

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr 2015-078 d.d.
13 maart 2015**

**(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, dr. B.C. de Vries en drs. L.B. Lauwaars RA, leden en
mr. R.A.F. Coenraad, secretaris)**

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Beantwoording van een verkorte gezondheidsverklaring. Contra-proferentem-regel. Naar het oordeel van de Commissie nodigde de bewuste vraag Consument niet uit om een bezoek aan de huisarts te beschouwen als het onder behandeling of onder controle te zijn geweest. Consument behoefde er derhalve geen rekening mee te houden dat Aangeslotene dit enkele bezoek in de periode van 36 maanden voorafgaand aan het invullen van deze verklaring een relevant feit vond om het risico van de aangevraagde verzekering goed in te kunnen schatten. Vordering wordt toegewezen.

Consument,

tegen

Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, hierna te noemen Aangeslotene.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende vragenformulier van 16 mei 2014;
- de brief van de belangenbehartiger van Consument van 26 mei 2014;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.

Tussenkost van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid. Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op maandag 26 januari 2015 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 3.1 Consument heeft op 1 januari 2005 bij Aangeslotene een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Op deze verzekering zijn de Polisvoorwaarden “Loyalis IP Aanvullingsplan” van toepassing.

- 3.2 Voorafgaand aan het sluiten van deze arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft Consument op 27 november 2004 het formulier “Aanmelding IP Aanvullingsplan” ingevuld en ondertekend. Een van de vragen die zij met ‘nee’ heeft beantwoord, luidde als volgt: “Bent u de laatste 36 maanden onder behandeling of controle geweest van een huisarts, bedrijfsarts, specialist, psycholoog of andere paramedische hulpverlener?”
- 3.3 In februari 2012 heeft Consument in verband met haar arbeidsongeschiktheid een beroep op deze verzekering gedaan.
- 3.4 Aangeslotene heeft de claim op 5 april 2013 afgewezen. Zij stelt zich op het standpunt dat Consument bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet heeft voldaan aan haar wettelijke mededelingsplicht. Aangeslotene heeft voorts de verzekering met ingang van 22 maart 2013 beëindigd.

4. De vordering en grondslagen

- 4.1 Consument vordert dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering ongewijzigd wordt voortgezet en dat Aangeslotene alsnog tot uitkering overgaat.
- 4.2 Deze vorderingen steunen kort en zakelijk op de volgende grondslagen:
- De door Aangeslotene gehanteerde vraagstelling was onduidelijk en onvolledig.
 - Consument heeft op grond van haar interpretatie van het ‘onder behandeling staan van’ of ‘onder controle staan van’ terecht de vraagstelling met ‘nee’ beantwoord. Zij was immers niet onder behandeling. Ook van controle was geen sprake.
 - Consument heeft zich in januari 2003 slechts eenmalig tot haar huisarts gewend voor een consult, hetgeen niet als een controle kan worden beschouwd. De klachten die zij toen had, waren klachten die speelden tijdens de overgang. Het consult leidde noch tot een behandeling noch tot een controle.
- 4.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd:
- De vraagstelling in de gezondheidsverklaring schiet niet tekort. De uitleg die Consument eraan heeft gegeven is echter te beperkt.
 - Bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering had Consument de onderhavige vraag met ‘ja’ moeten beantwoorden. Het onderscheid tussen behandeling en controle is erin gelegen dat wanneer een huisarts (voor de eerste maal) wordt bezocht, de patiënt bepaalde lichamelijke of geestelijke klachten heeft die hij of zij wil laten controleren. Mocht uit de controle blijken dat behandeling nodig is, dan vangt op dat moment de daadwerkelijke behandeling aan. Het consult van Consument op 29 januari 2003 dient derhalve aangemerkt te worden als een controle.
 - Bij een juiste beantwoording van de gezondheidsvragen zou Aangeslotene een medische dekkingsbeperking hebben toegepast. De latere afkeuringsgronden zouden in dat geval al bij voorbaat van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn uitgesloten geweest.
- Nu Consument één van de vragen onjuist heeft beantwoord, is door Aangeslotene terecht een beroep gedaan op artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW) en is er geen aanleiding om tot herstel van de verzekering en honorering van de claim over te gaan.

5. Beoordeling

- 5.1 Uitgangspunt bij de beoordeling van deze zaak is de in artikel 7:928 BW opgenomen mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Deze houdt onder meer in dat de aspirant-verzekeringnemer vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mededeelt die relevant (kunnen) zijn voor de beoordeling door de verzekeraar of hij het aangeboden risico kan en/of wil accepteren. Indien de verzekeraar daarbij gebruik maakt van een door hem opgestelde vragenlijst, mag en moet de aspirant-verzekeringnemer ervan uitgaan dat een correcte invulling van de daarop vermelde vragen voor de verzekeraar niet alleen afdoende maar ook noodzakelijk is om tot een zorgvuldige beoordeling te kunnen komen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW, op beroept dat hij - indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken - de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan.
- 5.2 Aan de orde is derhalve de vraag of Consument bij het invullen van de verkorte gezondheidsverklaring de onder 3.2 geciteerde vraag met 'nee' heeft mogen beantwoorden en, bij bevestigende beantwoording, daarmee haar mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering is nagekomen.
- 5.3 Bij de beantwoording van deze vraag heeft tevens op grond van artikel 6:238 lid 2 BW als uitgangspunt te gelden dat bij een overeenkomst tussen een gebruiker van Algemene Voorwaarden en een natuurlijk persoon die niet handelt in de uitoefening van beroep of bedrijf, de bepalingen duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld en dat bij twijfel over de betekening van een bepaling in de algemene voorwaarden de voor de wederpartij meest gunstige uitleg prevaleert (de contra-proferentem-regel).
- 5.4 Naar het oordeel van de Commissie nodigt de bewuste vraag Consument niet uit om een bezoek aan de huisarts te beschouwen als het onder behandeling of onder controle te zijn geweest. Consument heeft in de periode van 36 maanden voorafgaand aan het invullen van deze verklaring slechts éénmaal een bezoek aan haar huisarts afgelegd. Een bezoek dat niet gevolgd werd door een verwijzing voor een behandeling of controle door een andere arts of medisch hulpverlener, maar werd afgesloten met een aantal geruststellende woorden van haar huisarts. Naar het oordeel van de Commissie was het voor Consument redelijkerwijze niet duidelijk dat zij zelfs het enkele bezoek aan de huisarts had moeten melden. Consument behoefde er geen rekening mee te houden dat Aangeslotene dit bezoek een relevant feit vindt om het risico van de aangevraagde verzekering goed in te kunnen schatten. Ter zitting heeft Aangeslotene overigens erkend dat de vraagstelling in de latere versies van de verkorte gezondheidsverklaringen op deze wijze is aangepast.
- 5.5 De Commissie acht de desbetreffende vraag in de verkorte gezondheidsverklaring derhalve in die mate onduidelijk dat Consument niet kan worden verweten dat zij de desbetreffende vraag uiteindelijk met 'nee' heeft beantwoord. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat de vordering van Consument zal worden toegewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

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, de verzekering met ingang van 22 maart 2013 in kracht herstelt en overeenkomstig de daarbij geldende voorwaarden dekking blijft verlenen;
- Consument daartegenover de premie verschuldigd zal zijn;
- Aangeslotene de claim van Consument honoreert en het verzekerde bedrag zal uitkeren op basis van de op de arbeidsongeschiktheidsverzekering van toepassing zijnde voorwaarden;
- Aangeslotene aan Consument diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht zal vergoeden, zijnde € 50.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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 \[www.kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan\]\(http://www.kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan\).](http://www.kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan)