

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-533
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, J.H. Paulusma-de Waal RGA
(medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 29 februari 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V.,
gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 7 november 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en daarbij een beknopte gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring heeft zij van bepaalde medische klachten geen melding gemaakt. De Commissie heeft geoordeeld dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule op de polis zou hebben geplaatst. De vordering van Consument is afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de namens Consument ingediende klachtbrief met bijlagen;
- het namens Consument nagezonden klachtformulier met aanvullende stukken;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- de repliek;
- de dupliek;
- 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 samen met haar echtgenoot op 19 oktober 2012 een verzekering Hypotheek Opvang Polis met dekking bij arbeidsongeschiktheid bij Verzekeraar aangevraagd.

In het aanvraagformulier heeft zij aangegeven in 2009 vier weken niet te hebben gewerkt wegens het instellen van medicatie en vanaf 10 oktober 2012 niet volledig te werken wegens bekkeninstabiliteit bij zwangerschap. Zij heeft ook een beknopte gezondheidsverklaring ingevuld. Omdat zij de vraag “Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?” met ‘Ja’ heeft beantwoord, diende zij ook een uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen. In de uitgebreide gezondheidsverklaring d.d. 19 november 2012 heeft zij bij vraag 3 onder het kopje “Uw gezondheid” vraag D. aangekruist. Deze vraag luidt:

“Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad?

D. Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen.”

In de bijlage bij vraag 3 heeft zij aangegeven dat het om een schildklierafwijking gaat die zij vanaf 2010 tot heden heeft, dat zij daarvan klachten ondervindt vanwege haar zwangerschap en dat zij daarvoor medicijnen gebruikt. De medicatie (thyrox) was recent opgehoogd.

- 2.2 De verzekering is met ingang van 1 december 2012 tot stand gekomen. Consument staat als medeverzekerde (verzekerde 2) op het polisblad vermeld. Toetsingscriterium bij arbeidsongeschiktheid: beroepsarbeidsongeschiktheid (vaststelling maatschappij-keuring). Eigen risico: 365 dagen. Uitkeringsdrempel: 35% arbeidsongeschiktheid. Verzekerd maandbedrag: € 500,-. Looptijd: 324 maanden. Einddatum: 30 november 2039. Premie: € 21,46 per maand. Voorwaarden: Algemene verzekeringsvoorwaarden HOP 0212.
- 2.3 Consument heeft zich in november 2014 per mei 2013 arbeidsongeschikt gemeld wegens “reuma, vermoeden Crohn, psoriasis”. Naar aanleiding van deze melding heeft de medisch adviseur van Verzekeraar medische informatie opgevraagd. Op grond van de verkregen informatie heeft hij geconcludeerd dat Consument arbeidsongeschikt is geraakt als gevolg van schildklierklachten, bekkenklachten, gewrichtsklachten en psychische klachten en dat deze klachten al bestonden voor de ingangsdatum van de verzekering.
- 2.4 Verzekeraar heeft zich met een beroep op artikel 7:929 lid 1 en 7:930 lid 3 Burgerlijk Wetboek (BW) op het standpunt gesteld dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door op de gezondheidsverklaring geen melding te maken van gewrichtsklachten en psychische klachten. Verzekeraar heeft met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum van de verzekering twee clausules op de polis geplaatst:
- “- Voor verzekerde 2 is arbeidsongeschiktheid als gevolg van gewrichtspathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de gehele looptijd van de verzekering uitgesloten;
- Voor verzekerde 2 is arbeidsongeschiktheid als gevolg van depressiviteitspathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de gehele looptijd van de verzekering uitgesloten.”
- Bij brief d.d. 28 april 2015 heeft Verzekeraar Consument laten weten dat de gewrichtsklachten en psychische klachten waarvoor zij heeft geclaimd onder deze clausules vallen en dus niet gedekt zijn. De schildklierklachten en de bekkenklachten waarvoor Consument tevens heeft geclaimd, vallen wel binnen de dekking van de verzekering, aangezien Verzekeraar hiervoor per ongeluk geen clausules heeft opgenomen. Verzekeraar heeft Consument vervolgens laten keuren door een verzekeringsarts. Deze zag geen aanleiding om arbeidsongeschiktheid op basis van schildklierklachten en bekkeninstabiliteit aan te nemen. Verzekeraar heeft de claim van Consument daarop afgewezen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- De gewrichtsklachten zijn het gevolg van een trage schildklier. Op de gezondheidsverklaring heeft Consument melding gemaakt van een schildklierafwijking en dat zij daarvoor medicatie gebruikt. Zij heeft voorts op eigen initiatief documentatie aangeleverd over een te traag werkende schildklier en de symptomen daarvan. Eén van die symptomen is gewrichtspijn. Consument heeft dus voldaan aan haar mededelingsplicht.
- De gewrichtsklachten van Consument waren ten tijde van de aanvraag van de verzekering niet van wezenlijk belang. De klachten traden zo nu en dan op en waren gelinkt aan de trage schildklier. De diagnose artritis psoriatica, welke aandoening reumaklachten veroorzaakt, is pas eind 2014 gesteld.
- Verzekeraar heeft op de polis geen clause voor schildklierklachten geplaatst. Aangezien hij op de hoogte had kunnen zijn van de gewrichtsklachten en alle andere bijkomende klachten van een schildklierafwijking, is de clause voor gewrichtspathologie ten onrechte geplaatst.

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 haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

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 ten tijde van het aanvragen van de verzekering ongeschikt was voor het uitoefenen van haar beroepswerkzaamheden wegens met name bekkeninstabiliteit bij zwangerschap. Zij deed op dat moment 6 uur per week vervangende arbeid. Hieraan voorafgaand heeft zij begin 2012 een reumatoloog bezocht wegens depressieve stemming, moeheid en gewrichtsklachten. Deze klachten bestonden vanaf ongeveer september 2011. Een diagnose kon (nog) niet worden gesteld. De reumatoloog dacht aan fibromyalgie of artralgie e.c.i.. Een proefbehandeling met vrij specifieke gewrichtsmedicatie werd voorgeschreven en met aanvankelijk succes geprobeerd. Nadat de medicatie gestaakt was recidiveerden de klachten in februari 2012. Over het verdere beloop tot aan het moment van het invullen van de gezondheidsverklaring is niet veel bekend, anders dan dat de arbeidsdeskundige in 2015 een maal melding maakt van gewrichtsklachten als oorzaak van de ziekmelding in juli 2012. Dit wordt door hem in november 2014 overigens niet bevestigd. De huisarts maakt voorts melding van een consult in 2003 in verband met gewrichtsklachten. Ten aanzien van het beloop meldt hij: ‘Vlamt af en toe op. Merkt dat als het warm is dat ze dan minder last heeft. Moeder heeft reuma.’ De schildklierandoening is aanwezig sinds 2010.
- 4.4 De Commissie is van oordeel dat Consument in de gezondheidsverklaring melding had moeten maken van gewrichtsklachten nu zij deze in het jaar voorafgaand aan de aanvraag ongeveer vijf maanden heeft gehad. Zij heeft voor deze klachten in november 2011 de huisarts geconsulteerd en met spoed een verwijzing naar de reumatoloog gevraagd, die zij in januari 2012 heeft geconsulteerd. De Commissie acht deze feiten relevant voor de beoordeling van het risico. Gelet op de expliciete vraag in de gezondheidsverklaring naar gewrichtsklachten (vraag 3. J.) had Consument er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren. Of de gewrichtsklachten een symptoom zijn van het schildklierlijden kan naar het oordeel van de Commissie in het midden blijven. De Commissie concludeert dan ook dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.
- 4.5 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 met de hierboven onder 2.4 geciteerde clausules zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend. Al zou Consument slechts melding hebben gemaakt van de gewrichtsklachten dan zou de aanvraag, gelet ook op de opmerkingen van de reumatoloog aangaande moeheid, stemmingswisselingen, artralgie e.c.i., en fibromyalgie, waarschijnlijk zelfs zijn afgewezen of zou de verzekering enkele jaren zijn uitgesteld, zeker in combinatie met uitval wegens bekkeninstabiliteit.
- 4.6 Omdat de verzekering geen dekking biedt voor gewrichtsklachten en psychische klachten en omdat de bekkeninstabiliteitsklachten en schildklierklachten geen arbeidsongeschiktheid van meer dan 35% opleveren, heeft Verzekeraar de claim van Consument terecht kunnen afwijzen.

4.7 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.