Uitspraak Commissie van Beroep 2020-009 d.d. 11 maart 2020
(mr. W.J.J. Los, voorzitter, mr. A. Bus, mr. F.R. Salomons, mr. A. Smeeïng-van Hees en F.R. Valkenburg AAG RBA, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Falende klachten tegen het oordeel van de Geschillencommissie dat verzekeraar zich erop mag beroepen dat Consument bij het aangaan van de verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden en dat verzekeraar bij kennis van de ware feiten geen verzekering zou zijn aangegaan.

Klik hier voor de uitspraak bij de Geschillencommissie

1. De procedure in beroep

1.1 Bij een op 21 juni 2019 ontvangen en gedateerd beroepschrift met bijlagen heeft Consument bij de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (verder: Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) van 15 mei 2019 (dossiernummer [nummer], gepubliceerd onder nummer 2019-343).

1.2 Verzekeraar heeft een op 25 juli 2019 gedateerd verweerschrift met bijlagen ingediend.

1.3 Bij brief van 8 november 2019 heeft de gemachtigde van Consument nog enige stukken overgelegd.

1.4 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 18 november 2019. Partijen zijn aldaar verschenen en hebben hun standpunt toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop van de procedure bij de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie van 15 mei 2019.

3. Feiten

3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in de uitspraak onder 2.1 tot en met 2.17. Die feiten zijn niet betwist en worden voor zover relevant aangevuld met enkele andere feiten die tussen partijen vaststaan. Het gaat om het volgende.

3.2 Consument, geboren op [datum] 1978, heeft op 3 november 2015, met tussenkomst van een tussenpersoon, bij Verzekeraar een ‘Absoluut Arbeidsongeschiktheidsverzekering’ (hierna: ‘de Verzekering’) aangevraagd. In het aanvraagformulier heeft Consument aangegeven dat hij de gezondheidsverklaring telefonisch wenste af te geven.

3.3 Verzekeraar heeft op 14 december 2015 de gezondheidsverklaring telefonisch met Consument doorgenomen en daarna aan Consument toegezonden, waarna Consument deze verklaring op 4 januari 2016 heeft ondertekend en aan Verzekeraar geretourneerd.

3.4 In de gezondheidsverklaring staat, voor zover hier relevant:

"Onderstaande vragen gelden voor alle gezondheidsklachten, aandoeningen, ziekten, kwalen of gebreken, zoals:
- *Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, hoofdpijn, duizeligheid.*
- *Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.*
- *(…)*
- *Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darm, lever, galblaas, alvleesklier.*
- *Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.*

(…)."

3.5 Consument heeft in de gezondheidsverklaring de vragen 1, 2 en 3 met '*Nee*' beantwoord. Vraag 1 luidt: *'Heeft u op dit moment of heeft u ooit geleden aan klachten, aandoeningen, ziekten, kwalen of gebreken van hart- en bloedvaten, psychische- of geestelijke aard, spieren, ledematen, gewrichten, rug- en/of nekklachten*'.
Vraag 2 luidt: *'Heeft u op dit moment of heeft u ooit geleden aan klachten, aandoeningen, ziekten, kwalen of gebreken die niet onder bovengenoemde vraag geplaatst kunnen worden'*.
Vraag 3 luidt: '*Bent u ooit behandeld en/of opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting, verpleeginrichting of ander behandelcentrum*'.
Consument heeft met '*Ja*' geantwoord op de vraag: '*Gebruikt u op dit moment of in het verleden medicijnen*'.

3.6 In de bijlage bij vraag 2 heeft Consument melding gemaakt van een kromme rug sinds zijn jeugd. De daar opgenomen vragen of hij hierover de laatste drie jaar met een huisarts heeft gesproken of daarvoor bij een arts of hulpverlener is geweest heeft hij met '*Nee*' beantwoord. Consument heeft toegelicht dat hij een iets gebogen rug heeft omdat hij snel is gegroeid. Uit foto's is gebleken dat alle wervels goed zitten. Consument verklaart dat hij nooit last heeft gehad van rugklachten.
Ook heeft Consument hier melding gemaakt van astma/huisstofmijtallergie sinds zijn jeugd en - alleen als hij klachten heeft, meestal in de lente - van het gebruik van het medicijn Ventolin. De vraag of Consument over deze aandoening in de laatste drie jaar met een huisarts heeft gesproken, heeft hij ontkennend beantwoord.

3.7 Verzekeraar heeft Consument bij brief van 19 januari 2016 medegedeeld dat hij de gezondheidsverklaring heeft ontvangen en dat hij naar aanleiding daarvan aanvullende informatie bij de huisarts heeft opgevraagd.

3.8 De Verzekering is ingegaan op 21 april 2016. De eigenrisicoperiode bij arbeidsongeschiktheid bedraagt 60 dagen. De maandpremie bedraagt € 183,91 en het verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid is zowel voor het eerstejaarsrisico als het na-eerstejaarsrisico € 40.000,- per jaar. Het arbeidsongeschiktheidscriterium is beroepsarbeidsongeschiktheid. Op het polisblad is een uitsluitingsclausule ter zake van de gehele wervelkolom opgenomen.

3.9 Op de Verzekering zijn de Voorwaarden AAOV 15 (hierna: 'de Voorwaarden') van toepassing. In de Voorwaarden staat, voor zover hier relevant, het volgende:

"(…)
4.3 Wanneer stoppen wij de uitkering?
(...)
Daarnaast stoppen wij de uitkering in de volgende situaties:

- *(…)*
- *Als wij de verzekering stoppen, omdat u ons niet alle informatie hebt gegeven toen u deze verzekering afsloot. Of als u ons toen niet de juiste informatie heeft gegeven.*

(…)
12.3 Wanneer kunnen wij de verzekering stoppen?

- *Wij mogen de verzekering in de volgende situaties stoppen:*

- *Als u ons niet alle informatie heeft gegeven toen u deze verzekering afsloot. Of als u ons toen niet de juiste informatie heeft gegeven.*

(…)."

3.10 Consument heeft in september 2016 verzocht om uitkering onder de Verzekering in verband met arbeidsongeschiktheid vanwege burn-out klachten.

3.11 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding van Consument onderzoek verricht en medische informatie opgevraagd bij onder andere de huisarts van Consument. Hieruit kwam onder meer naar voren dat Consument zich op 8 december 2015 bij de huisarts had gemeld met klachten van aanvalsgewijze hoofdpijn die zouden passen bij de diagnose clusterhoofdpijn en dat hij hiervoor zuurstoftherapie had gehad. De medisch adviseur concludeerde dat Consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden door dit consult niet in de gezondheidsverklaring te vermelden.

3.12 Verzekeraar heeft Consument tot 20 januari 2017 een uitkering verstrekt. Bij brief van 20 januari 2017 heeft Verzekeraar de Verzekering met onmiddellijke ingang opgezegd en Consument medegedeeld dat hij geen recht heeft op uitkering onder de Verzekering.

3.13 Namens Consument is hiertegen bij brief van 13 februari 2017 bij Verzekeraar bezwaar gemaakt. Ontkend is dat sprake is van clusterhoofdpijn en dat hiervoor zuurstoftherapie is toegepast. Toegelicht is dat de hoofdpijnklachten incidenteel waren en werden veroorzaakt door een 'huilbaby', dat de zuurstof die door de huisarts was verstrekt door Consument zelf was aangevraagd om meer energie te krijgen bij het sporten en dat de twee via de huisarts verkregen zuurstoftanks ongeopend retour zijn gezonden aan de leverancier.

Daarbij is verwezen naar de verklaring van de huisarts van Consument, inhoudende dat de in het dossier opgenomen notities met betrekking tot het hoofdpijnconsult en de vraag over het gebruik van zuurstof nadien verkeerd zijn geïnterpreteerd. Vermeld is voorts dat Consument vergeten was het hoofdpijnincident te melden.

3.14 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft Consument op 22 februari 2017 een reactie gegeven op diens bezwaar. Hij heeft over de hoofdpijnklachten meegedeeld dat hij uit het schrijven van de voormalige huisarts van Consument had overgenomen dat sprake is van aanvalsgewijze hoofdpijn die zou kunnen passen bij een diagnose clusterhoofdpijn. Over de zuurstoftherapie heeft de medisch adviseur van Verzekeraar het volgende aangevoerd:

"[Naam voormalig gemachtigde Consument] stelt in haar brief dat u van de zuurstoftherapie geen gebruik heeft gemaakt en dat de beide zuurstoftanks ongeopend retour zijn gestuurd naar de leverancier. Uw huisarts informeert mij echter dat u binnen uren zuurstoftherapie kon krijgen en dat deze onmiddellijk hielp tegen de klachten. Hieruit kan ik niet anders dan concluderen (…) dat u daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van de zuurstoftherapie. Ik vind deze informatie specifiek genoeg om aan te nemen dat dit correct is en correct is opgenomen in uw dossier ten tijde van de klachten. Een aanvullende verklaring hierover dat de huisarts de gegevens verkeerd geïnterpreteerd zou hebben, omdat deze niet meer helder in het geheugen van uw huisarts stonden, heeft voor mij geen meerwaarde. Ik heb daarnaast geen reden om aan te nemen dat ik de gegevens verkeerd geïnterpreteerd heb. Een bezoek aan de website van de leverancier, (…), leert mij dat dit een professionele leverancier is van producten aan, onder andere, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, ziekenhuizen en ambulancediensten. Levering aan particulieren ter verbetering van energie bij sporten, daarover kan ik niets terug vinden. Daarnaast komt het voorbeeld van het soort zuurstof dat u gebruikt zou hebben en dat uw jurist mij heeft toegezonden van een ander bedrijf (…) Bijzondere aandacht had ik ook voor de email van [leverancier] van 24 januari 2017 10:52 die u ons stuurde. Hierin wordt bevestigd dat van de twee cilinders van 10 liter er een volle cilinder op 7 januari 2016 is opgehaald. De andere cilinder zou op 26 januari 2017 zijn opgehaald. Zeer recent dus. Ik vraag mij af of deze cilinder daadwerkelijk vol was gezien de eerdere vermelding dat de zuurstoftherapie onmiddellijk hielp bij de klachten en ik er om die reden vanuit ga dat deze cilinder gebruikt is. Daarnaast wordt niet toegelicht waarom u deze cilinder nog ruim een jaar in uw bezit heeft gehad. (…)".

Daarnaast heeft de medisch adviseur van Verzekeraar medegedeeld dat hem inmiddels - uit een filmpje op YouTube - was gebleken dat Consument ook heeft verzwegen dat hij op achttienjarige leeftijd de ziekte van Weil heeft gehad en dat hij daarvoor een maand op de intensive care heeft gelegen met onder andere lever- en nierklachten waarna revalidatie heeft plaatsgevonden.

3.15 Uit nadien van de huisarts van Consument verkregen informatie is de medisch adviseur ook gebleken dat Consument zich op 1 juli 2005 tot de huisarts heeft gewend in verband met psychische klachten en dat hij op 4 november 2015 de huisarts heeft bezocht in verband met longklachten. In het huisartsenjournaal staat hierover, voor zover hier relevant:

"(…)
01-07-2005 S overstuur, agressieve buien, prikkelbaar, huilbuien, slaapt wisselend, concentratieverlies, zaak gesloten, financiele problemen, dreigend faillissement
(…)
04-11-2015 (…)
S recent op HAP prednison ivm bloed ophoesten na slapen onder schapenwollen deken, allergie schapenwol, bekend met astma, had al een jaar geen ventolin meer nodig gehad, nu alleen nog 's ochtends spoor bloed. Was fors kortademig door allergische reactie.
(…)."

3.16 Verzekeraar heeft zich na ingewonnen advies van zijn medisch adviseur op het standpunt gesteld dat Consument niet alleen zijn consult bij de huisarts op 8 december 2015 in verband met hoofdpijnklachten heeft verzwegen maar ook dat hij op 18-jarige leeftijd een zeer ernstige vorm van de ziekte van Weil heeft gehad, dat hij op 1 juli 2005 een consult bij de huisarts heeft gehad in verband met psychische klachten en dat hij vóór ingangsdatum van de Verzekering zijn huisarts heeft bezocht in verband met klachten van de longen en luchtwegen.

3.17 Consument heeft vervolgens een medisch adviseur ingeschakeld. Deze heeft in zijn brief van 21 november 2017– voor zover hier relevant – het volgende opgenomen:

"*Met betrekking tot de hoofdpijnklachten merk ik op dat dit probleem door Allianz toch uit zijn verband gerukt is. Als wij kijken naar de objectieve gegevens dan vermeldt de huisarts in feite alleen hoofdpijnklachten, cliënt heeft wellicht zelf gedacht aan clusterhoofdpijn en heeft, op basis hiervan, zuurstof besteld maar geheel duidelijk is dit niet, immers in de begeleidende mail staat in de inleidende zin dat cliënt een fervent mountainbiker is. (…) het argument dat het beeld niet duidelijk was snijdt geen hout, immers er vond verder geen nader onderzoek plaats. Wel zou Allianz naar verwachting informatie ingewonnen hebben bij de huisarts en zouden zij vernomen hebben dat het een eenmalige aanval betrof zonder dat er een diagnose was gesteld. (…)*
Ik zie geen enkel argument waarom er bijvoorbeeld geen sprake zou zijn geweest van een eenmalige migraineaanval of spanningshoofdpijn.
Vaak wordt een aanvraag dan tijdelijk opgeschort. In dit geval zou het voor de hand gelegen hebben dat de medisch adviseur van Allianz informatie ingewonnen zou hebben over de hoofdpijnklachten. In dat geval zou hij hebben vernomen dat er sprake was van een eenmalig contact dat op 8 december 2015 plaatsvond. De huisarts zou de vraag over de hoofdpijn dan in dezelfde brief beantwoord hebben als in de brief die handelde over de rugpijnklachten en de medisch adviseur had in ieder geval voor 1 april 2016 zijn beslissing kunnen nemen.
(…)
Naar verwachting zou men met deze klachten niets gedaan hebben. De klachten treden aanvalsgewijs op en zijn dus binnen een eigen risico termijn alweer verdwenen. Ik verwijs hierbij naar de GAV richtlijnen en mijn advies.
(…)
De ziekte van Weil zou, mijn inziens, geen aanleiding zijn tot het opnemen van een clausule. Daarbij is het de vraag of hier wel van verzwijging gesproken kan worden en dat de COPD/astma ontstond na de ziekte van Weil. Deze aandoening had cliënt wel gemeld. Als Allianz navraag had

gedaan zou de ziekte van Weil naar verwachting gemeld zijn. Los daarvan was cliënt hiervan volledig hersteld.
(…)
Het [consult in verband met psychische problematiek in 2005; toevoeging Commissie van Beroep] *betreft een eenmalig consult 11 jaar voor de aanvraag waarvan gegevens over het verdere beloop ontbreken. Men zou hooguit informatie ingewonnen hebben bij de huisarts maar deze had niet meer mee kunnen delen dan het eenmalig contact en de emigratie naar (…). Uit het beloop blijkt verder niet dat er problemen waren en cliënt consulteerde nog wel met enige regelmaat zijn huisarts (...) tijdens vakanties in Nederland. Daarbij werd in 2014 duidelijk aangegeven dat er geen gezondheidsproblemen waren. Het lijkt dan ook duidelijk een reactief beeld met naar verwachting kortdurende klachten waar men niks mee gedaan zou hebben. Ook hier verwijs ik naar de GAV-richtlijnen.*
(…).”

3.18 Ook de nadien namens Consument met Verzekeraar gevoerde discussie over het door Verzekeraar ingenomen standpunt heeft niet tot een herziening van dat standpunt geleid.

4. Klacht en uitspraak Geschillencommissie

4.1 Consument heeft bij de Geschillencommissie gevorderd (1) ongedaanmaking van de opzegging van de Verzekering door Verzekeraar en (2) hervatting van de uitkering onder de Verzekering vanaf 20 januari 2017, vermeerderd met wettelijke rente. Volgens Consument is er van enige relevante verzwijging geen sprake geweest. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat Consument bij het aangaan van de Verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden en dat zij bij kennis van de ware stand van zaken op basis van de adviezen van haar medisch adviseur geen verzekering zou hebben gesloten. Voor een verdere weergave van de standpunten van partijen verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie, onder 3.2 en 3.3.

4.2 De Geschillencommissie heeft de vorderingen afgewezen en daartoe – kort samengevat – als volgt geoordeeld.
Consument heeft niet voldaan aan zijn precontractuele mededelingsplicht, bedoeld in artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Consument hoefde geen melding te maken van het consult van zijn huisarts op 4 november 2015 in verband met klachten aan de longen, omdat Consument zijn astma- en huisstofmijtklachten en de daarvoor gebruikte Ventolin heeft vermeld en Verzekeraar kon weten dat de huisarts af en toe in beeld kon komen voor herhaalrecepten. Consument had echter, gelet op de vraagstelling in de gezondheidsverklaring, wel melding moeten maken van zijn consult aan de huisarts op 8 december 2015 in verband met hoofdpijnklachten, van de ziekte van Weil die hij in 1996 heeft opgelopen en van zijn consult aan de huisarts op 1 juli 2005 wegens psychische klachten.
Verzekeraar heeft zich op grond van artikel 7:930 lid 4 BW erop mogen beroepen dat hij de verzekering bij kennis van de juiste feiten niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn aangegaan. Verzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat zijn acceptatiebeleid in overeenstemming is met dat van een redelijk handelend verzekeraar, gezien de onduidelijkheid die nog steeds bestaat over de hoofdpijnklachten en het zuurstofgebruik.

Verzekeraar is dan ook geen uitkering aan Consument verschuldigd en mocht de Verzekering op grond van artikel 7:929 BW met onmiddellijke ingang opzeggen.

5. Beoordeling van het beroep

5.1 In beroep voert Consument, samengevat weergegeven, het volgende aan.
Met betrekking tot de hoofdpijnklachten wijst Consument erop dat de verklaring van zijn medisch adviseur [naam 1] van 21 november 2017 niet in lijn is met de beslissing van de Geschillencommissie. Wel constateert de medisch adviseur dat de informatie van de huisarts over het consult van 8 december 2015 niet eenduidig is. Consument kan niet beoordelen of het klopt dat nader onderzoek door Verzekeraar er niet toe zou hebben geleid dat de Verzekering zou zijn aangegaan, nu nog steeds onduidelijkheid bestaat over de klachten en nog steeds geen diagnose is gesteld. Volgens zijn medisch adviseur is het consult van 8 december 2015 onvoldoende voor de conclusie dat de Verzekeraar de Verzekering mocht opzeggen. Consument verzoekt de Commissie van Beroep om eerst de bij het 'hoofdpijnverhaal van 8 december 2015' betrokken artsen te horen om te bepalen of de beslissing van de Geschillencommissie moet worden bekrachtigd of vernietigd, dit omdat alleen dan duidelijkheid kan komen.
Met betrekking tot het niet-vermelden van de ziekte van Weil voert Consument aan dat vermelding in elk geval niet zou hebben geleid tot een beslissing die voor hem minder gunstig was. Uit een door Consument overgelegde brief van internist [naam 2] van 13 januari 1999 blijkt dat hij volledig genezen is verklaard.
Ook vermelding van het consult uit 2005 naar aanleiding van psychische klachten zou niet tot een andere beslissing van Verzekeraar hebben geleid. Bij alle latere consulten was geen sprake van de psychische problemen uit 2005, die zijn te begrijpen doordat toen zijn bedrijf failliet dreigde te gaan.
Verzekeraar past kennelijk niet de GAV-richtlijnen toe. Alleen dat maakt al dat Verzekeraar een niet redelijk handelend verzekeraar is.

5.2 Verzekeraar ziet geen toegevoegde waarde in het horen van de door Consument genoemde artsen over de wisselende verklaringen over de hoofdpijnklachten en het zuurstofgebruik. In elk geval zou het ontbreken van een diagnose en de tegenstrijdige en wisselende verklaringen nog steeds hebben geleid tot een afwijzing van de verzekeringsaanvraag. De ziekte van Weil en de psychische klachten uit 2005 zijn volgens Verzekeraar wel degelijk relevant. De kans op claims vanwege de vele mogelijke klachtenpresentaties van de ziekte van Weil is niet te normaliseren met clausules of premietoeslagen. Van de psychische klachten zou onmogelijk een risico-inschatting kunnen worden gemaakt bij gebrek aan informatie over welke diagnose is gesteld en hoe de klachten zich hebben ontwikkeld.
Ook de longklachten zijn volgens Verzekeraar, anders dan de Geschillencommissie heeft geoordeeld, wel degelijk van belang. Consument heeft - naast een consult van 4 november 2015 - meerdere bezoeken aan de huisarts in verband met de longklachten niet vermeld en heeft ook het gebruik van Prednisolon niet opgegeven. Bij volledige informatie zou de medisch adviseur nadere informatie hebben ingewonnen, waaruit een veel ernstiger

klachtenpatroon zou zijn gebleken. De medisch adviseur zou dan, het gehele dossier beziend, tot een afwijzend advies zijn gekomen.
Verzekeraar hanteert wel degelijk waar mogelijk de GAV-richtlijnen, meer specifiek de Handleiding medische acceptatie arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Dat was in dit geval echter niet mogelijk doordat van de psychische klachten en hoofdpijnklachten geen diagnose bekend is en omdat de ziekte van Weil niet voorkomt in de handleiding. De medisch adviseur is daarom genoodzaakt zich te baseren op zijn eigen medische kennis en ervaring.

5.3 De Commissie van Beroep is van oordeel dat Consument naar aanleiding van de vragen in de gezondheidsverklaring ten onrechte geen melding heeft gemaakt van de hoofdpijn-klachten en de psychische klachten uit 2005. Met betrekking tot de hoofdpijnklachten heeft Consument ter zitting verklaard dat hij de hoofdpijn in elk geval zo verontrustend vond dat hij daarvoor doktersadvies wilde hebben. In de bijlage bij een mailbericht aan Consument van 29 oktober 2019 schrijft mevrouw [naam 3], die eind 2015 de huisarts van Consument was, hierover het volgende:

> "(…) de indicatie voor het gebruik van zuurstof is destijds op uw verzoek ingevuld als Clusterhoofdpijn bij het aanvragen van de zuurstof. Die aanvraag zal ook in dat dossier liggen. Dat kan ik niet weerleggen. Bij nader inzien is er dus sprake van aanvalsgewijze hoofdpijn, waarbij U zelf de verdenking clusterhoofdpijn heeft geuit, anders had ik geen zuurstofaanvraag gedaan. Na uw terugkeer uit [land] had ik als nieuwe huisarts nog geen dossier om die diagnose te toetsen, dus heb ik dat voor waar aangenomen."

Of de zuurstof die op verzoek van Consument is voorgeschreven verband hield met de hoofdpijn dan wel, zoals Consument stelt, met de wens om zijn sportprestaties te verbeteren, kan in het midden blijven. Ook als de hoofdpijn – zoals Consument stelt – in feite spanningshoofdpijn was, die verband hield met veelvuldig huilen van de baby van Consument, had hij daarvan melding moeten maken. Ter zitting heeft Verzekeraar er op gewezen dat hoofdpijn als gevolg van spanningen in combinatie met de eerdere psychische klachten uit 2005 door de spanningen in verband met het eigen bedrijf in elk geval zouden hebben geleid tot een uitsluiting van psychische klachten. De Commissie van Beroep zal hiervan uitgaan, nu Consument dit niet gemotiveerd heeft weersproken en de Commissie van Beroep geen reden heeft voor twijfel op dit punt. Het horen van de artsen als getuigen is in verband hiermee niet nodig, nu in elk geval vaststaat dat de hoofdpijnklachten Consument zo verontrustten, dat hij doktersadvies nodig vond. Deze klachten had Consument dan ook aan Verzekeraar moeten melden.

5.4 Met betrekking tot de longklachten heeft Consument bij de aanvraag van de Verzekering vermeld dat hij sinds zijn jeugd lijdt aan astma/huisstofmijtallergie en daarvoor Ventolin gebruikt, alsmede dat hij in verband hiermee de laatste drie jaar niet met een huisarts heeft gesproken en dat hij Ventolin alleen gebruikt als hij klachten heeft, meestal in de lente. Uit de overgelegde huisartsenkaart, die ter zitting is besproken, blijkt dat Consument voor zijn longen behalve Ventolin ook andere medicijnen, waaronder Prednisolon, gebruikte en in verband daarmee ook frequent contact had met de huisarts. De medisch adviseur van

Verzekeraar heeft verklaard dat het beeld van de longklachten hiermee veel ernstiger was dan naar voren kwam uit de bij de aanvraag van de Verzekering verstrekte gegevens. Voorts heeft hij verklaard dat de ziekte van Weil weliswaar restloos was genezen, maar dat latere moeilijk classificeerbare klachten daarmee toch in verband zouden kunnen staan. Bekendheid met de omstandigheid dat Consument had geleden aan de ziekte van Weil en met het juiste beeld van de longklachten zou daarom volgens de medisch adviseur van Verzekeraar wel degelijk hebben geleid tot een negatief advies aan Verzekeraar. Ook dit een en ander heeft Consument ter zitting niet gemotiveerd weersproken. Ook hier ziet de Commissie van Beroep geen reden om anders aan te nemen.

5.5 De Commissie van Beroep komt op grond van het voorgaande tot de conclusie dat Consument zijn mededelingsplicht niet is nagekomen ten aanzien van de ziekte van Weil en zijn medicijngebruik en dokterscontacten in verband met zijn longklachten. Verder concludeert de Commissie van Beroep dat Verzekeraar bij kennis van de juiste feiten op dit punt zou hebben afgezien van het sluiten van de Verzekering.

5.6 Het standpunt van Consument dat een redelijk handelend Verzekeraar de aanvraag niet zou hebben afgewezen, wordt verworpen. Consument heeft zijn standpunt namelijk onvoldoende nader onderbouwd, door niet meer in te gaan op de reactie van Verzekeraar dat haar medisch adviseur van oordeel is dat de (zogenoemde) GAV-richtlijnen in dit geval geen houvast bieden doordat daarin de ziekte van Weil niet voorkomt en door het ontbreken van een diagnose ten aanzien van de hoofdpijnklachten en de psychische klachten. In het licht van alle voorhanden gegevens moet er daarom van worden uitgegaan dat Verzekeraar, ook als redelijk handelend verzekeraar, de Verzekering bij kennis van de juiste feiten niet zou zijn aangegaan.

5.7 De slotsom is dat de bezwaren van Consument tegen de beslissing van de Geschillencommissie geen doel treffen. De Commissie van Beroep zal die beslissing daarom handhaven.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep handhaaft de beslissing van de Geschillencommissie.