Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-211 (mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries en mr. S.W.A. Kelterman, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 14 november 2014
Ingesteld door	: Consument,
Tegen	: N.V. Schadeverzekering-Maatschappij Bovemij, gevestigd te Nijmegen, verder ook te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 8 juli 2015
Aard uitspraak	: bindend advies

Samenvatting

Consument (docent techniek) heeft bij het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2007 niet meegedeeld dat hij sinds 2002 onder behandeling was wegens een stemmingsstoornis en tevens bekend was met psoriasis, knieklachten rechts met operatie, HNP links in 2006 en ADHD. In de gezondheidsverklaring wordt expliciet gevraagd naar psychische klachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten) en naar controle door een arts/specialist en gebruik van medicijnen. Hieruit had Consument moeten afleiden dat deze informatie voor Verzekeraar van wezenlijk belang is bij het beoordelen van de aanvraag. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de verzwijging van de klachten het standpunt van Verzekeraar dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de aanvraag zou hebben afgewezen en de opzegging van de verzekering, ook al was de arbeidsongeschiktheid waarvoor een beroep op de polis was gedaan veroorzaakt door andere klachten c.q. aandoeningen dan die welke al aanwezig waren ten tijde van het aanvragen van de verzekering.

1. Procesverloop

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

- Het op 19 oktober 2014 door Consument ondertekende klachtformulier en de begeleidende brief van de rechtsbijstandverlener d.d. 13 november 2014;
- Het verweerschrift van Verzekeraar d.d. 17 december 2014.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 16 juni 2015 te Den Haag aldaar is verzekeraar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

2.1 Consument heeft met een door hem op 8 maart 2007 ondertekend aanvraag-formulier in verband met een verhoging van zijn hypotheek bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering ('Woonlastenverzekering') met een te verzekeren maandlast van €250,00 aangevraagd.

De medische verklaring die in het aanvraagformulier was opgenomen was als volgt ingevuld:

MEDISCHE VERKLARING	*Verzekerde 1*
Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?	*NEE*
Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, 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) 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?	*NEE*
Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt U medicijnen?	*NEE*

Wij verzoeken u per kandidaat-verzekerde een gezondheidsverklaring in te vullen:
- *als u één van de drie bovenstaande vragen met JA heeft beantwoord.*

In het aanvraagformulier is de volgende verklaring opgenomen:
VERKLARING
Verzekeringnemer(s) verklaart/verklaren:
- *[…]*
- *dat de gegeven antwoorden en verklaringen juist en volledig zijn. Geen omstandigheden die voor de verzekeraar(s) van belang kunnen zijn voor het beoordelen van het te verzekeren risico zijn niet juist of niet volledig medegedeeld.*

Ondergetekende(n) is/zijn zich ervan bewust dat onjuist of onvolledig gegeven antwoorden of onjuist gedane verklaringen tot beëindiging van de verzekering kan/kunnen leiden en/of de uitkering geweigerd kan worden.

2.2 De verzekering is met ingang van 15 mei 2007 tot stand gekomen. Op 2 juli 2007 is een polis afgegeven.

2.3 Consument meldde zich op 11 december 2013 met een meldingsformulier arbeidsongeschikt. Op de vraag naar de huidige klachten/aandoening gaf hij als toelichting: ‘artritis psoriatica, rughernia, artrose, ADHD in eenmalige vorm’.

2.4 Op 9 januari 2014 verzocht Verzekeraar Consument om toestemming te verlenen aan huisarts, behandelend specialist en Arbodienst/UWV om medische gegevens te verstrekken aan zijn medisch adviseur teneinde het recht op uitkering te kunnen beoordelen.

2.5 De medisch adviseur heeft op 25 februari 2014 aan Verzekeraar advies uitgebracht op basis van de aanvullend verkregen informatie:
Uit deze informatie blijkt dat verzekerde sinds 2002 onder behandeling is bij PsyQ wegens een stemmingsstoornis waarvoor medicamenteuze behandeling. Er wordt daarnaast een voorgeschiedenis beschreven met psoriasis, degeneratieve afwijkingen rechter knie bij knieoperatie, 2006 HNP links en ADHD.

De beschikbare informatie leidt tot de conclusie dat sprake is van een schending van de mededelingsplicht.
Op de vraag 'Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?' had verzekerde 'JA' moeten antwoorden. Op de vraag 'Heeft u voor psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd?' had verzekerde 'JA' moeten antwoorden.
Op de vraag 'Heeft u voor (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rug-klachten) of een andere ernstige ziekte de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd?' had verzekerde 'JA' moeten antwoorden.
Op de vraag 'Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?' had verzekerde 'JA' moeten antwoorden.

Indien deze informatie bij de aanvraag van de verzekering bekend zou zijn geweest, zou op medische gronden een afwijzend acceptatie advies gegeven zijn vanwege de combinatie van de aandoeningen en het beroep.

2.6 Verzekeraar heeft Consument op 5 maart 2014 meegedeeld dat hij zijn mededelings-plicht niet was nagekomen, reden waarom hij de verzekering per 5 maart 2014 beëindigde met restitutie van de vanaf deze datum betaalde premie en de claim afwees. In de brief werden de relevante wettelijke bepalingen aangehaald: artikelen 7:928, 7:929 lid 1 t/m 3 en 7:930 lid 4 Burgerlijk Wetboek (BW). Met name zijn van belang:
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.

2.7 Een door de belangenbehartiger van Consument op 31 juli 2014 ingediend bezwaar leidde niet tot wijziging van de beslissing van Verzekeraar in voor Consument positieve zin.

3. Vordering en verweer

Vordering van Consument, grondslagen en argumenten daarvoor

3.1 Consument vordert uitkering op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering op grond van arbeidsongeschiktheid wegens diverse klachten, waarvan melding was gemaakt op 11 december 2013. Er is geen enkel verband tussen de arbeidsongeschiktheid en de milde klachten die Consument had bij het sluiten van de verzekering. Juist de artritis psoriatica, die overigens pas in 2010 is gediagnosticeerd en waar Consument geen eerdere klachten over had, is de oorzaak van de ontstane arbeidsongeschiktheid.
De rughernia was ten tijde van het sluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet aanwezig. Uit de stukken van de huisarts blijkt dat hij voor het eerst eind maart 2007 bij zijn huisarts is geweest met betrekking tot rugklachten. Dit was dus na het aangaan van de

arbeidsongeschiktheidsverzekering. De daadwerkelijke diagnose van de hernia is pas in augustus 2007 gesteld.
Ook de zogenaamde degeneratieve afwijkingen van de rechter knie worden uit zijn verband getrokken. Consument heeft na een knieblessure een kijkoperatie gehad waarbij zijn meniscus is onderzocht. Van een chronische gewrichtsklacht dan wel een degeneratieve afwijking was hierbij geen sprake. De knieblessure is in korte tijd hersteld. Bij het sluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering had Consument geen knieklachten.
Op het moment van sluiten van de verzekering had Consument alleen ADHD waarvoor hij niet tot nauwelijks contact had met PsyQ. De daadwerkelijke diagnose ADHD is zelfs pas in 2008, na het aangaan van de verzekering, gediagnosticeerd. Met de ADHD kon Consument overigens nog prima, zelfs beter, functioneren in zijn werk. Het is ongeloofwaardig dat de verzekering niet zou zijn gesloten indien Consument zijn ADHD wél op de gezondheidsverklaring had gemeld. ADHD leidt immers niet tot arbeidsongeschiktheid.

Verweer aangeslotene

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

- Consument had een drietal medische vragen op het aanvraagformulier d.d. 8 maart 2007 onjuist beantwoord. Hij had diverse relevante medische feiten niet gemeld, terwijl daar wel naar gevraagd was. De combinatie van aandoeningen in relatie tot het beroep van techniek docent zou op medische gronden hebben geleid tot een afwijzend acceptatieadvies van de medisch adviseur, welk advies door Verzekeraar zou zijn opgevolgd.
- 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.

4. Beoordeling

4.1 Uitgangspunt bij de beoordeling van deze zaak 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 blijkt dat Consument sinds 2002 onder behandeling was bij PsyQ wegens een stemmingsstoornis en tevens bekend was met psoriasis, knie-klachten rechts met operatie, HNP links in 2006 en ADHD. Hij had verzekeraar hiervan op de hoogte moeten stellen.

4.3 Consument kan zich er niet op beroepen dat het ging om (onbeduidende dan wel vage) klachten die voor Verzekeraar niet relevant waren bij het nemen van een beslissing over het al dan niet sluiten van de verzekering. In de aanvraag waren immers duidelijke en expliciete vragen gesteld naar ziekte, kwaal of gebrek, psychische klachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rug-klachten) en controle door een arts/specialist en medicijngebruik. Bovendien was gewezen op het belang van het geven van juiste en volledige antwoorden op de gestelde vragen. Consument had behoren te begrijpen dat een juiste beantwoording van de gestelde vragen voor Verzekeraar relevant was 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).

4.4 De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan zijn mededelingsplicht op grond van artikel 7:928 lid 1 BW heeft voldaan.

4.5 Verzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat hij bij kennis van de ware stand van zaken, als redelijk handelend verzekeraar, de verzekering niet zou zijn aangegaan. Immers, voor Verzekeraar zou het duidelijk zijn geweest dat het risico dat Consument aanspraak zou maken op een uitkering op grond van de verzekering aanzienlijk groter werd, nu de verzekering (onder meer) dekking bood bij arbeids-ongeschiktheid als gevolg van de in het meldingsformulier genoemde klachten. 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.

4.6 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 op de aanvraag gestelde gezondheidsvragen niet tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar geen uitkering verschuldigd ter zake van de op 11 december 2013 gemelde arbeids-ongeschiktheid. 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 op 11 december 2013 gemelde arbeidsongeschiktheid op grond van het bepaalde in artikel 7:930 lid 4 BW niet gedekt is.

4.7 Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, wordt de vordering 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 vordering van Consument 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 kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan.