

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-473  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. P.A. Offers, mr. drs. G.J. Kruithof (medisch lid) en  
mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 3 februari 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam,  
verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 10 oktober 2016  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Verzekeraar heeft Consument verweten de precontractuele mededeingsplicht te hebben geschonden en heeft met terugwerkende kracht een beperkende bepaling op de polis geplaatst. De Commissie is evenwel van oordeel dat niet vast is komen te staan dat de precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen en dat dus niet kan worden toegekomen aan mogelijke sancties ex artikel 7:930 BW. Verzekeraar dient de beperkende bepaling te verwijderen.

## **1. Procesverloop**

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- de door Consument nagezonden stukken;
- 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;
- de repliek met bijlage;
- de dupliek;
- de reactie van Consument op de dupliek;
- de aanvullende medische informatie van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 17 augustus 2016 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum], heeft op 18 september 2012 bij Verzekeraar een verzekering Arbeidsongeschiktheid Combi Individueel aangevraagd. Daarbij heeft hij een gezondheidsverklaring ingevuld.

Op de gezondheidsverklaring heeft hij melding gemaakt van knieklachten die hij in een bijlage omschreven heeft als gescheurde kruisbanden. De gezondheidsverklaring is voor het overige blanco.

- 2.2 De verzekering is met ingang van 1 januari 2013 tot stand gekomen. Verzekerd beroep: administrateur. Eigen risicotermijn: 30 dagen (Rubriek A). Verzekerd bedrag: € 40.000,-, 3,0% stijgend uitkeringsbedrag (voor zowel het eerstejaarsrisico als het na-eerstejaarsrisico). Naar aanleiding van de gezondheidsverklaring is de volgende beperkende bepaling opgenomen:  
“Verzekeringnemer ontvangt geen uitkering als de arbeidsongeschiktheid van verzekerde ontstaat door of te maken heeft met aandoeningen of klachten aan de linkerknie. Is verzekerde arbeidsongeschikt door een botbreuk van de linkerknie ontstaan na de ingangsdatum van de verzekering? Dan heeft de verzekeringnemer wel recht op uitkering.”
- 2.3 Consument heeft zich in 2015 arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten. Naar aanleiding van deze melding heeft de medisch adviseur van Verzekeraar medische informatie bij de huisarts opgevraagd. Daaruit is hem gebleken dat Consument op 17 juni 2015 aan de huisarts had gemeld al 5 jaar lang psychische en lichamelijke klachten te hebben wanneer de dagen korter worden. Ook heeft hij in 2003 overspannenheidsklachten doorgemaakt. Hiervan had Consument geen melding gemaakt in de gezondheidsverklaring. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen door vraag 3b van de gezondheidsverklaring “Lijdt u of heeft u geleden aan een van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder): aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out?” niet aan te kruisen. De stelling is dat bij kennis van de ware stand van zaken de volgende beperkende bepaling op de verzekering zou zijn geplaatst:  
“Ontstaat de arbeidsongeschiktheid van verzekerde door psychische aandoeningen of klachten? Of heeft de arbeidsongeschiktheid daarmee te maken? Dan is de eigen risicotermijn 6 maanden. U krijgt dan de eerste 6 maanden van de arbeidsongeschiktheidsperiode geen uitkering. De uitkering gaat in als verzekerde na 6 maanden nog steeds arbeidsongeschikt is.”
- 2.4 Verzekeraar is na ommekomst van voormelde termijn van 6 maanden gaan uitkeren.

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

#### *Vordering Consument*

- 3.1 Consument vordert 6 maanden uitkering onder aftrek van de oorspronkelijke eigen risicotermijn van 30 dagen, in totaal een bedrag van € 16.666,- bruto.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Het is juist dat Consument zich, net als velen met hem, bij het korter worden van de dagen soms – niet eens jaarlijks - een week of twee iets minder prettig voelt. Dit heeft echter nooit tot psychische en zeker niet tot lichamelijke klachten geleid. Hij heeft daarvoor ook nooit de huisarts bezocht en is er nooit voor thuis gebleven.

- De klachten in 2003 werden veroorzaakt door een lastige puberende dochter. Consument heeft hiervoor een enkele maal de huisarts bezocht die hem medicijnen heeft voorgeschreven voor een betere nachtrust. Na een week medicijngebruik had Consument zijn rust hervonden. Van overspannenheid was geen sprake.
- Op het moment dat Consument de gezondheidsverklaring invulde is het geen moment bij hem opgekomen dat hij aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid of burn-out zou hebben gehad. In zijn optiek was deze vraag niet op hem van toepassing.
- De huidige klachten zijn het gevolg van spanningen op het werk die ontstaan zijn in 2013, toen de rechterhand van Consument, toentertijd tevens schoonzoon, aan de cocaïne geraakte. De praktijkondersteuner van de huisarts heeft op 17 juni 2015 in het journaal genoteerd dat Consument al 5 jaar lang klachten had, maar dit is dus niet juist.
- Consument had elders al een arbeidsongeschiktheidsverzekering lopen. Hij is overgestapt naar Verzekeraar vanwege de hoogte van de premie en de eindleeftijd van de verzekering. Als hij geweten had dat hij in 2003 klachten heeft doorgemaakt van psychische aard was hij nooit overgestapt.

*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 zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door vraag 3b van de gezondheidsverklaring niet aan te kruisen.
- 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-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 alsmede de vraag of deze 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, 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 op 17 en 21 januari 2003 de huisarts heeft geconsulteerd vanwege “spanning dochter”. Het eerstvolgende consult bij de huisarts vanwege psychische klachten was op 17 maart 2015, na de ingangsdatum van de verzekering derhalve. De huisarts maakt dan melding van “moe, verkouden, stress (werk te druk - zieke werknemer)”. De vraag of Consument in de tussenliggende periode van 2003 tot 2015 psychische klachten heeft gehad, en zo ja vanaf welke datum en in welke mate, is naar het oordeel van de Commissie niet goed te beantwoorden omdat documentatie over die periode ontbreekt. Als Consument al klachten had, dan zijn deze in ieder geval geen aanleiding geweest voor een bezoek aan de huisarts of een andere behandelaar en is de conclusie gerechtvaardigd dat het om (zeer) milde klachten ging.
- 4.4 Nu de notering van de praktijkondersteuner van de huisarts d.d. 17 juni 2015 dat Consument al 5 jaar lang psychische en lichamelijke klachten had niet door het medische dossier wordt ondersteund - aanwijzingen van de strekking van die notering zijn niet gevonden - is naar het oordeel van de Commissie niet vast komen te staan dat Consument vraag 3b van de gezondheidsverklaring onjuist heeft beantwoord. Dit geldt temeer daar vraag 3b voorbeelden van psychische klachten noemt die onmiskenbaar zwaardere aandoeningen betreffen dan de klachten waarvoor Consument in 2003 de huisarts heeft geconsulteerd. Ingevolge het arrest van de Hoge Raad van 20 december 1996, NJ 1997, 638, r.o. 3.7 punt I mag de aspirant-verzekeringnemer een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Nu Consument, zo is de Commissie ter zitting gebleken, zich niet bewust is geweest van het feit dat hij in 2003 overspannenheidsklachten en dus psychische klachten heeft doorgemaakt, heeft hij vraag 3b niet behoeven aan te kruisen. Hij heeft die vraag naar het oordeel van de Commissie niet behoeven op te vatten in de zin die Verzekeraar daaraan geeft.
- 4.5 De conclusie is dan ook dat niet is komen vast te staan dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW heeft geschonden. Nu dit niet is komen vast te staan, kan niet worden toegekomen aan mogelijke sancties die een verzekeraar kan invoeren in geval van schending door de aspirant-verzekeringnemer van de precontractuele mededelingsplicht. De sanctie om op grond van artikel 7:930 lid 3 BW uitkering te verstrekken als waren andere voorwaarden in de verzekeringsovereenkomst opgenomen, mist derhalve toepassing. Dit brengt mee dat Verzekeraar de beperkende bepaling inzake psychische klachten niet had mogen plaatsen en geen eigen risicotermijn van 6 maanden op de claim van Consument had mogen toepassen. De Commissie wijst de vordering van Consument dan ook integraal toe, nu het gevorderde bedrag niet door Verzekeraar is bestreden.

## **5. Beslissing**

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de beperkende bepaling inzake psychische aandoeningen en klachten van de verzekering verwijdert en aan Consument vergoedt een bedrag van € 16.666,-.

*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.*