

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-261  
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mevrouw J.H. Paulusma – De Waal, arts en  
mr. S. Bakkerus, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 11 oktober 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te  
noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 20 april 2018  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument is zijn precontractuele mededelingsplicht niet nagekomen door bij de aanvraag van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering geen melding te maken van psychische klachten. De commissie heeft geconcludeerd dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten. Verzekeraar is geen uitkering onder de verzekering verschuldigd en mocht na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht de verzekering ook opzeggen.

### **1. Procesverloop**

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

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek en de aanvulling daarop van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 27 september 2017 en zijn aldaar verschenen.

### **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft in augustus 2005 een woongarant Inkomensbeschermingsplan bij Verzekeraar aangevraagd in welk kader hij een aanvraagformulier inclusief medische vragenlijst heeft ingevuld. De in het aanvraagformulier opgenomen vraag:  
*“Heeft u voor hart- en/of vaatziekten of 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)luchtwegaandoeningen, bloeddruk, bloedonderzoek, epilepsie, leverklachten, nierklachten, (chronische) spieren/of gewrichtsaandoeningen, suikerziekte of een andere ernstige ziekte?”* heeft Consument in ontkennende zin beantwoord.

- 2.2 Op 24 november 2015 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische klachten, een beroep op deze verzekering gedaan. Verzekeraar heeft naar aanleiding daarvan medische informatie bij de behandelende sector opgevraagd. Daaruit is hem gebleken dat Consument een verleden had met psychische klachten en drugsgebruik.
- 2.3 In reactie hierop heeft Verzekeraar Consument bij brief van 1 maart 2016 laten weten dat deze hem bij het aangaan van de verzekering onjuist over zijn gezondheidstoestand heeft geïnformeerd en dat hij de verzekering niet had gesloten als hij dat wel had gedaan. Verzekeraar heeft Consument daarom uitkering uit hoofde van deze verzekering ontzegt en is per gelijke datum overgegaan tot beëindiging van de verzekering.
- 2.4 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**

#### *Vordering Consument*

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar over de periode van december 2014 tot en met januari 2025 alsnog overgaat tot uitkering uit hoofde van deze verzekering voor een totaal bedrag van € 21.800,-

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door zich tegenover Consument op het standpunt te stellen dat deze zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden, de verzekering (anders dan die voor zijn (toenmalige) echtgenote) te beëindigen en hem uitkering uit dien hoofde te onthouden. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
  - Consument stelt voorop dat hij bij het invullen van het vragenformulier te goeder trouw heeft gehandeld en hij betwist dat de psychische klachten die aan zijn arbeidsongeschiktheid ten grondslag liggen, al voor de ingangsdatum van de verzekering bekend geweest zouden zijn. Consument is daarvoor noch in 1991 noch in de periode van 1995 tot 2001 noch in 2005 behandeld geweest. Er is slechts sprake geweest van een sombere stemming waarvan hij al meer dan 25 jaar last had. Hij heeft daarmee echter altijd normaal kunnen functioneren. In 1991 zijn daarvoor medicijnen verstrekt maar daarmee is hij al na een paar dagen gestopt. Dat kan dan ook niet als behandeling worden aangemerkt. In 2001 heeft Consument van de huisarts een antidepressivum voorgeschreven gekregen maar dat kan evenmin als een psychiatrische behandeling worden aangemerkt. Het voorschrijven van een antidepressivum is immers gebruikelijk bij een instabiel gevoelsleven. Tot in januari 2015 is nooit sprake geweest van de formele diagnose “depressie” conform de betreffende DSM IV classificatie. De psychiatrische behandeling is dan ook pas gestart in januari 2015, 10 jaar na het aangaan van de verzekering.

#### *Verweer Verzekeraar*

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

- In het aanvraagformulier van deze verzekering wordt gevraagd naar psychiatrische klachten in zijn algemeenheid. Een behandeling vanwege psychiatrische klachten met medicatie die wordt voorgeschreven door een (huis-)arts, is ook een behandeling. Consument had de vraag in het aanvraagformulier of hij onder behandeling is geweest voor psychische klachten dan ook bevestigend moeten beantwoorden. Consument had dan een uitgebreide gezondheidsverklaring moeten invullen en dan had Consument opgave moeten doen van zijn recidiverende psychische klachten in de periode van 1995 tot 2001 en de daarvoor voorgeschreven medicatie. In de uitgebreide gezondheidsverklaring wordt ook expliciet gevraagd of drugs wordt gebruikt of is gebruikt. Dat had ertoe geleid dat Consument ook opgave had moeten doen over zijn langdurig gebruik van cocaïne in de periode vanaf 1995 tot 2000, zijn gebruik van XTC in de jaren 1995 en 1996 en over zijn gebruik van cannabis vanaf 1978 welk middel Consument bij aanvraag van de verzekering in 2005 nog steeds gebruikte. Zo Consument hiervan opgave had gedaan was zijn verzekeringsaanvraag niet geaccepteerd en de verzekering niet tot stand gekomen. Dat Consument ondanks al deze feiten, altijd goed heeft gefunctioneerd doet hieraan niets af.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 De Commissie komt eerst toe aan de vraag of Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door bij het aangaan van de Verzekering diverse relevante medische feiten niet te vermelden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.2 Ingevolge artikel 7:928 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 in beginsel 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 toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium 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 (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). 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 Parlementaire Geschiedenis 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.  
Op grond van de in het medisch dossier voorhanden gegevens, neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument ten tijde van de aanvraag van de verzekering in 2005 een forse roker was en chronisch cannabis gebruikte.

Ook neemt de Commissie aan dat Consument in het verleden XTC en - tot 5 jaar voor de aanvraag van de verzekering - cocaïne heeft gebruikt, dat hij in 1991 in verband met psychische klachten, in het [Naam medisch Centrum] kortdurend het anti-depressivum prozac voorgeschreven heeft gekregen en dat hij in de periode van 1995 tot 2001 last heeft gehad van recidiverende depressieve periodes. Het is de Commissie bovendien gebleken dat Consument ook in 1996 prozac voorgeschreven heeft gekregen, dat hij in 2001 in verband met een sombere stemming via zijn huisarts het antidepressivum efexor heeft gebruikt en dat laatstgenoemde hem ook nog in 2005 15 tabletten prozac voorgeschreven heeft.

- 4.3 Alles overziende komt de Commissie tot de conclusie dat aan de zijde van Consument voor de ingangsdatum van de verzekering bij herhaling sprake is geweest van psychische klachten waarvoor hij ook zijn huisarts heeft geconsulteerd en waarvoor de laatste medicatie heeft voorgeschreven. Daarvan uitgaande komt de Commissie tot het oordeel dat Consument bij de aanvraag van deze verzekering ten onrechte de hierboven onder 2.1 genoemde vraag uit het aanvraagformulier van deze verzekering, in ontkennende zin heeft beantwoord. De daartegen door Consument aangevoerde stelling dat hij voor de ingangsdatum van de verzekering slechts last gehad had van een zeer langdurige sombere stemming, valt niet te rijmen met de verschillende door de artsen voorgeschreven anti-depressiva. Nog daargelaten dat dergelijke medicatie niet wordt voorgeschreven in het enkele geval van een sombere bui of, zoals Consument stelt gebruikelijk zou zijn bij een instabiel gevoelsleven, blijkt uit het medisch dossier – onder andere uit de berichtgeving van GGZ-Centraal aan de huisarts van Consument van 11 november 2015 - dat Consument in de loop van de jaren, voordat deze verzekering in ging, verscheidene malen is behandeld voor *psychische* klachten, t.w. depressies. Of de diagnose Depressie DSM IV hierbij al dan niet is gesteld, is gezien de vraagstelling in het aanvraagformulier niet relevant. Daar wordt immers niet naar gevraagd. Dat geen sprake geweest zou zijn van een (medische) behandeling omdat de medicatie maar zeer kort voorgeschreven zou zijn, zoals Consument heeft aangevoerd, is, zo oordeelt de Commissie, evenmin relevant. In het aanvraagformulier wordt immers gevraagd naar psychische klachten en niet naar de behandeling daarvan. Ten overvloed wil de Commissie daaraan overigens nog toevoegen dat het voorschrijven van medicatie door een (huis-)arts ook naar haar oordeel wel degelijk als een medische behandeling moet worden aangemerkt. Consument had er naar het oordeel van de Commissie gezien de hierover in het aanvraagformulier opgenomen vraagstelling er bovendien rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Gezien het voorgaande is de conclusie dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht op grond hiervan niet is nagekomen.
- 4.4 De Commissie dient voorts te beoordelen of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Zo Consument in het aanvraagformulier van deze verzekering had aangegeven dat hij in het verleden psychische klachten had ervaren, had Consument in het uitgebreide vragenformulier dat daarna door hem ingevuld had moeten worden, ook melding moeten maken van zijn gebruik van verdovende middelen in het verleden.

De combinatie van chronisch gebruik van verdovende middelen en recidiverende, psychische klachten van depressieve aard, waarvoor hij bij herhaling antidepressiva heeft gebruikt, vormt bij weten van de Commissie een slecht risico voor een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. De Commissie acht dan ook op zijn minst aannemelijk dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet was aangegaan als hij op de hoogte was geweest van deze niet door Consument opgegeven klachten.

- 4.5 Nu bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar geen uitkering verschuldigd en mocht hij na ontdekking van de schending van de precontractuele mededelingsplicht de verzekeringsovereenkomst opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).
- 4.6 De conclusie is dat Verzekeraar niet is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen 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](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.*