

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-192
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries en
mr. S.W.A. Kelterman, secretaris)

Klacht ontvangen op : 21 oktober 2014
Ingesteld door : Consument
Tegen : Aegon Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder
ook te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 30 juni 2015
Aard uitspraak : bindend advies

Samenvatting

Consument (stratenmaker) heeft bij het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering niet meegedeeld dat hij tweemaal zijn huisarts had bezocht in verband met rugklachten. In de gezondheidsverklaring wordt expliciet gevraagd naar rugpijn en rugklachten. Hieruit had Consument moeten afleiden dat deze informatie voor Verzekeraar van wezenlijk belang is bij het beoordelen van de aanvraag. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de verzwijging van de rugklachten de opname in de verzekering van een uitsluiting van arbeidsongeschiktheid als gevolg van aandoeningen van de wervelkolom en afwijzing van de ingediende claim, ook al was de oorzaak van de rugaandoening die tot de arbeidsongeschiktheid aanleiding had gegeven niet gelijk aan die welke had geleid tot de rugklachten vóór de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

1. Procesverloop

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

- Het op 5 oktober 2014 door Consument ondertekende klachtformulier;
- Het verweerschrift van Verzekeraar d.d. 4 december 2014.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 16 juni 2015 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 2.1 Consument heeft in mei 2012 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd, waarbij een door hem op 14 mei 2012 ondertekende Gezondheids-verklaring was gevoegd. In de inleiding van dit formulier staat onder meer het volgende vermeld: *Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat AEGON een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeids-ongeschiktheid of overlijden weigert.*

- 2.2 De gezondheidsverklaring bevat onder het kopje “3) Uw gezondheidstoestand” in de aanhef en onder I. de volgende vraag: *“Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?*
I. Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rug-klachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI?”

Het hokje bij deze rubriek is niet aangekruist. In de gezondheidsverklaring wordt vermeld dat indien een of meer categorieën zijn aangekruist de bijlage bij vraag 3 moet worden ingevuld, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.

Verder staat op de gezondheidsverklaring direct boven de handtekening van Consument het volgende.

“Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).”

- 2.3 Verzekeraar ontving een op 23/6/2012 gedateerd formulier ‘Aangifte van ongeval of ziekte’ waarbij Consument zich voor 80% arbeidsongeschikt meldde wegens rug-klachten vanaf 23 juli 2012. Op het formulier was tevens vermeld dat verzekerde op 23 juli 2012 voor deze klachten voor het eerst een arts had geconsulteerd. De datering van het aangifteformulier berust kennelijk op een abuis.
- 2.4 Op 28 augustus 2012 verstrekke de huisarts van Consument met diens schriftelijke toestemming informatie over de aard van de klachten waarvoor Consument zich tot haar had gewend. Uit die informatie kwam naar voren dat Consument in 2005 en 2010 rugklachten had gehad.
- 2.5 Op 14 september 2012 meldde Consument toename van zijn arbeidsongeschiktheid als gevolg van klachten van de handen.
- 2.6 Op verzoek van de medisch adviseur van Verzekeraar verstrekke Consument op 15 oktober 2012 aanvullende gezondheidsverklaringen in verband met de rugklachten in 2005 en 2010:
- Rugklachten in 2005: het ging om pijnklachten vanaf 9 november 2005 voor de duur van een paar dagen. Deze werden door de huisarts benoemd als ‘hypertone spieren’. Niet arbeidsongeschikt geweest; behandeling met pijnstillers (paracetamol).
 - Rugklachten in 2010: het ging om een periode rugpijn die begon ergens in het najaar 2010. Volgens de huisarts ‘lumbago’. Geen sprake van werkverzuim; behandeling met pijnstillers (paracetamol).

De huisarts gaf op 15 oktober 2012 nog een toelichting: *'We hebben hem beide keren eenmalig gezien i.v.m. rugklachten. De eerste keer hypertone spieren na een verkeerde beweging en de tweede keer wegens wat langer aanhoudende zeurende pijn. Beide malen zo weinig/kortdurend dat hij er niet voor terug hoefde te komen. Specifieke therapie was niet noodzakelijk. Beide episodes staan geheel los van de klachten die hij nu heeft!'*

- 2.7 De medisch adviseur heeft op 24 oktober 2012 en, nadat zij nog informatie had verkregen van de behandelend fysiotherapeut, op 1 november 2012 Consument in kennis gesteld van haar bevindingen en conclusie, dat deze vóór het aangaan van de arbeidsongeschiktheidsverzekering bekend was geweest met gezondheidsklachten, namelijk rugklachten. Als dat bij het aangaan van de verzekering wel bekend was geweest, zou de verzekering op andere wijze of niet tot stand zijn gekomen.
- 2.8 Op 7 november 2012 heeft Verzekeraar de claim afgewezen met een beroep op artikel 7:928 e.v. Burgerlijk Wetboek (BW). De hiervoor aangehaalde vraag 3 sub I van de Gezondheidsverklaring was niet juist beantwoord door het niet vermelden van de rugklachten in 2005 en 2010. Als dat wel was gebeurd zou de verzekering op basis van een advies van de medisch adviseur alleen zijn geaccepteerd met de clause 1609 ('Uitsluiting wervelkolom, inclusief element zenuwen'). Deze clause luidt als volgt:
1. De verzekering verleent geen aanspraak op uitkering, indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van, samenhangt met of verergerd is door aandoeningen van de wervelkolom met bijbehorende banden, spieren en/of zenuwen, alsmede de gevolgen van voornoemde aandoeningen.
 2. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van fracturen van de wervels, verleent deze verzekering - onverminderd hetgeen overigens ten aanzien van de uitkering en eigen risicotermijn in de voorwaarden is bepaald - uitkering tot uiterlijk de 181^e dag na het begin van de arbeidsongeschiktheid.
 3. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een dwarslaesie ten gevolge van een ongeval, zijn de sub 1 en 2 van deze bijzondere voorwaarden omschreven beperkingen niet van toepassing.

De Verzekeraar verklaarde zich bereid de verzekeringsovereenkomst voort te zetten met deze clause, die met terugwerkende kracht, per ingangsdatum van de verzekeringsovereenkomst, in zou gaan. Met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsclaim van 23 juli 2012 inzake rugklachten van verzekerde bestaat volgens Verzekeraar in dat geval geen dekking op de arbeidsongeschiktheids-verzekering en geen recht op een uitkering.

- 2.9 Op 31 december 2012 is Consument meegedeeld, dat de toename van de arbeidsongeschiktheid vanaf 14 september 2012 als gevolg van handklachten evenmin recht gaf op uitkering, aangezien deze handklachten volgens de informatie die van de behandelend neuroloog was verkregen het gevolg waren van spierspanning in de nek. De handklachten kwamen voort uit de neklachten, waarvoor Verzekeraar een uitsluitingsclausule hanteerde.

- 2.10 Een door een belangenbehartiger van Consument op 9 september 2014 ingediende klacht leidde niet tot wijziging van de beslissing van Verzekeraar in voor Consument positieve zin. De polis was inmiddels geroyeerd naar aanleiding van een verzoek van Consument dat op 29 januari 2013 via zijn assurantietussenpersoon bij Verzekeraar was ingediend. Het bedrijf was uitgeschreven bij de Kamer van Koophandel en er bestond daardoor geen verzekeraar belang meer.

3. Vordering en verweer

Vordering van Consument, grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.1.1 Consument vordert uitkering op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering op grond van arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten vanaf 23 juli 2012. De bezoeken aan de huisarts in 2005 en 2010 hadden betrekking op lichte incidentele rugklachten die van voorbijgaande aard waren. Consument heeft er bij het invullen van het aanvraag-formulier en de Gezondheidsverklaring niet bij stilgestaan dat hij in die jaren voor rugpijn bij zijn huisarts was geweest. Hij is vanwege die klachten niet thuis gebleven en er was ook geen medische behandeling nodig. Die klachten hadden ook niets te maken met de huidige klachten. Volgens de artsen ging het toen om een ander soort rugklachten.

Verweer aangeslotene

- 3.1.2 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Consument had een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd per 15 juni 2012. Bij het aanvraagformulier is een schone gezondheidsverklaring aangeleverd, hetgeen inhoudt dat alle gezondheidsvragen ontkennend zijn beantwoord. Per 23 juli 2012 is arbeidsongeschiktheid geclaimd in verband met rugklachten. Naar aanleiding van deze claim is medische informatie ingewonnen, waarbij het vermoeden ontstond dat reeds voor de ingangsdatum van de verzekeringsovereenkomst sprake was geweest van klachten.
 - Uit onderzoek door de medisch adviseur van Verzekeraar bleek dat zowel in 2005 als in 2010 sprake was geweest van rugklachten. Deze klachten waren niet aangegeven tijdens het aanvraagproces. Had Consument dat wel gedaan, dan had dit tot gevolg gehad dat ofwel de aanvraag was afgewezen, ofwel een clause op de polis was geplaatst inhoudende dat claims in verband met rugklachten zouden zijn uitgesloten. De overweging hiertoe was dat wanneer bij een jonge man reeds sprake is van dergelijke klachten, dit in de toekomst een verhoogd risico op zou leveren. Zeker wanneer in aanmerking wordt genomen dat verzekerde het fysiek zware beroep van stratenmaker uitoefent. Op het voorstel tot aanpassing van de polis, in die zin dat alsnog een clause in verband met rugklachten werd geplaatst, is door Consument afwijzend gereageerd. Vervolgens is de polis in zijn geheel beëindigd.

Consument had tevens aangegeven dat geen sprake meer was van bedrijfsactiviteiten. De onderneming was ook uitgeschreven bij de Kamer van Koophandel. Bij het ontbreken van een verzekeraar belang eindigt ook de arbeidsongeschiktheids-verzekering.

4. Beoordeling

- 4.1 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 verplicht is vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen 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 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.
- 4.2 Nu uit de medische stukken blijkt dat Consument in ieder geval in 2005 en 2010 zijn huisarts heeft bezocht in verband met rugklachten staat hiermee vast dat hij ten tijde van het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering op de hoogte was van de eerdere rugklachten. Consument had Verzekeraar hiervan op de hoogte moeten stellen.
- 4.3 Consument kan zich er voorts niet op beroepen dat het ging om (onbeduidende dan wel vage) klachten die voor Verzekeraar niet relevant waren bij het nemen van een beslissing over het al dan niet sluiten van de Verzekering. In de Gezondheids-verklaring was immers een duidelijke en expliciete vraag gesteld naar rugklachten en rugpijn, waarvoor een (huis)arts was geraadpleegd en bovendien was gewezen op het belang van het vermelden van alle klachten. Consument had behoren te begrijpen dat een juiste beantwoording van deze vraag voor Verzekeraar relevant was om zijn risico bij het eventueel aangaan van een verzekering met Consument juist in te schatten (zie ook HR 14 juli 2006, RvdV 2006, 742).
- 4.4 De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan zijn mededelingsplicht op grond van artikel 7:928 lid 1 BW heeft voldaan.
- 4.5 Verzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat hij bij kennis van de ware stand van zaken, als redelijk handelend verzekeraar, de verzekering niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn aangegaan. Immers, voor Verzekeraar zou het duidelijk zijn geweest dat het risico dat Consument aanspraak zou maken op een uitkering op grond van de verzekering aanzienlijk groter werd, nu de verzekering (onder meer) dekking bood bij arbeidsongeschiktheid als gevolg van rugklachten. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de medische voorgeschiedenis van Consument de opname in de polis van de uitsluitingsbepaling.

- 4.6 De eventuele uitkeringsplicht van Verzekeraar bij voortzetting van de verzekering met de clause 1609 ('Uitsluiting wervelkolom, inclusief element zenuwen') dient te worden beoordeeld met toepassing van het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 (slotzin): *'Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken nadere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen'*. De rugklachten van Consument in 2012 hadden weliswaar een andere oorzaak dan de klachten die zich in 2005 en 2010 hadden voorgedaan, maar dit doet er niet aan af dat opnieuw van rugklachten sprake is geweest. De Commissie komt tot het oordeel dat Verzekeraar - mede gelet op het advies van de medisch adviseur - terecht tot de conclusie is gekomen dat de arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten vanaf 23 juli 2012 op grond van de clause nr. 1609 niet gedekt is.
- 4.7 Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, wordt de vordering van Consument afgewezen. Al hetgeen partijen verder nog hebben gesteld, kan niet tot een andere beslissing leiden en zal onbesproken blijven.

5. Beslissing

De Commissie wijst als bindend advies de vordering van Consument af.

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 kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan.