

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-049  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter en mr. A.M.T. Wigger, drs. A. Paulusma – de Waal arts  
M&G RGA en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 8 januari 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen  
Verzekeraar  
Datum uitspraak : 16 januari 2017  
Aard uitspraak : bindend advies

## **Samenvatting**

In februari 2013 heeft Consument, metselaar van beroep, zijn huisarts bezocht in verband met klachten over zijn linkerschouder, rechter voet en rechter pols. Daarbij zijn geen afwijkingen vastgesteld. Drie weken na het bezoek aan de huisarts heeft Consument bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering in welk kader hij ook een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. De hierin opgenomen vraag naar een aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten heeft Consument ontkennend beantwoord. De verzekering is hierna tot stand gekomen met ingang van 18 april 2014. Op 5 februari 2015 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid als gevolg van de ziekte van Kienböck een beroep op de verzekering gedaan. Verzekeraar heeft zich daarna op het standpunt gesteld dat Consument zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden, reden waarom hij over is gegaan tot beëindiging van de verzekering en terugvordering van de aanvankelijk aan Consument verstrekte uitkeringen. De Commissie is van oordeel dat Consument ten onrechte de in het aanvraagformulier van de verzekering opgenomen vraag naar gewrichtsklachten niet heeft aangekruist. De omstandigheid dat Consument zijn klachten niet als ernstig heeft ervaren doet daaraan niet af. Consument had kunnen en ook moeten begrijpen dat het antwoord op deze vragen voor verzekeraar van belang zou zijn voor de beoordeling van het aangeboden risico terwijl in de desbetreffende vraag geen onderscheid wordt gemaakt naar klachten van beperkte of lange duur. Vordering wordt afgewezen.

## **I. Procesverloop**

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar met bijlagen waarin hij verwijst naar het standpunt dat hij eerder in zijn interne klachtprocedure heeft ingenomen;
- de repliek van Consument met bijlagen;
- de ter zitting door gemachtigde van Verzekeraar overgelegde en uitgesproken pleitnota;

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 Op 22 februari 2013 heeft Consument, metselaar van beroep, zijn huisarts bezocht in verband met klachten over zijn linkerschouder, rechter voet en rechter pols. De huisarts kon daarbij geen afwijkingen vaststellen. Ook een uitgevoerd bloedonderzoek liet geen afwijkingen zien.
- 2.2 Op 11 maart 2013 heeft Consument bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering in welk kader hij die dag ook een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. Hierin is het navolgende opgenomen:

“(…)

*Vul alle vragen goed in.*

*Dat is belangrijk en dat bent u verplicht. Daarmee voorkomt u bijvoorbeeld dat*

- *de verzekeraar de verzekering in de toekomst stopt;*
- *de verzekeraar geen uitkering geeft bij overlijden;*
- *de verzekeraar geen uitkering geeft bij arbeidsongeschiktheid.*

*Noem al uw klachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest.*

“(…)

*Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Kruis dan het hokje voor de letter aan.*

“(…)

*0 j. Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette: RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad.*

“(…)”

Het hokje voor deze vraag heeft Consument niet aangekruist. De verzekering is hierna tot stand gekomen met ingang van 18 april 2014.

- 2.3 In augustus 2014 is bij Consument de ziekte van Kienböck geconstateerd.
- 2.4 Op 5 februari 2015 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid als gevolg van deze ziekte een beroep op de verzekering gedaan waarna Verzekeraar hem een uitkering heeft toegekend.
- 2.5 Bij brief van 31 juli 2015 heeft Verzekeraar Consument te kennen gegeven dat hij zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden, reden waarom hij over is gegaan tot beëindiging van de verzekering en terugvordering van de reeds aan Consument verstrekte uitkeringen.

2.6 Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar is het over dat standpunt dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

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

#### *3.1 Vordering Consument*

Consument vordert dat Verzekeraar alsnog de verzekering in kracht herstelt en zijn vordering tot terugbetaling van de reeds verstrekte uitkeringen intrekt.

#### *3.2 Grondslagen en argumenten daarvoor*

Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst door zich jegens Consument op het standpunt te stellen dat deze zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden en op grond daarvan de verzekeringsovereenkomst te beëindigen respectievelijk de reeds gedane uitkeringen terug te vorderen. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument heeft de desbetreffende vraag in het aanvraagformulier niet aangekruist omdat hij zich helemaal niet heeft gerealiseerd dat dit voor Verzekeraar van belang was. Consument heeft zijn klachten niet ervaren als een aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten van een dusdanige aard dat deze gemeld moesten worden. Er was sprake van overbelasting en de klachten waren bovendien maar zeer kortdurend van aard. Consument wist ook niet dat hij de ziekte van Kienböck had.
- Zo Consument de hierboven bedoelde vraag in het aanvraagformulier overigens wel zou hebben aangekruist, had Verzekeraar de aanvraag niet op medische gronden kunnen weigeren. Nader onderzoek zou immers geen afwijkingen aan het licht hebben gebracht.

#### *3.3 Verweer Verzekeraar*

Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

### **4. Beoordeling**

4.1 De Commissie ziet zich gesteld voor beantwoording van de vraag of Consument bij het aangaan deze verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden en - in het bevestigende geval – of Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar de verzekering zou hebben geweigerd indien hij bij het aangaan van de verzekering wel op de hoogte zou zijn geweest van de ware feiten.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) is de verzekeringnemer verplicht om voor het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. Indien de verzekering wordt afgesloten op de grondslag van een door verzekeraar opgestelde vragenformulier, 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 afsluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de betreffende verzekeraar - dan wel diens gemachtigde - zich er in een later stadium bij de vraag of aan Consument een uitkering verschuldigd is, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en 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 De Commissie overweegt in dit verband dat tussen partijen niet ter discussie staat dat Consument op 22 februari 2013, dat wil zeggen enkele weken voor het aanvragen van de verzekering en het invullen van de daaraan ten grondslag liggende gezondheids-verklaring, zijn huisarts heeft bezocht met verschillende (gewrichts-) klachten, t.w. aan zijn rechterpols, linkerschouder en rechtervoet. Dat op zich zelf genomen moet naar het oordeel van de Commissie reeds tot de conclusie leiden dat Consument de hierboven onder 2.2 geciteerde vraag naar gewrichtsklachten zoals opgenomen in het aanvraagformulier van de verzekering de dato 11 maart 2013, ten onrechte niet heeft aangekruist. De omstandigheid dat Consument zijn klachten niet als dusdanig ernstig heeft ervaren dat hij deze had moeten melden noch dat deze slechts kortdurend van aard zouden zijn geweest, doet daaraan niet af. Mede gezien het buitengewoon korte tijdsverloop tussen het bezoek dat Consument aan zijn huisarts heeft gebracht en het aanvragen van de verzekering, had Consument, gezien de hierover door Verzekeraar gestelde vragen, kunnen en ook moeten begrijpen dat het antwoord op deze vragen voor verzekeraar van belang zou zijn voor de beoordeling van het aangeboden risico terwijl in de desbetreffende vraag geen onderscheid wordt gemaakt naar klachten van beperkte of lange duur. De Commissie kan Consument daarnaast evenmin volgen in zijn verwijt dat hij niet wist dat hij aan de ziekte van Kienböck leed. Er wordt immers - ook - geïnformeerd naar mogelijke klachten, niet alleen naar mogelijke ziekten en/of aandoeningen. Alles overziende heeft Verzekeraar zich jegens Consument terecht op het standpunt gesteld dat Consument zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden en Verzekeraar onvolledig en niet naar waarheid heeft geïnformeerd over zijn gezondheidstoestand bij het aangaan van de verzekering.
- 4.4 De Commissie stelt daarnaast vast dat Consument het fysiek zwaar belastende beroep van metselaar uitoefent. In combinatie met de door hem verzwegen gewrichtsklachten aan zijn rechterpols, linker schouder en rechter voet had dat er toe geleid dat een redelijk handelend verzekeraar, de aanvraag van deze verzekering had afgewezen. Dat onderdeel van de klacht van Consument dat hierop ziet dat uit een nader door Verzekeraar ingesteld medisch onderzoek, indien Consument wel opgave had gedaan van de verzwegen gewrichtsklachten, geen afwijkingen zouden zijn gebleken en er geen medische gronden zouden zijn vastgesteld op grond waarvan Verzekeraar de aanvraag had kunnen afwijzen, is mitsdien niet relevant en moet worden gepasseerd.

4.5 Uit het bovenstaande volgt dat dat Verzekeraar niet kan worden verweten dat hij de verzekeringsovereenkomst heeft beëindigd en de reeds verstrekte uitkeringen terugvordert. De Commissie wijst de vordering van Consument 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](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.*