

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-360
(mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. C.E. du Perron, mr. G.J. Kruithof, medisch lid,
terwijl mr. A. Westerveld als secretaris)**

Klacht ontvangen op : 28 januari 2015
Ingesteld door : Consument
Tegen : Leidsche Verzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Gouda,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 25 november 2015
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Bij de aanvraag van een overlijdensrisicoverzekering heeft (de partner van) Consument een gezondheidsverklaring ingevuld. Daarbij heeft hij twee vragen ten onrechte niet beantwoord: de vraag of hij bekend was met verhoogde bloeddruk en of hij suikerziekte had. Voor Verzekeraar was er hierdoor geen aanleiding om medisch onderzoek te verrichten. Consument is na de totstandkoming van de verzekering overleden. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat hij de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken niet geaccepteerd zou hebben. Dit standpunt dient getoetst te worden aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Vanwege het ontbreken van een medisch dossier kan deze toetsing echter niet plaatsvinden. De Commissie heeft geoordeeld dat de kans dat Consument wel zou zijn geaccepteerd vanwege de foutieve beantwoording van de gezondheidsvragen voor zijn rekening komt. Verzekeraar hoeft geen uitkering te verstrekken.

I. Procesverloop

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

- de klachtbrief met bijlagen van Consument;
- het door Consument ondertekende klachtformulier met bijlagen;
- aanvullende informatie van de tussenpersoon van Consument;
- het namens Verzekeraar ingediende verweerschrift met bijlagen;
- de namens Consument ingediende repliek op het verweerschrift;
- de namens Verzekeraar ingediende dupliek;
- de namens Verzekeraar ingediende aanvulling met bijlage op de dupliek;
- de namens Consument ingediende reactie met bijlage op de dupliek en de aanvulling.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden en dat het geschil zich leent voor afdoening op stukken, nu voor mondelinge behandeling als bedoeld in artikel 40.1 van haar reglement geen aanleiding bestaat.

2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende feiten.

- 2.1 De partner van Consument heeft met ingang van 1 maart 2014 een 'Gewoonidee Nabestaandenverzekering' (een tijdelijke overlijdensrisicoverzekering) bij Verzekeraar afgesloten met Consument als medeverzekeringnemer. Uitkering bij overlijden: € 100.000,-. Begunstiging: 1. De verzekeringnemer 2. Echtgeno(o)t(e) / geregistreerd samenwonend partner van de verzekeringnemer 3. Kinderen van de verzekeringnemer 4. Wettige erfgenamen van de verzekeringnemer.
- 2.2 Voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering heeft de partner van Consument op 19 februari 2014 een gezondheidsverklaring en een niet-rokersverklaring ingevuld. De Gezondheidsvragen A t/m L – vragen naar aandoeningen, ziekten en klachten - zijn alle met 'Nee' beantwoord. De vragen onder de Vragengrens – vragen naar het onder controle staan bij een (huis)arts of specialist, het gebruik van medicijnen en het bekend zijn met een erfelijke aandoening - zijn onbeantwoord gelaten.
- 2.3 De partner van Consument is op 1 april 2014 overleden. Consument heeft bij Verzekeraar aanspraak op uitkering van het verzekerde bedrag ad € 100.000,- gemaakt.
- 2.4 Verzekeraar heeft de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens verzocht een onderzoek in te stellen. De Toetsingscommissie heeft op 13 juni 2014 beslist dat de partner van Consument de vragen C en D van de gezondheidsverklaring niet naar waarheid heeft beantwoord. Zij overwoog dat uit de aan de Toetsingscommissie ter beschikking gekomen gegevens blijkt dat de partner van Consument op 1 april 2014 is overleden vermoedelijk als gevolg van een hartinfarct, meer nauwkeurig: ventrikelfibrilleren bij irreversibele ischemie. Volgens de huisarts was de partner van Consument niet bekend met hart- of vaataandoeningen, maar had hij wel (sinds 2008) diabetes mellitus II. Verder had hij verhoogde bloeddruk, die vanwege de suikerziekte met medicatie werd gereguleerd. Naar het oordeel van de Toetsingscommissie hebben deze twee aandoeningen in causaal verband gestaan met de oorzaak van het overlijden. In zijn op 19 februari 2014 afgelegde gezondheidsverklaring heeft de partner echter vraag C of hij bekend was met (o.a.) verhoogde bloeddruk, alsmede vraag D of hij suikerziekte had, met 'Nee' beantwoord. Het is, aldus de Toetsingscommissie, duidelijk dat deze antwoorden niet in overeenstemming waren met de werkelijkheid, en dat de partner van Consument zodoende de verzekeringsmaatschappij informatie heeft onthouden die van belang was voor de beoordeling van het risico zoals zich dat later heeft verwezenlijkt. De Toetsingscommissie wees er verder nog op dat haar beslissing geen betrekking heeft op de vraag of het verzekerde bedrag zal worden uitgekeerd. Dat moet worden beslist door de verzekeringsmaatschappij, die overeenkomstig artikel 7:930 BW naar gelang van de omstandigheden van het geval kan besluiten het verzekerde bedrag geheel, gedeeltelijk of niet uit te keren.

- 2.5 Consument heeft de Toetsingscommissie bij brief d.d. 30 juni 2014 verzocht haar standpunt te herzien. In haar toelichting op dit verzoek schrijft zij onder meer dat zij op 13 juni 2014 door de cardioloog is geïnformeerd over de uitslag van de autopsie en dat daaruit is gebleken dat haar partner een zeldzame cardiologische afwijking had die pas na de autopsie aan het licht kwam en dat haar partner aan die afwijking is overleden. Verder benadrukte zij dat de vragenlijst een dag voordat zij met haar partner op reis naar [Land] zou vertrekken, is ingevuld, en dat de lijst in de haast en de hectiek van de voorbereidingen voor de reis, tussen het inpakken door, te snel gelezen is. Zij was er mee bekend dat haar partner medicijnen gebruikte voor verhoogde bloeddruk en diabetes mellitus II, maar zij was in de veronderstelling dat hij deze uit preventief oogpunt gebruikte. De vragen onder C en D zijn te goeder trouw en zeker niet opzettelijk met 'Nee' beantwoord.
- 2.6 De Toetsingscommissie reageerde bij brief d.d. 15 juli 2014. Zij schreef onder meer dat zij een discussie over de oorzaak van overlijden weinig zinvol achtte en dat het feit dat het invullen van de formulieren in de haast was gebeurd, tijdens de voorbereidingen voor de reis naar het buitenland, niet wegneemt dat ook in de haast ingevulde verklaringen correct moeten zijn. De Toetsingscommissie zag geen aanleiding om het gegeven oordeel te herzien, maar merkte wel op dat zij geenszins heeft willen suggereren dat de onjuiste en onvolledige beantwoording van de gezondheidsvragen te kwader trouw zou zijn geschied. "Met uw toelichting in uw brief is zij er voldoende van overtuigd dat daarvan geen sprake is geweest."
- 2.7 Bij brief d.d. 23 juni 2014 heeft Verzekeraar de aanspraak op uitkering met een beroep op artikel 7:930 lid 4 en 5 BW afgewezen. Hij schreef dat de verzekering wordt beschouwd als zijnde niet tot stand gekomen en dat er geen recht op uitkering bestaat.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

- 3.1 Consument vordert uitkering van het verzekerde bedrag ad € 100.000,-.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.
- Het vragenformulier is voorafgaand aan het sluiten van de verzekering door Consument en haar partner in de gegeven omstandigheden naar beste weten en kunnen ingevuld. Door onoplettendheid is op de vragen onder C en D per abuis 'Nee' ingevuld, hetgeen achteraf bezien onjuist is gebleken. Van opzet tot misleiding is geen sprake geweest. Verzekeraar heeft zijn verwijt ter zake ook niet onderbouwd.
 - De sanctie die Verzekeraar aan het schenden van de precontractuele mededelingsplicht verbindt, is te verstrekkend en onvoldoende onderbouwd. Het standpunt dat de onderhavige verzekeringsovereenkomst in het geheel niet zou zijn aangegaan bij kennis van de ware stand van zaken (artikel 7:930 lid 4 BW) is niet onderbouwd en niet toegespitst op de concrete feiten en omstandigheden van dit geval. Niet aangetoond is dat en waarom de aandoeningen van de partner van Consument dermate risicoverhogend waren dat de verzekeringsovereenkomst niet zou zijn aangegaan.

- Als een medische keuring zou zijn verricht, zou gebleken zijn dat de gezondheidssituatie van de partner van Consument geen hoger risico zou hebben opgeleverd dan gemiddeld. Van belang is dat de partner een gezonde levensstijl had. Hij rookte niet, dronk niet, at gezond, bewoog regelmatig en kampte niet met overgewicht.
- Indien en voor zover vast zou komen te staan dat Verzekeraar gevallen als de partner van Consument niet accepteert, dient getoetst te worden of het acceptatiebeleid van Verzekeraar in lijn is met dat van een redelijk handelend verzekeraar. Consument is van mening dat een redelijk handelend verzekeraar die van de aandoeningen van de partner van Consument op de hoogte was geweest, niet zou hebben geweigerd om de overlijdensrisicoverzekering af te sluiten. Telefonische navraag door de tussenpersoon van Consument bij enkele verzekeraars die vergelijkbare producten aanbieden, heeft geleerd dat die verzekeraars wél bereid zouden zijn geweest de aanvraag te accepteren. De bewijslast dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar in lijn is met dat van een redelijk handelend verzekeraar rust op Verzekeraar. Verzekeraar is in dat bewijs niet geslaagd.
- Een redelijk handelend verzekeraar zou bij acceptatie mogelijk een premieopslag gehanteerd hebben. In dat geval zou de uitkering pro rata geschieden (artikel 7:930 lid 3 BW). Dit artikel speelt hier echter geen rol. Verzekeraar heeft zich hierop niet beroepen. Indien op dit artikel alsnog een beroep zou worden gedaan dient dit als tardief te worden beschouwd.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Artikel 7:928 BW legt de verzekeringnemer de verplichting op om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. De verzekeraar is in hoge mate afhankelijk van de mededelingen van de verzekeringnemer voor de inschatting van het risico en de verzekeraarbaarheid daarvan. Om deze risico's zo goed mogelijk in te kunnen schatten heeft Verzekeraar een gezondheidsverklaring opgesteld.
 - De Partner van Consument heeft de gezondheidsverklaring onjuist ingevuld. De vragen C en D zijn ten onrechte met 'Nee' ingevuld. Gelet op de duidelijke en expliciete bewoordingen waarin de vragen zijn gesteld – de aandoeningen 'verhoogde bloeddruk' en 'suikerziekte' staan expliciet vermeld in de vragenlijst – en de toelichting op de gezondheidsverklaring, had de partner van Consument kunnen en moeten begrijpen dat melding van die aandoeningen had moeten worden gemaakt.
 - Gelet op de uitspraak van de Geschillencommissie nr. 2014-363 zou zelfs gesteld kunnen worden dat gehandeld is met het opzet tot misleiden. Verzekeraar betwist dat geen sprake zou zijn van opzet. Wat daar van zij, de door Consument opgevoerde omstandigheden brengen mee dat in redelijkheid niet van Verzekeraar kan worden verwacht dat alsnog uitkering wordt verleend. De partner van Consument is hoe dan ook – op zijn minst – onvoldoende zorgvuldig geweest bij het invullen van de gezondheidsvragen. Verzekeraar betwist dat de partner van Consument te goeder trouw was.

- De partner van Consument heeft niet één maar twee vragen onjuist ingevuld. Zowel diabetes mellitus II als verhoogde bloeddruk zijn sterftekans verhogende risicofactoren. De combinatie van beide aandoeningen beïnvloedt de sterftekans echter dermate, dat Verzekeraar dit risico te hoog acht om de verzekering aan te gaan. In bepaalde gevallen kan op deze hoofdregel een uitzondering worden gemaakt, namelijk als er voorafgaand aan het aangaan van de verzekering via de behandelend artsen medische informatie wordt verstrekt aan de medisch adviseur aangaande de ernst van het diabetes mellitus en de verhoogde bloeddruk, de aard van de behandelingen, uitkomsten van laboratoriumonderzoeken (zoals HbA1c-cholesterol, HDL-cholesterol, proteïnurie, beloop van bloeddrukwaarde en aanwijzingen voor vaatschade), medicijngebruik en eventuele complicaties.
- Omdat de partner van Consument heeft verklaard dat hij niet leed aan diabetes mellitus II en ook niet aan verhoogde bloeddruk heeft Verzekeraar de benodigde medische informatie niet opgevraagd en is de gezondheidsverklaring niet ter (uitvoerige) beoordeling van de medisch adviseur gekomen. Doordat het vragenformulier verkeerd is ingevuld heeft de partner van Consument Verzekeraar in de veronderstelling gebracht dat er geen risicoverhogende sterfteaspecten waren waarmee rekening had moeten worden gehouden. Omdat de benodigde informatie voor het beoordelen of op de hoofdregel een uitzondering had moeten worden gemaakt, ontbrak, past Verzekeraar de hoofdregel toe.
- In de toetsing van onderhavige kwestie aan het acceptatiebeleid van Verzekeraar zijn de concrete medische omstandigheden van het geval niet meegenomen. Doordat de vragenlijst onjuist is ingevuld is Verzekeraar niet aan toetsen toegekomen. Verzekeraar is uitgegaan van een verkeerde voorstelling van zaken, hetgeen te wijten is aan de partner van Consument.
- Het acceptatiebeleid van Verzekeraar is in lijn met dat van een redelijk handelend verzekeraar. Het is vastgelegd in richtlijnen opgesteld door herverzekeraar Reinsurance Group of America. Verzekeraar betwist dat het aan hem is om te bewijzen dat zijn acceptatiebeleid in lijn is met dat van een redelijk handelend verzekeraar is.

4. Beoordeling

- 4.1 De beslissing van de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens d.d. 13 juni 2014 dat de partner van Consument zijn precontractuele mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW niet is nagekomen is als zodanig door Consument niet betwist. Het is daarom in de verhouding tussen Consument en Verzekeraar vast komen te staan dat sprake is van verzwijging. Aangezien de Toetsingscommissie in haar brief van 15 juli 2014 – welke brief de Commissie beschouwt als onderdeel uitmakend van de beslissing van de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens - schrijft dat zij er voldoende van overtuigd is dat geen sprake is van kwade trouw, staat dit laatste tevens vast. Dit impliceert dat Verzekeraar geen beroep toekomt op artikel 7:930 lid 5 BW. De partner van Consument had niet het opzet om Verzekeraar te misleiden. Overigens rust op een verzekeraar die zich beroept op precontractuele fraude in de zin van artikel 7:930 lid 5 de bewijslast en is Verzekeraar in dit bewijs niet geslaagd.

- 4.2 De vraag die thans beantwoording behoeft, is of Verzekeraar een beroep toekomt op artikel 7:930 lid 4 BW. Kan Verzekeraar zich in redelijkheid op het standpunt stellen dat hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten en dat hij om die reden geen uitkering verschuldigd is?
- 4.3 Bij de beantwoording van de onderhavige vraag geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie Parl. Gesch. Titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39. De Commissie stelt vast dat Verzekeraar zijn beroep op artikel 7:930 lid 4 BW gemotiveerd heeft aan de hand van zijn eigen, interne acceptatiebeleid, welk acceptatiebeleid is vastgelegd in richtlijnen opgesteld door zijn herverzekeraar Reinsurance Group of America. Dit beleid houdt in dat een verzekeringsaanvraag wordt afgewezen als sprake is van de combinatie diabetes mellitus II en verhoogde bloeddruk (hoofdregel), tenzij uit medische informatie blijkt dat op de hoofdregel een uitzondering kan worden gemaakt. Of toepassing van dit beleid tot een uitzondering op de hoofdregel zou hebben geleid is niet vast komen te staan. Een toetsing aan de concrete medische omstandigheden van onderhavig geval heeft niet plaatsgevonden en kan ook niet plaatsvinden omdat er geen medisch dossier is. Alleen de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens beschikt over medische informatie, en dan nog alleen die informatie die betrekking heeft op de gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten van de verzekering die in relatie staat tot de overlijdensoorzaak. Vanwege het medisch beroepsgeheim mogen artsen aan verzekeraars geen medische informatie over een overleden patiënt verstrekken. De vraag of een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag van de partner van Consument zou hebben afgewezen of zou hebben geaccepteerd is vanwege het ontbreken van concrete medische informatie dus niet te beantwoorden. Verzekeraar mag zich om die reden op het standpunt stellen dat zij de hoofdregel van haar acceptatiebeleid toepast en geen uitkering hoeft te verstrekken nu het hem niet valt toe te rekenen dat er geen medisch dossier beschikbaar is. De kans dat de partner van Consument wel zou zijn geaccepteerd komt vanwege de foutief door hem beantwoorde vragen op de gezondheidsverklaring voor zijn rekening. De Commissie tekent aan dat dit anders zou kunnen zijn als onaannemelijk is dat de medische informatie – als deze wel beschikbaar was geweest – de beslissing van de Verzekeraar had kunnen dragen. Daarvan is in deze zaak echter geen sprake.
- 4.4 Nu Verzekeraar als gevolg van het feit dat de partner van Consument aan hem informatie heeft onthouden die voor de beoordeling van het risico zoals zich dat heeft verwezenlijkt van belang was, geen uitkering verschuldigd is, kan de vraag of de aandoeningen waaraan de partner van Consument voor zijn overlijden leed hebben bijgedragen aan zijn overlijden, onbesproken blijven. Het causaliteitsbeginsel mist hier toepassing.

5. **Beslissing**

De Commissie wijst de vordering 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.