Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-717
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, prof. mr. drs. M.L. Hendrikse, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 24 augustus 2018
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 24 september 2019
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft zich arbeidsongeschikt gemeld. Verzekeraar is gaan uitkeren maar heeft de uitkering stopgezet toen bleek dat geen beperkingen konden worden geobjectiveerd. Consument is niet arbeidsongeschikt in de zin van de verzekering geoordeeld. Naar aanleiding van de verkregen medische informatie is door Verzekeraar een verzwijgingsonderzoek in gang gezet. Daaruit bleek dat Consument onder behandeling is geweest van een psycholoog vanwege psychische klachten en voor die klachten medicijnen voorgeschreven heeft gekregen. Daarvan heeft Consument bij het aangaan van de verzekering geen melding gemaakt. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en heeft een uitsluitingsclausule voor psychische klachten op de verzekering geplaatst. De Commissie volgt dit standpunt. Zij acht de clausule gebruikelijk, redelijk en reëel. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de namens Consument ingezonden klachtbrief;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de medische stukken van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de repliek;
- de dupliek.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 4 september 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1969, heeft op 11 december 2012 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Verzekeraar aangevraagd en daarbij een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. In de gezondheidsverklaring heeft zij de vraag naar een aandoening, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis) aangekruist. In de toelichting hierop vermeldt zij aan de linkerzijde doof te zijn en dat zij daarvoor in 1984 en 1987 is geopereerd door de KNO-arts. Verder meldt zij geen bijzonderheden.

2.2 De verzekering is met ingang van 12 maart 2013 tot stand gekomen. Het verzekerde beroep is boekhouder. Het verzekerde bedrag is € 30.000,- voor zowel Rubriek A (het eerstejaarsrisico) als Rubriek B (het na-eerstejaarsrisico). De eigen risicotermijn is 30 dagen (voor Rubriek A). De eindleeftijd is 65 jaar. Op de verzekering is een uitsluiting voor het linker gehoororgaan opgenomen en is om medische redenen een premieopslag van 35% van toepassing verklaard.

2.3 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (O 03.2.30K) bepalen voor zover relevant:

"Artikel 1.2 Wat is arbeidsongeschiktheid bij deze verzekering?
Als in deze voorwaardenarbeidsongeschiktheid staat, bedoelen we daar het volgende mee.
- Er moet sprake zijn van ziekte of ongeval; en
- als gevolg van die ziekte of het ongeval bestaat er een *stoornis*; en
- deze *stoornis* is door een arts objectief vastgesteld; en
- deze *stoornis* is algemeen erkend door de medische wetenschap; en
- deze *stoornis* beperkt u in uw functioneren; en
- door deze beperking in het functioneren bent u voor tenminste 25% ongeschikt om werkzaamheden uit te voeren.
(…)"

2.4 Consument heeft zich per 19 december 2015 arbeidsongeschikt gemeld vanwege drie TIA's (= tijdelijke afsluiting van een bloedvat in de hersenen). Verzekeraar is gaan uitkeren op basis van 100% arbeidsongeschiktheid. De uitkering is per 1 juli 2016 verlaagd naar 75% om per 16 augustus 2016 weer op 100% te worden gesteld. Consument had zich toegenomen arbeidsongeschikt gemeld wegens angst- en paniekaanvallen. In verband met de toenamemelding heeft Verzekeraar een keurend arts gevraagd de gezondheidssituatie van Consument in kaart te brengen.

Naar aanleiding van het rapport van de arts en op basis van de eerder ingewonnen medische informatie heeft Verzekeraar een psychiatrische expertise laten verrichten. De psychiater heeft geen stoornis en geen beperkingen vastgesteld. Verzekeraar heeft de uitkering om die reden beëindigd, zulks per 1 augustus 2017.

2.5 Naar aanleiding van het psychiatrisch expertiserapport is bij Verzekeraar het vermoeden gerezen dat Consument de precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen. Uit de passage uit het expertiserapport waarin de door Consument vermelde voorgeschiedenis staat weergegeven (de anamnese), blijkt namelijk dat Consument vóór de ingangsdatum van de verzekering heeft geleden aan het HELLP-syndroom (een ernstige vorm van zwangerschapsvergiftiging), dat zij psychische klachten heeft gehad en dat zij psychologische behandeling heeft ondergaan. Verzekeraar heeft een verzwijgings-onderzoek in gang gezet. Uit de van de behandelend artsen ontvangen informatie is geconcludeerd dat Consument onder behandeling is geweest van een psycholoog vanwege psychische klachten en dat Consument in verband met die klachten medicijnen voorgeschreven heeft gekregen. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat hij bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor psychische klachten zou hebben geplaatst. Hij heeft deze clausule alsnog geplaatst.

2.6 Verzekeraar heeft vervolgens nog een neurologische expertise inclusief neuro-psychologisch onderzoek laten verrichten. De expertiserend neuroloog heeft de diagnose status na driemaal TIA in linker mediagebied zonder resterende neurologische functiestoornissen vastgesteld en spanningshoofdpijn. Hij heeft (buiten gestoord richting horen) op zijn vakgebied geen beperkingen kunnen objectiveren. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument niet arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering en dat zij daarom geen recht heeft op uitkering.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering en verwijdering van de uitsluitings-clausule voor psychische klachten.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument heeft een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Zij heeft drie TIA's gehad. Een TIA is een medisch vastgestelde stoornis. Ten gevolge hiervan heeft zij beperkingen.

Ten gevolge hiervan heeft zij ook angst- en paniekaanvallen gehad. Dat zij beperkingen heeft, blijkt uit de rapportage van de expertiserend neuroloog en de rapportage van expertiserend psychiater. De laatste heeft in zijn rapportage vermeld dat bij Consument sprake is van psychosociale stress in de werksfeer en in de privésfeer. Dit heeft geleid tot een psychische overbelasting. De psychosociale stress heeft bij Consument, met haar predisponerende persoonlijkheidsstructuur geleid tot de overbelasting en gaat gepaard met energetische, lichte cognitieve en lichamelijke klachten.

- Verzekeraar is verzocht om een nieuw onafhankelijk onderzoek door een verzekerings-arts en vervolgens arbeidsdeskundige, maar heeft dit geweigerd.
- Consument heeft haar precontractuele mededelingsplicht niet geschonden en de uitsluitingsclausule voor psychische klachten is dan ook ten onrechte geplaatst. Zij heeft voor de aanvraag van de verzekering nimmer psychische klachten of beperkingen ervaren. Haar is ook nooit verteld dat zij psychische klachten zou hebben. Consument heeft tijdens haar zwangerschap wel last gehad van het HELLP-syndroom. Psychologische ondersteuning maakt dan onderdeel uit van de multidisciplinaire aanpak. Iedereen met het HELLP-syndroom wordt doorverwezen naar de afdeling medische psychologie. Verder heeft Consument een traumatische voorgeschiedenis, maar dat betekent niet dat zij hierdoor psychische klachten en beperkingen heeft of heeft gehad. In de gezondheids-verklaring wordt ook niet naar een traumatische voorgeschiedenis gevraagd, net zomin als naar zwangerschappen en/of zwangerschapscomplicaties.
- Consument heeft geen machtiging afgegeven op grond waarvan Verzekeraar inzage mocht krijgen in de uitkomsten van de psychiatrische expertise. Het gaat dus om onrechtmatig verkregen bewijs. Daarnaast was sprake van een onzorgvuldig onderzoek dat Consument bovendien als zeer onprettig heeft ervaren. Het was voor haar verder onbegrijpelijk waarom een psychiatrische expertise moest worden uitgevoerd, aangezien zij was uitgevallen als gevolg van TIA's en niet als gevolg van psychische klachten. Verzekeraar heeft haar verplicht aan het onderzoek mee te werken. Het expertise-rapport bevatte onjuistheden. De meeste door Consument doorgegeven correcties zijn niet overgenomen.

Verweer Verzekeraar

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

- Consument heeft TIA's doorgemaakt. Dit wordt door Verzekeraar niet betwist en hij heeft daarvoor dan ook uitkering verleend. Bij de beoordeling van de arbeids-ongeschiktheid gaat het er echter om of er (nog) sprake is van resterende functie-stoornissen en daaruit voortkomende beperkingen. Omdat uit de informatie van de behandelaars van Consument bleek dat geen restverschijnselen bestonden naar aanleiding van de TIA's heeft Verzekeraar nader onderzoek laten verrichten naar de oorzaak van de klachten door middel van psychiatrisch onderzoek. De psychiater stelde geen diagnose, en constateerde geen stoornis of beperkingen.

Op psychiatrisch gebied is geen sprake van een medisch objectiveerbare stoornis of een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Uit zorgvuldigheid is vervolgens nog een neurologische expertise en een neuropsychologisch onderzoek ingezet, maar deze onderzoeken hebben geen neurologische verklaring opgeleverd voor de klachten die Consument heeft. Consument voldoet hierdoor niet aan de criteria van arbeidsongeschiktheid volgens de verzekeringsvoorwaarden.

- Nu geen beperkingen zijn vastgesteld is het inschakelen van een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige niet aan de orde. Dat is uitsluitend zinvol als er wel sprake is van een objectiveerbare stoornis en/of beperkingen in relatie tot ziekte of ongeval.
- Consument heeft haar precontractuele mededelingsplicht geschonden. Zij had in de gezondheidsverklaring moeten melden dat zij behandeld is in verband met het HELLP-syndroom, dat zij daarna door de psycholoog is doorverwezen naar een GGZ-instelling voor behandeling in verband met een traumatische jeugd en dat zij medicatie kreeg voorgeschreven. In de gezondheidsverklaring staat bij vraag 3 naar aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken vermeld: "Let op! Kruis ook Ja aan als u bij een huisarts, hulp-verlener of arts bent geweest en nog medicijnen gebruikt of medicijnen heeft gebruikt."
- Een redelijk handelend verzekeraar zou bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor psychische klachten hebben geplaatst, overeenkomstig de ten tijde van de aanvraag geldende GAV-richtlijnen. Gezien de doorgemaakte klachten van Consument, de bij aanvang van de behandeling door de GGZ gestelde diagnose, de duur van de behandeling en de voorgeschiedenis van Consument, zou op basis van de GAV-richtlijn een clausule psyche zijn geadviseerd. Dit advies is zorgvuldigheidshalve besproken met vier andere medisch adviseurs die unaniem tot hetzelfde advies kwamen.
- Het aan Consument in het kader van een medische expertise toekomende correctierecht betreft de correctie van feitelijke onjuistheden in het anamnesegedeelte en niet de beoordeling door de expert. Verzekeraar heeft het rapport overigens inclusief alle correcties, op eigen verzoek van Consument, toegezonden gekregen. Het blokkeringsrecht is bij een lopende verzekering niet van toepassing.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is eerst de vraag of Consument arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering en of zij recht heeft op een uitkering.

4.2 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in december 2015 driemaal een kortdurende TIA heeft doorgemaakt, Neurologische functiestoornissen/beperkingen zijn niet aangetoond. Consument heeft daarna wel min of meer het vertrouwen in haar eigen lichaam verloren. Zij is bang voor een recidief. Op psychosociaal terrein doen zich problemen voor in zowel de werk- als de privésfeer.

Dit uit zich in paniekaanvallen, moeheid, vermoeibaarheid, spanningen en concentratie-problemen. Vanwege deze angst- en spanningsklachten heeft Verzekeraar een psychiatrische expertise in gang gezet. Consument had aanvankelijk bezwaren tegen dit onderzoek maar heeft uiteindelijk toch ingestemd. De psychiater heeft een gestructureerd, vrij uitgebreid onderzoek verricht en komt onderbouwd tot de conclusie dat de klachten van Consument niet voortkomen uit een psychiatrische ziekte, maar dat zij een reactie zijn op de psychosociale omstandigheden in combinatie met een kwetsbare persoonlijkheid. Omdat geen sprake is van een ziekte kunnen op psychiatrisch terrein geen beperkingen worden geduid. Aangezien Consument claimt dat haar klachten worden veroorzaakt door de TIA's (neurologisch lijden) heeft Verzekeraar nog een neurologische expertise en een neuropsychologisch onderzoek laten verrichten. De neuroloog acht de lijdensdruk van Consument hoog, maar hij kan de klachten niet objectiveren als zijnde onderdeel van een neurologisch ziektebeeld. Hij duidt dus ook geen beperkingen. De neuropsycholoog kan de cognitieve klachten van Consument evenmin objectiveren. Hooguit wordt gedacht aan een vorm van spanningshoofdpijn.

4.3 Gelet op het vorenstaande is de conclusie van de Commissie dat niet voldaan is aan het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden dat sprake moet zijn van een stoornis in relatie tot ziekte of ongeval, die objectief door een arts is vastgesteld. Dit betekent dat Consument niet arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering en dus geen recht heeft op uitkering.

4.4 De Commissie onderschrijft het standpunt van Verzekeraar dat het niet zinvol is om een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige in te schakelen als er geen beperkingen kunnen worden geduid.

4.5 Vervolgens is aan de orde de vraag of Consument haar precontractuele mededelings-plicht heeft geschonden. De Commissie overweegt in dit verband als volgt.

4.6 Ingevolge artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW) is een 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 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.

De gezondheidsverklaring bevat zo'n vragenlijst waarvan de invuller moet begrijpen dat (volledigheid van) antwoorden van belang is.

4.7 Een niet juiste invulling kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, 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. Verzekeraar handelt hiermee overeenkomstig het bepaalde in 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 blz. 39 van het boek Parlementaire Geschiedenis titel 7.17 BW (Deventer: Kluwer 2007) en het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer: ECLI:NL:HR:2018:1841.

4.8 Op grond van het medisch dossier stelt de Commissie vast dat Consument van 2003 tot 2006 begeleiding heeft gehad bij de verwerking van het HELLP-syndroom. Zij heeft vanaf 2003 tien gesprekken gehad met een klinisch psycholoog-psychotherapeut en is daarna doorverwezen naar de GGZ. De psychotherapeut van de GGZ concludeert in zijn rapportage van het intakegesprek dat Consument "een vroeg verwaarloosde en getraumatiseerde vrouw is, die ook een sterke kant heeft, waardoor ze haar problemen er goed onder heeft kunnen houden, welke nu door het HELLP-syndroom, traumatische bevalling en gedumpt worden door haar baas in volle hevigheid naar boven komen." Consument heeft daarbij medicatie voorgeschreven gekregen. Consument is vervolgens in de periode 2004 tot 2006 begeleid door een psychotherapeut in het kader van het HELLP-syndroom in combinatie met een getraumatiseerde jeugd.

4.9 In vraag 3 van de gezondheidsverklaring wordt onder A tot en met M gevraagd of de aanvrager een aandoening, ziekte of klachten en/of gebreken heeft of heeft gehad. Onder B wordt gevraagd naar een aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. In de kantlijn bij vraag 3 staat dat ook 'Ja' moet worden aangekruist als de aanvrager bij een huisarts, hulpverlener of arts is geweest en als hij nog medicijnen gebruikt of heeft gebruikt. De Commissie is van oordeel dat Consument vraag 3B, gelet op hetgeen hierboven onder 4.8 is vastgesteld, met 'Ja' had moeten beantwoorden. Consument had behoren te begrijpen dat een juiste beantwoording van vraag 3B van de gezondheids-verklaring voor een redelijk handelend verzekeraar relevant is om zijn risico bij het eventueel aangaan van de verzekering met Consument juist in te schatten. De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan haar precontractuele mededelingsplicht ex artikel 7: 928 BW heeft voldaan.

4.10 Dan de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. Verzekeraar stelt dat een redelijk handelend verzekeraar dan een uitsluitingsclausule voor psychische klachten zou hebben geplaatst, overeenkomstig de ten tijde van de aanvraag van de verzekering geldende richtlijnen van de GAV. De Commissie volgt deze stelling van Verzekeraar. Zij acht de clausule gebruikelijk, redelijk en reëel. Verzekeraar heeft dus voldaan aan het criterium van de redelijk handelend verzekeraar en hoeft de clausule niet te verwijderen.

4.11 De Commissie merkt nog op dat Verzekeraar naar haar oordeel een psychiatrische expertise heeft mogen laten verrichten. De klachten van Consument betroffen immers angst, paniek en spanningen.

4.12 Wat betreft het onderzoek als zodanig: de Commissie heeft geen redenen om aan te nemen dat het onderzoek van de psychiater onzorgvuldig is geweest. Verder heeft de psychiater het expertiserapport inclusief alle correcties van Consument aan Verzekeraar toegezonden. Verzekeraar heeft dus van al die correcties kennis kunnen nemen. Bij een lopende verzekering is het blokkeringsrecht, zoals Verzekeraar terecht opmerkt, niet van toepassing.

4.13 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekerings-overeenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 40 van het Reglement.