

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-452
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, lid
J.H. Paulusma-de Waal RGA, medisch lid en mr. A. Westerveld als secretaris)

Klacht ontvangen op : 9 juni 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : N.V. Schadeverzekering-Maatschappij Bovemij, gevestigd te
Nijmegen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 26 september 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

De Commissie stelt vast dat Consument bij het aanvragen van haar arbeidsongeschiktheidsverzekering haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen door op de gezondheidsverklaring van bepaalde klachten geen melding te maken, en dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de aanvraag zou hebben afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het medisch dossier van Consument;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- de brief met bijlagen van Verzekeraar waarin hij verwijst naar het standpunt dat hij eerder in zijn interne klachtprocedure heeft ingenomen;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- het e-mailbericht met bijlagen van Consument waarin zij aangeeft haar klacht te handhaven;
- de verklaring van Consument met haar 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 op 24 september 2008 bij Verzekeraar een woonlastenverzekering tegen koopsom aangevraagd die dekking biedt bij arbeidsongeschiktheid. Het aanvraagformulier bevat drie gezondheidsvragen:
*“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.
- 2.2 De verzekering is ingegaan op 15 november 2008. Koopsom: € 2.932,80. Verzekerde maandlast: € 325,-. Einddatum uitkering: 15 november 2028. Definitie arbeidsongeschiktheid: gangbare arbeid. Medische beoordeling: Arbo/UWV. Wachtijd: 365 dagen. Uitkeringsdrempel: 35%.
- 2.3 Consument heeft zich op 11 december 2014 per 28 februari 2014 arbeidsongeschikt gemeld wegens artralgie, aspecifieke lage rugklachten bij een chronisch gegeneraliseerd pijnsyndroom, chronische achillespeesbursitis (later gediagnosticeerd als fibromyalgie/chronisch pijnsyndroom/somatoforme pijnstoornis) Op het meldingsformulier schreef zij dat zij al eens eerder onder behandeling voor deze klachten was geweest, en wel in 2010, gedurende een half jaar. Zij werd toen behandeld door een reumatoloog en een revalidatiearts.
- 2.4 Bij brief d.d. 11 maart 2015 heeft Verzekeraar de claim van Consument afgewezen. De medisch adviseur van Verzekeraar had medische informatie opgevraagd waaruit hem gebleken was dat een depressieve problematiek gedocumenteerd is vanaf 2002. Ook is documentatie beschikbaar van pijnklachten in armen, benen en duimen, een verlaagde botdichtheid, een bloedonderzoek in 2005, en van nog veel meer pijn in de rug en in de buik in 2007, waarvoor de huisarts pijnstillers en fysiotherapie voorschrijft. Verder is gebleken dat Consument in juli 2009 bij de revalidatiearts gemeld heeft dat zij sinds vijf tot zes jaar toenemende klachten van pijn in de onderrug, heupen, knieën, enkels, voeten, schouderbladen en rechter elleboog heeft. De medisch adviseur heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de eerste twee van de drie gezondheidsvragen op het aanvraagformulier met ‘JA’ in plaats van ‘Nee’ had moeten beantwoorden. In dat geval had zij een uitgebreide gezondheidsverklaring moeten invullen. Vanwege de combinatie van de klachten, de stoornissen en de werkzaamheden van Consument (tekenaar, coördinator), en omdat van een belangrijk deel van de klachten de oorzaak nog niet bekend was, zou op medische gronden een afwijzend acceptatieadvies zijn gegeven. Verzekeraar stelt dat hij dit advies zou hebben opgevolgd. Met een beroep op artikel 7:928 – 7:930 Burgerlijk Wetboek (BW) heeft hij de verzekering per 11 maart 2015 beëindigd en de vanaf deze datum lopende premie gerestitueerd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar de verzekering in kracht herstelt en overgaat tot uitkering onder de verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- Het aanvraagformulier is naar eer en geweten ingevuld. De depressieve problematiek uit 2002 was het gevolg van gastro-enteritis met de daarbij behorende symptomen. Consument heeft toen eenmalig antidepressiva voorgeschreven gekregen, maar de medicatie is ongebruikt gebleven. De klachten zijn daarna verdwenen. In 2004 heeft zij wegens haar scheiding psychische klachten van voorbijgaande aard gehad. Deze klachten waren ten tijde van het aanvragen van de verzekering niet meer aan de orde. De pijnklachten uit 2005-2007 associeerde Consument niet met een ziekte, kwaal of gebrek. De problematiek die speelde, was van gynaecologische aard, is na een operatie verdwenen, en heeft dus niets met de huidige gezondheidsproblematiek te maken. Wat betreft de spierklachten; Consument was tekenaar en had dus wel eens last van haar spieren. Fysiotherapie en een juiste zithouding hebben de problemen opgelost. Deze klachten kunnen daarom niet als ziekte, kwaal of gebrek worden aangemerkt.
- Niet staat vast dat als een uitgebreide gezondheidsverklaring was ingevuld, naar voren zou zijn gekomen dat de klachten voor Verzekeraar te risicovol zouden zijn geweest. Daarbij komt dat de diagnose fibromyalgie pas in 2013 is gesteld.

Verweer Verzekeraar

- 3.2 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 de eerste twee gezondheidsvragen op het aanvraagformulier met 'Nee' te beantwoorden.
- 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 al vele jaren kampt met recidiverende depressies en een chronisch pijnsyndroom met klachten van bijna alle gewrichten. In 2008 heeft zij een blanco gezondheidsverklaring ingevuld. In 2002 en in 2004-2006 heeft zij echter psychische klachten gehad en daarbij een antidepressivum gebruikt. Het dossier maakt eveneens melding van chronische pijnklachten in de gewrichten. Zo meldt de reumatoloog in 2009 dat Consument al 5 á 6 jaar klachten heeft. De huisarts maakt in 2005 melding van pijn in de armen, benen en duimen en in 2007 van pijn in de rug en buik. In 2009 schrijft de huisarts dat Consument al jaren klachten heeft. Ten tijde van de aanvraag van de verzekering was nog geen diagnose gesteld maar deze is later gesteld op fibromyalgie/chronisch pijnsyndroom/somatoforme pijnstoornis. De depressieve problematiek is vanaf 2010 weer manifest. Consument had dus voor de ingangsdatum van de verzekering al klachten, welke klachten na de ingangsdatum tot haar arbeidsongeschiktheid hebben geleid. De Commissie is van oordeel dat Consument bij de aanvraag van de verzekering melding had moeten maken van depressies en van chronische pijnklachten, waarvoor consultaties. De Commissie acht deze feiten relevant voor de beoordeling van het risico. Gelet op de gezondheidsvragen op het aanvraagformulier had Consument er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren. 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. Indien Consument melding zou hebben gemaakt van haar recidiverende depressies en van haar (langdurige) gewrichts- en rugklachten – alhoewel op dat moment van nog onbekende origine – zou een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag, conform de geldende richtlijnen, hebben afgewezen. Dat Consument zich wellicht niet bewust is geweest van de relevantie en de betekenis van haar klachten en dat zij wellicht de relatie tussen haar fysieke klachten en haar psychisch disfunctioneren c.q. haar huidige arbeidsongeschiktheid niet heeft kunnen leggen, maakt dit niet anders.
- 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) en mocht hij na ontdekking van de schending van de precontractuele mededelingsplicht de overeenkomst opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).
- 4.6 De conclusie is dat Verzekeraar niet tekort geschoten is 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.