

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0981

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. R.A.F. Coenraad, secretaris)

Datum uitspraak	30 september 2026
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

1. Procedure

- 1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument; 4) de dupliek van de verzekeraar en 5) de aanvulling op de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. De kern

De moeder van de consument heeft op 19 juli 2024 een uitvaartverzekering gesloten voor een duur van 20 jaar en een kapitaal van € 10.000,-. Hieraan voorafgaand heeft zij een gezondheidsverklaring ingevuld. Na haar overlijden op [datum] 2024 is door de verzekeraar aangegeven dat hij bij ware kennis van de stand van zaken rondom haar gezondheid de verzekeringsovereenkomst nooit zou zijn aangegaan. Op grond hiervan is niet tot uitkering van het kapitaal overgegaan. De consument vordert uitkering onder de polis. De commissie wijst de vordering van de consument toe. Naar het oordeel van de commissie brengt de summier vraagstelling in de gezondheidsverklaring mee dat de verzekeraar zich niet kan beroepen op verzwijging. De vordering wordt toegewezen.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie is van oordeel dat de moeder van de consument haar precontractuele mededelingsplicht niet heeft geschonden en dat de verzekeraar ten onrechte een beroep op verzwijging heeft gedaan.
- 3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (zie bijlage) is een verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van een verzekering aan de verzekeraar de relevante feiten mee te delen die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar. Uitgangspunt is dat een verzekeringnemer een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag mag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.
- 3.3 Vóór het aangaan van de verzekering heeft de moeder van de consument de volgende twee vragen van de gezondheidsverklaring moeten beantwoorden: *Lijdt of leed u de afgelopen 5 jaar aan een aandoening? Gebruikt u medicijnen?* Beide vragen zijn met nee beantwoord.
- 3.4 Na het overlijden van de moeder van de consument heeft de verzekeraar bij de nabestaanden navraag gedaan naar de oorzaak van het overlijden. De antwoorden gaven aanleiding om het dossier te laten onderzoeken door de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens. Het oordeel van de Toetsingscommissie was dat de moeder de gezondheidsverklaring niet naar waarheid of onvolledig had ingevuld en tot de acceptatiedatum van de verzekeringsaanvraag relevante feiten of omstandigheden onvermeld heeft gelaten. De verzekeraar heeft vervolgens besloten om niet tot uitkering van het kapitaal over te gaan, omdat hij de verzekering niet zou hebben afgesloten als hij bij het aanvragen de juiste informatie had gekregen.
- 3.5 De Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens heeft de verzekeraar erop gewezen dat de beperkte vraagstelling in de gezondheidsverklaring het voor de Toetsingscommissie in deze zaak, maar (mogelijk) ook in andere gevallen, moeilijk maakt om tot een helder oordeel te komen. Het begrip 'aandoening' is immers niet gedefinieerd en kan tot veel discussie aanleiding geven. De verzekeraar is in overweging gegeven aan de vragenlijst toe te voegen dat als sprake is van aandoeningen/*gezondheidsklachten* dit door de aanvrager gemeld moet worden.

De moeder van de consument heeft haar precontractuele mededelingsplicht niet geschonden

- 3.6 De commissie merkt op dat naast de zorgvuldigheid die redelijkerwijs van een verzekeringnemer mag worden verwacht bij het invullen van een gezondheidsverklaring er ook een belangrijke verantwoordelijkheid op de verzekeraar rust. Hij dient de uiterste zorg te betrachten om te voorkomen dat hij de verzekering afsluit terwijl hij niet bekend is met voor hem van belang zijnde feiten en omstandigheden. Dit zogeheten verschoonbaarheidsvereiste is neergelegd in artikel 7: 928 lid 4 eerste zin Burgerlijk Wetboek.

- 3.7 De verzekeraar heeft in deze zaak volstaan met een zeer beperkte gezondheidsverklaring. De moeder van de consument had ten tijde van het invullen van de verklaring weliswaar last van een gevoel van algehele malaise, koorts en afwijkende bloeduitslagen, maar naar het oordeel van de commissie hoeven deze niet te worden geschaard onder het begrip 'aandoeningen'. Het had voor de hand gelegen, als de verzekeraar behoefte had om een betere inschatting van het risico te kunnen maken, dat in de gezondheidsverklaring meer vragen zouden zijn opgenomen zoals bijvoorbeeld 'Heeft u gezondheidsklachten?' of 'Heeft u in de afgelopen 5 jaar een arts geraadpleegd?'. Naar het oordeel van de commissie kan de moeder van de consument daarom niet worden verweten dat zij haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Het beroep van de verzekeraar op verzwijging slaagt niet.

Conclusie

- 3.8 Omdat er geen sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht, is er recht op uitkering onder de polis. De commissie wijst de vordering van de consument toe. Het gaat om een vergoeding van de gemaakte kosten van de uitvaart van haar moeder ter grootte van € 7.000,- met wettelijke rente over de periode vanaf 8 augustus 2024.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering toe en bepaalt dat de verzekeraar binnen 2 weken na het versturen van de uitspraak aan de consument een bedrag uitkeert van € 7.000,- plus wettelijke rente vanaf 8 augustus 2024.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/in-beroep-gaan-bij-kifid/.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld.

Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het reglement van de geschillencommissie te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Artikel 928

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede 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.
2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.
3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 3 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.
5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.
6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.