Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0659

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter. mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Datum uitspraak	30 juli 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een arbeidsongeschiktheids-verzekering aangevraagd. Na het invullen van de gezondheidsverklaring maar vóór het ingaan van de verzekering heeft de consument de huisarts bezocht en is toen doorverwezen naar een psycholoog. Deze informatie had de consument moeten delen met de verzekeraar. Door dit niet te doen heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden. Ook stelt de commissie vast dat bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeraar de verzekeringsaanvraag had afgewezen. De verzekeraar mocht daarom uitkering weigeren en de polis royeren. Vordering afgewezen. Klacht ongegrond.

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 correspondentie naar aanleiding van het schikkingsvoorstel van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 27 mei 2024. De consument nam deel aan de hoorzitting, samen met haar partner en de heer [naam 1] als vertaler. Namens de verzekeraar namen deel de heer [naam 2], juridisch adviseur, mevrouw [naam 3], medisch adviseur en mevrouw [naam 4], klachtbehandelaar.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 Op 21 oktober 2022 heeft de consument een arbeidsongeschiktheidsverzekering (verder te noemen: de verzekering) bij de verzekeraar aangevraagd, die zij op 27 oktober heeft ondertekend.

2.2 In het kader van deze verzekeringsaanvraag heeft de consument een gezondheidsverklaring ingevuld. Hierop is onder andere, en voor zover relevant, de volgende vraag gesteld:

> *'Had of heeft u last van overwerktheid, overspannenheid, burn out, slapeloosheid, hyperventilatie, angststoornis, ADHD, ADD, autisme spectrum-stoornis (ASS), depressie, psychose, alcoholisme, verslaving, schizofrenie. Of een andere klacht, ziekte of aandoening van psychische aard?'*

2.3 De consument heeft deze vraag met *'nee'* beantwoord.

2.4 Daarnaast zijn - voor zover relevant – de volgende afsluitende vragen gesteld:

> *'Ben u ooit door één van de volgende zorgverleners behandeld?*
>
> *Een medisch specialist (bijvoorbeeld een internist, neuroloog of (orthopedisch) chirurg)*
>
> *Praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)*
>
> *Psycholoog*
>
> *Psychiater*
>
> *Psychotherapeut*

En:

> *'Hebt u in de afgelopen 5 jaar:*
>
> *Een huisarts bezocht, gebeld, of op een andere manier contact gehad?*
>
> *Een medisch onderzoek gehad met apparatuur, bijvoorbeeld CT-scan, MRI-scan, ECG, röntgenfoto, echo?*
>
> *Een fysiotherapeut, manueel therapeut, chiropractor of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopaat of acupuncturist) bezocht, gebeld of op een andere manier contact gehad?*

Een bloedonderzoek gehad?'

2.5 Hierop heeft de consument geantwoord dat zij in 2003 een nacht in het ziekenhuis heeft gelegen als gevolg van de ziekte van Pfeiffer en dat zij in 2008 een operatie aan haar gebit heeft ondergaan.

2.6 Verder staat op de gezondheidsverklaring vermeld dat de gezondheidsverklaring zes maanden geldig is en wanneer na het invullen van de gezondheidsverklaring én voordat het verzekeringsbewijs wordt ontvangen er iets in de gezondheid van de aanvrager verandert, deze veranderingen doorgegeven moeten worden aan de medische dienst van de verzekeraar.

2.7 Bij brief van 16 januari 2023 heeft de verzekeraar een verzekeringsaanbod naar de consument gestuurd met daarbij een zogenoemde 'akkoordverklaring'. Deze akkoordverklaring is op 17 januari 2023 door de consument ondertekend. Met deze akkoordverklaring heeft zij onder andere verklaard dat er na de ingevulde gezondheids-verklaring 1) geen arbeidsongeschiktheid heeft plaatsgevonden, 2) geen geneeskundige behandeling heeft plaatsgevonden en 3) geen wijziging in haar gezondheidstoestand is gekomen.

2.8 De verzekering is ingegaan op 17 januari 2023 met een verzekerd bedrag bij arbeids-ongeschiktheid van € 60.000,- en een eigen risicoperiode van één maand. Naar aanleiding van de ingevulde gegevens op de gezondheidsverklaring is op advies van de medisch adviseur een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst. Deze uitsluitingsclausule houdt in dat geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met alle vormen van hoofdpijn, inclusief migraine.

2.9 Op 24 maart 2023 heeft de consument een beroep gedaan op de verzekering, omdat zij vanaf 9 maart 2023 niet meer werkt als gevolg van psychische klachten naar aanleiding van ongewenste kinderloosheid.

2.10 In zijn brieven van 28 maart 2023 en 5 april 2023 heeft de verzekeraar aan de consument kenbaar gemaakt onderzoek te willen doen naar de informatie die de consument heeft gegeven bij het aanvragen van de verzekering. De reden hiervoor is de korte tijd tussen het afsluiten van de verzekering en de arbeidsongeschiktheidsmelding.

2.11 Dit onderzoek heeft ertoe geleid dat de medisch adviseur van de verzekeraar in haar advies van 6 september 2023 heeft geconcludeerd dat op het moment van ingang van de verzekering een sterk verhoogd risico bestond op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten. Bij kennis van de ware stand van zaken zou geadviseerd zijn geen verzekering aan te bieden.

2.12 Hierover staat het volgende in het advies van de medisch adviseur vermeld:

> *'Relevante gegevens*
>
> *Op 10 november 2022 bent u naar de huisarts gegaan. U was erg gespannen over uw kinderwens. U werd verwezen naar psycholoog van [naam bedrijf 1].*
>
> *Op 4 december 2022 bent u op de spoedeisende hulp geweest in verband met buikklachten. U had angst voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (EUG). U had sinds 1-2 dagen veel pijn in de linker onderbuik en de pijn nam toe. U bent onderzocht door de gynaecoloog. Er werden geen lichamelijke afwijkingen gezien.*
>
> *Op 7 maart 2023 bent u opnieuw bij de huisarts geweest wegens psychische klachten in verband met een kinderwens. Op 9 maart 2023 kwam u onder behandeling bij [naam bedrijf 2]. Beschreven wordt dat er de afgelopen maanden sprake is van oplopende spanning. Sinds 2 maanden slaapt u slecht. Wat betreft uw werk bent u de laatste tijd overbelast. Sinds 2 maanden werkte u niet in verband met uw problematiek.*
>
> *(...)*
>
> *Overwegingen*
>
> *(...)*
>
> *De klachten en de verwijzing voor behandeling geven een sterk verhoogde kans op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten. Zo kort voor aanvang van de verzekering was dit verhoogde risico niet met een beperkende voorwaarde tot een normaal verzekeringsrisico terug te brengen. Dit betekent dat als deze gegevens bekend waren geweest vóór ingangsdatum van de verzekering de verzekeringsmaatschappij zou zijn geadviseerd u geen verzekering aan te bieden.'*

2.13 Bij het opstellen van dit medisch advies, heeft de medisch adviseur onder andere acht geslagen op het huisartsjournaal van 4 augustus 2023, waarin – voor zover relevant – het volgende staat:

> *'10-11-2022 Heel gespannen over kinderwens, is nu 6 maanden bezig en moest dan naar huisarts. (...) Is er erg gespannen over, gezien gevorderde leeftijd en eigenlijk wens tot meer dan 1 kind.*
>
> *10-11-2022 Is dwingend in contact, geeft aan het allemaal teleurstellend te vinden. Oa dat ik geen AMH test voor haar wil aanvragen. (...)*
>
> *10-11-2022 Verwijzing [naam bedrijf 1]. (...)'*

2.14 De verzekeraar heeft aan de consument laten weten dat haar claim wordt afgewezen, omdat de consument de gezondheidsverklaring bij het aangaan van de verzekering niet juist heeft ingevuld. De verzekering zelf wordt per 17 januari 2023 beëindigd. De premie die de consument vanaf die datum heeft betaald, is door de verzekeraar aan haar terugbetaald. Ook heeft de verzekeraar de reeds betaalde uitkering van € 2.818,73 teruggevorderd.

2.15 Hiertegen heeft de consument bezwaar gemaakt. Omdat partijen er in de interne klachtprocedure samen niet uit gekomen zijn, heeft de consument een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.16 De consument vordert voortzetting van de verzekeringsovereenkomst vanaf 17 januari 2023 met toepassing van een uitsluitingsclausule voor psychische klachten in relatie tot vruchtbaarheid.

2.17 Ter onderbouwing van haar vordering heeft de consument het volgende - zakelijk weergegeven - aangevoerd:

2.18 Het klopt dat de consument op 10 november 2022 bij de huisarts is geweest om de wens om zwanger te raken te bespreken. Omdat zij tijdens het gesprek moest huilen, gaf de huisarts haar een verwijzing naar een psycholoog. Van deze verwijzing heeft de consument nooit gebruik gemaakt, omdat zij van mening was dat zij geen mentale problemen had.

2.19 Tijdens het aanvraagproces heeft de verzekeraar een machtiging gevraagd om medische informatie bij de huisarts op te vragen. Hieraan heeft de huisarts in december 2022 gehoor gegeven. De consument verkeerde daarom in de veronderstelling dat de verzekeraar bij de beoordeling van haar aanvraag op de hoogte was van haar bezoek aan de huisarts in november 2022.

2.20 In maart 2023 heeft de consument gevraagd om psychische hulp, omdat zij bang was dat zij onvruchtbaar was. De consument is toen verwezen naar crisiscentrum [naam bedrijf 2]. Bij het crisiscentrum is tegen haar gezegd dat ze zich een aantal maanden ziek moest melden als gevolg van een mentale burn-out. Doordat de consument naar het crisis-centrum was verwezen, kon zij snel bij een psycholoog terecht die gespecialiseerd is in problemen rondom vruchtbaarheid. Mede door deze hulp was de consument in staat om per 18 september 2023 weer parttime te gaan werken en vanaf 10 oktober 2023 fulltime aan de slag te gaan.

Het verweer

2.21 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende mededelingsplicht – de 'precontractuele' mededelingsplicht – heeft geschonden en of de verzekeraar uitkering mocht weigeren en de verzekeringsovereenkomst mocht beëindigen.

Wat zijn de rechtsregels?

3.2 In artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna BW) staat dat de verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekering aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar om de verzekering te sluiten afhangt of kan afhangen.

3.3 De mededelingsplicht waarop artikel 7:928 lid 1 BW betrekking heeft, geldt tot het moment dat de verzekering is gesloten. Indien de verzekeraar in het vragenformulier er uitdrukkelijk op heeft gewezen dat in de periode tussen het invullen van het vragenformulier en het accepteren van de verzekering mededeling dient te worden gedaan van wijziging in de relevante feiten of omstandigheden waarnaar in het formulier wordt gevraagd, moet van de gewijzigde gezondheidssituatie melding worden gemaakt. De precontractuele mededelingsplicht houdt in die gevallen dus niet op te bestaan na het ondertekenen en verzenden van het aanvraagformulier en/of de medische vragenlijst door de aspirant-verzekeringnemer.[1]

3.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt hetgeen bepaald is in lid 6 van artikel 7:928 BW.

3.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[2]

3.6 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[3]

---

[1] Zie ook Hoge Raad van 22 september 2017 ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl
[2] Zie ook Hoge Raad van13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.
[3] Zie ook Hoge Raad van 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

3.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit is geïnteresseerd. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet dan aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.[4]

3.8 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst kan er (onder meer) toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.

3.9 Het is de verzekeraar die een beroep toekomt op artikel 7:930 lid 3 BW toegestaan om de voorwaarde(n) die hij zou hebben bedongen met kennis van de ware stand van zaken, alsnog in de verzekering op te nemen.[5] De verzekeringnemer heeft in dat geval het recht de verzekering op te zeggen (art. 7:929 lid 3 BW).

3.10 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de aanvraag niet zou hebben geaccepteerd, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.[6]

3.11 Met inachtneming van het voorgaande, overweegt de commissie als volgt.

Heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden?

3.12 De commissie zal de vraag beantwoorden of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

3.13 Zoals hiervoor bij 3.3 weergegeven, geldt de precontractuele mededelingsplicht tot het moment dat de verzekering is gesloten, waarbij de verzekeraar in dit geval in de gezondheidsverklaring expliciet heeft vermeld dat gezondheidswijzigingen na het invullen van de gezondheidsverklaring en voor acceptatie moeten worden gemeld (zie 2.6). Dit betekent dat wanneer er wijzigingen op zouden treden in de gezondheid van de consument tussen het indienen van de verzekeringsaanvraag en de totstandkoming van de verzekering, het op de weg van de consument lag de verzekeraar hierover te informeren.

[4] Zie ook Hoge Raad van 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
[5] Zie Geschillencommissie Kifid 30 januari 2014, 2014-53, overwegingen 5.7 en 5.8.
[6] Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841.

3.14 Uit het advies van de medisch adviseur van 6 september 2023, dat is opgesteld na raadpleging van het huisartsjournaal, komt naar voren dat de consument op 10 november 2022 bij de huisarts is geweest omdat zij spanningsklachten had die samenhingen met haar kinderwens. De huisarts heeft de consument toen doorverwezen naar een psycholoog van [naam bedrijf 1]. Verder staat in het advies dat de consument in december 2022 op de spoedeisende hulp is geweest, omdat ze bang was een buitenbaarmoederlijke zwangerschap te hebben.

3.15 De consument heeft op haar beurt aangegeven dat zij geen gebruik heeft gemaakt van de verwijzing naar de psycholoog van [naam bedrijf 1], omdat zij van mening was geen mentale klachten te hebben.

3.16 Op basis van deze stukken stelt de commissie vast dat de consument in de periode van de verzekeringsaanvraag last had van spanningsklachten gerelateerd aan haar kinderwens en dat deze spanningsklachten dusdanig waren dat zij hiervoor op 10 november 2022 de huisarts heeft bezocht. De huisarts heeft op zijn beurt aanleiding gezien de consument vanwege deze spanningsklachten door te verwijzen naar een psycholoog van [naam bedrijf 1]. Ook heeft zij op 4 december 2022 de spoedeisende hulp bezocht. Naar het oordeel van de commissie had de consument behoren te begrijpen dat zij deze informatie met de verzekeraar had moeten delen. Daar komt bij dat op de gezondheidsverklaring zelf nadrukkelijk wordt gevraagd naar psychische klachten en wordt gevraagd of in de afgelopen vijf jaar een huisarts is geraadpleegd. Dat had haar extra alert moeten maken om de informatie over het huisartsenbezoek op 10 november 2022, slechts enkele weken na het invullen van de gezondheidsverklaring, aan de verzekeraar te melden. Dat de consument geen gebruik heeft gemaakt van de verwijzing naar de psycholoog, omdat zij van mening was geen mentale klachten te hebben, maakt dit niet anders. Het is namelijk aan de verzekeraar en zijn medisch adviseur om op basis van de verkregen informatie te beoordelen of deze informatie relevant is voor de acceptatiebeslissing. In dit kader merkt de commissie verder nog op dat het feit dat de consument een medische machtiging aan de verzekeraar heeft afgegeven om informatie in te winnen bij haar huisarts geen zelfstandige onderzoeksverplichting voor de verzekeraar met zich brengt. De verzekeraar mocht erop vertrouwen dat de consument de vragen in de gezondheidsverklaring juist zou beantwoorden en hem van aanvullende informatie zou voorzien indien zich veranderingen voordeden in de periode voor acceptatie.

3.17 Het voorgaande brengt mee dat de consument na het invullen van de gezondheids-verklaring de verzekeraar had moeten informeren over het bezoek dat zij had gebracht aan de huisarts en de verwijzing die zij had gekregen, en over het bezoek aan de spoedeisende hulp. Door dit niet te doen heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden.

Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan

3.18 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. In dit kader heeft de (medisch adviseur van) verzekeraar toegelicht dat actuele psychische problematiek waarvan het beloop niet duidelijk is, altijd leidt tot een afwijzing. Dit, omdat uit de eigen schadepraktijk volgt dat bij actuele psychische klachten het risico op toename van klachten die leiden tot arbeidsongeschiktheid groot is. Het clausuleren van het risico bij actuele psychische klachten is niet aan de orde. Dat dit het beleid van een redelijk handelend verzekeraar is, heeft de verzekeraar onderbouwd door ter zitting te benadrukken dat de afwijzing met meerdere medisch adviseurs is besproken, waarvan twee medisch adviseurs van andere verzekeringsmaatschappijen. Deze medisch adviseurs zijn tot eenzelfde conclusie gekomen als de verzekeraar.

3.19 Hiermee heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten.

3.20 Voor zover de consument heeft aangevoerd dat de verzekeraar haar een verzekeringsovereenkomst met een extra clausule voor psychische klachten had kunnen aanbieden, kan dit verweer haar gelet op hetgeen in 3.18 is overwogen niet baten.

3.21 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid 4 BW uitkering heeft mogen weigeren.

Ten overvloede; de opzegging van de verzekering

3.22 De commissie stelt vast dat de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht per 17 januari 2023, de ingangsdatum van de verzekering, heeft beëindigd. Voor het stopzetten van de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht biedt de wet in dit geval geen grond. Wel biedt de wet de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met dadelijke ingang op te zeggen (zie artikel 7:929 lid 2 BW). Nu de consument hier geen beroep op heeft gedaan en zij alle door haar betaalde premies van de verzekeraar heeft terugontvangen, volstaat de commissie met de opmerking dat de opzegging niet conform de wet heeft plaatsgevonden.

4. 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-en-statuten. 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/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 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Boek 7 Burgerlijk Wetboek

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 4 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.

(...)

Artikel 929

(...)

2.

De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.

(...)

Artikel 930
1.

Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.

2.

De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.

3.

Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. 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.

In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen lasten gekomen kosten.

5.

In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.