

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-547
(mr. P.A. Offers, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, J.H. Paulusma-de Waal RGA
(medisch lid) en mr. A. Westerveld als secretaris)**

Klacht ontvangen op : 5 januari 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V.,
gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 8 november 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en daarbij een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld. De drie vragen van de gezondheidsverklaring zijn met 'Nee' beantwoord. Consument is een ongeval overkomen en heeft als gevolg daarvan met name psychische klachten ontwikkeld. Hij heeft zich vervolgens ziek gemeld. Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Volgens hem heeft Consument voor de aanvraag van de verzekering reeds psychische klachten ervaren en daarvoor een arts bezocht. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De Commissie heeft geoordeeld dat Verzekeraar in het bewijs van zijn stelling niet is geslaagd. De door Verzekeraar met terugwerkende kracht op de polis geplaatste uitsluitingsclausule voor psychopathologie dient verwijderd te worden. Verzekeraar dient tot uitkering onder de verzekering over te gaan.

I. 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 namens Consument nagezonden aanvullende informatie;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 31 augustus 2016 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [..geboortedatum..], heeft samen met zijn echtgenote op 24 december 2004 bij Verzekeraar een verzekering Verzekerd Wonen met dekking bij arbeidsongeschiktheid aangevraagd. Daarbij heeft hij een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld. De drie vragen van de gezondheidsverklaring luiden als volgt:
1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?
 2. Heeft u voor hart- en/of vaatziekten, 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) luchtwegaandoeningen, bloeddruk, bloedonderzoek, epilepsie, leverklachten, nierklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsaandoeningen, suikerziekte of een andere ernstige ziekte?
 3. Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?
- Consument heeft deze drie vragen met 'Nee' beantwoord. Hij behoefde om die reden geen medische vragenlijst in te vullen.
- 2.2 De verzekering is met ingang van 5 januari 2005 tegen koopsom tot stand gekomen. Consument staat als Verzekerde 2. op het polisblad vermeld. Toetsingscriterium bij arbeidsongeschiktheid: vaststelling UWV-uitkering (gangbare arbeid). Eigen risicoperiode: 365 dagen. Verzekerd maandbedrag: € 220,-. Looptijd: 240 maanden. Einddatum: 4 januari 2025. Voorwaarden: Algemene verzekeringsvoorwaarden HOPI101w.
- 2.3 Consument heeft zich in juni 2013 per 25 januari 2012 arbeidsongeschikt gemeld vanwege klachten, ontstaan na een hem op 26 mei 2011 overkomen ongeval. Consument was van een laadklep afgevallen en heeft daarbij zijn hand en zijn rug gebroken. Als gevolg daarvan heeft hij psychische klachten en pijnklachten ontwikkeld.
- 2.4 Naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding heeft Verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de behandelend artsen. Op grond van de verkregen informatie heeft de medisch adviseur van Verzekeraar geconcludeerd dat Consument al sinds 1998 chronische pijnklachten heeft waarvoor geen duidelijke lichamelijke oorzaak is gevonden, en waarvoor Consument in 2000 bij Parnassia onder behandeling is gekomen van een psycholoog. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de vraag in de gezondheidsverklaring of Consument ooit een arts/specialist heeft geraadpleegd voor psychische klachten door Consument ten onrechte met 'Nee' is beantwoord. Hij heeft de claim met een beroep op artikel 7:929 lid 1 en artikel 7:930 lid 3 Burgerlijk Wetboek (BW) afgewezen en met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst voor alle psychopathologie, alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan, gedurende de gehele looptijd van de verzekering. De klachten waarvoor Consument claimt vallen volgens Verzekeraar onder deze uitsluitingsclausule, reden waarom Consument geen recht op uitkering heeft. Verzekeraar heeft zich tevens beroepen op artikel 1 sub g van de algemene verzekeringsvoorwaarden.

Dit artikel bepaalt onder het kopje ‘Begripsomschrijvingen’:

“Ziekte: een lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor hij zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt, alsmede een zich tijdens de looptijd van de verzekering openbarende lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich vóór aanvang van de verzekering reeds geopenbaard had, mits gedurende 60 maanden voor aanvang van de verzekering, er geen openbaring en/of recidive van deze aandoening heeft plaatsgehad, en verzekerde gedurende deze periode voor deze aandoening geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Ook voor de laatstgenoemde aandoening dient verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts te stellen.”

De stelling van Verzekeraar is dat sprake is van een preëxistente aandoening waarvoor de verzekering op grond van het hiervoor geciteerde artikellid geen dekking biedt.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert, met inachtneming van de eigen risicotermijn van 365 dagen, uitkering onder de verzekering en wel zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, zulks tot uiterlijk de einddatum van de verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Consument heeft de precontractuele mededelingsplicht niet geschonden. Hij heeft de vragen in de verkorte gezondheidsverklaring terecht met ‘Nee’ beantwoord. Hij was voor het aanvragen van de verzekering bekend met pijnklachten, niet met psychische klachten. Het ging om een chronische specifieke gegeneraliseerde pijn. Voor die pijn heeft hij op eigen initiatief Parnassia bezocht. De behandeling was er op gericht de pijn te verminderen en te leren omgaan met de pijn. Nu de pijnklachten niet kunnen worden toegeschreven aan psychische klachten – Consument heeft nooit eerder psychische klachten gehad en is overigens ook nooit eerder arbeidsongeschikt geweest - en evenmin aan gewrichtsaandoeningen of aan een andere objectieve afwijking, heeft Consument vraag 2 van de gezondheidsverklaring niet met ‘Ja’ behoeven te beantwoorden.
 - De uitsluitingsclausule voor alle psychopathologie is om de hiervoor genoemde reden onterecht op de polis geplaatst. Mocht de Commissie menen dat de clausule wel terecht is geplaatst, dan vallen de huidige pijnklachten niet onder de clausule.
 - Consument heeft in de periode van vijf jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering een psycholoog bezocht, geen arts. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft ook niet kunnen vaststellen dat Consument een arts heeft bezocht. In het advies van de medisch adviseur staat alleen: “Het is aannemelijk dat betrokkene vanaf 2000 onder behandeling heeft gestaan tot zeker binnen de periode van 5 jaar voorafgaande aan het afsluiten van de verzekering.” De medisch adviseur adviseerde aanvullende informatie op te vragen. Verzekeraar heeft dit nagelaten en heeft de claim op basis van de aanneme van de medisch adviseur afgewezen.

Verweer Verzekeraar

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

- Parnassia is een GGZ-instelling voor hulp bij psychiatrische problemen. Consument is daar bij een psycholoog onder behandeling geweest. Hieruit kan niet anders worden geconcludeerd dan dat Consument voor psychische klachten een arts/specialist heeft geraadpleegd, hetgeen hij had moeten aangeven op de gezondheidsverklaring. Als sprake zou zijn geweest van pijnbestrijding was Consument ook niet naar Parnassia gestuurd voor behandeling.
- Uit de medische informatie komt naar voren dat sprake is van een somatoforme stoornis. Dat is een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak (lichamelijke ziekte) is gevonden. Uit de medische informatie blijkt onomstotelijk dat sprake is van een psychische aandoening, welke aandoening valt binnen de reikwijdte van de uitsluitingsclausule.
- Uit de medische informatie volgt dat sprake is van een preëxistente aandoening; een aandoening die reeds aanwezig was ten tijde van het aangaan van de verzekering. De stelling is medisch onderbouwd en het gaat niet om slechts een aanname. Sinds 1998 is reeds sprake van bestaande gegeneraliseerde pijnklachten. Uit artikel 1 sub g van de algemene voorwaarden blijkt dat onder de dekking van de verzekering alleen die ziekten vallen die ten tijde van de looptijd van de verzekering zijn ontstaan. Ook op grond hiervan valt de claim van Consument niet onder de verzekerde dekking.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument zijn 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 in 2011 een ongeval is overkomen met als gevolg rug- en handklachten. Een half jaar later heeft Consument zich ziek gemeld. De handklachten berusten mogelijk op een fractuur van het handwortelbeentje. De klachten zijn adequaat behandeld en hebben geen restverschijnselen gegeven. De rugklachten zijn uitgebreid onderzocht en blijken te berusten op (lichte) degeneratieve afwijkingen, waarvoor Consument, zonder succes, eenmalig een proefblokkade heeft gekregen. Geleidelijk aan ontstonden er na het ongeval steeds meer klachten en zijn steeds meer orgaansystemen bij de klachten betrokken. Consument heeft diverse specialisten geconsulteerd. De afwijkingen die zijn gevonden kunnen de klachten van Consument niet verklaren. Het beeld wijst in de richting van een somatisatie syndroom (een psychische stoornis die zich uit in lichamelijke (pijn)klachten), naast een zich later ontwikkeld depressief beeld. Dit syndroom wordt bij Consument behandeld door een psycholoog in samenwerking met een psychiater. Zo ook de depressie. De vraag dient thans beantwoord te worden of deze klachten vóór de ingangsdatum van de verzekering reeds aanwezig waren. De Commissie stelt vast dat de berichtgeving over het bestaan, de ernst en de aard van de klachten vóór de ingangsdatum van de verzekering erg summier is. In de anamnese zoals opgenomen in de brief van de revalidatiearts aan de huisarts d.d. 25 september 2012 staat weliswaar dat Consument circa 15 jaar pijnklachten in nek, schouders, rug armen, benen en voeten heeft en dat hij hiervoor in 2000 een begeleidingstraject in Parnassia heeft doorlopen – waaruit de revalidatiearts de conclusie trekt dat sprake is van chronische specifieke gegeneraliseerde pijn sinds 1998 - en de psycholoog spreekt weliswaar over buik- en bekkenklachten sinds 1994, maar deze gegevens zijn niet elders geverifieerd en worden niet bevestigd door de MDL-arts. Deze spreekt in zijn rapportage d.d. 24 december 2012 alleen over een behandeling in het LUMC voor spastische darmen. Verder zouden de klachten van Consument na het ongeval met een factor 10 tot 15 zijn vermeerderd, zo blijkt uit de in de brief van de revalidatiearts d.d. 25 september 2012 opgenomen anamnese. Dit wijst er naar de mening van de Commissie niet op dat de klachten van Consument voor de ingangsdatum van de verzekering al erg relevant waren of dat toen de diagnose somatische stoornis c.q. pijnsyndroom reeds was gesteld. Tot slot stelt de Commissie vast dat in het dossier nergens melding wordt gemaakt van eerder bestaande depressieve klachten.
- 4.4 Op grond van artikel 7:930 lid 3 BW rust de bewijslast van de stelling van Verzekeraar dat Consument voor de aanvraag van de verzekering reeds psychische klachten heeft ervaren en dat hij daarvoor onder behandeling is geweest van een arts, en dat bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluiting voor alle psychopathologie op de polis zou zijn geplaatst, op Verzekeraar. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar niet in dit bewijs is geslaagd. Op basis van het dossier is naar het oordeel van de Commissie onvoldoende vast komen te staan dat de klachten van Consument vóór de ingangsdatum van de verzekering al aanwezig waren. Het enkele feit dat Consument op eigen initiatief naar Parnassia is gegaan – naar eigen zeggen vanwege pijnklachten – is onvoldoende om aan te nemen dat Consument bekend was met psychische klachten. Als Consument vóór de ingangsdatum van de verzekering al psychische klachten had waren deze niet van zodanige aard dat Consument had moeten begrijpen dat hij deze had moeten melden.
- 4.5 Nu niet is vast komen te staan dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden komt de Commissie tot de conclusie dat Verzekeraar niet gerechtigd was om een uitsluitingsclausule voor psychopathologie op de polis te plaatsen.

- 4.6 Vervolgens is de vraag aan de orde of Verzekeraar een beroep op artikel I sub g van de algemene voorwaarden toekomt. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Naar het oordeel van de Commissie is voldaan aan het begrip 'ziekte' zoals omschreven in genoemd artikel nu niet is vast komen te staan dat de aandoening van Consument zich reeds voor de aanvang van de verzekering heeft geopenbaard. Zie hierboven r.o. 4.3.
- 4.7 De conclusie is dat de claim van Consument is gedekt onder de verzekering en dat Verzekeraar dus toerekenbaar tekort is geschoten in de uitvoering van de verzekering. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom toe.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de uitsluitingsclausule voor psychopathologie van de polis verwijderd en tot uitkering onder de verzekering overgaat zolang Consument arbeidsongeschikt is, zulks met terugwerkende kracht tot 25 januari 2013.

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.