

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2017-510
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en drs. J.H. Paulusma – de Waal, arts,
mr. A.M. Wigger, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 5 april 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 3 augustus 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Schending mededelingsplicht. Verzekeraar stelt dat Consument bij de totstandkoming van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2006 ten onrechte geen melding heeft gemaakt van in het verleden door hem ervaren psychische klachten en is overgegaan tot opzegging van de verzekering omdat hij bij kennis van de ware feiten geen verzekering was aangegaan. Consument vordert primair dat verzekeraar de beëindiging van de verzekering ongedaan maakt en overgaat tot uitkering uit hoofde van de verzekering. Secundair dat Verzekeraar overgaat tot restitutie van de volledige premiekoopsom. Commissie is van oordeel dat Consument psychische klachten ten onrechte niet heeft vermeld bij het aangaan van de verzekering en schending van de mededelingsplicht mitsdien vaststaat. Ook dat de langdurige psychische klachten die Consument heeft ervaren en de behandeling/begeleiding die hij daarvoor heeft gehad in het algemeen als een slecht risico worden aangemerkt. Een redelijk handelend verzekeraar had de aanvraag van de verzekering dan ook afgewezen, zeker gezien in relatie tot het langdurige drugsgebruik van Consument en de daarmee gepaard gaande verslavingsproblematiek. Volgt afwijzing van primaire en secundaire vordering Consument.

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 zoals door Consument op 5 en 6 april 2016 aangeleverd;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument waarbij hij verwijst naar hetgeen hij eerder over het standpunt van Verzekeraar heeft aangevoerd;
- de brief van Verzekeraar de dato 10 juli 2017;
- het in reactie daarop gevolgd e-mailbericht van Consument van 26 juli 2017.

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

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Op 16 februari 2006 heeft Consument een Hypotheek Opvang Polis bij Verzekeraar aangevraagd in het kader waarvan hij een aanvraagformulier en een op 16 februari 2006 ondertekende gezondheidsverklaring heeft ingevuld. De in deze gezondheidsverklaring opgenomen vragen:

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 vijf jaar een arts/specialist geraadpleegd voor (chronische)luchtwegklachten, bloeddruk, bloedonderzoek(o.a. op cholesterol), epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (chronische) spier- en/of gewrichts-klachten (waaronder rugklachten) suikerziekte of een andere ernstige ziekte?*

heeft Consument in ontkennende zin beantwoord. De verzekering is hierna op 12 april 2006 ingegaan.

- 2.2** Als gevolg van een niet-aangeboren hersenafwijking, een crisissituatie en depressiviteit is Consument met ingang van 13 december 2013 arbeidsongeschikt geraakt. Consument heeft hiervoor een beroep gedaan op zijn verzekering zoals gesloten bij Verzekeraar.
- 2.3** Bij brief van 23 december 2014 heeft Verzekeraar Consument een uitkering uit hoofde van deze verzekering ontzegd omdat Consument bij het aangaan van de verzekering een onjuiste verklaring heeft afgelegd over zijn gezondheid, terwijl, als hij dat niet had gedaan, Verzekeraar de verzekering niet had afgesloten. Onder verwijzing naar het hierover gestelde in artikel 7:930 lid 4 en 7:929 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek is Verzekeraar daarom per gelijke datum overgegaan tot beëindiging van de verzekering onder restitutie van de te veel betaalde premie. 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 primair dat Verzekeraar de verzekering in kracht herstelt en hem met ingang van 13 december 2013 alsnog de maandelijkse uitkering van € 700,- verstrekt waar Consument recht op heeft. Zo niet, dan vordert Consument secundair de koopsom terug die hij voor de verzekering heeft betaald.

3.2 *Grondslagen en argumenten daarvoor*

Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst door zich jegens Consument op het standpunt te stellen dat deze zijn precontractuele mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden, hem uitkering uit hoofde van deze verzekering te ontzeggen en de verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument heeft te goeder trouw het formulier heb ingevuld en kon niet weten dat hij arbeidsongeschikt zou worden.
- In de periode van 2000 tot 2006 heeft Consument geen medische hulp verzocht in verband met psychische klachten. Het contact met Verslavingszorg Noord Nederland uit 2005 betrof bovendien geen behandeling voor psychische klachten o.i.d. Dat zag op een zelfcursus om beter inzicht in zijn wietgebruik te krijgen. VNN kan bovendien niet worden beschouwd als een arts/specialist
- Consument heeft pas in 2010 medische hulp gezocht onder andere in verband met psychische klachten. In december 2013 zijn de problemen geëscaleerd. Het contact dat Consument, toen hij 12 jaar oud was, met het RIAAG heeft gehad was slecht kort van aard.
- Daarbij is pas in 2014 door middel van een MRI-scan vastgesteld dat hij aan het auto-ongeluk in 1988, afwijkingen aan de hersenen heeft overgehouden, niet eerder. Naar waarheid heeft hij dan ook bij het afsluiten van de verzekering kunnen verklaren dat hij geen hersenletsel had.

3.3 Verweer Verzekeraar

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

- De medisch adviseur van Verzekeraar is op basis van het medisch dossier van Consument tot de conclusie gekomen dat er sprake is van omvangrijke pre-existente klachten, die Consument niet heeft aangegeven op de gezondheidsverklaring. Deze klachten zijn bovendien zo omvangrijk dat Verzekeraar deze verzekering bij kennis van de ware stand van zaken in het geheel niet aangegaan zou zijn. Naar aanleiding van het door Consument ingediende bezwaar tegen deze beslissing heeft Verzekeraar alsnog aanvullende medische informatie opgevraagd en zijn medisch adviseur verzocht om een en ander nogmaals te beoordelen. Uit deze aanvullende medische informatie is gebleken dat Consument van 1984 tot 2006 voor psychische klachten onder behandeling is geweest bij de sociaal psychiatrische verpleegkundige van zijn huisartsenpraktijk en een psycholoog. Ook dat Consument drugs is gaan gebruiken en in de periode vanaf zijn puberteit tot de leeftijd van 24 jaar ook harddrugs gevolgd door een fors gebruik van softdrugs. In 2001 heeft Consument een psychiater/psychotherapeut geconsulteerd. In maart 2006 heeft Consument een psycholoog bezocht. Hij gebruikte op dat moment nog anti-depressiva. In 2005 is Consument vanwege zijn verslavingsproblematiek onder behandeling geweest bij VVN in verband met een hulpvraag in verband met het blowen.

Verzekeraar heeft op basis van de medische informatie geconcludeerd dat Consument al geruime tijd voor het sluiten van de verzekering serieuze psychische klachten had waarvoor hij werd behandeld, niet alleen door zijn huisarts maar ook door een psycholoog en een psychiater. Hij gebruikte hiervoor bovendien medicatie. Consument had daarnaast een serieus verslavingsprobleem ten aanzien van zijn wietgebruik.

- Bij de aanvraag van de verzekering had Consument moeten melden dat hij een arts had geraadpleegd voor psychische klachten. Dan had Verzekeraar hem een uitgebreide gezondheidsverklaring toegestuurd die Consument had moeten invullen. Consument had Verzekeraar dan moeten informeren over (de behandeling van) zijn psychische klachten en het drugsgebruik en zijn verslaving. In de uitgebreide verklaring wordt daarnaar expliciet gevraagd. De verzekering zou dan niet zijn geaccepteerd op basis van de omvangrijke psychische problematiek en het ernstige drugsgebruik door Consument vanaf zijn 16^{de} jaar, ook omdat Consument kort voor het aanvragen van de verzekering nog onder behandeling was bij verslavingszorg. Consument heeft daarnaast in 1988 een ernstig ongeval gehad met zwaar hoofdletsel.
- In het hier door Verzekeraar overgelegde medisch dossier zijn - onder andere en voor zover hier relevant - de navolgende stukken opgenomen:
 - Een brief van een psychiatrisch verpleegkundige verbonden aan VNN (Verslavingszorg Noord Nederland) gericht aan de huisarts van Consument de dato 15 december 2005; Hieruit blijkt dat Consument op eigen initiatief hulp/ ondersteuning zocht bij het stoppen met blowen of leren het blowen onder controle te houden. Consument werd voorgesteld om de reguliere intake fase te doorlopen.
 - Samenvatting /diagnostiek / behandelingsformulier van de VNN van 14 november 2005 waarin een overzicht wordt gegeven van de psychosociale omstandigheden en psychische/psychiatrische stoornissen die bij Consument een rol spelen. Als belangrijkste omstandigheid benoemt de intaker depressieve klachten.
 - Een brief van psychiater [..naam en datum..] aan HA: Hieruit blijkt dat deze psychiater Consument eenmalig zag op 22.03.2006 en Consument vanaf zijn 15e jaar blowt tot wel 6 joints per dag. Ook dat deze wilde stoppen gezien de gezinssituatie (gehuwd, jong kind) en daarvoor hulp heeft gezocht bij verslavingszorg terwijl Consument werd begeleid in de afbouw. Gebruikt op voorschrift van de huisarts Citalopram een middel tegen depressie en angststoornissen. Consument had als jong kind gedragsproblemen waarvoor hij contact heeft gehad met RIAGG.
 - Een brief van psychiater/psychotherapeut [..naam en datum..], gericht aan de huisarts van Consument. Daaruit blijkt dat Consument is verwezen door de huisarts en met zichzelf in de knoop zit. De psychiater concludeert tot een aanpassingsstoornis met een depressieve stemming met daarbij in de differentiaal diagnose PTSS / Depressie. Behandeling psychiatrische psychotherapie / farmacotherapie.
 - Een brief van de huisarts van Consument dd. 30 september 2015 gericht Verzekeraar. Hierin wordt aangegeven dat Consument van 1984 tot 2006 wegens psychische klachten onder behandeling is geweest van een Sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een psycholoog waarbij de diagnose ADHD en een aanpassingsstoornis met depressieve stemming, werd gesteld.
 - Brieven van het Syndaeda Psychomedisch Centrum dd. 15 juli 2010 en 24 juni 2011. Hierin wordt melding gemaakt van het kortdurende contact met RIAGG dat Consument op 12 jarige leeftijd had en de latere behandeling bij de VNN omdat hij merkte dat het stoppen met blowen niet lukte. Consument ervaart op dat moment depressieve klachten en is de kluts kwijt en gebruikt 1-2 joints per dag.

Consument heeft tussen zijn 17e en 21e jaar ook diverse harddrugs uitprobeerde. De diagnose zou zijn gesteld op een borderline persoonlijkheidsstoornis waarvoor hij is behandeld met diverse trainingen.

4. Beoordeling

4.1 De Commissie ziet zich gesteld voor beantwoording van de vraag of Verzekeraar toerekenbaar te kort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door zich in deze kwestie jegens Consument op het standpunt te stellen dat

- 1) deze zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering in februari 2006 heeft geschonden door de in de door hem ondertekende gezondheidsverklaring van 16 februari 2006 opgenomen vragen zoals hierboven onder 2.1 weergegeven, in ontkennende zin te beantwoorden en
- 2) hij bij kennis van de ware stand van zaken deze verzekering in het geheel niet aangegaan zou zijn.

4.2 De Commissie overweegt hiertoe het volgende.

Ad 1) Ingevolge artikel 7:928 lid 1 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. 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.

In dit verband kan naar het oordeel van de Commissie, gezien de informatie uit het door Verzekeraar overgelegde medisch dossier, als vaststaand worden aangenomen dat Consument in de periode van 1984 tot 2006 onder behandeling is geweest van zowel een sociaal psychiatrisch verpleegkundige als een psycholoog; in 1995 op 12 jarige leeftijd kortdurend is behandeld bij de GGZ en in 2001 is verwezen naar een psychiater, die zijn diagnose heeft gesteld op een aanpassingsstoornis en een depressieve stemming; Consument in 2005 Verslavingszorg Noord Nederland heeft geconsulteerd omdat het hem zelf niet lukte om te stoppen met blowen en toen minimaal een aantal maanden is begeleid en Consument in 2006 werd gezien door een psychiater voor een eenmalige intake in het kader van zijn behandeling bij Verslavingszorg Noord Nederland en toen Citalopram gebruikte.

Daarvan uitgaande kan de Commissie niet anders dan vaststellen dat Consument in ieder geval de hierboven onder 2.1 geciteerde vraag uit de gezondheidsverklaring “heeft u ooit voor psychische klachten een arts/specialist geraadpleegd” ten onrechte in negatieve zin heeft beantwoord terwijl hij had kunnen en moeten begrijpen dat het antwoord op deze vraag voor verzekeraar van belang zou zijn voor beoordeling van het aangeboden risico. Dat Verzekeraar, zoals Consument heeft aangevoerd, de voorhanden zijnde medische informatie verkeerd heeft geïnterpreteerd en Consument pas na de totstandkoming van de verzekering hulp zou hebben gezocht voor zijn psychische klachten, is in strijd met de feiten zoals die blijken uit het medisch dossier van Consument en kan de Commissie dan ook niet onderschrijven. Consument is immers bekend met een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis waarbij hij, voor de ingangsdatum van de verzekering in 2006 zowel zijn huisarts als psychiater heeft geconsulteerd. Dat Consument de gezondheidsverklaring te goeder trouw heeft ingevuld en hij niet kon weten dat hij arbeidsongeschikt zou worden, wil de Commissie zonder meer van hem aannemen maar dient zij toch als niet relevant te passeren. Voor de vraag of Consument zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden is immers slechts van belang of Consument de hiervoor genoemde vraag uit de gezondheidsverklaring onjuist heeft beantwoord. Ook in dat onderdeel van zijn klacht kan de Commissie Consument mitsdien niet volgen. Dat geldt eveneens voor dat onderdeel van de klacht van Consument waarin hij aanvoert dat het contact met Verslavingszorg Noord Nederland uit 2005 geen behandeling voor psychische klachten o.i.d. betrof, maar slechts zag op een zelfcursus om beter inzicht in zijn wietgebruik te krijgen, terwijl VNN zich niet laat kwalificeren als een arts/specialist. De Commissie overweegt in dat verband dat Consument kennelijk hulp nodig had bij het stoppen met blowen omdat hij dat niet op eigen kracht kon.

Consument was mitsdien verslaafd en is bovendien minstens vier maanden begeleid om van die verslaving af te komen terwijl een dergelijke behandeling en begeleiding plaatsvindt in overleg met de huisarts dan wel onder supervisie van een psychiater. De vraag of Consument al dan niet het hersenletsel had moeten melden, is niet meer relevant waar Verzekeraar zijn hier ter beoordeling voorliggende afwijzing daarop niet heeft gebaseerd. Dat onderdeel van de klacht van Consument dat daarop ziet, behoeft mitsdien geen verdere bespreking.

- Ad 2. Nu niet-nakoming van de precontractuele mededelingsplicht door Consument vaststaat, komt de Commissie toe aan de vraag of een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken, de verzekering niet dan wel slechts onder beperkende voorwaarden zou zijn aangegaan. Zie art. 7:930 lid 3 en 4 BW en 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.

Het verweer van Verzekeraar komt in de kern genomen hierop neer dat de verzekering zou zijn geweigerd op basis van het ernstig drugsgebruik van Consument vanaf zijn 16^{de} jaar terwijl hij kort voor het aanvragen van de verzekering nog werd behandeld voor zijn verslavingsproblematiek. Dit mede gezien de uitgebreide psychische problematiek van Consument. Dat verweer treft doel. De Commissie is van oordeel dat de langdurige psychische klachten die Consument heeft ervaren en de behandeling/begeleiding die hij daarvoor heeft gehad in het algemeen als een slecht risico worden aangemerkt. Een redelijk handelend verzekeraar had de aanvraag van de verzekering dan ook afgewezen, zeker gezien in relatie tot het langdurige drugsgebruik van Consument en de daarmee gepaard gaande verslavingsproblematiek.

- 4.3 Het voorgaande moet tot de conclusie leiden dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering jegens Consument toerekenbaar te kort is geschoten. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af. Dat lot dient ook te gelden voor de subsidiaire vordering van Consument die ziet op een volledige restitutie van de koopsom die hij voor deze verzekering heeft betaald. De Commissie stelt in dat verband vast dat ingevolge het bepaalde onder artikel 7.939 BW Consument bij een tussentijdse beëindiging van de verzekering zoals in deze kwestie het geval is, aanspraak maken op een restitutie naar redelijkheid van de door hem betaalde premie. Verzekeraar mag daarbij ook administratiekosten in mindering brengen. Een volledige restitutie van de koopsom, zoals Consument heeft betoogd kan reeds om die reden niet voor toewijzing in aanmerking komen. Verzekeraar heeft blijkens zijn brief van 10 juli 2017, gerestitueerd conform de zogenoemde 78-methode, conform het hierover onder artikel 12 sub van de algemene voorwaarden van deze verzekering, bepaalde. De Commissie stelt in dat verband vast dat het een in de bedrijfstak gebruikelijke en veel toegepaste berekening betreft. Nu de Commissie niet van enige onregelmatigheden in de berekening is gebleken en ook Consument die berekening niet heeft betwist, dient aldus van de uitkomsten van die berekeningsmethode te worden uitgegaan. Hetgeen Consument in zijn reactie hierop in zijn e-mailbericht van 26 juli 2017 nog heeft aangedragen, ziet in het geheel niet op de inhoud van de brief van Verzekeraar van 10 juli 2017 en hetgeen hij daarin over de door hem aangehouden restwaarde aanvoerde, en kan daarmee volledig buiten beschouwing blijven.

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.