

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-372  
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, medisch lid en  
mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 19 december 2014  
Ingesteld door : Consument  
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 9 december 2015  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument is arbeidsongeschikt geraakt vanwege een darmaandoening. Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim afgewezen wegens het niet nagekomen zijn van de precontractuele mededelingsplicht. De Commissie is hierin meegegaan. Consument had ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring weliswaar nog geen klachten en was nog niet bekend met de darmaandoening, maar had al wel specialistisch darmonderzoek ondergaan waarbij afwijkingen zijn gevonden en waarvoor antibiotica zijn voorgeschreven. Zij had hiervan melding moeten maken bij het invullen van de gezondheidsverklaring. Verzekeraar zou dan nadere informatie hebben opgevraagd en de verzekering hebben uitgesteld of geclausuleerd. Verzekeraar is geen uitkering verschuldigd.

## **I. Procesverloop**

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

- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- de namens Consument ingezonden klachtbrief met bijlagen;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de namens Consument nagezonden aanvullende informatie;
- de aanvullende informatie van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden reactie daarop;
- het advies van de medisch adviseur van Kifid;
- de reacties van partijen op het medisch advies.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 9 november 2015 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

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

- 2.1 Consument, geboren op 24 juli 1954, werkzaam in het onderwijs, heeft in juli 2005 bij Verzekeraar een verzekering IPAP Aanvullingsplan aangevraagd en daarbij op 10 juli 2005 een Uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend.
- 2.2 In de aanhef van de Uitgebreide gezondheidsverklaring staat onder het kopje “Waar moet u bij het invullen van de gezondheidsverklaring aan denken?”: “Ook als uw gezondheid ooit aanleiding heeft gegeven tot bepaalde klachten waarvan u meent dat deze “slechts” onbelangrijk waren, dient u die toch te vermelden. Zo komt het nogal eens voor dat men de vraag of men weleens een specialist heeft geraadpleegd met “nee” beantwoordt, omdat de betreffende arts geen afwijking heeft geconstateerd of geen behandeling nodig achtte. Toch moet het feit dat u bent onderzocht en andere gevraagde gegevens – in uw ogen misschien onbelangrijke – worden vermeld. Hierdoor kan de medisch adviseur een zo goed mogelijk en afgewogen oordeel geven.”
- 2.3 Consument heeft gemeld dat zij een goede gezondheidstoestand heeft (vraag 3), dat de laatste geneeskundige behandeling en/of controle in april 2005 is geweest en wel vanwege inspanningsastma ten gevolge van een allergie (vraag 5). Behoudens astmamedicatie met begeleiding door een longverpleegkundige, verwijdering baarmoeder in 2000, artrose rechter knie, psychologische begeleiding in de periode januari–maart 2005 na het overlijden van beide ouders vlak na elkaar en pijnklachten midden in de rug vanaf juli 2005, vermeldt Consument geen bijzonderheden.  
Vraag 20 e “Lijdt u of heeft u ooit geleden aan aandoeningen van maag, darmen, galblaas lever, alveesklier” heeft zij met ‘nee’ beantwoord, evenals vraag 20 j “Lijdt u of heeft u ooit geleden aan overwerktheid, overspannenheid, depressie, zenuwziekte, oververmoeidheid, zenuwachtigheid.” Vragen 8 a “Hebt u wel eens specialisten geraadpleegd” en 11 “Zijn er wel eens röntgenfoto’s, contrastfoto’s, echo’s, NMR-opnames (Nucleaire Magnetische Resonantie) van u gemaakt” heeft Consument met ‘ja’ beantwoord en daarbij melding gemaakt van de verwijdering van de baarmoeder.
- 2.4 De verzekering is ingegaan op 1 januari 2006 en biedt dekking bij gedeeltelijke en volledige arbeidsongeschiktheid. Op het certificaat is de volgende bijzondere bepaling opgenomen: “Uitsluiting van elke invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid in verband met c.q. voortkomend uit “aandoeningen van de rechter knie” de gevolgen en consequenties daarvan.”
- 2.5 Op 19 november 2013 heeft Consument zich vanaf 15 december 2011 arbeidsongeschikt gemeld wegens een darmaandoening (ziekte van Crohn).
- 2.6 Bij brief d.d. 21 mei 2014 heeft Verzekeraar de claim afgewezen omdat, zo schrijft hij, sprake is van verzwijging: “U heeft essentiële informatie, van belang voor het vaststellen van het verzekeringsrisico, niet vermeld. Had u deze klachten waarnaar in de Uitgebreide gezondheidsverklaring expliciet wordt gevraagd, wel vermeld, dan was de verzekering onder andere voorwaarden tot stand gekomen en was ‘elke invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid in verband met c.q. voortkomend uit astma, inflammatoire darmaandoeningen en vermoeidheidsklachten/energetische beperkingen, de gevolgen en consequenties ervan’, uitgesloten van de verzekering.” Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument hem onvolledig heeft geïnformeerd over haar gezondheidssituatie. Hij heeft zich daarbij beroepen op artikel 7:928 van het Burgerlijk Wetboek (BW).

- 2.7 De gemachtigde van Consument heeft Verzekeraar bij brief d.d. 24 oktober 2014 bericht dat het Consument een raadsel is waarom Verzekeraar van mening is dat zij informatie zou hebben verzwegen. Op de Uitgebreide gezondheidsverklaring heeft zij melding gemaakt van astma. Verder had Consument op dat moment geen darmklachten en was er ook nog geen diagnose gesteld. Er liepen wel onderzoeken vanwege een zogenaamde 50+ keuring vanuit de huisarts. Bij één van die onderzoeken zijn ontstekingen in de darmen geconstateerd die meerdere oorzaken konden hebben. De meest voor de hand liggende was een infectie. In juli 2005 is Consument begonnen met verschillende soorten medicatie om de infectie te genezen. Nadat diverse soorten geen effect hadden, is medicatie voorgeschreven die wordt gebruikt bij de ziekte van Crohn. Die medicatie sloeg aan, waarna in maart 2006 de conclusie is getrokken dat het dan de ziekte van Crohn moest zijn. Klachten had Consument toen nog steeds niet.
- 2.8 Verzekeraar heeft zijn standpunt na een heroverweging gehandhaafd. Op de Uitgebreide gezondheidsverklaring is inderdaad melding gemaakt van astma, maar niet van de sinds juli 2005 aanwezige darmklachten waarvoor diverse onderzoeken en behandelingen zijn uitgevoerd. Dit is, zo meent Verzekeraar, een ernstige vorm van verzwijging, zeker nu de klachten/aandoening de directe aanleiding vormden voor de ziekmelding per 15 december 2011 en tot de uiteindelijke volledige afkeuring per 12 december 2013 door het UWV. Consument heeft evenmin melding gemaakt van vermoeidheidsklachten, die volgens de huisarts een gevolg zijn van zowel de astma als de darmklachten en waarvoor in 2002 de arbeidsomvang van Consument al verminderd was. In de Uitgebreide gezondheidsverklaring wordt expliciet gevraagd naar zowel klachten van de darmen/het spijsverteringskanaal als naar vermoeidheidsklachten. Beide vragen zijn ten onrechte met 'nee' beantwoord. Als Consument de vragen correct had beantwoord zou dit een heel ander licht op het te verzekeren risico geworpen hebben en was ook de astma in een ander licht komen te staan en niet als een relatief onschuldige aandoening in het risicoprofiel neergezet.

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering*

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering en ongewijzigde voortzetting van de verzekering.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor:*

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.

De claim is ten onrechte afgewezen. Van het niet nagekomen zijn van de mededelingsplicht is geen sprake. Consument heeft geen klachten of belangrijke informatie verzwegen. Zij heeft voorafgaand aan het sluiten van de verzekering alles vermeld dat van haar verwacht mocht worden en waarvan zij redelijkerwijs kon weten dat het relevant was. Zij had geen buik- of darmklachten – het onderzoek in mei 2005 is verricht op advies van de huisarts in verband met het bereiken van de 50-jarige leeftijd – en een diagnose was niet gesteld. Pas in 2006 is het vermoeden van de ziekte van Crohn gerezen en is de medicatie daarop aangepast. Verzekeraar heeft nagelaten hierover informatie op te vragen bij de behandelend specialist.

*Verweer Verzekeraar*

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door op de Uitgebreide gezondheidsverklaring de vraag naar met name “aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier” met ‘nee’ te beantwoorden.
- 4.2 Ingevolge artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) is de aspirant-verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekerde moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, 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. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing 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, en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073.
- 4.3 Op grond van het medisch dossier, waarin zich ook informatie bevindt die door Verzekeraar naar aanleiding van de bij Kifid ingediende klacht bij de behandelend MDL- arts is opgevraagd, neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument twee maanden vóór het aanvragen van de verzekering, namelijk op 13 mei 2005, specialistisch darmonderzoek heeft ondergaan in de vorm van een coloscopie en – enkele weken later – röntgencontrastfoto's. Bij het scopie onderzoek zijn afwijkingen gevonden in laatste deel ileum waarop antibiotica zijn voorgeschreven. Deze afwijkingen worden vaak gezien bij de ziekte van Crohn, maar die diagnose is toen niet gesteld.
- 4.4 Gelet op het vorenstaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar zich terecht op het standpunt heeft kunnen stellen dat Consument vraag 20 e van de Uitgebreide gezondheidsverklaring – de vraag naar aandoeningen van onder andere darmen – met 'ja' had moeten beantwoorden. Consument had weliswaar geen klachten en was niet met een darmaandoening bekend, maar in de aanhef van de Uitgebreide gezondheidsverklaring staat expliciet vermeld dat ook feiten moeten worden gemeld die in de ogen van de aspirant-verzekerde misschien onbelangrijk zijn, zoals onderzoek door een specialist die geen afwijking heeft geconstateerd of behandeling nodig heeft geacht. Consument had naar het oordeel van de Commissie melding moeten maken van het darmonderzoek in de vorm van een coloscopie en röntgencontrastfoto's. Zij had er rekening mee moeten houden dat de gestelde vragen voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het risico. De Commissie concludeert dan ook dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.

- 4.5 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar alleen zou zijn geaccepteerd onder de voorwaarden zoals door Verzekeraar gesteld in zijn brief van 21 mei 2014 (zie hierboven onder 2.4). De Commissie overweegt dienaangaande het volgende. Als Consument het darmonderzoek en de uitslag daarvan had gemeld, zou de medisch adviseur van Verzekeraar ongetwijfeld nadere informatie hebben opgevraagd. Gezien de bevindingen uit de scapie zou de verzekering waarschijnlijk zijn uitgesteld. Minimaal echter zouden alle darmaandoeningen en de gevolgen daarvan zijn geclausuleerd met recht op herbeoordeling na enige jaren. Welke keuze zou zijn gemaakt is niet goed te beoordelen omdat onvoldoende medische informatie voorhanden is. Dat de clause ook astma en vermoeidheid door astma zou dienen te omvatten zoals Verzekeraar in zijn brief van 21 mei 2014 schrijft, acht de Commissie onvoldoende onderbouwd.
- 4.6 Omdat bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering zou zijn uitgesteld of geclausuleerd, is Verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid w BW geen uitkering verschuldigd. Verzekeraar is niet toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door dekking wegens arbeidsongeschiktheid aan Consument te ontzeggen.

## 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 [www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld).*