

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-436  
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, drs. J.H. Paulusma-de Waal  
RGA (medisch lid), leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 mei 2015  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam,  
verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 20 september 2016  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft bij het aanvragen van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering de precontractuele mededelingsplicht geschonden door op de gezondheidsverklaring geen melding te maken van eerdere knie- en rugklachten. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, terecht twee beperkende bepalingen op de polis voor knie- en rugklachten heeft kunnen plaatsen.

### **1. Procesverloop**

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

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlage;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- de namens Consument ingezonden aanvullende stukken;
- de brief met bijlagen van Verzekeraar waarin hij verwijst naar het eerder door hem in de interne klachtenprocedure ingenomen standpunt;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

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 [geboortedatum], heeft bij Verzekeraar in 2011 een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en daarbij op 30 januari 2011 een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend.

- 2.2 De verzekering is ingegaan op 13 mei 2011. Verzekerd beroep: schoenmaker tevens sleutelmaker. Dekking: Rubriek A (eerste jaarsrisico) en Rubriek B (na-eerste jaarsrisico). Eigen risicotermijn Rubriek A: 14 dagen. Verzekerde jaarrente: € 40.000,00 gelijkblijvend (voor zowel Rubriek A als Rubriek B). Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: OE 03.2.30D.
- 2.3 Op 29 december 2013 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld vanwege een elleboogfractuur. Verzekeraar heeft de claim gehonoreerd en is gaan uitkeren. Zijn medisch adviseur heeft intussen medische informatie opgevraagd bij de behandelend artsen en kwam op grond van die informatie tot de conclusie dat Consument bij het aanvragen van de verzekering de gezondheidsverklaring niet correct heeft ingevuld door geen melding te maken van liesklachten, waarvoor operatie, een tennisarm, waarvoor neurologische consultatie, een blindedarmontsteking, waarvoor operatie, rugklachten, waarvoor röntgenfoto's en knieklachten, waarvoor arthroscopie.
- Vraag 3 van de gezondheidsverklaring luidt:  
*“Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?*  
(...)  
*I. aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders) bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, Ischias, RSI?”*  
(...)
- Aanvullende informatie met betrekking tot de drie eerstgenoemde klachten heeft niet tot een andere risico-inschatting geleid, de informatie met betrekking tot de knie- en de rugklachten echter wel. Met een beroep op het niet nagekomen zijn van de precontractuele mededelingsplicht heeft Verzekeraar met terugwerkende kracht per de ingangsdatum van de verzekering de volgende twee beperkende bepalingen op de polis geplaatst:
- “Gedeeltelijke uitsluiting*  
*Verzekeringnemer ontvangt geen uitkering als de arbeidsongeschiktheid van verzekerde ontstaat door of te maken heeft met aandoeningen of klachten aan de rechterknie. Is verzekerde arbeidsongeschikt door een botbreuk van de rechterknie ontstaan na de ingangsdatum van de verzekering? Dan heeft de verzekeringnemer wel recht op uitkering.*
- Wervelkolom*  
*Verzekeringnemer ontvangt geen uitkering als de arbeidsongeschiktheid van verzekerde ontstaat door of te maken heeft met aandoeningen of klachten aan het lumbosacrale deel van de wervelkolom met bijbehorende banden en spieren (= de lage rug). Deze beperking geldt ook voor lumbago, spit en ischias. Is verzekerde arbeidsongeschikt door een wervelbreuk, tumor of dwarslaesie ontstaan na de ingangsdatum van de verzekering? Dan heeft verzekeringnemer wel recht op uitkering.”* Daarbij is voor deze tweede uitsluiting een herzieningsmogelijkheid per juli 2016 opgenomen.
- 2.4 De klachten waarvoor Consument uitkering heeft ontvangen vallen niet onder de aangehaalde beperkende bepalingen. Consument heeft niets behoeven terug te betalen.

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

#### Vordering Consument

3.1 Consument vordert verwijdering van de twee beperkende bepalingen.

#### Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- De clausules zijn ten onrechte geplaatst. De huisarts heeft een verklaring afgelegd waarin hij stelt dat de door hem verstrekte informatie verkeerd is geïnterpreteerd door (de medisch adviseur van) Verzekeraar. Consument heeft geen chronische klachten van zijn rechterknie of wervelkolom. Voor zowel zijn knie als voor de wervelkolom is Consument éénmalig op het spreekuur geweest.

#### Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft in zijn interne klachtenprocedure 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 zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door op de gezondheidsverklaring geen melding te maken van eerdere klachten aan de knie en de rug.

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-verzekeringnemer 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 Consument in de periode van april 2001 tot november 2002 knieklachten had die hem hinderden bij de uitoefening van zijn werkzaamheden als schoenmaker. Verschillende diagnoses zijn gesteld, waaronder chondropathie patella en kraakbeenbeschadiging binnen het kniegewricht.

Op een röntgenfoto wordt in 2004 een minimale versmalling van de gewrichtsspleet gezien en randwoekeringen patella (beide wijzend op beginnende slijtage). Rugklachten hebben zich bij Consument kortdurend voorgedaan in 2005 en in november 2010. Op een röntgenfoto is een lichte versmalling van de tussenwervelruimte te zien. De Commissie acht deze feiten relevant voor de beoordeling van het risico. Dat Consument meende dat hij niets (meer) mankeerde, maakt dit niet anders. Gelet op de duidelijke bewoordingen van vraag 3.1 van de gezondheidsverklaring, had Consument 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 zijn 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 met twee (beperkende) clausules als de onderhavige zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt daarbij het volgende. Bij de acceptatie van een verzekering moet het risico voor de komende 20 tot 30 jaar worden ingeschat. Consument heeft langdurig knieklachten in het verleden gehad. Deze knieklachten, in combinatie met arthroscopische bevindingen wijzend op een kraakbeenbeschadiging van het kniegewricht, in combinatie ook met de röntgenbevindingen in 2004 (beginnende slijtage, artrose knieschijf en kraakbeen knie) vormen een duidelijk verhoogd risico voor een verzekeraar. Volgens de geldende richtlijnen en in het algemeen zal een clause knie geadviseerd worden. Met betrekking tot de rugklachten overweegt de Commissie dat Consument vlak vóór de aanvraag van de verzekering voor de tweede maal kortdurend rugklachten heeft gehad. Deze klachten waren blijkbaar zo ernstig van aard dat röntgenfoto's zijn gemaakt. Los van de röntgenbevindingen wordt bij recidiverende rugklachten volgens de geldende richtlijnen en ook in het algemeen altijd een clause rug geadviseerd met al dan niet een recht op herbeoordeling. Dit geldt zeker als daarnaast ook nog (geringe) afwijkingen op de röntgenfoto worden gezien.
- 4.5 De conclusie is dat de twee beperkende bepalingen terecht zijn opgenomen en dat Verzekeraar dus niet tekort is 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](http://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.