

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-227  
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden, terwijl  
mr. S.W.A. Kelterman als secretaris)**

Klacht ontvangen op : 21 januari 2015  
Ingesteld door : Consument  
Tegen : Aegon Schadeverzekering N.V. gevestigd te Den Haag, verder te  
noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 4 augustus 2015  
Aard uitspraak : Bindend advies

### **Samenvatting**

Verzekeraar heeft een claim op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (woonlasten-verzekering) van Consument afgewezen. Enkele gezondheidsvragen op een verkort aanvraagformulier zouden onjuist zijn beantwoord. Er was sprake van psychische problematiek waarvoor medicatie, jaarlijkse controle PSA in verband met familiale belasting waarvoor doorverwijzing naar uroloog en knie- en elleboogproblematiek vóór de ingangsdatum van de verzekering. Bij melding hiervan zou de verzekering niet zijn geaccepteerd. Verzekeraar vordert reeds gedane uitkeringen en onderzoekskosten terug. Door adequate behandeling van de psychische problematiek was ten tijde van het indienen van de aanvraag geen sprake van gezondheidsklachten. De huisarts die het medicijn voorschrijft is niet een specialist in de zin van de gestelde vraag en de psychische problematiek heeft niet geleid tot langdurige arbeidsongeschiktheid als bedoeld in het aanvraagformulier. De slijmbeursontsteking aan de rechterelleboog en de problemen aan de linker knie als gevolg van een voetbaltrauma waren geen aanleiding om een of meer van de gezondheidsvragen met 'ja' te beantwoorden. Niet is komen vast te staan dat Consument ten tijde van het ondertekenen van het aanvraagformulier gezondheidsklachten ondervond in verband met een prostaataandoening. De jaarlijkse PSA-controle vanaf het 55e levensjaar van Consument vond plaats in verband met familiale belasting van prostaat-problemen.

Consument was pas na de ingangsdatum van de verzekering bekend geworden met de afspraak die de huisarts buiten hem om met de uroloog had gemaakt over doorverwijzing en met de noodzakelijk geachte behandeling. Het doorverwijzen naar de uroloog is op zichzelf niet te beschouwen als een 'vervolgbehandeling' in de zin van een behandeling die volgt op een eerdere behandeling ten aanzien van dezelfde klacht. op dat moment was nog maar de vraag of de uroloog zou besluiten tot een vervolgbehandeling. De periodieke controle door de huisarts van de PSA-waarde was geen behandeling en de verwijzing naar de uroloog daarmee geen vervolgbehandeling. De behandeling door de uroloog is pas begonnen nadat de verzekering door Verzekeraar definitief was geaccepteerd en Consument daarvan in kennis was gesteld door afgifte van de polis. De vordering van Consument wordt toegewezen.

### **I. Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van het Reglement Ombudsman en Geschillen-commissie Financiële Dienstverlening en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument op 19 januari 2015 ondertekende klachtformulier en de begeleidende brief van de rechtsbijstandverlener d.d. 19 januari 2015;
- de brief van de medisch adviseur van Verzekeraar d.d. 20 februari 2015;

- de replek van de rechtsbijstandverlener d.d. 31 maart 2015;
- het verweer van Verzekeraar d.d. 3 april 2015.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 8 juli 2015 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 2.1 Consument heeft met een door hem op 25 mei 2010 ingediend Aanvraagformulier bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering ('AEGON Woonlasten-verzekering') met een te verzekeren jaarbedrag van €11.400,00 (12 x €950,00) aangevraagd.

Vraag 6 ('Vragen over uw gezondheid') van het formulier was als volgt beantwoord:

- |   |     |
|---|-----|
| a. Heeft u op dit moment gezondheidsklachten?   | nee |
| b. Als u het laatste jaar bij een huisarts bent geweest, was een vervolgbehandeling noodzakelijk?   | nee |
| c. Bent u ooit behandeld door een medisch specialist in verband met psychische klachten, hart- of rugklachten?  | nee |
| d. Bent u de laatste 5 jaar 4 weken of langer aaneengesloten geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest?  | nee |
| e. Is u ooit een arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of woonlasten-verzekering geweigerd, opgezegd of slechts onder beperkende condities of tegen extra premie geaccepteerd? | nee |

*“Als u één of meer van deze vragen met ‘ja’ heeft beantwoord dan vragen wij u de uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen of, indien u een overlijdensrisicoverzekering heeft aangevraagd vanwege uw AEGON hypotheek, kunt u de onderstaande machtiging invullen. De uitgebreide gezondheidsverklaring kunt u opvragen via uw tussenpersoon.”*

Onder 7 ('Slotvragen en -verklaring') van het aanvraagformulier is de volgende toelichting opgenomen:

### **Belangrijk: Toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht.**

*Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden mee verzekerd en die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen uw eigen wetenschap bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord al bij AEGON bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden.*

*Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat AEGON u heeft bericht over haar definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan AEGON mededelen, indien deze vallen onder de gestelde vragen.*

*Als u niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt.*

*Als u met opzet tot misleiden van AEGON heeft gehandeld of AEGON bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nooit zou hebben gesloten, heeft zij tevens het recht de verzekering op te zeggen.*

- 2.2 De verzekering is met ingang van 1 juni 2010 tot stand gekomen. Op 3 juni 2010 is een polis afgegeven.
- 2.3 Consument meldde zich met ingang van 9 augustus 2010 arbeidsongeschikt wegens een op die dag uitgevoerde prostaatoperatie. Verzekeraar heeft, met inachtneming van de eigen risicotermijn van 30 dagen, uitkering verleend over een periode van één maand.
- 2.4 Op 8 november 2012 meldde Consument zich met ingang van 1 januari 2012 opnieuw arbeidsongeschikt wegens psychische klachten.
- 2.5 Verzekeraar heeft Consument op 28 februari 2014 meegedeeld, dat de uitkering werd beëindigd en het dossier gesloten per 1 maart 2013. De medisch adviseur had uit informatie van de huisarts en behandelend internist vastgesteld dat de klachten van Consument niet medisch waren onderbouwd. Uit de medische informatie was gebleken dat Consument eerder klachten had gehad.
- 2.6 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft Consument op 5 mei 2014 in kennis gesteld van zijn bevindingen. Uit het medisch dossier, bestaande uit de gezondheids-verklaring van 25 mei 2010, het schadeclaimdossier vanaf 1 januari 2012, de aanvullende gezondheidsverklaringen van 30 maart 2014 en de informatie van de huisarts/specialist/psychotherapeut, bleek het volgende:
  - *psychische problematiek/onzekerheid/angstig met een chronische sombere stemming, waarvoor u verschillende keren hulp heeft gezocht. Vanaf 1994 wordt u medicatie (Prozac) voorgeschreven;*
  - *vanaf 2006 jaarlijks controle PSA in verband met familiale belasting. Op 28 mei 2010 vindt overleg plaats met de uroloog en wordt u verwezen. Op 9 augustus 2010 wordt u geopereerd;*
  - *september 2009 was er sprake van knieproblematiek. Eind oktober 2009 voetbal-trauma linker knie;*
  - *oktober 2008 elleboogproblematiek rechts, waarvoor tot 2 keer toe een injectie. Daarna verwezen naar de orthopaed. Er was sprake van een bursitis van de rechterelleboog.*

Op 17 mei 2014 heeft Consument op deze brief gereageerd. Zijn brief gaf de medisch adviseur van Verzekeraar echter geen aanleiding anders te concluderen dan dat Consument voor het aangaan van de arbeidsongeschiktheidsverzekering bekend was geweest met gezondheidsklachten:

- Sinds 1994 wordt u medicamenteus behandeld voor uw stemmingsklachten. Hiervoor wordt door de huisarts, steeds in overleg met u, de medicatie gecontinueerd;
- Vanaf 2006 wordt u jaarlijks gecontroleerd op PSA. Op 28 mei 2010 vindt overleg met de uroloog plaats en wordt u verwezen.

*Had u bovenstaande problematiek wel gemeld, dan zou u gevraagd zijn om een uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen.*

*Daarbij zou dan ook de volgende gezondheidsproblematiek bekend zijn geworden, namelijk:*

- september 2009 was er sprake van knieproblematiek. Eind oktober 2009 voetbaltrauma linker knie;
- oktober 2008 elleboogproblematiek rechts, waarvoor tot 2 keer toe een injectie. Daarna verwezen naar de orthopaed. Er was sprake van een bursitis van de rechterelleboog.

2.7 Op basis van het advies van de medisch adviseur en met een beroep op artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) heeft Verzekeraar Consument op 29 juli 2014 mee-gedeeld, dat hij geen recht had op uitkering over de periode 8 december 2012 tot 1 maart 2014:

*De medisch adviseur heeft informatie ontvangen van uw huisarts over prostaatproblematiek. Uw huisarts meldt dat u vanaf 2006 jaarlijks wordt gecontroleerd voor een familiale belasting voor prostaatproblematiek. Op 27 mei 2010 vond controle plaats. Op 28 mei 2010 heeft de huisarts telefonisch contact gehad met de uroloog en werd u doorverwezen naar deze specialist. Uw verzekering is ingegaan op 1 juni 2010. Als wij deze informatie bij de aanvraag van de verzekering hadden gekregen, dan hadden wij uw aanvraag niet geaccepteerd.*

Verzekeraar vorderde van Consument een bedrag terug van €8.233,07 dat als volgt was gespecificeerd:

Het brutobedrag van uitkeringen in 2012 en 2013	€6.074,74
Het nettobedrag van uitkeringen in 2014	538,94
De kosten van onderzoeken	<u>1.619,39</u>
Totaal	<b>€8.233,07</b>

Tevens zou Verzekeraar de persoonsgegevens van Consument opnemen in zijn incidentenregister en interne verwijzingsregister.

2.8 Een door de belangenbehartiger van Consument ingediend bezwaar leidde niet tot wijziging van de beslissing van Verzekeraar in voor Consument positieve zin, met dien verstande dat de vraag naar opzet coulanchehalve niet verder zou worden behandeld.

### 3. **Vordering en verweer**

### *Vordering van Consument*

- 3.1 Consument vordert van Verzekeraar intrekking van de vordering tot terugbetaling van de gedane uitkeringen en van de onderzoekskosten, alsmede het ongedaan maken van de registratie van de persoonsgegevens van Consument in de interne registers.
- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen:
- De (gezondheids)vragen van het aanvraagformulier zijn naar eer en geweten met 'nee' beantwoord; de afspraak met de uroloog was gemaakt ná inzending van het aanvraagformulier; Consument was hierover pas na 1 juni 2010 telefonisch geïnformeerd door de assistente van de huisarts. Op 10 juni 2010 heeft een onderzoek door de uroloog plaatsgevonden (punctie/biopt). De uitslag van dat onderzoek gaf aanleiding voor verdere behandeling. De operatie heeft plaatsgevonden op 9 augustus 2010.
  - Consument heeft niet moeten begrijpen dat de doorverwijzing naar de uroloog op 28 mei 2010 gezien moest worden als een 'vervolgbehandeling' zoals bedoeld in vraag 6 onder b van het aanvraagformulier. Het door-verwijzen op zichzelf is niet te beschouwen als een 'vervolgbehandeling' en op 28 mei 2010 was nog maar de vraag of de uroloog zou besluiten tot een vervolgbehandeling. Er was pas sprake van een vervolgbehandeling na 10 juni 2010.
  - Een huisarts is geen medisch specialist in de zin van vraag 6 van het aanvraagformulier;
  - Naar elleboog- of knieklachten uit het verleden is door Verzekeraar in het geheel niet gevraagd en deze staan dus geheel buiten de zaak;
  - Verzekeraar heeft niet aangetoond dat de verzekering niet tot stand was gekomen wanneer Consument de doorverwijzing naar de uroloog zou hebben gemeld;
  - Verzekeraar heeft Consument te laat geïnformeerd over de gevolgen van zijn mening dat sprake was van het niet nakomen van de mededelingsplicht;
  - De hoogte van de teruggevorderde onderzoekskosten is onredelijk. Consument vraagt zich af waar deze terugvordering op gebaseerd is en hoe Verzekeraar tot dit exorbitante bedrag gekomen is.

### *Verweer van Verzekeraar*

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Uit het onderzoek van de medisch adviseur is naar voren gekomen dat sprake was van diverse klachten vóór het invullen van het aanvraagformulier, te weten knie-klachten, elleboogklachten, psychische problematiek en prostaatklachten, alle vóór de ingangsdatum van de verzekering en ook vóór het invullen van het aanvraagformulier met gezondheidsvragen.
  - De medisch adviseur heeft aangegeven dat wanneer de gezondheidsvragen volledig waren beantwoord ook andere medische informatie bekend zou zijn geworden. Dit zou tot gevolg hebben gehad dat geadviseerd was de verzekeringsovereenkomst niet aan te gaan. Dit advies zou door de technisch acceptant zijn gevolgd.
  - Een verwijzing volgend op een consult bij de huisarts moet als een vervolg-behandeling worden aangemerkt. Ook het voorschrijven van medicatie kan als zodanig worden beschouwd. De vragen 6a en 6b zijn niet naar waarheid beantwoord.

- Hiernaast heeft de medisch adviseur echter nog geconstateerd dat de vraag 6c evenmin correct is beantwoord. Er was sprake van jarenlange psychische problematiek waarvoor ook medicatie werd voorgeschreven.
- Na het ontstaan van een vermoeden van verzwijging wordt eerst een onderzoek gestart. De medisch adviseur vraagt in dat geval informatie op in de behandelend sector en beoordeelt deze gegevens. Wanneer het rapport van de medisch adviseur beschikbaar is begint de termijn van twee maanden te lopen. Het advies van de medisch adviseur dateert van 14 juli 2014 en op 29 juli 2014 is Consument over de bevindingen aangeschreven. Hierbij dient nog te worden aangetekend dat Consument voordien al was geïnformeerd over de start van het onderzoek.
- Nu de medische voorgeschiedenis van Consument zodanig was dat bij kennis van de ware stand van zaken geen woonlastenverzekering was afgesloten, zijn de gedane uitkeringen ten onrechte betaald en zullen deze door Consument moeten worden terugbetaald.

#### **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 Uit de medische stukken blijkt dat Consument sinds 1994 bekend was met psychische problematiek, waarvoor hij werd behandeld met medicijnen die steeds door de huisarts werden voorgeschreven. Deze aandoening respectievelijk behandeling daarvan was naar het oordeel van de Commissie terecht voor Consument geen reden om een of meer van de onder 6 gestelde gezondheidsvragen bevestigend te beantwoorden. Door adequate behandeling was ten tijde van het indienen van de aanvraag geen sprake van gezondheidsklachten. De huisarts die het medicijn Prozac voorschrijft is niet een specialist in de zin van vraag 6 onder c en de psychische problematiek heeft niet geleid tot langdurige arbeidsongeschiktheid als bedoeld onder d.
- 4.3 Hetzelfde geldt voor de slijmbeursontsteking aan de rechterelleboog in oktober 2008 en voor de problemen aan de linkerknie, als gevolg van een voetbaltrauma in september 2009; ook deze aandoeningen waren geen aanleiding om een of meer van de onder 6 gestelde vragen met 'ja' te beantwoorden.

- 4.4 Niet is komen vast te staan dat Consument ten tijde van het ondertekenen van het aanvraagformulier gezondheidsklachten ondervond in verband met een prostaat-aandoening. De jaarlijkse PSA-controle vanaf het 55<sup>e</sup> levensjaar van Consument vond plaats in verband met familiale belasting van prostaatproblemen.
- 4.5 Volgens vraag 7 van het aanvraagformulier dient de aanvrager/kandidaat-verzekering-nemer feiten en omstandigheden die hem bekend worden na inzending van de aanvraag, maar voordat Verzekeraar hem heeft bericht over zijn definitieve acceptatiebeslissing alsnog aan Verzekeraar mee te delen, indien deze vallen onder de gestelde vragen. In dit geval gaat het dan om feiten en omstandigheden die Consument bekend waren geworden in de periode vanaf 25 mei 2010 tot de datum van ontvangst van de polis, die kan worden aangemerkt als een kennisgeving van de definitieve beslissing van Verzekeraar om de aangevraagde verzekering te accepteren. Consument was pas na 1 juni 2010 bekend geworden met de afspraak die de huisarts buiten hem om met de uroloog had gemaakt over doorverwijzing en pas op 10 juni 2010 met de noodzakelijk geachte behandeling. Consument stelt dat hij niet heeft moeten begrijpen dat de doorverwijzing naar de uroloog op 28 mei 2010 gezien moest worden als een 'vervolgbehandeling' zoals bedoeld in vraag 6 onder b van het aanvraagformulier. Het doorverwijzen op zichzelf is niet te beschouwen als een 'vervolgbehandeling' en op 28 mei 2010 was nog maar de vraag of de uroloog zou besluiten tot een vervolgbehandeling. Er was pas sprake van een vervolgbehandeling na 10 juni 2010. Consument heeft het begrip 'vervolgbehandeling' opgevat als een behandeling die volgt op een eerdere behandeling ten aanzien van dezelfde klacht. Hiervan is volgens Consument geen sprake geweest. De Commissie neemt deze visie over. De periodieke controle door de huisarts van de PSA-waarde was geen behandeling en de verwijzing naar de uroloog daarmee geen vervolgbehandeling. De behandeling door de uroloog is pas begonnen op 10 juni 2010 en dat was nadat de verzekering door Verzekeraar definitief was geaccepteerd en Consument daarvan in kennis was gesteld door afgifte van de polis. Onder deze omstandigheden kan niet worden gesteld dat Consument niet heeft voldaan aan zijn wettelijke verplichting tot het verstrekken van relevante feiten vóór de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst.
- 4.6 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de vorderingen van Consument zullen worden toegewezen.  
Alle overige door Verzekeraar ingebrachte verweren en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

## **6. Beslissing**

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen de termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd: (i) overgaat tot intrekking van de vordering jegens Consument tot terugbetaling van de gedane uitkeringen en van de onderzoekskosten, (ii) de registratie van de persoonsgegevens van Consument in het interne incidentenregister en verwijzingsregister ongedaan maakt en (iii) hiervan een schriftelijke bevestiging doet toekomen aan Consument met afschrift aan diens vertegenwoordiger.

*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).*