Mondelinge uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-1056 (mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A. Boer, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. drs. D.J. Olthoff, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 17 april 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V. h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Tilburg, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 29 november 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte geen dekking verleent op de overlijdensrisicoverzekering, omdat sprake zou zijn van verzwijging. De consument vordert betaling van het verzekerde bedrag van € 177.000,00. De verzekeraar heeft verweer gevoerd onder verwijzing naar de bevindingen van zijn medisch adviseur. De commissie acht de klacht ongegrond en wijst de vordering af.

1. Mondelinge behandeling

De zaak is op 29 november 2021 behandeld op een hoorzitting. Daarbij waren aanwezig de consument en haar vertegenwoordiger, mr. [naam 1]. Namens de verzekeraar was aanwezig mr. [naam 2]. De geneeskundig adviseur van de verzekeraar, drs. [naam 3], arts, heeft op digitale wijze deelgenomen aan de hoorzitting.

Tijdens de hoorzitting hebben beide partijen verklaard ermee in te stemmen dat de commissie mondeling uitspraak doet.

2. Klacht

De consument is het niet eens met het standpunt van de verzekeraar dat sprake is van schending van de mededelingsplicht bij het aangaan van een overlijdensrisicoverzekering in 2018, waarbij de consument als verzekeringnemer en haar echtgenoot als verzekerde is aan te merken. Ook vindt zij dat de verzekeraar ten onrechte het standpunt inneemt dat, zou de volgens de verzekeraar verzwegen informatie wel zijn vermeld, deze de verzekering niet zou zijn aangegaan. De consument vordert dat de verzekeraar alsnog overgaat tot uitkering van het verzekerde bedrag van € 177.000,00.

3. De beslissing

De verzekeraar is niet gehouden tot betaling van het verzekerde bedrag van € 177.000,00 aan de consument.

4. Gronden voor de beslissing

De verzekerde heeft op 28 december 2017 een gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring staat onder meer dat de verzekerde veranderingen in zijn gezondheids-situatie na een keuring of het invullen van de gezondheidsverklaring en voor aanvang van de verzekering altijd aan de medische dienst van de verzekeraar moet doorgeven. Toegelicht wordt dat hiermee onder meer wordt bedoeld: nieuwe klachten, verandering of verergering van klachten, het raadplegen van een arts, doorverwijzing naar een arts, medische onderzoeken.

Uit de (medische) stukken blijkt dat de verzekeraar tot en met 30 januari 2018, met inachtneming van de beschikbare informatie over het medisch verleden van de echtgenoot van de consument (de verzekerde), bereid was om een verzekering met de consument aan te gaan.

Op 6 februari 2018 heeft de verzekerde zijn huisarts geconsulteerd en hij is bij die gelegenheid naar een medisch specialist doorverwezen. Op 14 februari heeft de medische acceptatie plaatsgevonden. Tot die datum rustte op de verzekerde de verplichting om wijzigingen in zijn gezondheidstoestand, die zijn opgetreden na invulling van de gezondheidsverklaring, maar vóór de medische acceptatie, aan de verzekeraar door te geven.

De verzekerde heeft het bezoek aan de huisarts van 6 februari 2018 en de doorverwijzing naar de medisch specialist niet gemeld aan de medische dienst van de verzekeraar. Door dit na te laten, heeft de verzekerde zijn mededelingsplicht geschonden. De commissie merkt op dat het voor de beantwoording van de vraag of sprake is van verzwijging in juridische zin, het feit dat bij de verzekerde geen opzet in het spel was, niet van doorslaggevend belang is. Hoezeer ook teleurstellend voor de consument, de verzekeraar kan met succes betogen dat hij (nog) niet tot medische acceptatie zou zijn overgegaan als hij door de verzekerde op de hoogte was gebracht van het meergenoemde huisartsenbezoek van 6 februari 2018 en de doorverwijzing naar de medisch specialist. Dit staat los van het feit dat de (medisch adviseur van de) verzekeraar op 30 januari 2018 (aanvullend) op de hoogte is gesteld van een eerder ziekteverleden van de verzekerde. De bekendheid met deze informatie maakt niet dat de verzekeraar ook geacht wordt bekend te zijn met de latere consultatie van 6 februari 2018 en de doorverwijzing.
Voorts heeft de verzekeraar terecht het standpunt kunnen innemen dat hij, als hij op de hoogte zou zijn geweest van de bevindingen van de medisch specialist, als redelijk handelend verzekeraar geen verzekeringsovereenkomst met de verzekerde zou zijn aangegaan.

In de toepasselijke productvoorwaarden (IRV15) van de verzekering staat vermeld dat in geval van verkeerde of misleidende informatie van de verzekerde geen uitkering plaatsvindt als de verzekeraar bij de juiste kennis van zaken geen verzekeringsovereenkomst zou zijn aangegaan. Nu vaststaat dat de verzekeraar op terechte gronden zou hebben kunnen besluiten om geen verzekeringsovereenkomst met de verzekerde aan te gaan, is er geen dekking op de verzekering en bestaat er geen recht op een uitkering.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.