

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-214 d.d.
16 juli 2015**

(mr. B.F. Keulen, voorzitter en mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, leden en mr. E.E. Ribbers, secretaris)

Samenvatting

Woonlastenverzekering. Beantwoording van een verkorte gezondheidsverklaring. Contra proferentemregel. In de gezondheidsverklaring wordt gevraagd of de aspirant verzekerde een ziekte of een aandoening heeft. Naar klachten wordt niet gevraagd. Consument heeft ten tijde van de aanvraag last van buikklachten waarvoor zij de huisarts enkele malen heeft geconsulteerd. Een diagnose is niet gesteld. Pas na de totstandkoming van de verzekering wordt de diagnose ziekte van Crohn gesteld. Naar het oordeel van de Commissie mocht Consument in deze omstandigheden er redelijkerwijze vanuit gaan dat de betreffende vraag uitsluitend betrekking had op een ziekte of aandoening die door een medicus was gediagnosticeerd en aan haar was medegedeeld en dat Aangeslotene niet geïnformeerd hoefde te worden over het bestaan van (nog niet gediagnosticeerde) klachten. De vorderingen worden toegewezen.

Consument,

en

London General Insurance Company Ltd, gevestigd te Amsterdam, hierna te noemen:
Aangeslotene.

1. Procesverloop

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

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- de brief namens Consument van 27 juni 2014 met bijlagen waaronder het door Consument ondertekende vragenformulier;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen;
- de repliek van Consument met bijlage;
- 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 16 juni 2015 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 3.1 Consument heeft een zogenoemde woonlastenverzekering (hierna: de “Verzekering”) gesloten bij Aangeslotene. De ingangsdatum van de Verzekering is 29 december 2010. Verzekerd is een maandelijkse uitkering van € 275,- bij arbeidsongeschiktheid. De uitkeringsduur is maximaal 100 maanden. De eigen risicotermijn is 365 dagen.
- 3.2 Op 7 juli 2010 heeft Consument het aanvraagformulier voor de Verzekering ingevuld en ondertekend. In de verkorte gezondheidsverklaring werden de volgende vragen gesteld:
1. Heeft u een ziekte, aandoening of letsel?
 2. Heeft u, in de laatste 12 maanden, uw werkzaamheden voor een periode langer dan 14 dagen als gevolg van een ziekte, aandoening of letsel moeten staken?
 3. Staat u onder controle van een arts/specialist?
 4. Gebruikt u medicijnen die slechts op recept verkrijgbaar zijn? (m.u.v. anticonceptie)
 5. Ontvangt u direct of indirect een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid?”

Consument heeft alle genoemde vragen met “nee” beantwoord. Bij brief van 27 juli 2010 is Consument een voorwaardelijke acceptatiebevestiging van Aangeslotene toegezonden.

- 3.3 Vanaf 6 september 2010 is Consument arbeidsongeschikt. In het door haar op 5 september 2013 ondertekende schadeaanvraagformulier geeft Consument aan dat de klachten bestaan uit “ziekte van Crohn, abcesvorming + fistelvorming, heel erge buikpijn, chronisch ontstoken darmen, braken, diarree, bloedarmoede.” De klachten zouden bestaan sinds “+/- 2001”. Op de vraag op welke datum zij zich voor deze klachten voor het eerst onder geneeskundige behandeling heeft gesteld geeft Consument aan dat zij voor het eerst voor deze klachten in de eerste helft van 2010 de huisarts heeft bezocht en de specialist in april 2011.
- 3.4 In een op 10 oktober 2011 gedateerd verslag van de bedrijfsarts van Arboned staat onder meer het volgende:
“Verslag: Wn heeft IBS, al jaren, maar de laatste tijd wordt het steeds erger. De HA had buscopan voorgeschreven. Dat hielp wel, maar uiteindelijk veroorzaakte dit een atone blaas. Nu is wn over op duspatal met laxeren, maar dat geeft klachten omdat het moeilijk te doseren is. (...).”
- 3.5 Op de volgende vragen van de medisch adviseur van Aangeslotene heeft dokter M op 7 oktober 2013 schriftelijk het volgende geantwoord:
“Uw patiënt(e) geeft op het schadeformulier aan dat hij/zij sinds 6 september 2010 arbeidsongeschikt is wegens Ziekte van Crohn
1. Heeft patiënt(e) u voor deze klacht/aandoening geconsulteerd? Nee/ja op Dokter M heeft “ja” omringeld en schrijft: “meerdere malen vanaf 12-07-2010 (+ zie aanvulling. 6.)”
 2. Sinds wanneer bestaat deze klacht/aandoening (datum)?
“in dossier oude huisarts al melding in 2007”

3. Diagnose?

“M.Crohn (met complicaties abcedering—fistelgangen)”

(...)

5. Heeft patiënt(e) **dezelfde klacht/aandoening** gehad voor 7 juli 2010?
nee/ja, van t/m “melding van buikklachten in oude dossier in sept. 2007”
Heeft patiënt(e) u voor **dezelfde klacht/aandoening** voor 7 juli 2010
geconsulteerd? Nee/ja, op Dokter M heeft “nee” omkringeld en schrijft: “nee, oude
huisarts”

6. Aanvulling: “Pte heeft zich op 21-06-2010 bij ons ingeschreven, omdat ze
ontevreden was over haar vorige huisarts. De reeds bestaande buikklachten waren direct de
consultredenen.”

3.6 Op 21 oktober 2013 schrijft de behandelend MDL-arts, dokter B, de medisch adviseur van
Aangeslotene onder meer het volgende:

“Ik kan u bevestigen dat patiënte in tweede instantie door mij werd gezien in april 2012 in verband
met een slecht behandelbare ziekte van Crohn. Primaire behandeling vond plaats in het Rode Kruis
Ziekenhuis te [plaats] door collega [dokter P].

De volgende vraag is wanneer de ziekte werd vastgesteld.

Ik citeer hierbij mijn collega [dokter P] die meldt dat de ziekte van Crohn werd vastgesteld in april
2011 met lokalisatie in colon en ileum. Een en ander gecompliceerd door fistelvorming en
abcedering.

(...)

U vraagt specifiek naar de gebeurtenissen vóór of na 7 juli 2010.

Ik heb patiënte pas mogen leren kennen in april 2012. Lezende in de correspondentie van collega
[dokter P] werd betreffende ziekte vastgesteld in april 2011, dus ruim na de door u genoemde
datum. Duidelijker dan dit kan ik niet op de door u gestelde vraag antwoorden.

(...)

3.7 Op 24 oktober 2013 schrijft de behandelend chirurg, dokter WM, onder meer het
volgende aan de medisch adviseur van Aangeslotene:

“(...)

1. Patiënte heeft mij geconsulteerd voor haar klachten wegens de ziekte van Crohn.

2. Patiënte is met deze klacht bij mij bekend sinds 29-05-2012.

(...)

3.8 Bij brief van 8 november 2013 heeft Aangeslotene uitkering geweigerd en onder meer het
volgende geschreven:

“(...)

Bij de aanvraag van de verzekering, d.d. 7 juli 2010, heeft u destijds alle gezondheidsvragen met een
“nee” beantwoord, zo ook vraag 1: “Heeft u een ziekte aandoening of letsel”. Gelet op het feit dat
u destijds al last had van buikklachten, had u deze vraag met een “ja” moeten beantwoorden.

Ondanks dat later pas de diagnose ziekte van Crohn is vastgesteld, verandert dit niets aan het feit
dat u al wel klachten had. Indien u deze vraag met een “ja” had beantwoord, dan had onze medisch
adviseur extra informatie kunnen opvragen en alle aan deze gerelateerde buikklachten kunnen
uitsluiten van dekking onder deze verzekering. Nu wij alsnog op de hoogte zijn van deze
buikklachten, sluiten wij deze alsnog uit van dekking. (...)

4. Geschil

4.1 Consument vordert dat Aangeslotene gehouden wordt (i) tot betaling van de verzekerde uitkeringen vanaf 6 september 2011 en (ii) over de niet uitgekeerde termijnen vanaf de datum van de verschuldigdheid van de onderscheiden termijnen de wettelijke rente te vergoeden.

4.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag: Aangeslotene is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van haar verplichtingen jegens Consument door uitkering te weigeren op de grond dat Consument al vóór ingang van de Verzekering buikklachten had en zij deze klachten ten onrechte niet heeft gemeld. Consument voert in dit verband het volgende aan:

- Consument heeft het aanvraagformulier naar waarheid ingevuld. Van een ziekte, aandoening of letsel was geen sprake. Consument was daarmee ten tijde van de aanvraag niet bekend. Zij had alleen last van buikpijn waarvan de oorzaak niet bekend was. In 2007 heeft Consument zich bij haar huisarts gemeld met buikklachten. Er is toen geen ziekte geconstateerd. In april 2010 heeft Consument zich weer met buikklachten bij de huisarts gemeld. Opnieuw is toen geen ziekte vastgesteld. Op 21 juni 2010 heeft Consument zich tot een andere huisarts aangemeld. De aanvraag voor de Verzekering is op 7 juli 2010 ingevuld en ondertekend. Op 12 juli 2010 heeft Consument haar nieuwe huisarts voor het eerst bezocht en is geen ziekte geconstateerd. In november 2010 denkt de bedrijfsarts aan een mogelijk spastische darm. In april 2011 wordt een abces in de darmen geconstateerd waaraan Consument in oktober 2011 wordt geopereerd. In 2012 wordt vastgesteld dat Consument de ziekte van Crohn heeft;
- in de verkorte gezondheidsverklaring hoeft Consument niet aan te geven dat zij klachten heeft of ziek is. Er wordt gevraagd naar een ziekte, aandoening of letsel. Daarmee was Consument ten tijde van de aanvraag niet bekend. Juist omdat zij nog met haar buikklachten naar de huisarts was geweest en er niets was geconstateerd, mocht zij erop vertrouwen dat haar buikklachten niet onder de term “ziekte, aandoening of letsel” zouden vallen;
- de aanname van de medisch adviseur van Aangeslotene dat uit het verslag van 9 oktober 2011 van Arboned zou blijken dat de diagnose dat Consument al jaren IBS zou hebben, is gesteld vóór de aanvraag van de Verzekering, is onjuist. Dat blijkt niet uit het Arbonedverslag. Verder blijkt dit ook niet uit de informatie van de behandelende artsen. Pas in april 2011 is vastgesteld dat Consument de ziekte van Crohn heeft. Daarvóór is geen enkele diagnose gesteld.

- 4.3 Aangeslotene bestrijdt dat zij toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van haar verplichtingen jegens Consument. In dit kader voert zij, kort en zakelijk weergegeven, het volgende aan:
- volgens de medisch adviseur van Aangeslotene blijkt uit het medische dossier en het verslag van Arboned dat Consument al voorafgaand aan de aanvraag van de Verzekering de klachten behorend bij de ziekte van Crohn had, ook al waren deze klachten destijds gediagnosticeerd als aandoening IBS [Irritable Bowel Syndrome, prikkelbaredarmsyndroom].

Deze klachten waren dusdanig serieus dat Consument slechts enkele weken voor de aanvraagdatum van de Verzekering bij haar huisarts is geweest. Uit het voorgaande volgt dat Consument ten tijde van het sluiten van de Verzekering bekend was met haar buikklachten en de vragen in de gezondheidsverklaring daarom onjuist heeft beantwoord. Indien zij een vraag van de verkorte gezondheidsverklaring met “ja” had beantwoord zou er een uitgebreid medisch acceptatieformulier door haar moet worden ingevuld, op basis waarvan alle ziektes die ten grondslag aan de buikklachten van Consument liggen door Aangeslotene op het polisblad als uitgesloten zouden zijn vermeld. De ten tijde van de aanvraag bestaande buikklachten kunnen in dit geval alleen het gevolg zijn van een ziekte, aandoening of letsel en hadden derhalve vermeld moeten worden.

5. **Beoordeling**

- 5.1 Uitgangspunt bij de beoordeling van deze zaak is de in artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (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 Bij de beantwoording van de vraag of Consument haar mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW heeft geschonden, komt het in deze zaak erop aan of Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring de vraag “Heeft u een ziekte, aandoening of letsel?” met “nee” heeft mogen beantwoorden. Hierbij heeft te gelden dat indien twijfel zou bestaan omtrent de betekenis van termen als “ziekte” en “aandoening”, de uitleg contra-proferentem geschiedt waarbij de voor de verzekerde meest gunstige interpretatie prevaleert.

- 5.3 Consument heeft op 7 juli 2010 de gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. Partijen zijn het erover eens dat de diagnose ziekte van Crohn pas ná deze datum is gesteld. Voor Aangeslotene volgt dit uit haar brief van 8 november 2013 waarin zij Consument schrijft “...Bij de aanvraag van de verzekering, d.d. 7 juli 2010, heeft u destijds alle gezondheidsvragen met een “nee” beantwoord, zo ook vraag 1: “Heeft u een ziekte aandoening of letsel”. Gelet op het feit dat u destijds al last had van buikklachten, had u deze vraag met een “ja” moeten beantwoorden. Ondanks dat later pas de diagnose ziekte van Crohn is vastgesteld, verandert dit niets aan het feit dat u al wel klachten had.(...)”
- Dat Consument op 7 juli 2010 aan een andere ziekte of aandoening leed of dat zij letsel had, is niet gebleken. Weliswaar schrijft de bedrijfsarts van Arboned in zijn verslag van 10 oktober 2011 dat Consument al jaren IBS heeft maar hij geeft niet aan wanneer en door wie deze diagnose is gesteld en of Consument daarvan op de hoogte was. Deze diagnose wordt bovendien niet bevestigd door de verklaring van de nieuwe huisarts van Consument, dokter M, respectievelijk de verklaringen van de behandelend specialisten, dokter B en dokter WM.

Op grond van het bovenstaande gaat de Commissie ervan uit dat bij Consument op 7 juli 2010 sprake was van buikklachten waarvoor zij de huisarts enkele malen had geconsulteerd, maar waarvoor toen nog geen diagnose was gesteld.

De Commissie stelt vast dat in de gezondheidsverklaring naar de aanwezigheid van een “ziekte” of “aandoening” wordt gevraagd en dat deze termen in de gezondheidsverklaring niet worden toegelicht. Naar klachten wordt in de gezondheidsverklaring niet gevraagd. Onder deze omstandigheden mocht Consument er redelijkerwijze vanuit gaan dat de betreffende vraag uitsluitend betrekking had op een ziekte of aandoening die door een medicus was gediagnosticeerd en aan haar was medegedeeld en dat Aangeslotene niet geïnformeerd hoefde te worden over het bestaan van (nog niet gediagnosticeerde) klachten. Immers, had Aangeslotene geïnformeerd willen worden over dergelijke klachten dan had zij daar uitdrukkelijk naar moeten vragen en dat heeft zij niet gedaan. Gezien de vraagstelling behoefde Consument er in redelijkheid geen rekening mee te houden dat Aangeslotene haar buikklachten relevante feiten vond om het risico van de aangevraagde verzekering goed te kunnen inschatten.

- 5.4 De Commissie acht de betreffende vraag in de verkorte gezondheidsverklaring derhalve in die mate onduidelijk dat Consument in de gegeven omstandigheden niet kan worden verweten dat zij deze vraag ontkennend heeft beantwoord. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de vorderingen van Consument zullen worden toegewezen. Nu Consument in het gelijk wordt gesteld, dient Aangeslotene tevens het door Consument betaalde klachtgeld ad € 50,- voor de behandeling van dit geschil aan Consument te vergoeden. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

De Commissie beslist dat Aangeslotene binnen de termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, (i) overgaat tot betaling van de vanaf 6 september 2011 verzekerde uitkeringen, (ii) over de reeds verschenen verzekerde uitkeringen vanaf de datum van de verschuldigdheid de wettelijke rente vergoedt en (iii) de door Consument voor de behandeling van dit geschil bij de Commissie betaalde eigen bijdrage van € 50,- betaalt.

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.