

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-043
(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 : 14 april 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 16 januari 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim van Consument afgewezen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument bij het aanvragen van haar verzekering de uitgebreide gezondheidsverklaring niet volledig dan wel onjuist heeft ingevuld. De Commissie heeft geoordeeld dat Consument bepaalde periodes van arbeidsongeschiktheid had moeten melden en dat als Consument over deze periodes naar waarheid zou hebben verklaard, Verzekeraar nader onderzoek zou hebben laten verrichten. Dit onderzoek zou naar het oordeel van de Commissie tot een uitsluitingsclausule hebben geleid. De klachten als gevolg waarvan Consument arbeidsongeschikt is geraakt zouden dan onder die uitsluitingsclausule zijn gevallen.

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 door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- de brief van Verzekeraar waarin hij verwijst naar het standpunt dat hij eerder in zijn interne klachtprocedure heeft ingenomen;
- het medisch dossier 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 10 november 2016 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op 28 oktober 1977, van beroep lerares geschiedenis/maatschappijleer, heeft op 31 januari 2005 bij Verzekeraar een verzekering IPAP Aanvullingsplan met dekking bij gedeeltelijke en volledige arbeidsongeschiktheid aangevraagd.

Op het aanvraagformulier heeft zij de vraag “Bent u de laatste 36 maanden onder behandeling of controle geweest van een huisarts, bedrijfsarts, specialist, psycholoog of andere paramedische hulpverlener?” met “ja, namelijk dr. [X] (anesthesist)” beantwoord. Vervolgens heeft zij op 20 februari 2005 een uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld. Daarop heeft zij gemeld dat zij behandeld wordt voor posttraumatische dystrofie in de linkervoet. Ook heeft zij aangegeven dat zij in 2003 twee maanden arbeidsongeschikt is geweest (zij was toen parttime caissière) en in verband daarmee een uitkering heeft genoten via [bedrijf] (werkgever). De vraag “Hoe is op dit moment uw gezondheidstoestand?” heeft zij beantwoord met “Redelijk”. De verzekeringsaanvraag is geaccepteerd met een uitsluitingsclausule voor aandoeningen van de linkervoet en dystrofie.

- 2.2 Consument heeft zich per 3 september 2010 arbeidsongeschikt gemeld wegens psychische klachten ten gevolge van een te hoge werkdruk (depressie en burn-out).
- 2.3 Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim afgewezen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat de uitgebreide gezondheidsverklaring niet volledig dan wel onjuist is ingevuld. Uit informatie die zijn medisch adviseur heeft opgevraagd was gebleken dat Consument reeds sinds 5 juni 1996 arbeidsongeschikt was en dat zij in ieder geval van 1999 tot 2002 een WAO-uitkering heeft ontvangen. In 2002 is deze uitkering vervangen door een uitkering ingevolge de Ziektewet. Vanaf 30 september 2003 volgt dan weer een nieuwe arbeidsongeschiktheidsperiode die uitmondt in een WAO-uitkering per 28 oktober 2003. Deze uitkering loopt in ieder geval tot 2005. Op de vraag op de gezondheidsverklaring “Hebt u in het verleden ziekten of ongevallen gehad waarvoor u langer dan 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest?” heeft Consument evenwel geantwoord dat zij sinds 31 oktober 2003 gedurende een periode van 2 maanden ziek was. Dit is dus niet juist. De vraag of zij ooit is behandeld door een psycholoog of psychotherapeut heeft zij met ‘Nee’ beantwoord. Consument heeft echter op aanraden van haar ouders de Stichting [naam stichting] bezocht. Deze stichting biedt professionele hulp op het gebied van psychotherapie. De huisarts heeft Consument psychologische begeleiding geadviseerd in verband met gewichtsverloop. De medisch adviseur van de gemachtigde van Consument spreekt in zijn rapport over een verwijzing naar een psycholoog door de diëtiste. De psychiater bij wie Consument in 2011 in behandeling is vermeldt dat Consument langere tijd in behandeling is geweest in verband met een eetstoornis. De vraag of Consument ooit is behandeld door een psycholoog of psychotherapeut had Consument volgens Verzekeraar dus met ‘Ja’ moeten beantwoorden.
- 2.4 Verzekeraar heeft zich vervolgens op het standpunt gesteld dat als Consument alle vragen van de gezondheidsverklaring volledig had beantwoord, dit geleid zou hebben tot een uitsluiting van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van psychische klachten. De huidige arbeidsongeschiktheid zou dan onder die uitsluiting zijn gevallen.

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.
- Een eventuele onvolledige opgave in de gezondheidsverklaring over de duur van de arbeidsongeschiktheid vanwege dystrofie aan de enkel, kan geen rol spelen. Deze aandoening was reeds geclausuleerd en is niet de aanleiding voor de huidige arbeidsongeschiktheid.
 - Consument heeft [naam stichting] een of twee keer bezocht. Haar ouders hadden haar gestuurd omdat zij vonden dat Consument raar deed met eten. Het klikte evenwel niet met de contactpersoon van [naam stichting]. Behandeling heeft dan ook niet plaatsgevonden. Van overwerktheid, overspannenheid, depressie, zenuwziekte, oververmoeidheid of zenuwachtigheid was geen sprake.
 - De gezondheidsverklaring is naar waarheid ingevuld.

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 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 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 aan dat Consument gedurende een langere periode (1997-2002) klachten heeft gehad waarvoor zij diverse malen naar een psycholoog is verwezen. Het medisch dossier bevat althans informatie die wijst op een psychologische hulpvraag/begeleiding. Directe documentatie ontbreekt evenwel. De conclusie dat Consument psychische klachten heeft gehad is eigenlijk alleen indirect te trekken.

Desgevraagd heeft Consument ter zitting een en ander niet goed kunnen verduidelijken, maar door haar mondelinge toelichting is de Commissie er wel van overtuigd geraakt dat het Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring niet duidelijk was dat de klachten die zij eerder heeft ervaren van psychische aard waren temeer daar van professionele psychische behandeling nauwelijks sprake lijkt te zijn geweest. Van een schending van de precontractuele mededelingsplicht ex artikel 7:928 lid 1 BW is hier dan ook geen sprake; niet gesteld kan worden dat Consument de niet meegedeelde feiten ten aanzien van de verwijzing naar en een behandeling door een psycholoog kende of behoorde te kennen.

Ten aanzien van de niet meegedeelde arbeidsongeschiktheidsperiodes tussen 1999 en 2005 overweegt de Commissie het volgende. Als Consument over deze periodes naar waarheid zou hebben verklaard dan, zo is de overtuiging van de Commissie, zou Verzekeraar nader onderzoek hebben laten verrichten. De vele jaren die Consument reeds in de WAO had doorgebracht zouden, in aanmerking genomen het deels onduidelijk diagnostisch beeld, in combinatie met het feit dat Consument wegens andere klachten psychologische hulp nodig heeft gehad, naar het oordeel van de Commissie zeker tot een uitsluiting voor psychische klachten hebben geleid, of zelfs tot een afwijzing. De klachten als gevolg waarvan Consument arbeidsongeschikt is geraakt zouden dan onder die uitsluitingsclausule zijn gevallen.

- 4.4 De conclusie is dat Verzekeraar niet tot uitkering onder de verzekering behoeft over te gaan. Verzekeraar is niet tekort 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.

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.