**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-024**
**(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. E.C. Ruinaard en mr. dr. K. Engel, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

| | |
|---|---|
| Klacht ontvangen op | : 21 januari 2019 |
| Ingediend door | : Consument |
| Tegen | : London General Insurance Cy. Ltd, onderdeel van The Warranty Group Europe Limited, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar |
| Datum uitspraak | : 7 januari 2020 |
| Aard uitspraak | : Bindend advies |

## Samenvatting

Woonlastenbeschermer. Consument heeft een beroep gedaan op zijn verzekering omdat hij door oogklachten arbeidsongeschikt is geworden. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat sprake is van verzwijging en dat hij bij een ware stand van zaken oogklachten (en huidklachten) van dekking had uitgesloten. Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Verzekeraar heeft hierbij verwezen naar zijn eigen acceptatiebeleid. In dat geval dient Verzekeraar aan te tonen dat Consument bij het aangaan van de verzekering wist of behoorde te begrijpen welk acceptatiebeleid Verzekeraar hanteerde. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar dit desgevraagd niet heeft aangetoond. Vordering toegewezen

## 1. Procesverloop

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

- de door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de namens Consument ingediende repliek;
- de dupliek en de aanvulling daarop van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1962, heeft op 2 maart 2015 bij Verzekeraar een woonbeschermer met dekking bij arbeidsongeschiktheid aangevraagd. Het aanvraagformulier vermeldt het volgende:

> '***Let op!***
> *U dient een uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen. Deze uitgebreide medische vragenlijst vormt één geheel met dit aanvraagformulier en vormt de grondslag waarop de verzekeraar, al dan niet onder uitsluiting van bepaalde klachten, tot acceptatie zal overgaan. De verzekeraar baseert zijn acceptatie uitsluitend op de gezondheidstoestand zoals die ten tijde van de aanvraag bestaat. Ziekten, aandoeningen of letsel die zich na de aanvraagdatum, voor het eerst openbaren zullen niet worden uitgesloten, mits de premie binnen 6 maanden na de aanvraagdatum is voldaan.'*

Bij de aanvraag heeft Consument een op 2 maart 2015 door hem ondertekende gezondheidsverklaring overgelegd. Bovenaan die gezondheidsverklaring staat het volgende:

> '***U krijgt een gezondheidsverklaring***
> *U heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. (…) Daarom krijgt u deze gezondheidsverklaring. Wilt u dit formulier helemaal invullen? De medisch adviseur kijkt vervolgens naar uw antwoorden. Hij adviseert daarna de verzekeraar of die de verzekering wel of niet kan accepteren.*
> *Let op: lees de Toelichting vóórdat u de gezondheidsverklaring invult.*
>
> ***Vul alle vragen goed in***
> *Dat is belangrijk. En dat bent u verplicht. Daarmee voorkomt u bijvoorbeeld dat:*
> - *de verzekeraar de verzekering in de toekomst stopt;*
> - *de verzekeraar geen uitkering geeft bij overlijden;*
> - *de verzekeraar geen uitkering geeft bij arbeidsongeschiktheid;*
>
> *Noem al uw klachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest. (…)'*

2.2 Op de gezondheidsverklaring staat, onder deel 3 ('Uw gezondheid'), de volgende vraag:

> *'Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Kruis dan het hokje voor de letter aan.'*

Daarbij staat de volgende waarschuwing:

> *"Let op!*
> *Kruis ook Ja aan als u:*
> - *bij een huisarts, hulpverlener of een arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld;*
> - *bent u opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;*
> - *geopereerd bent;*
> - *nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt.*
> - *nog onder controle staat."*

2.3 Consument heeft rubriek F en rubriek J aangevinkt. Rubriek F luidt als volgt:

> *'Aandoeningen, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier.'*

Rubriek J luidt als volgt:

> *'Aandoeningen, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad.'*

2.4 Consument heeft de rubrieken K en L niet aangevinkt. Rubriek K luidt als volgt:

> *'Aandoening, ziekte of klachten van huid, spataderen, open been, fistels, trombose.'*

Rubriek L luidt als volgt:

> *'Aandoeningen, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis).'*

2.5 Consument heeft vervolgens twee bijlagen bij de gezondheidsverklaring ingevuld, waarin hij heeft aangegeven dat hij sinds 1988 tot heden lijdt aan de ziekte van Crohn en dat hij sinds 2008 een knieprothese heeft.

2.6 Een medisch adviseur van Verzekeraar heeft geadviseerd om de ziekte van Crohn, knieklachten en obesitas uit te sluiten van dekking. Verzekeraar heeft dit advies opgevolgd.

Op het polisblad van 8 mei 2015 staat de volgende clausule:

> *'Arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van, of verband houdt met, de volgende ziekte(n), aandoening(en) of letsel(s) is (zijn) uitgesloten van dekking:*
> - *ziekte van crohn*
> - *knieklachten*
> - *obesitas'*

Het polisblad vermeldt verder dat de verzekering op 29 april 2015 ingaat, dat het verzekerde maandbedrag € 700,00 is, dat een eigenrisicoperiode van 365 dagen van toepassing is en dat de uitkeringsduur maximaal 120 maanden per schade is. De Verzekering is UWV-volgend. Consument heeft een eenmalige premie betaald van € 1.075,20.

2.7 Consument heeft een door hem op 11 december 2017 ondertekend 'schadeaangifte-formulier arbeidsongeschiktheid' bij Verzekeraar ingediend. Daarop geeft hij aan dat hij sinds 3 juni 2015 lijdt aan een verminderde, sterk wisselende visus en dat hij pijn heeft. Op de vraag "Sinds wanneer heeft u uw beroepswerkzaamheden geheel/gedeeltelijk gestaakt en voor welk percentage acht u zich ongeschikt?" antwoordt Consument dat hij sinds 21 februari 2016 voor 100% arbeidsongeschikt is.

2.8 Naar aanleiding van deze melding heeft de medisch adviseur van Verzekeraar onderzoek verricht door informatie in te winnen bij verschillende behandelaars van Consument, onder meer de huisarts, de oogarts en [naam ziekenhuis I] Vervolgens heeft Verzekeraar Consument met een brief van 4 juli 2018 – voor zover relevant – als volgt geïnformeerd:

> *"Uit ons medisch onderzoek blijkt dat u sinds 2014 bekend bent met recidiverende oogklachten. U heeft op 31 maart 2014, 24 april 2014 en 3 juni 2015 hiervoor een oogarts geconsulteerd. Uit een brief van uw oogarts uit het [naam ziekenhuis II] van 4 januari 2016 blijkt dat u sinds maart 2014 bij hen bekend bent (…). Uit een brief van uw oogarts van [naam ziekenhuis I] van 18 februari 2016 blijkt dat u al jaren last heeft van wondjes op het oog, twee keer een ontsteking had op links (…). Deze klachten zijn volgens uw artsen verergerd waardoor u nu arbeidsongeschikt bent geraakt.*
>
> *Tevens blijkt uit een brief van uw dermatoloog van 26 maart 2015 dat u het medicijn Humira gebruikt. Dat medicijn (…) heeft als mogelijke bijwerking oogklachten, zoals pijnlijke ogen en ontstoken ogen en kan het gezichtsvermogen verminderen. Ook komt dubbelzien en ontsteking van de oogleden voor.*

*U heeft echter op [het] uitgebreid medisch acceptatieformulier niet uw oogklachten opgegeven. Bij deze rubriek staat ter extra attentie aangegeven dat u ook ja dient aan te kruisen indien u bij uw huisarts bent geweest, deze heeft gebeld, u medicijnen (nog) gebruikt (heeft) of nog onder controle staat. U had melding moeten maken van uw oogklachten (letter L). Wij stellen vast dat u deze informatie niet heeft vermeld. Als u toen ook op de uitgebreide gezondheidsverklaring had aangekruist bij rubriek nummer 3, onder letter L, dat u ook een aandoening, ziekte of klachten had aan uw ogen, hadden wij deze ook uitgesloten van dekking onder de verzekering. Als gevolg hiervan sluiten wij alsnog arbeidsongeschiktheid uit van dekking van de verzekering door medische oorzaken die enig direct of indirect verband houden met alle oogklachten en alle -oorzaken, -gevolgen, -complicaties, -aandoeningen, -ziekten en -stoornissen en de gevolgen daarvan waaronder ook de complicaties van behandeling.*
*Ook heeft u uw huidklachten niet gemeld op de uitgebreide gezondheidsverklaring. U was in het jaar voorafgaand aan de aanvraag van de verzekering nog in behandeling geweest bij een dermatoloog voor huidklachten. Als gevolg hiervan sluiten wij alsnog arbeidsongeschiktheid uit van dekking van de verzekering ontstaan, bevorderd of verergerd door alle huidklachten, -aandoeningen, -stoornissen en -ziektes waaronder eczeem en psoriasis.*

*Gelet op het bovenstaande, valt uw arbeidsongeschiktheid niet onder de dekking van de verzekering en kunnen wij uw aanspraak niet honoreren."*

## 3. Vordering, klacht en verweer

*Vordering Consument*

3.1 Consument vordert verwijdering van de clausules voor oogklachten en huidklachten alsmede uitkering onder de verzekering met terugwerkende kracht met toekenning van wettelijke rente vanaf 24 februari 2018.

*Grondslagen en argumenten daarvoor*

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

- Consument heeft voldaan aan zijn precontractuele mededelingsplicht. De medisch adviseur van ARAG heeft vastgesteld dat geen sprake is van verzwijging. Bij een ware stand van zaken waren de oogklachten niet van dekking uitgesloten aangezien het om minimale klachten ging.
- Bovendien bestaat geen causaal verband tussen de lichte klachten die Consument destijds had en de klachten aan het rechteroog waardoor Consument arbeidsongeschikt is geworden.

- Ondanks littekens in het linkeroog kon Consument werken. Hij is pas arbeidsongeschikt geworden nadat hij dezelfde klachten in het rechteroog kreeg.
  Wat zich in 2014 heeft voorgedaan (linkeroog) is anders dan waarvoor (rechteroog) Consument in juni 2015 een oogarts heeft geraadpleegd.

*Verweer Verzekeraar*

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

- Volgens de medisch adviseur blijkt uit diverse medische bronnen dat Consument in de jaren voorafgaand aan het sluiten van de verzekering bekend was met oogaandoeningen die leiden tot ernstige klachten en mogelijk tot blijvende schade. Gelet op de veelvuldige oogklachten en de mate en aard van de behandeling van de oogaandoeningen, zou de medisch adviseur hebben geadviseerd tot uitsluiting van oogklachten. Consument heeft de oogklachten ten onrechte niet gemeld bij rubriek 3 letter L van de uitgebreide gezondheidsverklaring. Consument stelt dat hij nauwelijks klachten aan zijn ogen heeft ervaren. Die stelling is onjuist. Hij heeft immers zowel de huisarts als een oogarts bezocht. Bovendien is hij voor zijn visus klachten behandeld. De oogklachten waren bovendien relevant omdat hij vanwege die klachten arbeidsongeschikt is geworden. Ook wanneer Consument meende dat het om futiliteiten ging, dan had hij de klachten moeten melden.
- Consument heeft ook de vraag bij rubriek 3 letter K van de uitgebreide gezondheidsverklaring onjuist beantwoord door niet te vermelden dat hij in het jaar voorafgaand aan de aanvraag van de verzekering nog onder behandeling is geweest van een dermatoloog. Als Consument die vraag juist had beantwoord dan was ook een clausule voor huidklachten geplaatst.
- Verzekeraar hanteert een duidelijk acceptatiebeleid waarmee Consument bekend is. Op grond van de vragen en de uitleg dat de vragen bevestigend moeten worden beantwoord als (onder meer) een huisarts is geraadpleegd vanwege oogklachten en huidklachten op de uitgebreide gezondheidsverklaring, had het Consument duidelijk moeten zijn dat de antwoorden op die vragen voor Verzekeraar relevant zijn. Consument kon de relevantie van de niet medegedeelde feiten overzien omdat hij het aanvraagformulier heeft ingevuld en ondertekend. Daarop staat dat een uitgebreide gezondheidsverklaring moet worden ingevuld en dat die verklaring samen met het aanvraagformulier de grondslag voor Verzekeraar vormt waarop hij, al dan niet onder uitsluiting van bepaalde klachten, tot acceptatie zal overgaan. Consument heeft verklaard dat hij de toelichting op de gezondheidsverklaring heeft gelezen, dat alle vragen zijn beantwoord en dat de antwoorden kloppen. Ook heeft Consument verklaard dat hij het goed vindt dat Verzekeraar mede op basis van het advies van de medisch adviseur beoordeelt of hij de aanvraag accepteert.

De medisch adviseur heeft het dossier beoordeeld en vervolgens is arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van of verband houdt met de ziekte van Crohn, knieklachten en obesitas van dekking uitgesloten. Consument heeft dit op het polisblad kunnen teruglezen. Hieruit volgt dat Consument bekend was met het acceptatiebeleid van Verzekeraar. De stukken die dit onderbouwen, zitten in het procesdossier.

- Het staat Verzekeraar vrij om de dekking te bepalen en onder welke voorwaarden hij een aspirant-verzekerde wil accepteren.

## 4. Beoordeling

*De maatstaf van artikel 7:928 BW*

4.1 De Commissie stelt voorop dat in artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) staat dat de aspirant-verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.

4.2 Indien een verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt op grond van lid 6 van artikel 7:928 BW dat de verzekeraar zich er niet op kan beroepen dat feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld. Dit is alleen anders indiende de (aspirant-)verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. In beginsel geldt dus dat indien de verzekeraar een vragenlijst hanteert, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat hij tot niet meer gehouden is dan het beantwoorden van de vragen die op de vragenlijst staan.

4.3 Een aspirant-verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Zie de volgende uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.

4.4 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

4.5 Indien de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is.

Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.

4.6 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet zou zijn aangegaan of slechts onder andere voorwaarden.

*Beroep op artikel 7:930 lid 3 BW door Verzekeraar*

4.7 De Commissie merkt op dat in de correspondentie voorafgaand aan de procedure bij Kifid Verzekeraar steeds heeft herhaald dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering alleen dan had gesloten als, naast de ziekte van Crohn, huidklachten en obesitas, ook oog- en huidklachten van dekking waren uitgesloten. Dat standpunt heeft hij ook in de procedure bij Kifid bij herhaling ingenomen. Daarmee doet Verzekeraar een beroep op de laatste zin van artikel 7:930 lid 3 BW. Bij dupliek heeft Verzekeraar naast het eerder-genoemde standpunt ook gesteld dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten. Dit standpunt correspondeert niet met een beroep op lid 3, maar met een beroep op lid 4 van artikel 7:930 BW. Nu Verzekeraar zijn dupliek afsluit met het standpunt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken vijf dekkings-beperkende clausules had geplaatst en alleen dit standpunt jegens Consument heeft ingenomen (zie onder 2.8), gaat de Commissie ervan uit dat hij geen beroep doet op lid 4 (en dit ook niet heeft willen doen), maar slechts op de laatste zin van lid 3 van artikel 7:930 BW. Deze zin luidt als volgt:

> '*Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.*'

4.8 Verzekeraar heeft niet alleen uitkering geweigerd, maar heeft ook eenzijdig twee nieuwe dekkingsuitsluitingsclausules van toepassing verklaard op de verzekering, in aanvulling op de drie reeds overeengekomen dekkingsuitsluitingsclausules. Strikt genomen kan artikel 7:930 lid 3 BW daarvoor niet gebruikt worden, nu deze bepaling enkel betrekking heeft op het recht op uitkering. Lid 3 geeft een verzekeraar niet expliciet de bevoegdheid om achteraf een dekkingsbeperking in de verzekeringsovereenkomst op te nemen die zou zijn opgenomen als deze verzekeraar bij het sluiten van de verzekering op een juiste wijze zou zijn geïnformeerd door de aspirant-verzekeringnemer.

Uit uitspraken van de Geschillencommissie volgt echter dat lid 3 de grondslag kan vormen voor een eenzijdige wijziging van de dekking van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeraar, indien vaststaat dat een verzekeringnemer zijn precontractuele mededelingsplicht op een bepaald punt heeft geschonden. Zie onder meer: Geschillencommissie Kifid 30 januari 2014, nr. 2014-53, overweging 5.7 en 5.8, te vinden op www.kifid.nl.

4.9 Tot slot merkt de Commissie op dat een beroep van een verzekeraar op artikel 7:930 lid 3, laatste zin, BW in beginsel alleen zal kunnen slagen indien de verzekeraar aantoont dat (ook) een redelijk handelend verzekeraar bij bekendheid met de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld. Zie rechtsoverwegingen 3.4.6 en 3.4.9 van de uitspraak van de Hoge Raad van 5 oktober 2018 (X./Delta Lloyd), te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer: ECLI:NL:HR:2018:1841.

*Het beroep van Verzekeraar op artikel 7:930 lid 3 BW faalt*

4.10 De Commissie zal de vraag of Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden om praktische redenen onbeantwoord laten, nu naar het oordeel van de Commissie Verzekeraar niet heeft aangetoond dat bij bekendheid van de ware stand van zaken twee aanvullende clausules voor oog- en huidklachten zouden zijn geplaatst. De Commissie zal dit hierna uitleggen.

4.11 De behandelend secretaris van de Commissie heeft Verzekeraar schriftelijk gevraagd, onder nadrukkelijke verwijzing naar voornoemde uitspraak van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, of hij zijn standpunt dat Consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden wil toelichten aan de hand van deze uitspraak. De behandelend secretaris heeft daarbij ook gevraagd of Verzekeraar kan uitleggen of hij, bij zijn standpunt dat sprake is van een schending van de mededelingsplicht, verwijst naar zijn eigen acceptatiebeleid of naar dat van een redelijk handelend verzekeraar. Verzekeraar heeft daarop aangegeven zich te beroepen op zijn eigen acceptatiebeleid (“Wij hebben hierin een duidelijk acceptatiebeleid waar verzekerde mee bekend is”). Daarbij heeft Verzekeraar gesteld, desgevraagd, dat hij zijn acceptatiebeleid aan Consument kenbaar heeft gemaakt. Hij heeft ter onderbouwing van deze stelling verwezen naar het aanvraagformulier, de uitgebreide gezondheidsverklaring en het polisblad.

4.12 De Commissie overweegt dat, nu Verzekeraar nadrukkelijk een beroep heeft gedaan op zijn eigen acceptatiebeleid, het aan hem was om aan te tonen dat Consument bij het aangaan van de verzekering wist of behoorde te begrijpen welk acceptatiebeleid Verzekeraar hanteerde. Dit volgt uit rechtsoverweging 3.4.6 en volgende van voornoemde uitspraak van de Hoge Raad van 5 oktober 2018.

4.13 Met inachtneming van hetgeen de Hoge Raad heeft overwogen in de voornoemde uitspraak, oordeelt de Commissie dat het beroep van Verzekeraar dat hij zijn acceptatiebeleid kenbaar heeft gemaakt door het polisblad faalt. Uit het polisblad kan de uitwerking van het toepassen van het acceptatiebeleid worden afgeleid met betrekking tot de door Consument gegeven antwoorden, maar niet het acceptatiebeleid in algemene zin. Bovendien is het polisblad verstrekt na de ingang van de verzekering.

4.14 Ten aanzien van het aanvraagformulier en de uitgebreide gezondheidsverklaring overweegt de Commissie dat hieruit niet kan worden opgemaakt wat het *daadwerkelijke* acceptatiebeleid van Verzekeraar is (Zie rechtsoverwegingen 3.4.7 en 3.6.2 van voornoemde uitspraak van de Hoge Raad). Niet ieder antwoord leidt direct tot een uitsluiting. Daarvoor is het advies van de medisch adviseur van Verzekeraar van belang en die adviseert om bepaalde aandoeningen wel of niet uit te sluiten. Zie randnummer 2.6. Uit het aanvraagformulier en de uitgebreide gezondheidsverklaring volgt niet wanneer de medisch adviseur een bepaald advies geeft. En ook niet wat Verzekeraar met het advies van de medisch adviseur doet.

4.15 Nu Verzekeraar zich heeft beroepen op zijn eigen acceptatiebeleid, maar niet heeft aangetoond dat Consument bij het aangaan van de verzekering wist of behoorde te begrijpen welk acceptatiebeleid Verzekeraar hanteerde, slaagt het beroep van Verzekeraar op art. 7:930 lid 3 BW niet. Verzekeraar kan daarom geen beroep doen op de rechtsgevolgen van de eventuele schending van de precontractuele mededelingsplicht.

*Slotsom*

4.16 De Commissie komt daarom tot de slotsom dat Verzekeraar niet gerechtigd was alsnog uitsluitingsclausules voor oog- en huidklachten te plaatsen. Dit betekent dat de arbeidsongeschiktheidsclaim vanwege oogklachten gedekt is. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vorderingen van Consument toe.

## 5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de clausules voor oog- en huidklachten van de verzekering verwijdert, de claim in behandeling neemt en indien aan de voorwaarden voor uitkering is voldaan, een uitkering verstrekt. Verzekeraar dient daarbij ook wettelijke rente te vergoeden vanaf 24 februari 2018.

*In artikel 2 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 www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.*

*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.*