

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-379
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. P.A. Offers, mr. G.J. Kruihof RGA (medisch lid),
leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 26 januari 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te
Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 19 augustus 2016
Aard uitspraak: Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft in 2007 bij Verzekeraar een woonlastenverzekering aangevraagd met dekking bij arbeidsongeschiktheid. Zij heeft daarbij niet gemeld dat zij astma had, dat zij daarvoor de longarts had bezocht en medicatie gebruikte. Consument heeft zich in 2011 arbeidsongeschikt gemeld wegens astma. Verzekeraar heeft de claim afgewezen met een beroep op het niet nagekomen zijn van de precontractuele mededelingsplicht en heeft met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst voor arbeidsongeschiktheid als gevolg van astma en COPD. De Commissie heeft geoordeeld dat Verzekeraar de uitsluitingsclausule in redelijkheid op de polis heeft kunnen plaatsen. De geclaimde klachten vallen onder deze clausule en Verzekeraar behoeft dus niet tot uitkering over te gaan

1. Procesverloop

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

- het namens Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de repliek;
- de dupliek.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [..datum..], heeft samen met haar echtgenoot op 11 juli 2007 bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een woonlastenverzekering. Het aanvraagformulier bevat drie medische vragen:
“Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?”
“Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, enige vorm van kanker of psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor: (chronische) luchtwegklachten, bloeddruk, bloedonderzoek (o.a. op cholesterol), epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), suikerziekte of een andere ernstige ziekte?”
“Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?”
Consument heeft deze drie vragen met ‘Nee’ beantwoord. Zij behoefde daarom geen uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen.
- 2.2 Op 28 september 2007 is een verzekering Woongarant Inkomensbeschermingsplan ingegaan. Consument staat op het polisblad genoteerd als medeverzekerde. Dekking: arbeidsongeschiktheid. Toetsing bij arbeidsongeschiktheid: vaststelling UWV-keuring (gangbare arbeid). Eigen risicoperiode: 365 dagen. Verzekerd maandbedrag € 400,00. Looptijd: 192 maanden. Einddatum: 27 september 2023. Toepasselijke algemene verzekeringsvoorwaarden: IBP0107.
- 2.3 Consument heeft zich per 1 maart 2011 arbeidsongeschikt gemeld wegens astma. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van deze melding medische informatie opgevraagd. Op grond van die informatie is hij tot de conclusie gekomen dat in 2005 een eerste verwijzing naar de longarts heeft plaatsgevonden, dat in 2005 reeds de diagnose astma is gesteld en dat ten tijde van de aanvraag sprake was van dagelijks gebruik van een onderhoudsmedicatie.
- 2.4 Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken alleen geaccepteerd zou zijn met een uitsluitingsclausule. Met een beroep op het bepaalde in artikel 7:929 lid 1 en artikel 7:939 lid 3 Burgerlijk Wetboek (BW) heeft hij een clausule voor astma en COPD alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan op de polis geplaatst en de claim hierop afgewezen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering. Zij is arbeidsongeschikt geraakt op 1 maart 2011 en de kans is groot dat zij arbeidsongeschikt zal blijven tot de einddatum van de verzekering. Zij mist dan in totaal 11 jaar en 7 maanden aan maandelijkse uitkeringen, in totaal 139 maanden ad € 400,- (= € 55.600,00).

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Consument heeft het aanvraagformulier voor de woonlastenverzekering ondertekend maar niet gezien dat deze een gezondheidsverklaring bevatte. De betreffende pagina is ook niet door haar geparafeerd. Haar tussenpersoon, die bekend is met haar medische geschiedenis, heeft het formulier ingevuld. Zij heeft op hem vertrouwd.

- Consument had ten tijde van het aanvragen van de verzekering long functioneel normale waarden die passen bij een ongecompliceerde astma. De astma was stabiel. De klachten vielen in de categorie lichte astma bronchiale.
- Het acceptatiebeleid van Verzekeraar is niet duidelijk en/of onvolledig. Het maakt geen onderscheid tussen lichte en zware astma. Bij een lichte vorm van astma wordt doorgaans geen clause geplaatst. De onderhavige clause is te ruim geformuleerd. De klachten die Consument had ten tijde van het aanvragen van de verzekering rechtvaardigen geen volledige afwijzing van haar claim.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Consument had de vraag op het aanvraagformulier: "Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?" met 'Ja' moeten beantwoorden. De vraag: "Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, enige vorm van kanker of psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor (*chronische*) *luchtwegklachten* (cursivering van de Commissie), bloeddruk, bloedonderzoek (o.a. op cholesterol), epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (*chronische*) spier en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), suikerziekte of een andere ernstige ziekte?" had zij eveneens met 'Ja' moeten beantwoorden. Consument wist dat zij astma had en had hiervan melding moeten maken. Door de vragen in de vragenlijst was kenbaar wat voor Verzekeraar belangrijk was om te weten.
- Het feit dat de astma stabiel was is geen steekhoudend argument om de astma niet uit te sluiten van dekking. Een bestaande aandoening – al dan niet onder controle via medicijnen – kan tijdens de looptijd verergeren als gevolg waarvan de verzekerde arbeidsongeschikt raakt. Met name het feit dat de astma gediagnosticeerd was rechtvaardigt uitsluiting bij aanvang van de verzekering.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door op de gezondheidsverklaring geen melding te maken van astma.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 lid 1 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 vanaf 13 augustus 2004 tot aan de ingangsdatum van de verzekering regelmatig (iedere twee maanden) een herhaalrecept voor longmedicatie is verstrekt. Vanaf 2005 wordt melding gemaakt van medicatie in de vorm van Symbicort, Budesonide en Formoterol. Verder heeft Consument op 18 januari 2005 de longarts bezocht. De volgende onderzoeken vonden plaats: longfunctieonderzoek, histamineprovocatietest, allergietest. De longarts schrijft op 20 januari 2015 aan de huisarts van Consument dat Consument al jaren in perioden, maar nu vanaf de zomer, constant last heeft van hoesten met het opgeven van sputum en kortademigheid, een en ander weinig verbeterend met ophogen van Symbicort. Door het geheel speelt heen, zo vervolgt de longarts zijn brief, dat Consument nu twee maanden in de ziektewet loopt vooral in verband met het gestrest zijn. De Commissie is van oordeel dat Consument op de gezondheidsverklaring melding had moeten maken van het gebruik van medicijnen en van het bezoek aan de longarts. 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 alleen zou zijn geaccepteerd met een uitsluitingsclausule zoals hierboven onder 2.4. weergegeven. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend. Alhoewel de longarts in zijn brief van 20 januari 2015 een normale longfunctie noteert, beschouwt de Commissie de klachten van Consument, anders dan Consument zelf, als substantieel. Conform de geldende richtlijnen zou een clausule astma/COPD zijn geplaatst (met recht op herbeoordeling na drie jaar).
- 4.5 De Conclusie is dat Verzekeraar de gewraakte uitsluitingsclausule in redelijkheid heeft kunnen plaatsen, dat de geclaimde klachten onder de clausule vallen en dat Verzekeraar dus niet tot uitkering onder de verzekering behoeft over te gaan. Verzekeraar is niet tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering 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.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.