

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening 2017-291
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus en J.H. Paulusma-de Waal, arts/RGA, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op : 18 juli 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 9 mei 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en daarbij een gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring heeft zij ingevuld dat zij bekend is met bronchitis maar zij heeft geen melding gemaakt van vele andere klachten. Consument is uitgevallen wegens chronische axonale polyneuropathie en hyperextensie van de knie. De claim die zij in verband daarmee indiende is door Verzekeraar afgewezen met een beroep op verzwijging en de verzekering is beëindigd. Het standpunt van Verzekeraar is dat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou zijn geaccepteerd vanwege de veelheid van klachten en de combinatie daarvan. De Commissie heeft op grond van het medisch dossier geoordeeld dat een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag van de onderhavige verzekering niet zou hebben geaccepteerd. De verzekering kon dan ook worden beëindigd en Consument iedere uitkering geweigerd.

1. Procesverloop

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

- Het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- De klachtbrief van Consument d.d. 13 juli 2016;
- Het verweerschrift van Verzekeraar d.d. 5 oktober 2016;
- De repliek van de gemachtigde van Consument d.d. 25 oktober 2016;
- De dupliek van Verzekeraar d.d. 8 december 2016.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 29 maart 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 2.1 Consument, geboren in 1958, heeft met een door haar op 24 maart 2003 ondertekend aanvraagformulier bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheids-verzekering ('Hypotheek Opvang Polis') aangevraagd met een verzekerd maandbedrag van €606,00.

De vraag in de gezondheidsverklaring “Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?” is met “nee” beantwoord.

De vraag “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?” is beantwoord met “ja, alleen bronchitis.”

De vraag “Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?” is met “nee” beantwoord met de toevoeging “wel seretide”.

In de medische vragenlijst, die een kandidaat-verzekerde moet invullen als hij één van deze vragen met “ja” heeft beantwoord, is uitsluitend melding gemaakt van behandeling door de huisarts van bronchitis, waarvoor medicijngebruik:

Vraag 3 van deze vragenlijst luidt als volgt:

- a. Hebt u wel eens een medisch specialist geraadpleegd?
- b. Hebt u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog, of een andere paramedicus geraadpleegd?
- c. Hebt u nog klachten
- d. Staat u nog onder controle.

Deze vragen zijn alle met “nee” beantwoord.

Vraag 10 van de medische vragenlijst luidt als volgt:

Lijdt u, of hebt u geleden aan: Zo ja, waaraan, wanneer, hoe lang, geopereerd, welke medicijnen, hoe lang verzuim, nog klachten?

- a. Hersenaandoeningen, neurologische aandoeningen, toevallen, duizelingen, overwerktheid, overspanning, zenuwziekte, flauwte, hoofdpijnen?
- b. Beklemming op de borst, hartkloppingen, kortademigheid, ziekte aan hart of bloedvaten?
- c. Jicht, verhoogd cholesterol, suikerziekte schildklierafwijkingen?
- d. Astma, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?
- e. Aandoeningen van maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier?
- f. Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?
- g. Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, hernia, ischias, rugpijn?
- h. Huidaandoeningen, spataderen, open been?
- i. Enige andere ziekte, kwaal of gebrek?

Bij deze vragen is achter d ingevuld “bronchitis kinds af aan”. De overige vragen zijn met “nee” beantwoord.

- 2.2 De verzekering is ingegaan op 1 mei 2003 met uitsluiting van arbeidsongeschiktheid als gevolg van C.O.P.D. (chronische obstructieve luchtwegaandoeningen) alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de gehele looptijd van de verzekering. De premie (koopsom) bedraagt €5.704,77. De einddatum is gesteld op 31 juli 2023.

- 2.3 Consument meldde zich met een op 28 juni 2015 ondertekend claimformulier arbeidsongeschikt vanaf 16 juli 2014 wegens chronische axonale polyneuropathie en hyperextensie van de knie.
- 2.4 Verzekeraar heeft Consument op 16 november 2015 meegedeeld, dat uit de verkregen medische informatie naar voren is gekomen dat zij vanaf het 11^e levensjaar al bekend is met klachten passend bij een axonale polyneuropathie en angioliipomatosis. Daarnaast is Consument in haar 28^e levensjaar behandeld vanwege distale paresen aan de benen en een sensibiliteitsstoornis. Als Consument bij het aangaan van de verzekering de vragen in de gezondheidsverklaring juist en volledig had beantwoord, zou de verzekering niet tot stand zijn gekomen. Verzekeraar heeft de verzekering met verwijzing naar artikel 7:940 lid 4 en 7:929 lid 2 Burgerlijk Wetboek (BW) beëindigd per 16 november 2015 met teruggave van een bruto-premiebedrag van €743,21.
- 2.5 Consument en haar gemachtigde hebben met brieven van respectievelijk 22 november 2015 en 2 februari 2016 tegen de afwijzing bezwaar aangetekend. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft vervolgens met schriftelijke toestemming van Consument medische informatie opgevraagd bij de huisarts over de spierzwakte en lipomatosis.
- 2.6 Verzekeraar heeft zijn afwijzende standpunt in een brief aan de gemachtigde van Consument d.d. 28 april 2016 toegelicht en gehandhaafd. De vragen 3a en 10h van de medische vragenlijst zouden ten onrechte met 'nee' zijn beantwoord. Een klacht die de gemachtigde van Consument op 9 juni 2016 bij Verzekeraar heeft ingediend, heeft niet geleid tot wijziging van het ingenomen standpunt in voor Consument gunstige zin. Het Klachtenbureau van Verzekeraar heeft de vordering tot toewijzing van de claim, subsidiair tot terugbetaling van de premie, op 7 juli 2016 afgewezen.
- 2.7 De door Verzekeraar genoemde wettelijke bepalingen luiden als volgt:
Artikel 7:929 lid 2 BW:
De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
- Artikel 7:930 lid 4 BW:
In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten.
- 2.8 Artikel 11 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Hypotheek Opvang Polis model HOPI101 luidt, voor zover van belang, als volgt:
Art 11 Premiebetaling en premierestitutie:
[...]
c) *Indien de module arbeidsongeschiktheid of werkloosheid eindigt als het uitsluitend gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4c 7 of artikel 4c 8 dan wordt overgegaan tot restitutie van het niet verdiende arbeidsongeschiktheids- en/of werkloosheidsdeel van de koopsom onder aftrek van kosten.*

Indien de module arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of ernstige aandoeningen eindigt als het uitsluitend gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4c 3, dan wordt overgegaan tot restitutie van het niet verdiende arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of ernstige aandoeningendeel van de koopsom onder aftrek van kosten. Premierestitutie geschiedt alleen indien er nooit een schade-uitkering krachtens de polis is gedaan.

2.9 De in artikel 11 genoemde polisbepalingen luiden als volgt:

Art. 4 Aanvang, duur en einde van de modules:

a) Elke module van deze verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum, zoals op het polisblad vermeld. Indien een module middels een koopsom is betaald, dan is deze van kracht mits de koopsom op rekening van verzekeraar is bijgeschreven, zoals bedoeld in artikel 11a.

b) Een module is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld.

c) Een module eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering:

1.

[...];

3. op de datum van het overlijden van verzekerde;

Bovendien eindigen de modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid voor een verzekerde ook:

[...]

7. indien verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;

8. indien verzekerde de actieve beroepsbezigheden stopzet

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering van Consument

3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog overgaat tot het doen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering of tot het terugstorten van de door Consument betaalde premie.

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen:

- Verzekeraar en diens medisch adviseur geven aan dat de arbeidsongeschiktheid van Consument veroorzaakt wordt door de polyneuropathie in combinatie met de angioliipomatosi, waarbij de polyneuropathie de hoofdoorzaak is. De polyneuropathie en de hyperextensie van de knie is de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid van Consument. De angioliipomatosi staat hier los van. Deze, ook wel lipomen genoemd, had Consument al voor het afsluiten van de verzekering. De diagnose polyneuropathie is pas na het aangaan van de verzekering gesteld. In eerste instantie stelde Verzekeraar dat Consument hier ten tijde van het aangaan van de verzekering al mee bekend was. En was dit de reden voor de afwijzing van de uitkering (en beëindiging van de verzekering). Nu wordt gesteld dat zij op het moment van het aangaan van de verzekering een fors aantal klachten en consulten had, waar Verzekeraar niet van op de hoogte was.
- Tevens stelt Verzekeraar dat hij, als hij destijds wel op de hoogte was geweest, de verzekering met Consument niet was aangegaan, maar hij had ook kunnen volstaan met het plaatsen van een clause ter uitsluiting van de bekende aandoeningen.

- Het door Verzekeraar gestelde niet correct invullen van de medische vragenlijst is geen reden om niet over te gaan tot het doen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De belangen van Verzekeraar zijn niet geschaad. De causaliteit tussen de niet gemelde klachten en de huidige arbeidsongeschiktheid van Consument ontbreekt volledig.
- Consument heeft de medische vragenlijst naar beste kunnen ingevuld, in samenspraak met een adviseur. Zij is van mening dat de consulten niet als behandelingen zijn aan te merken, zodat deze terecht niet zijn gemeld.
- Lipomen zijn geen huidziekte zoals Verzekeraar beweert. De behandelingen (ook fysiotherapie na een lipomenoperatie) hiervoor heeft Consument niet op de medische vragenlijst vermeld, omdat ze ervan uitging dat de lipomen uitgesloten werden. Pas nu blijkt dat Verzekeraar deze nooit op het aanmeld-formulier heeft aangetroffen. Overigens had Verzekeraar zelfs met een uitsluitingsclausule voor angioliomatosis nu over dienen te gaan tot een arbeidsongeschiktheidsuitkering aangezien polyneuropathie geen verband heeft met deze lipomen. De klachten en consulten die Verzekeraar aanhaalt, houden ook geen verband met de polyneuropathie of de hyperextensie van de knie.

Verweer van Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd:

- Consument heeft in de jaren voor het aangaan van de verzekering al doorlopend forse medische beperkingen gehad.

Uit de medische informatie komen de volgende feiten naar voren, die ook zijn vermeld in de brief van Verzekeraar aan de gemachtigde van Consument d.d.

28 april 2016:

- Consument heeft op haar 28e levensjaar de neuroloog geconsulteerd vanwege distale paresen aan de benen en een sensibiliteitsstoornis. De vraag of zij wel eens een medisch specialist heeft geraadpleegd (vraag 3a op de medische vragenlijst) had zij op 24 maart 2003 dan ook met 'ja' moeten beantwoorden.
- Uit de aanvullende medische informatie van de huisarts blijkt verder dat Consument in 2000, 2001 en 2002 (de jaren direct voor het aangaan van de verzekering) frequent de huisarts heeft geconsulteerd. Dat heeft zij gedaan voor de door haar bij het aangaan van de verzekering gemelde bronchitis (waarvoor destijds de uitsluitingsclausule voor C.O.P.D. is toegevoegd), echter ook voor een fors aantal andere klachten die zij bij het aangaan van de verzekering niet heeft gemeld.
- Naast de consulten in verband met de reeds besproken angioliomatosis gaat het om consulten voor de volgende klachten:
- In juli 2000 wordt gemeld dat Consument steeds verergerende spierpijn heeft, waarbij de huisarts "DD: neuropathie, DM, spierpijn, beginnend zoster?" vermeldt. Er wordt op dat moment dus al gedacht in de richting van zenuwpijn/neuropathie.
- In augustus 2000 consulteert Consument de huisarts in verband met pijnklachten en een epicondylitis lateralis (tennisarm). Voor deze chronische prikkelingstoestand in de arm is zij ook behandeld op de pijnpoli.

Er was een afspraak voor onderzoek voor prognostische blokkades voor de pijn, maar Consument is hiervoor niet op de afspraak verschenen.

- Voorts heeft Consument in september 2002 de huisarts geconsulteerd in verband met 'veel soorten RSI-klachten'. Er worden aangepaste werktijden in overleg met haar werkgever afgesproken, de werkplek wordt aangepast en er wordt rust voorgeschreven. Daarbij wordt ook gemeld dat Consument voor chronische rugklachten wekelijks fysiotherapie vergoed krijgt van de zorgverzekeraar.
- Op 25 februari 2003 - ca. een maand voor het aangaan van de arbeidsongeschiktheidsverzekering - consulteert Consument weer de huisarts in verband met schouderklachten met uitstralende pijn naar de armen, welke verergeren na beweging. Opnieuw wordt de diagnose van een RSI-beeld genoemd.
- De klachten van juli 2000 t/m februari 2003 gaan over spierpijnen, een RSI-beeld en (mogelijk) zenuwpijnen. Consument had de vraag of zij in de laatste 5 jaar voor het aangaan van de verzekering een arts/specialist heeft geraadpleegd voor (chronische) spier- en/of gewrichtsaandoeningen (vraag 2 op de gezondheidsverklaring) met "ja" moeten beantwoorden. Voorts had zij de vragen of zij wel eens een medisch specialist heeft geraadpleegd (vraag 3a op de medische vragenlijst) en of zij nog klachten heeft (vraag 3c op de medische vragenlijst) met "ja" moeten beantwoorden.
- Conclusie:
Uit de aanvullende medische informatie is gebleken dat de diagnose polyneuropathie tijdens het aangaan van de verzekering nog niet was gesteld. Desalniettemin heeft Consument bij het aangaan van de verzekering op 24 maart 2003 een fors aantal klachten en consulten niet gemeld. Voor het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering is het voor Verzekeraar van groot belang op de hoogte te zijn van de juiste medische situatie. Dat was hier niet het geval. Bij juiste beantwoording van de gestelde vragen was de aanvraag geweigerd wegens de veelheid van klachten en de combinatie daarvan.
- Als Verzekeraar op de hoogte was geweest van de ware medische stand van zaken zouden naast de uitsluitingsclausule voor C.O.P.D. de volgende clausules moeten worden toegevoegd:
 - Lipodystrofie
 - Nekpathologie
 - Schouderpathologie
 - Armpathologie
 - Rugpathologie
 - Handpathologie.

Op basis van het handboek acceptatie is het beleid van Verzekeraar dat er maximaal drie (uitsluitings)clausules op de polis kunnen worden geplaatst. Anders dient de aanvraag te worden afgewezen. Een alternatief om het aantal clausules te beperken zou geweest zijn om één clausule toe te passen voor het totale bewegingsapparaat. In dat geval wordt echter zoveel meer uitgesloten dan is verzekerd dat het niet meer redelijk zou zijn om een dergelijke aanvraag te accepteren.

- In het geval van een onderzoek naar de mededelingsplicht is het niet van belang of sprake is van een causaal verband tussen de gezondheidshistorie van een aspirant-verzekerde ten tijde van het aanvragen van de verzekering en de klachten waarmee een verzekerde na het ingaan van de arbeidsongeschiktheid claimt.
- Bij het indienen van een claim - zoals is gebeurd - op een verzekering die tot stand is gekomen onder een verkeerde voorstelling van zaken bestaat altijd het risico dat de ware stand van zaken niet wordt ontdekt en er daardoor ten onrechte wordt uitgekeerd. In dat opzicht heeft Verzekeraar risico gedragen en is ook niet gehouden de gehele koopsompremie aan Consument terug te betalen, maar uitsluitend de restwaarde vanaf het moment van beëindiging van de verzekering.

4. Beoordeling

- 4.1 Uitgangspunt bij de beoordeling van deze klacht is de in artikel 7:928 BW opgenomen mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Deze houdt onder meer in dat de aspirant-verzekeringnemer verplicht is vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die relevant (kunnen) zijn voor de beoordeling door de verzekeraar of hij het aangeboden risico kan en/of wil accepteren. Indien de verzekeraar daarbij gebruik maakt van een door hem opgestelde vragenlijst, mag en moet de aspirant-verzekeringnemer ervan uitgaan dat een correcte invulling van de daarop vermelde vragen voor de verzekeraar niet alleen afdoende maar ook noodzakelijk is om tot een zorgvuldige beoordeling te kunnen komen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium, 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.
- 4.2 Uit de (medische) stukken komt naar voren dat Consument bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in maart 2003 alleen heeft ingevuld dat zij lijdt en/of heeft geleden aan bronchitis. Andere klachten en behandelingen heeft zij niet gemeld met als reden 'vergeten' of 'niet relevant geacht'. Uit het dossier blijkt dat zij op dat moment al jaren leed aan een lipomatose/ziekte van Madelung, zijnde een huidziekte waarbij vorming van pijnlijke vetbulten optreedt in het lichaam. Deze vetbulten waren ten tijde van de aanvraag al een aantal keren verwijderd, maar zij hebben de neiging te recidiveren en pijn te veroorzaken. Om die reden en vanwege littekenpijn heeft Consument in 1992 de pijnpoli bezocht. Daarnaast heeft Consument op 11-jarige leeftijd de neuroloog bezocht wegens dunne benen en niet goed op de tenen kunnen lopen. Hiervan kan zij zich weinig of niets herinneren. Op 28-jarige leeftijd (in 1986) heeft Consument wederom, volgens eigen opgave eenmalig, een neuroloog geconsulteerd omdat zij spierzwakte had in de armen en de benen en daarmee moeilijk de trap op kwam. Een bijwerking van medicatie wordt als oorzaak van deze klachten genoemd. EMG-onderzoek (waarmee een polyneuropathie kan worden aangetoond) is toen door Consument echter geweigerd.

- 4.3 Al dan niet veroorzaakt door de lipomatose wordt melding gemaakt van nek-, schouder- en rugklachten in de jaren voor de ingangsdatum van de verzekering, waarvoor diverse behandelingen hebben plaatsgevonden en in 2002 zelfs wekelijks fysiotherapie. Daarnaast waren er nog RSI-klachten in 2002. Consument heeft weliswaar aangeven dat deze klachten verband houden met haar werkplek, maar het medisch dossier laat een ander beeld zien, temeer daar bekend is dat de lipomatose met name gepaard gaat met pijnlijke vetbulten in de nek en bovenlichaam.
- 4.4 De Commissie is van oordeel dat Consument Verzekeraar op de hoogte had moeten stellen van deze klachten en van de behandeling daarvan. Zij kan zich er niet op beroepen dat het ging om vage, voor het nemen van een beslissing door Verzekeraar over het al dan niet sluiten van de verzekering, niet relevante klachten waarvoor nog niet een sluitende diagnose was gesteld. In de bij de aanvraag behorende gezondheidsverklaring en medische vragenlijst waren immers duidelijke en expliciete vragen gesteld naar een ziekte, kwaal of gebrek, klachten en aandoeningen (neurologische aandoeningen, aandoeningen van spieren of gewrichten), alsmede of aanvrager wel eens een medisch specialist of fysiotherapeut heeft geraadpleegd, en controle door een arts/specialist en medicijngebruik. Consulten vallen hier ook onder. Bovendien had Verzekeraar op het belang van het geven van juiste en volledige antwoorden op de gestelde vragen gewezen. Consument had daarom behoren te begrijpen dat een juiste beantwoording van de gestelde vragen voor Verzekeraar relevant is om zijn risico bij het eventueel aangaan van een verzekering met Consument juist in te schatten (zie ook HR 14 juli 2006, RvdW 2006, 742).
- 4.5 De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan haar mededelingsplicht op grond van artikel 7:928 lid 1 BW heeft voldaan.
- 4.6 Verzekeraar heeft naar het oordeel van de Commissie voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar en; gelet op de veelheid van klachten ten tijde van de aanvraag, bij kennis van de ware stand van zaken door vermelding daarvan op het aanvraagformulier c.q. in de gezondheidsverklaring en de medische vragenlijst, de aanvraag zou hebben afgewezen. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de medische voorgeschiedenis van Consument het standpunt dat de aanvraag bij juiste beantwoording van de gestelde vragen zou zijn afgewezen en de verzekering niet tot stand zou zijn gekomen.
- 4.7 De eventuele uitkeringsplicht van Verzekeraar dient te worden beoordeeld met toepassing van het bepaalde in artikel 7:930 lid 4 BW. Nu mag worden aangenomen dat de verzekering bij juiste en volledige beantwoording van de bij de aanvraag gestelde gezondheidsvragen niet tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar geen uitkering verschuldigd ter zake van de gemelde arbeidsongeschiktheid. Daarbij is niet van belang of de aandoeningen die tot de arbeidsongeschiktheid hebben geleid al dan niet al bestonden ten tijde van de totstandkoming van de verzekering. De Commissie komt tot het oordeel dat Verzekeraar - mede gelet op het advies van zijn medisch adviseur - terecht tot de conclusie is gekomen dat de gemelde arbeidsongeschiktheid op grond van het bepaalde in artikel 7:930 lid 4 BW niet gedekt is.

- 4.8 Verzekeraar heeft een deel van de, in de vorm van een koopsom, betaalde premie aan Consument gerestitueerd. Het restitutiebedrag is berekend op basis van de restwaarde vanaf het moment van beëindiging van de verzekering, onder aftrek van kosten, berekend met toepassing van de zgn. 78-methode. Consument heeft niet voldoende onderbouwd dat zij recht heeft op teruggave van de volledige koopsom. Er is geen sprake van beëindiging van de verzekering *uitsluitend* als gevolg van een gebeurtenis als genoemd in artikel 4c, sub 3, 7 of 8 waarnaar in artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden is verwezen. Evenmin is sprake van een situatie dat noch de verzekeraar, noch de tot uitkering gerechtigde het risico heeft gelopen waartegen werd verzekerd en die volgens artikel 7:938 BW recht zou geven op teruggave van (een deel van) de premie. Verzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat hij risico heeft gelopen voor het geval de schending van de mededelingsplicht niet (tijdig) was ontdekt en Consument heeft het risico gelopen van arbeidsongeschiktheid overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden.
- 4.9 Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, worden de vorderingen van Consument afgewezen. Al hetgeen partijen verder nog hebben gesteld, kan niet tot een andere beslissing leiden en zal onbesproken blijven.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vorderingen 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.