

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-071  
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, dr. B.C. de Vries (medisch lid),  
leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 6 november 2015  
Ingediend door : Consument  
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder  
te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 25 januari 2017  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Naar aanleiding van de door Consument bij de aanvraag van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering ingevulde gezondheidsverklaring, waarop door Consument is aangegeven dat hij voor reumatische klachten de reumatoloog had bezocht, is op de polis een uitsluitingsclausule geplaatst voor arbeidsongeschiktheid als gevolg van een aandoening die bij de aanvraag van de verzekering is aangegeven. Consument is arbeidsongeschikt geraakt vanwege reumatoïde artritis. Verzekeraar heeft zijn claim met een beroep op de uitsluitingsclausule afgewezen. De Commissie heeft de vordering van Consument evenwel toegewezen. Consument had voor de ingangsdatum van de verzekering al wel reumatische klachten, maar hij heeft destijds van de reumatoloog mogen begrijpen dat geen reumatische aandoening was geconstateerd. Consument heeft naar het oordeel van de Commissie niet behoeven te verwachten dat een eventuele latere arbeidsongeschiktheid als gevolg van reumatoïde artritis onder de uitsluitingsclausule zou vallen en dus van dekking zou zijn uitgesloten. Hij was er ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring niet mee bekend dat hij een aandoening had. Hij had tot dan toe alleen klachten ervaren. Een diagnose was nog niet gesteld.

## **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 met bijlagen van Verzekeraar;
- het door Verzekeraar ingezonden medisch dossier betreffende Consument;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 6 december 2016 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op 27 juli 1960, heeft op 8 augustus 2011 bij Verzekeraar een verzekering Hypotheek Opvang Polis aangevraagd. Daarbij heeft hij een beknopte en een uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld. Op de uitgebreide gezondheidsverklaring heeft hij twee vragen met 'Ja' beantwoord, waaronder de vraag:  
"Lijdt u of heeft u geleden aan een van de volgende ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder):  
i) aandoeningen van spieren, ledematen, of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI?" In de toelichting bij deze vraag schreef hij: "2010 Reumatische klachten. Geen reuma of jicht geconstateerd". Verder schreef hij onder meer dat hij in 2010 een reumatoloog heeft bezocht.
- 2.2 De verzekering is ingegaan op 23 september 2011. Einddatum: 22 augustus 2021. Maandpremie: € 11,33. Dekking: arbeidsongeschiktheid. Toetsingscriterium: vaststelling maatschappij-keuring (beroepsarbeidsongeschiktheid). Verzekerd beroep: internationaal chauffeur. Eigen risico: 365 dagen. Verzekerd maandbedrag: € 200,--. Voorwaarden: Algemene verzekeringsvoorwaarden HOP 0910.
- 2.3 Naar aanleiding van de door Consument ingevulde gezondheidsverklaring is op de polis de volgende clausule geplaatst:  
"Verzekerde en/of (mede)verzekerde is/zijn gedekt voor arbeidsongeschiktheid als gevolg van een aandoening die bij aanvraag van de verzekering is aangegeven indien:  
1. hij/zij van deze aandoening voor arbeidsongeschiktheid weer helemaal was hersteld;  
2. een arts dit herstel kan bevestigen;  
3. de aandoening minimaal zestig aaneengesloten maanden na herstel niet is teruggekomen;  
4. hij/zij voor deze aandoening in deze zestig maanden nooit op controle is geweest en/of een (na)behandeling heeft gehad;  
5. hij/zij nooit het advies heeft gehad om dit te doen; én  
6. voldaan is aan de regels uit de algemene verzekeringsvoorwaarden.  
Dit clausuleblad maakt onderdeel uit van de polis en geldt boven hetgeen vermeld is op het polisblad.  
Dit clausuleblad geldt boven eventueel eerder afgegeven clausulebladen behorende bij dezelfde polis.  
Indien een clausule een dekkingsbeperking vormt, dan gaat deze boven hetgeen vermeld is in de algemene verzekeringsvoorwaarden."
- 2.4 Per 23 december 2013 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld. Verzekeraar heeft de claim met een beroep op artikel 25 sub d van de bijzondere bepalingen en op de hierboven onder 2.3. geciteerde clausule afgewezen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument arbeidsongeschikt is vanwege reumatoïde artritis en dat Consument al sinds 2010 klachten van reumatoïde artritis ervaart. In 2010 stond hij onder behandeling van een reumatoloog. De klachten bestonden dus reeds voor de ingangsdatum van de verzekering.

- 2.5 Artikel 25 van de bijzondere bepalingen voor de dekking arbeidsongeschiktheid bepaalt: “In de volgende gevallen bent u niet gedekt. Dit geldt ondanks dat wat u leest in artikel 20 tot en met 24. U bent niet gedekt als...
- a. de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door:
- een ziekte, kwaal of gebrek;
  - complicaties hiervan;
  - de gevolgen of behandelingen hiervan;
  - waarvoor een clause geldt. Deze clause beperkt de dekking. Een clause is een extra bepaling. Wij kunnen een clause aanbrengen op de polis op het moment dat u de verzekering afsluit. Maar ook daarna. De clause geldt dan met terugwerkende kracht. Wij gebruiken zo’n clause als:  
(...)
- d. de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door een ongeval dat gebeurde voordat de verzekering inging. Of door een ziekte die hij al had voordat de verzekering inging. Gaat het om een ziekte? Dan geldt artikel 25 d. niet als de verzekerde voldoet aan artikel 20 c. en/of d.”
- Artikel 20 bepaalt onder het kopje “Wat valt onder de dekking van de verzekering?”
- “(...
- c. De verzekerde is arbeidsongeschikt door een ziekte. Deze ziekte kreeg hij tijdens de looptijd van de verzekering. Hij heeft deze ziekte ook al een keer gehad voor de ingangsdatum van de verzekering. Dan is er dekking als:
1. hij toen weer helemaal beter was;
  2. de ziekte minimaal zestig aaneengesloten maanden niet is teruggekomen;
  3. hij voor deze ziekte in deze zestig maanden nooit op controle is geweest en/of een (na)behandeling heeft gehad; en
  4. hij nooit het advies heeft gehad om dit te doen.
- d. De verzekerde is arbeidsongeschikt door een ziekte. Deze ziekte kreeg hij tijdens de looptijd van de verzekering. Maar hij had al voor de ingangsdatum van de verzekering klachten. Pas na de ingangsdatum wordt duidelijk welke ziekte bij deze klachten hoort. Dan is er dekking als:
1. De verzekerde of de artsen voor de ingangsdatum van de verzekering niet wisten waar de klachten vandaan kwamen. Ook konden de verzekerde en de artsen dit niet weten. Deze artsen hebben de verzekerde behandeld of behandelen hem nog steeds.
  2. De verzekerde of de artsen voor de ingangsdatum van de verzekering geen rekening hoefden te houden met een ziekte waardoor de verzekerde een beroep zou kunnen doen op de arbeidsongeschiktheidsdekking. Deze artsen hebben de verzekerde behandeld of behandelen hem nog steeds.
- (...)”
- 2.6 Consument heeft uit onvrede met de afwijzing van zijn claim de premiebetaling gestopt. Verzekeraar heeft daarop de verzekering beëindigd per 22 juni 2015. Dit is de datum waarop hij de laatste premie heeft ontvangen.

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

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering of anders premierestitutie vanaf de datum waarop hij arbeidsongeschikt is geraakt.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Consument is in 2010 doorverwezen naar de reumatoloog. Die constateerde een carpaal tunnelsyndroom waarvoor Consument in Nijmegen is behandeld. De klachten waren hierna weg. Consument kon zijn werkzaamheden weer hervatten. De reumatische artritis is in 2014 gediagnosticeerd. Deze aandoening zal eerder zijn ontstaan, en het gaat daarbij wellicht om een erfelijke aandoening, maar de aandoening is nooit een belemmering geweest om te werken of om premie te betalen.
  - De gezondheidsverklaring is naar eer en geweten ingevuld. Consument is volledig open geweest en heeft alle aandoeningen die hem bekend waren vermeld. Op het moment van het invullen van de gezondheidsverklaring had hij geen reumatische artritis.

#### *Verweer Verzekeraar*

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- De aandoening als gevolg waarvan Consument arbeidsongeschikt is geraakt was pre existent; de aandoening bestond al ten tijde van het aangaan van de verzekering. De gewrichtsklachten waarvoor Consument in 2010 de reumatoloog bezocht zijn behandeld met medicatie en worden gezien als passend bij een (beginnende) reumatische aandoening. Deze gewrichtsklachten bestonden dus al vanaf 2010. De aandoening is door middel van een clause uitgesloten van dekking.
  - Consument is verzekerd geweest voor het risico van arbeidsongeschiktheid. Klachten of aandoeningen die ten tijde van het afsluiten van de verzekering reeds bestonden zijn echter niet gedekt. Consument heeft kennis kunnen nemen van de op het polisblad geplaatste uitsluitingsclause. Bovendien is de verzekering tot stand gekomen via het advies en de bemiddeling van een zelfstandig bemiddelaar. De bemiddelaar is verantwoordelijk voor het advies en daarmee voor de omvang van de dekking. De polis is inclusief de clause zonder protest door Consument geaccepteerd.
  - Verzekeraar en Consument hebben risico gelopen. Artikel 7:938 Burgerlijk Wetboek (BW) mist derhalve toepassing. Consument heeft geen recht op premierestitutie.

### **4. Beoordeling**

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument aanspraak kan maken op uitkering onder de verzekering. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

4.2 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in 2010 is doorverwezen naar de reumatoloog.

Deze schreef op 10 augustus 2010 dat Consument een licht positieve reumafactor bij negatieve anti-CCP had en tevens een verhoogde ANA-titer zonder verdere specificatie. Tot op dat moment was geen classificerende diagnose mogelijk. Hij concludeerde tot locomotore klachten zonder duidelijke classificerende diagnose. “Mogelijk begin van RA?” Op 3 maart 2011 schreef hij dat bij Consument geen opvallende reumatologische bevindingen naar voren zijn gekomen. “Geen duidelijke aanwijzingen voor een inflammatoir reumatisch ziektebeeld op dat moment.” Een en ander heeft hij met Consument besproken. Pas in 2014 heeft Consument de reumatoloog opnieuw bezocht, na de ingangsdatum van de verzekering derhalve. Desgevraagd ter zitting heeft Consument toegelicht dat hij in 2010 niet bekend was met reuma. De reumatoloog, die hij had bezocht wegens reumatische klachten, had hem verzekerd dat er geen sprake was van reuma of jicht. Consument heeft dit met zoveel woorden in de gezondheidsverklaring gemeld. De Commissie is er door de toelichting van Consument van overtuigd geraakt dat het voor Consument niet duidelijk was of kon zijn dat sprake was van beginnende reumatoïde artritis en daarmee van een aandoening.

- 4.3 Ter zitting is de Commissie voorts gebleken dat Consument weliswaar een gezondheidsverklaring heeft ingevuld maar dat Verzekeraar deze (vanwege het kostenaspect) niet door een medisch adviseur heeft laten beoordelen. Als deze beoordeling wel was gevraagd dan, zo is de overtuiging van de Commissie, zou zeker nader onderzoek zijn verricht. Dit onderzoek zou dan wellicht ook tot een uitsluitingsclausule hebben geleid, maar dan tot een gerichte, concreet geformuleerde uitsluiting voor een met name genoemde aandoening en niet tot een algemene uitsluiting voor ‘een aandoening die bij de aanvraag is aangegeven’. Dit klemt temeer daar Consument – zie r.o. 4.2. - er niet mee bekend was dat hij een aandoening had. Hij had tot dan toe alleen klachten ervaren. Een diagnose was nog niet gesteld en Consument heeft destijds mogen begrijpen dat bij hem geen reumatische aandoening was geconstateerd. Consument heeft de uitsluitingsclausule geaccepteerd maar behoefde daarbij, gelet op het vorenstaande, niet te verwachten dat een eventuele latere arbeidsongeschiktheid als gevolg van reumatoïde artritis onder de uitsluitingsclausule zou vallen en dus van dekking zou zijn uitgesloten. De Commissie is van oordeel dat een beroep op de uitsluitingsclausule in de gegeven omstandigheden van dit geval naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid dan ook onaanvaardbaar is. Verzekeraar had bij acceptatie zorgvuldiger moeten handelen en duidelijkheid moeten verstrekken over de omvang van de dekking zodat Consument wist waar hij aan toe was. Dit betekent dat Verzekeraar op de uitsluitingsclausule hier niet met succes een beroep kan doen.
- 4.4 Desgevraagd ter zitting heeft Verzekeraar bevestigd dat de verzekering in artikel 11 lid 3 van de voorwaarden voorziet in premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid. Dit brengt mee dat Consument vanaf de datum dat hij arbeidsongeschikt is geraakt geen premie meer verschuldigd was. Verzekeraar had de verzekering dus niet mogen beëindigen omdat hij geen premie meer ontving. Hij dient de verzekering in kracht te herstellen en de over de periode 23 december 2013 tot 22 juni 2015 betaalde premie te restitueren. Het beroep van Verzekeraar op artikel 7:938 BW komt niet aan de orde en zal buiten behandeling worden gelaten.

4.5 De conclusie is dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst en de Commissie wijst de vordering 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 verzekering in kracht herstelt, tot uitkering onder de verzekering overgaat en aan Consument de premie over de periode 23 december 2013 tot 22 juni 2015 restitueert.

*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.*