

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0631

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. J.L.M. Luiten, mr. drs. E.G. van der Jagt, arts, leden en mr. drs. D.J. Olthoff, secretaris)

Datum uitspraak	30 juni 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

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) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde mr. V.J.A. van Hees, advocaat.
- 1.3 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 17 april 2026. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar advocaat en een toehoorder. Namens de verzekeraar waren aanwezig de heer mr. [naam 1], jurist en de heer [naam 2], arts.
- 1.4 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 verzekeraar mocht de claim van de consument op de overlijdensrisicoverzekering afwijzen. Wijlen de partner van de consument heeft bij de aanvraag van een overlijdensrisicoverzekering relevante medische informatie niet vermeld op de gezondheidsverklaring. Met een beroep op schending van de mededelingsplicht heeft de verzekeraar aannemelijk gemaakt dat de verzekeringsovereenkomst niet tot stand zou zijn gekomen als de ontbrekende medische informatie wel zou zijn vermeld in de gezondheidsverklaring. De klacht van de consument is daarom ongegrond en de vordering, te weten uitbetaling van het verzekerde bedrag van € 100.000,- inclusief wettelijke rente vanaf 14 juni 2024, wordt afgewezen.

3. De achtergrond van het geschil

Bij de aanvraag van een overlijdensrisicoverzekering heeft de partner van de consument (hierna: de partner) op 29 januari 2023 een gezondheidsverklaring ingevuld.

Bij vraag 5.9 (Infectieziekten) heeft de partner ingevuld dat hij in februari 2022 klachten heeft gehad, positief was getest op corona en in verband hiermee telefonisch contact had opgenomen met de huisarts.

Bij vraag 5.11 wordt gevraagd naar een ziekte en/of aandoening van de huid, waarbij naast een specifieke huidaandoening/ziekte wordt gevraagd om “Andere ziekte of aandoening van de huid” te vermelden. De partner heeft hierbij de optie “Ik heb geen van deze klachten, ziekten of aandoeningen” aangekruist.

Bij vraag 6.6 wordt gevraagd of er in de vijf voorgaande jaren contact is geweest met de huisarts. Deze vraag heeft de partner bevestigend beantwoord met de toelichting dat hij in 2022 voor corona klachten telefonisch advies heeft gevraagd aan de huisarts.

De verzekering, met polisnummer [polisnummer 1] is ingegaan op 1 februari 2023 met een looptijd van tien jaar. Van toepassing zijn de verzekeringsvoorwaarden ORV22Z CB.

De partner is op [overlijdensdatum] overleden aan de gevolgen van een melanoom. De consument heeft een beroep gedaan op de overlijdensrisicoverzekering en zij heeft gevraagd om uitbetaling van het verzekerde bedrag. De Medische Dienst van de verzekeraar heeft op 8 mei 2024 een medische vragenlijst aan de consument gezonden, waarin wordt gevraagd naar de oorzaak van het overlijden en naar klachten, ziekten, aandoeningen, een eventuele diagnose en bezoek aan de huisarts en specialist. De huisarts van de consument heeft de vragenlijst ingevuld en de consument heeft deze en een door haar van de huisarts ontvangen uitsnede van het huisartsenjournaal van de partner aan de Medische Dienst van de verzekeraar gezonden.

Met een brief van 14 juni 2024 heeft de verzekeraar de consument laten weten dat de claim wordt afgewezen. In de brief is onder meer het volgende te lezen:

“(...)

Het onderzoek van de Toetsingscommissie is niet meer nodig

De Medische Dienst stuurde u een vragenlijst over het overlijden van [naam partner] En daarna vroeg de Medische Dienst de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens om een onderzoek in te stellen. De verzekeraar mag namelijk geen informatie opvragen bij de arts van [naam partner]. De Toetsingscommissie mag dat wel. U stuurde zelf al uitgebreide medische informatie mee. Hierdoor hebben we het onderzoek van de Toetsingscommissie niet meer nodig.

(...)

Uw partner gaf zijn klachten niet aan ons door

[naam partner] vulde op 29 januari 2023 de gezondheidsverklaring in. Alle vragen werden met “nee” beantwoord behalve de vraag over Covid.

(...)

Hij had de vraag over de klachten over de huid op de gezondheidsverklaring met “ja” moeten beantwoorden. Ook had hij het verzoek voor de verwijzing naar de dermatoloog moeten vermelden. De vraag op de gezondheidsverklaring naar klachten, aandoeningen en ziekten over de huid is ten onrechte met “nee” beantwoord.

Uw partner kwam zijn mededelingsplicht niet na

Alle vragen op de gezondheidsverklaring dienen juist ingevuld te worden. Het is ook volgens de wet verplicht dat alle vragen eerlijk beantwoord worden.

(...)

Dit noemen we de “mededelingsplicht”.

De verzekering was niet doorgegaan als wij de informatie wel hadden gekregen

Als uw partner het afwijkende, niet genezende plekje op de huid en het verzoek voor de verwijzing naar de dermatoloog wel had ingevuld, hadden wij hem de verzekering op dat moment niet aangeboden. De Medische Dienst had eerst meer willen weten over het vervolg van het onderzoek en de aard van de moedervlek.

(...)”

4. De beoordeling

Op de gezondheidsverklaring is belangrijke informatie niet vermeld

- 4.1 In deze kwestie staat de vraag centraal of is voldaan aan de mededelingsplicht van artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW).¹ De commissie oordeelt dat de verzekeraar zich bij de beoordeling en de afwijzing van de claim van de consument heeft mogen beroepen op schending van de mededelingsplicht door de partner. Ook al is een gezondheidsverklaring naar eer en geweten - en volgens de eigen overtuiging volledig - ingevuld, dan nog kan in juridische zin sprake zijn van het niet nakomen van de mededelingsplicht.
- 4.2 In de toelichting op de gezondheidsverklaring benadrukt de verzekeraar onder meer als volgt het belang van goede en volledige beantwoording van de vragen en het vermelden van alle gezondheidsklachten:
*“Noem al uw gezondheidsklachten, ook als u denkt dat ze niet belangrijk zijn
Noem klachten ook als u hiermee (nog) niet bij een dokter bent geweest. Of als u er geen last meer van heeft”.*
- 4.3 Onbetwist is dat de partner op 23 augustus 2022 heeft gebeld met de assistente van zijn huisarts en heeft gevraagd om een afspraak bij de dermatoloog in verband met een plekje op de huid dat een aantal keren is gestoten.

¹ Artikel 7:928 BW lid 1 luidt:

“1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst 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.

De partner heeft deze afspraak op 31 augustus 2022 afgezegd in verband met een positieve Covid-test.

Uit de stukken blijkt dat op het moment van de aanvraag van de verzekering in januari 2023 het plekje op de huid een wondje was dat slecht herstelde. Nog los van de vraag of dit te duiden was als aandoening, klacht of ziekte had de partner in ieder geval op vraag 6.6: *"Heeft u de afgelopen 5 jaar contact gehad met uw huisarts?"* moeten antwoorden dat hij in augustus 2022 contact heeft opgenomen met de huisarts in verband met een plekje op zijn been en heeft gevraagd om een verwijzing naar de dermatoloog. Dat de partner deze afspraak later heeft afgezegd wegens Covid, maakt dit niet anders.

De niet vermelde medische informatie was relevant voor de acceptatie door de verzekeraar De partner had kunnen en moeten weten dat de in 2022 gevraagde verwijzing naar de dermatoloog voor de verzekeraar relevante informatie betrof, omdat in de gezondheidsverklaring specifiek wordt gevraagd naar contact met de huisarts in de voorgaande vijf jaren. Dat de partner alleen de positieve Covid test in 2022 en het contact daarover met de huisarts heeft vermeld, is geen omstandigheid die de verzekeraar kan worden tegen-gevoerd en is niet terug te voeren op de door de verzekeraar verstrekte informatie. Uit het aanvraagformulier blijkt nu juist dat de niet opgegeven medische informatie wél relevant was voor de beoordeling van de aanvraag. De verzekeraar vraagt namelijk specifiek naar contact met de huisarts en benadrukt dat alle gezondheidsklachten genoemd moeten worden, ook als de aanvrager denkt dat ze niet belangrijk zijn, hiermee (nog) niet bij een dokter is geweest, of er geen last meer van heeft. De verzekeraar heeft de informatie over de verwijzing naar de dermatoloog in 2022 niet kunnen betrekken bij zijn risico inschatting, omdat de partner deze informatie niet heeft vermeld en de verzekeraar niet ook op een andere manier hierover (al) kon beschikken.

Bij nakoming van de mededelingsplicht zou de verzekeringsovereenkomst niet tot stand zijn gekomen Volgens de verzekeraar zou een redelijk handelend verzekeraar² bij kennis van de ware stand van zaken niet tot acceptatie van de aanvraag van de verzekering zijn overgaan, omdat in situaties zoals die van de partner altijd eerst de uitkomst van een onderzoek wordt afgewacht in verband met de mogelijke kans op aanwezigheid van een melanoom. Dit standpunt van de verzekeraar is verdedigbaar en in lijn met het adviesbeleid van medisch adviseurs.

De commissie komt tot de slotsom dat de verzekeraar de claim van de consument heeft mogen afwijzen op grond van niet nakoming van de mededelingsplicht van de partner.³

² Zie onder meer Geschillencommissie Kifid 2023-0509, te vinden via www.kifid.nl

³ Op grond van artikel 7:930 lid 4 BW is de verzekeraar geen uitkering verschuldigd indien hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

De klacht van de consument is ongegrond en de vordering moet worden afgewezen.

5. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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 Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl