brengen, tenzij de cliënt uitdrukkelijk laat weten dat daarmee nog wel even gewacht kan worden.

Onder deze omstandigheden moet er van worden uitgegaan dat de Adviseur zo spoedig mogelijk na het op 13 april 2011 door Consument gedane verzoek een offerte voor de gewenste levensverzekering aan Consument had moeten toesturen. Consument heeft gesteld dat een dergelijke offerte redelijkerwijs binnen 14 dagen opgevraagd zou moeten kunnen worden. De Adviseur heeft dat niet, althans niet voldoende concreet betwist. Uitgangspunt is derhalve dat de Adviseur de offerte voor de nieuw af te sluiten levensverzekering binnen een termijn van 14 dagen na 13 april 2011 aan Consument had moeten toesturen. De Adviseur heeft dat niet gedaan, maar in plaats daarvan pas op 6 juli 2011, dat wil zeggen twaalf weken later, een offerte aan Consument toegestuurd. Aldus heeft de Adviseur tegenover Consument niet de zorg betracht die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend assurantietussenpersoon mag worden verwacht. Daarmee is de Adviseur tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de met Consument gesloten overeenkomst van opdracht en is hij aansprakelijk voor de als gevolg daarvan door Consument geleden schade.

- 4.4. Voor de vaststelling van het bestaan en de omvang van die schade moet een vergelijking worden gemaakt tussen de positie waarin Consument zich thans bevindt, en de hypothetische positie waarin hij zich zou hebben bevonden indien de Adviseur niet was tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de overeenkomst van opdracht. De in dat kader te beantwoorden vraag is of Consument, anders dan nu het geval is, wél een nieuwe levensverzekering had kunnen afsluiten indien de Adviseur de offerte uiterlijk op 27 april 2011 aan Consument had toegezonden. Er van uitgaande dat het melanoom op 15 juni 2011 is ontdekt is de te beantwoorden vraag meer specifiek of bij tijdig toesturen van de offerte door de Adviseur, vóór 15 juni 2011 een nieuwe levensverzekering tot stand zou zijn gekomen.
- 4.5. De Adviseur heeft terecht gesteld dat achteraf, niet meer met zekerheid kan worden vastgesteld of dat zou zijn gelukt.

Voor de totstandkoming van de verzekering had immers (i) Consument de offerte moeten ondertekenen en terugsturen, aan de Adviseur, (ii) de getekende offerte door de Adviseur moeten worden opgestuurd naar de verzekeraar en (iii) zou Consument de gezondheidsverklaring moeten invullen en opsturen aan verzekeraar en zou verzekeraar Consument op basis daarvan moeten accepteren. Hoe lang elk van die stappen zou hebben geveerd is steeds afhankelijk van de specifieke omstandigheden van het geval, zoals de voortvarendheid die telkens door Consument, de Adviseur en de verzekeraar zou zijn betracht en de inhoud van de gezondheidsverklaring en het acceptatiebeleid van verzekeraar. De exacte duur van het afsluitproces kan daarom achteraf niet met zekerheid worden vastgesteld. Echter, anders dan de Adviseur acht de Commissie het allerminst uitgesloten dat dit proces binnen anderhalve maand - en dus vóór 15 juni 2011 - zou zijn voltooid. Dit betekent dat weliswaar niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat Consument zonder de tekortkoming van de Adviseur een nieuwe levensverzekering zou hebben kunnen afsluiten, maar dat wel kan worden vastgesteld dat Consument als gevolg van de fout van de Adviseur de kans is ontnomen dat tijdig een levensverzekering zou zijn afgesloten. De Commissie schat vervolgens de kans dat Consument vóór 15 juni 2011 een levensverzekering zou hebben kunnen afsluiten, alle goede en kwade kansen wegende en met inachtneming van de aard van de door de Adviseur gemaakte fout, op 70%, zodat de Adviseur 70% van de door Consument geleden schade dient te vergoeden (vgl. Hoge Raad 21 december 2012 (ECLI:NL:HR:2012:BX7491)).

- 4.6. Het voorgaande betekent dat de Commissie komt tot een voorwaardelijke veroordeling van de Adviseur in die zin dat de Adviseur bij overlijden van Consument vóór 1 augustus 2021 gehouden is om aan de nabestaanden van Consument te voldoen 70% van het te verzekeren bedrag van EUR 185.000, verminderd met de premies die Consument tot op dat moment verschuldigd zou zijn geweest indien de levensverzekering zou zijn afgesloten.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat de Adviseur, indien Consument overlijdt vóór 1 augustus 2021, 70% van de te verzekeren som van EUR 185.000, minus de premies die Consument voor de verzekering verschuldigd zou zijn geweest, dient te voldoen aan de nabestaanden van Consument.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.