

Over recht en regels in de verzekeringsbranche.

UITLEG POLISVOORWAARDEN: STAAT ER ECHT WAT ER STAAT?



DE RELATIE TUSSEN EEN VERZEKERAAR EN DE VERZEKERINGNEMER WORDT BEHEERST DOOR HET POLISBLAD EN DE POLISVOORWAARDEN. DOORGAANS WORDT ER OVER DE INHOUD DAARVAN NIET ONDERHANDELD. HET IS DUS UITSLUITEND AAN DE VERZEKERAAR OM POLISVOORWAARDEN ZO TE FORMULEREN DAT DE BEPALINGEN DUIDELIJK (IS HET BEDING NIET VOOR MEERDERLEI UITLEG VATBAAR?) EN BEGRIJPelijk (HOEVEEL LEZINGEN LEVERT HET BEDING OP?) ZIJN. ALS DE VERZEKERAAR DAT NALAAT, DAN LOOPT HIJ HET RISICO DAT DE RECHTER DE ONDUIDELIJKE OF ONBEGRIJPelijke POLISVOORWAARDE ZELF GAAT UITLEGGEN.

- Als de verzekeringnemer een consument is, zal de rechter dit
- doen op een voor de consument zo gunstig mogelijke wijze. Dit wordt ook wel aangeduid als de 'contra-proferentemregel' (artikel 6:238 lid 2 BW). In een recente en lezenswaardige uitspraak van de rechtbank Rotterdam (ECLI:NL:RBROT:2019:985) wordt geïllustreerd hoe deze regel in de praktijk wordt toegepast.

In juni 2016 is X in de vijver in zijn tuin gevallen. Daardoor is er een parasiet (de acanthamoeba) in zijn rechteroog terecht gekomen. De parasiet heeft bij X keratitis (een ontsteking van het hoornvlies) veroorzaakt. Het oog bleek niet meer te redden en in december van dat jaar is het rechteroog van X verwijderd. Begin 2017 heeft X een oogprothese gekregen. De (voormalige) werkgever van X heeft bij een verzekeraar een collectieve ongevalverzekering gesloten, met een verzekerd bedrag van € 100.000.

X maakt aanspraak op een uitkering uit hoofde van deze ongevalverzekering. De door de verzekeraar ingeschakelde verzekeringsgeneeskundige heeft het percentage blijvende invaliditeit

conform de geldende 'AMA-guides' (de Guides to the Evaluation of Permanent Impairment van de American Medical Association) vastgesteld op 20%. X is het met dit percentage en de door de verzekeraar uitgekeerde € 20.000 niet eens. X claimt namelijk dat hij recht heeft op het volle pond, dus € 100.000. Omdat X en de verzekeraar er onderling niet uitkomen, is het aan de rechter om hierover een knoop door te hakken. De rechter stelt voorop dat er geen invaliditeitspercentage is opgenomen in geval van het verlies van (het zicht van) één oog. Voor de vraag op welk vergoedingspercentage X aanspraak kan maken komt het dus aan op de uitleg van de verzekeringsvoorwaarden. In het bijzonder staat de uitleg van artikel 3.2 centraal. In dit artikel is bepaald: "Bij gedeeltelijk blijvend verlies of gedeeltelijk blijvende onbruikbaarheid wordt een evenredig gedeelte van het voor geheel verlies of gehele onbruikbaarheid aangegeven percentage naar rato van ernst uitgekeerd."

Zowel de verzekeraar als X hebben ieder hun eigen lezing van deze bepaling. Volgens de verzekeraar leidt uitleg ertoe dat de ernst van het verlies moet worden vastgesteld aan de hand van de AMA-

VAN DE ADVISEUR MAG WORDEN VERWACHT DAT HIJ NAVRAAG DOET BIJ DE VERZEKERAAR WAT ER ONDER EEN VOORWAARDE MOET WORDEN VERSTAAN

Guides. Dit zijn volgens de verzekeraar de algemeen meest geaccepteerde richtlijnen. X is het daar niet mee eens. Hij stelt dat de begrippen 'een evenredig gedeelte' en 'naar rato van ernst' ertoe leiden dat verlies van het zicht in twee ogen recht geeft op een uitkeringspercentage van 100, zodat het verliezen van één oog, een uitkering van 50% oplevert.

GEEN EENDUIDIGE UITLEG

De rechtbank legt beide lezingen naast zich neer. Want volgens de rechtbank volgt uit de bepaling niet dat de invaliditeit moet worden vastgesteld conform de AMA-guides. Ook de lezing van X volgt de rechtbank niet. Want de zinsnedes 'een evenredig gedeelte' en 'naar rato van ernst' spreken elkaar in dit verband tegen. De rechtbank concludeert dan ook dat de betreffende bepaling niet eenduidig valt uit te leggen. Anders gezegd: er kan over de betekenis van deze clause in redelijkheid twijfel bestaan. Ook kan de rechtbank niet vaststellen welke evident voor de hand liggende uitleg van deze bepaling er anderszins kan worden gegeven. Er resteert de rechtbank naar deze stand van zaken geen andere optie dan toepassing van de contra-preferentemregel. De rechtbank legt het beding zo uit dat de voor X gunstigste uitleg geldt. Die 'meest gunstige uitleg' is in dit geval de uitleg die X zelf aan het beding geeft. Of spiegelbeeldig: de voor de verzekeraar meest nadelige uitleg. Want de verzekeraar had het immers in zijn macht om onduidelijkheden in de polisvoorwaarden te voorkomen. De verzekeraar had de betreffende bepaling duidelijker kunnen formuleren. Bijvoorbeeld door er een invaliditeitspercentage in op te nemen. Of door uitdrukkelijk te bepalen hoe het invaliditeitspercentage wordt bepaald. Bijvoorbeeld conform de AMA-guides. De rechtbank komt tot de slotsom dat het invaliditeitspercentage van X moet worden vastgesteld op 50. Via een andere clause (waarover tussen partijen geen verschil van mening bestond) kan X aanspraak maken op een uitkeringspercentage van 100. X wordt dus door de rechtbank volledig in het gelijk gesteld en de verzekeraar moet dus ook de resterende 80% (dat gelijk staat aan € 80.000) aan X uitkeren.

ONNODIGE DISCUSSIES

Deze uitspraak is voor partijen die gebruikmaken van (polis-) voorwaarden een bevestiging van hetgeen eigenlijk al lange tijd bekend is. Namelijk dat duidelijke en begrijpelijke voorwaarden onnodige discussies met de klant (de verzekeringnemer) kunnen voorkomen. Dat is niet slechts een kwestie van klanttevredenheid. Maar het voorkomt ook dat een rechter in voorkomend

geval met de interpretatie van de onduidelijke en onbegrijpelijke voorwaarden aan de haal gaat en de voor de klant gunstigste uitleg kiest. Voor de klant en diens financieel adviseur kan het bij een afwijzend dekkingsstandpunt lonend zijn om kritisch te onderzoeken of de polisbepaling waarnaar de verzekeraar verwijst wel zo duidelijk en begrijpelijk is als door de verzekeraar wordt beweerd. Want hierbij moet niet alleen aansluiting gezocht worden bij de zuiver taalkundige uitleg van een polisbepaling, maar moet ook gekeken worden naar de betekenis die de klant aan zo'n bepaling mocht hechten.

NAVRAAG

Overigens rust op de financieel adviseur bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst wel de taak om voor de klant onduidelijk en of onbegrijpelijk geformuleerde voorwaarden zo veel als mogelijk te detecteren en hierover aan de klant voorlichting of uitleg te geven. Het mag bovendien van de financieel adviseur verwacht worden dat deze navraag doet bij de verzekeraar wat er onder een bepaalde voorwaarde verstaan moet worden. Laat de financieel adviseur dit na? Dan kan dit onder bepaalde omstandigheden in een 'uitleg discussie' door de verzekeraar aan de klant worden tegen-gevoerd. Deskundige bijstand van een financieel adviseur wordt dan door de rechter in diens oordeel betrokken of de betreffende polisbepaling wel daadwerkelijk voor de klant onduidelijk of onbegrijpelijk is. Als dat het geval is, kan de klant zijn pijlen (waarschijnlijk succesvol) richten op diens financieel adviseur, wegens schending van de zorgplicht. Reden te meer om ook als financieel adviseur grondig kennis te nemen van de polisvoorwaarden. ■