

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-249  
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, mr. G.J. Kruithof (medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 13 oktober 2015  
Ingesteld door : Consument  
Tegen : Allianz Benelux N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 8 juni 2016  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft op de gezondheidsverklaring die zij heeft ingevuld bij de aanvraag van haar arbeidsongeschiktheidsverzekering, van bepaalde medische feiten geen melding gemaakt. Onderzoek dat verricht is nadat Consument zich arbeidsongeschikt meldde heeft dit uitgewezen. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen en dat hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn aangegaan. Hij heeft de verzekering beëindigd, de uitkering stopgezet, reeds gedane uitkeringen teruggevorderd - zo ook de kosten van het opvragen van informatie bij de huisarts - en geweigerd om premierestitutie te verlenen. De Commissie heeft de vordering afgewezen. Naar het oordeel van de Commissie zou een redelijk handelend verzekeraar het verzekeringsaanbod van Consument niet hebben geaccepteerd.

## **1. Procesverloop**

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

- het klachtformulier met bijlagen zoals namens Consument digitaal ingezonden;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek met bijlagen.

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 Consument, geboren op 7 november 1955, heeft met ingang van 18 december 2010 een verzekering Essentie AOV, een beroepsarbeidsongeschiktheidsverzekering, bij Verzekeraar gesloten. Verzekerd beroep: verpleegkundige.

- 2.2 Op de door Consument op 13 april 2010 ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring heeft zij melding gemaakt van de volgende klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken:
- depressie ten gevolge van een jeugdtrauma in 1995;
  - chronische bursitis omstreeks 1998;
  - migraine met het gebruik van medicatie.
- De verzekering is geaccepteerd met een premieopslag van 10% wegens verhoogde bloedwaarden.
- 2.3 Op 14 april 2014 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld wegens een heupoperatie. Naar aanleiding van deze melding heeft de medisch adviseur van Verzekeraar bij de huisarts informatie ingewonnen. Uit de patiëntenkaart is hem gebleken dat Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring diverse klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken niet heeft gemeld:
- het herhaaldelijk gebruik van medicijnen sinds 2005 tegen slapeloosheid;
  - nek- en schouderklachten in februari/augustus 2006;
  - eczeemklachten oor in 2006;
  - incontinentieklachten in 2007 en 2009;
  - kneuzing in 2008 na val van een paard;
  - regelmatig gebruik van het medicijn Arthotec sinds 2008;
  - een onderzoek naar osteoporose in 2010;
  - een behandeling in januari 2010 wegens otitis media.
- Daarnaast nog schouderklachten waarvoor neerplastiek (schouderoperatie) in 1999, hyperprolactinemie in 1999, hemorroiden in 1999, carpaal tunnelsyndroom beiderzijds in 1990, perianale trombose in 1990, spier/gewrichtspijnen in 1984. De medisch adviseur van Verzekeraar acht deze medische feiten van belang voor de beoordeling van het risico. Zijn standpunt is dat als hij van deze feiten op de hoogte was geweest, hij Verzekeraar zou hebben geadviseerd het verzekeringsaanbod van Consument niet te accepteren.
- 2.4 In de gezondheidsverklaring staat onder het kopje ‘Waarom dit formulier?’ onder meer het volgende vermeld:
- “Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met ‘ja’ beantwoordt, vul dan per klacht, aandoening, ziekte en/of gebrek een bijlage in. Vermeld al uw klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht.”*
- 2.5 Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen en heeft de verzekering met onmiddellijke ingang (per 25 juli 2014) beëindigd. Tevens heeft hij de uitkering stopgezet en reeds gedane uitkeringen alsmede de kosten voor het opvragen van informatie bij de huisarts teruggevorderd. Premierestitutie is door hem niet verleend.

Het is de Commissie gebleken dat de op 25 juli 2014 lopende premie (de laatst vervallen en reeds betaalde premie die mede betrekking had op de periode gelegen nadat de verzekeringsovereenkomst was beëindigd) naar billijkheid is verminderd.

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

#### *Vordering*

3.1 Consument vordert vergoeding van een bedrag van in totaal € 22.000,-. Dit is de schade die zij stelt te lijden doordat Verzekeraar de verzekering heeft opgezegd, de reeds gedane uitkeringen heeft teruggevorderd en geweigerd heeft premierestitutie te verlenen.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

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

- Verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
- Consument heeft een aantal medische feiten weliswaar niet gemeld, maar zij heeft dit niet opzettelijk gedaan. Zij was deze feiten al weer vergeten, of dacht dat die niet van belang waren voor de beoordeling van het risico. De meest ingrijpende en meest recente incidenten heeft zij wel degelijk gemeld en zij heeft daarmee dan ook voldaan aan haar mededelingsplicht.
- De niet opgegeven medische feiten waren niet relevant. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft niet al die feiten juist geïnterpreteerd.
  - Consument heeft sinds 2005 af en toe medicijnen gebruikt tegen slapeloosheid. Ten tijde van de aanvraag gebruikte zij deze nog zo weinig dat het niet bij haar is opgekomen daarvan melding te maken. Inmiddels gebruikt zij al jaren geen slaapmedicatie meer.
  - In 2006 is Consument een aantal keren bij de fysiotherapeut geweest. Daarna niet meer.
  - De nek- en schouderklachten hingen met elkaar samen.
  - Het gaat om lichte eczeem in het oor waarvoor heel zelden een beetje zalf wordt gebruikt.
  - Consument had ten tijde van het invullen van de gezondheidsvragen nog zo weinig last van incontinentieklachten dat zij er niet aan gedacht heeft deze te melden.
  - Aan de val van het paard heeft Consument geen klachten of beperkingen overgehouden.
  - De hoeveelheid Arthotrec die Consument gebruikte, was gering. Zij heeft er daardoor niet aan gedacht het medicijngebruik te melden. In 2010 heeft de huisarts Consument een (algemene) vragenlijst over osteoporose laten invullen. De uitslag was negatief zodat Consument niet verder is onderzocht.
  - In januari 2010 had Consument last van een beetje oorpijn na het duiken. De klachten zijn snel weer verdwenen.
- Verzekeraar heeft pas in 2014, naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding als gevolg van de heupoperatie, de volledige patiëntenkaart bij de huisarts opgevraagd
- Tussen de verzwegen feiten en de verwezenlijking van het risico is geen enkel causaal verband.

*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 en in welke mate Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door van diverse medische feiten op de gezondheidsverklaring geen melding te maken.

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 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. 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 r.o. 3.27.

4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering sprake is geweest van een medische problematiek waarvan Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring geen melding heeft gemaakt. Zo is geen melding gemaakt van de incontinentieklachten, het onderzoek naar osteoporose, het langdurig gebruik van het slaapmiddel Zolpidem, het gebruik van Arthrotec (een pijnstillertje bij gewrichtsklachten), en andere uit het medisch dossier blijkende feiten – waar door Verzekeraar overigens geen beroep op is gedaan - zoals de status na een carpaal tunnel syndroom en een ziekmelding gerelateerd aan de werksituatie. De Commissie acht deze feiten relevant voor de beoordeling van het risico, zeker in relatie tot het verzekerde beroep van verpleegkundige. In de gezondheidsverklaring wordt uitdrukkelijk vermeld dat ook klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken dienen te worden gemeld als deze door de aanvrager van de verzekering niet belangrijk worden geacht of als daarvoor geen arts is bezocht.

Consument had er rekening mee moeten houden dat deze feiten 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.

- 4.4 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande het volgende. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft in zijn brief aan Consument van 23 juli 2014 geschreven dat als hij bekend was geweest met de klachten van osteoporose, waarnaar in 2010 een onderzoek liep maar waarbij geen diagnose is gesteld, en het gebruik van Arthrotec, hij Verzekeraar geadviseerd zou hebben tot uitstel van de aanvraag tot een diagnose zou zijn gesteld aangaande de osteoporose. Daarnaast zouden de schouderklachten, de nekkklachten en de eczeemklachten tot drie uitsluitingsclausules hebben geleid. Naast de reeds opgenomen clausule premieopslag zou derhalve sprake zijn van in totaal vier clausules. Op grond van het acceptatiebeleid van Verzekeraar zou dit tot een afwijzing hebben geleid. De Commissie stelt vast dat dit acceptatiebeleid, gezien de geldende richtlijnen, conform dat van een redelijk handelend verzekeraar is.
- 4.5 Omdat bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar geen uitkering verschuldigd (artikel 7:930 lid 4 BW). Dat tussen de niet gemelde feiten en de oorzaak van arbeidsongeschiktheid geen causaal verband bestaat, is niet relevant hetgeen uitdrukkelijk blijkt uit de tekst van art. 7:930 lid 4: "In afwijking van de leden 2 (het causaliteitsbeginsel, toevoeging door de Commissie) en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten."
- 4.6 De uitkeringen die Verzekeraar reeds had voldaan voor hij ontdekte dat de mededelingsplicht niet is nagekomen, kunnen, nu zij onverschuldigd zijn betaald, worden teruggevorderd (artikel 6:203 BW). Zie ook Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 35 en Rechtbank Dordrecht 27 juli 2011, ECLI:NL:RBDOR:2011:BR3339 r.o. 5.7.
- 4.7 Voor wat betreft de door Consument gevorderde premierestitutie overweegt de Commissie als volgt.  
Voor zover de vordering betrekking heeft op de eerder vervallen – dus niet de laatst vervallen – door Consument betaalde premies dient art. 7:938 BW te worden toegepast. Deze bepaling brengt mee dat premierestitutie alleen aan de orde is indien zowel de verzekeraar als de tot uitkering gerechtigde in het geheel geen risico hebben gelopen. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 82. Nu door Consument over de gehele periode risico is gelopen heeft Consument geen recht op premierestitutie ex art. 7:938 BW.

Voor zover de vordering betrekking heeft op de laatst vervallen premie (lopende premie) dient art. 7:939 BW te worden toegepast. Deze bepaling brengt mee dat de op 25 juli 2014 lopende premie naar billijkheid wordt verminderd. Verzekeraar heeft hieraan reeds gevolg gegeven.

- 4.8 Op grond van het medisch dossier stelt de Commissie tot slot nog vast dat de door Consument ingevulde gezondheidsverklaring voor Verzekeraar geen aanleiding behoefde te vormen om toen reeds de volledige patiëntenkaart op te vragen.
- 4.9 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

## **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).*