

Uitspraak Commissie van Beroep 2017-034 d.d. 25 oktober 2017

(mr. C.A. Joustra, voorzitter, mr. S.B. van Baalen, mr. A. Bus, drs. P.H.M. Kuijs AAG en mr. A. Smeeïng-van Hees, leden, en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Samenvatting

Verzekeringsrecht, arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekerde heeft zich met burn-out klachten arbeidsongeschikt gemeld. Verzekeraar verleent geen dekking, omdat zij met terugwerkende kracht een beperkende clausule voor psychische klachten in de polis heeft opgenomen op grond van rapportages in het huisartsenjournaal, daterend van kort voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Kan een redelijk handelend verzekeraar in de gegeven omstandigheden deze beperking in de polis opnemen?

[Klik hier voor de uitspraak in eerste aanleg.](#)

1. De procedure in beroep

- I.1 Bij een op 15 december 2016 door de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (verder: Commissie van Beroep) ontvangen beroepschrift met bijlagen heeft Belanghebbende een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) van 3 november 2016 (kenmerk [nummer]) ter toetsing voorgelegd.
- I.2 Verzekeraar heeft een verweerschrift ingediend dat op 21 februari 2017 door de Commissie van Beroep is ontvangen.
- I.3 De Commissie van Beroep heeft het beroep mondeling behandeld op 19 juni 2017. Beide partijen waren aanwezig en hebben een pleitnotitie overgelegd.

2. De procedure in eerste aanleg

Voor het verloop van de procedure in eerste aanleg verwijst de Commissie van Beroep naar de aan deze uitspraak gehechte uitspraak van de Geschillencommissie.

3. Inleiding op de beoordeling van het beroep

- 3.1 Het gaat in deze zaak om het volgende.
 - i. Belanghebbende heeft op 22 april 2014 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. Daartoe heeft hij een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. De verzekering is met ingang van 1 mei 2014 tot stand gekomen.

- ii. Belanghebbende heeft zich per 1 april 2015 voor 100% arbeidsongeschikt gemeld wegens klachten die zijn ontstaan vanaf 29 augustus 2014. Het ging om de volgende klachten: krachtverlies, concentratieverlies, last van de ogen, enorme vermoeidheid, geen zin/energie, slecht slapen. De huisarts vermoedde dat sprake was van een burn-out.
- iii. Belanghebbende heeft op 22 mei 2015 voor Verzekeraar een aanvullende vragenlijst ingevuld. Daarin vermeldde Belanghebbende dat hij rond april 2014 last kreeg van moeheid en vanaf augustus 2014 van concentratieverlies en tintelingen. Voorts heeft Belanghebbende vermeld dat de vermoeidheid en spierzwakte over gingen nadat hij vitamine D ging slikken.
- iv. Verzekeraar heeft naar aanleiding van de melding van arbeidsongeschiktheid een oriënterend arbeidskundig onderzoek laten verrichten. De uitkomst daarvan was dat Belanghebbende, volgens Verzekeraar, zijn precontractuele mededelingsplicht had geschonden. Verzekeraar was van mening dat Belanghebbende in zijn gezondheidsverklaring melding had moeten maken van een aantal huisartsenbezoeken in maart 2014.
- v. In het huisartsenjournaal heeft de huisarts over een bezoek op 7 maart 2014 het volgende vermeld:

*“S 3 wkn last van paniekaanvallen na roken van wiet
S (bij het roken waterpijp heeft een vriend stiekem
S dit erin gedaan). Nu nog steeds duizelig, slpjes,
S weinig energie. misselijkheid. Na laatste 2 dagen
S weer last. Sindsdien ook last van de flanken.
S Plassen gb, bloed-, branderig-.
O nierloge niet slagpijnlijk. Verder kno: ADS bdz
O niet reponibel. Keel postnasal drip.
E Tubair catarre: DD/
E duizelig bij hyperventilatie/paniekstoornis
P R/I st fluticason pr nspr 50mcg/ (2S2)”*

Belanghebbende heeft zich op 13 maart 2014 wederom bij de huisarts gemeld. Over dit bezoek is in het huisartsenjournaal vermeld:

*“S heeft nog veel last van tintelingen en
S misselijkheid. neusspray helpt niet
P lab”*

- Uit laboratoriumonderzoek een week later is, gebleken dat Belanghebbende een lichte vitamine D deficiëntie had, waarvoor hij medicatie heeft gekregen.
- vi. Verzekeraar heeft bij brief van 23 juni 2015 met een beroep op de artikelen 7:928-930 van het Burgerlijk Wetboek met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum van de verzekering, zijnde 1 mei 2014, de volgende beperking op de polis geplaatst:

“Psychische klachten

Nader wordt bepaald dat van de verzekering is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard, waaronder surmenage (= overspannenheid).

Her beoordeling van deze beperkende voorwaarde is op verzoek van verzekerde mogelijk na 1 april 2019.”

- vii. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de claim van Belanghebbende onder deze beperkende voorwaarde valt en daarom niet is gedekt.
- 3.2 Belanghebbende heeft in eerste aanleg uitkering onder de verzekering gevorderd ten bedrage van in totaal € 40.000,-. Verder vorderde hij vergoeding van de door hem gemaakte kosten van rechtsbijstand ten bedrage van € 3.000,- (exclusief BTW). Verzekeraar heeft tegen deze vorderingen verweer gevoerd.
- 3.3 De Geschillencommissie heeft overwogen dat een aspirant-verzekeringnemer verplicht is vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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, deze de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. Als een verzekeraar bij het sluiten van een verzekeringsovereenkomst gebruik maakt van een vragenlijst en een aspirant-verzekeringnemer de vragen niet naar waarheid invult, kan verzekeraar zich – onder bepaalde omstandigheden – beroepen op verzwijging. Het gaat erom of een verzekeraar de verzekering al dan niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn aangegaan als hij de ware stand van zaken had geweten. Voor de toetsing geldt als uitgangspunt het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. De Geschillencommissie heeft verder vastgesteld dat Belanghebbende bij het aanvragen van de verzekering de huisartsenbezoeken in maart 2014 niet heeft gemeld. Naar het oordeel van de Geschillencommissie had hij dat wel moeten doen omdat de huisartsenbezoeken relevant zijn voor de beoordeling van het risico. In de gezondheidsverklaring die Belanghebbende voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft ingevuld, wordt duidelijk vermeld dat alle klachten moeten worden genoemd ook als de aspirant-verzekeringnemer denkt dat deze niet belangrijk zijn. Ook wordt duidelijk vermeld dat hij een hokje moest aankruisen als hij bij de huisarts is geweest. Belanghebbende had er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren. De Geschillencommissie concludeert dat Belanghebbende zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen. De Geschillencommissie is van oordeel dat een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag van Belanghebbende bij kennis van de ware stand van zaken alleen zou hebben geaccepteerd met een beperkende voorwaarde voor psychische klachten. De vage lichamelijke klachten die Belanghebbende ten tijde van de aanvraag naar eigen zeggen nog had, worden vaak gezien bij angst-, stemmings-, stress- en aanpassingsproblematiek en vormen een verhoogd verzekeringsrisico. Een KNO-probleem en een lichte vitamine D-deficiëntie vormen voor deze klachten geen goede verklaring.

Clausulering (en eventueel uitstel van de verzekering) is dan op zijn plaats. De toepasselijke richtlijnen geven aan dat een beperkende voorwaarde met recht op herbeoordeling na drie jaar gangbaar is.

De Geschillencommissie concludeert dat Verzekeraar de gewraakte beperkende voorwaarde in redelijkheid heeft kunnen plaatsen en dat de klachten waarvoor Belanghebbende zijn claim heeft ingediend, onder die voorwaarde vallen. Verzekeraar is niet tekortgeschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst en hoeft niet tot uitkering over te gaan. De Geschillencommissie heeft de vordering van Belanghebbende afgewezen.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft Belanghebbende zijn vordering verminderd. Hij vordert thans betaling van € 39.867,- op grond van de verzekeringsovereenkomst. Dit bedrag ziet op de periode mei 2015 tot en met maart 2016, waarin hij geheel dan wel gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest.

4.2 Het beroep van Belanghebbende is niet gericht tegen het oordeel van de Geschillencommissie dat hij de huisartsenbezoeken in maart 2014 bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst aan Verzekeraar had moeten melden. Belanghebbende klaagt alleen over het oordeel van de Geschillencommissie dat een redelijk handelend verzekeraar, bij een bekendheid met de klachten van 7 maart en 13 maart 2014 een beperkende voorwaarde had mogen opnemen. Volgens Belanghebbende is dat niet het geval. Volgens hem hadden zijn klachten destijds een duidelijk aanwijsbare oorzaak, namelijk het eenmalig en het onbewust gebruik van drugs. De door Belanghebbende ingeschakelde medisch adviseurs ([naam 1] en [naam 2]) achten de klachten zoals omschreven in het huisartsenjournaal volstrekt ontoereikend om op basis daarvan aan verzoeker een beperkende voorwaarde voor psychische klachten op te nemen. Belanghebbende heeft verder een (ongedateerde) brief van zijn huisarts in het geding gebracht, waarin het volgende is vermeld:

“Ik heb van mijn patiënt begrepen, dat het hem wordt verweten dat hij zijn mededelingsplicht niet is nagekomen. Als zijn huisarts, wil ik de situatie verduidelijken. Er was eenmalig een situatie van angstklachten na eenmalig gebruik van cannabis. Patiënt maakte zich zorgen om de vage klachten die hij daarna ervaarde. Ik heb hem gerustgesteld hierover, waarna zijn klachten spontaan verdwenen.

In mijn journaal heb ik inderdaad vermeld dat de klachten mogelijk kunnen passen bij hyperventilatie/paniekstoornis. Echter heb ik deze informatie niet met patiënt gedeeld. Dit was echter slechts een differentiaaldiagnose en geen definitieve diagnose. Nu kan gesteld worden dat het om een eenmalige incident ging na eenmalig middel gebruik, waardoor er geen sprake kan zijn van paniekstoornis. Er was destijds slechts sprake van ongerustheid.”

- 4.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Belanghebbende weersproken. Verzekeraar beroept zich op het standpunt van haar medisch adviseur, [naam 3] en op een memo van [naam 4], die als medisch adviseur is verbonden aan Delta Lloyd Verzekeringen N.V. Verzekeraar is van mening dat voor het klachtenpatroon waarvan Belanghebbende in maart 2014 melding maakte bij de huisarts, eigenlijk geen bevredigende verklaring bestond en dat daarom het risico begin mei 2014 niet goed was in te schatten. Gezien de aard van de klachten, zou er op zijn minst een verdenking van mogelijk psychisch onwel bevinden hebben bestaan. Daarbij past een uitsluiting voor psychische klachten, aldus Verzekeraar.
- 4.4 Voor de beoordeling van het geschil acht de Commissie van Beroep relevant hetgeen de door partijen ingeschakelde medisch adviseurs verklaren over de vraag welke invloed de in het huisartsenjournaal vermelde klachten en diagnoses destijds zouden hebben gehad op de bereidheid van Verzekeraar om ook psychische klachten onder de dekking te laten vallen.
- 4.5 Verzekeringsarts [naam 1] heeft bij brief van 16 februari 2016 onder meer het volgende aan de advocaat van Belanghebbende geschreven:

“Ad 2. (...) Indien cliënt zou hebben vermeld dat hij in maart de huisarts had bezocht in verband met paniekaanvallen, misselijkheid en duizeligheid na onopzettelijk wietgebruik, is het niet uitgesloten dat de medisch adviseur hier nadere informatie over zou hebben opgevraagd bij de huisarts. Ook een nadere toelichting door cliënt zelf zou een optie zijn geweest.

Ad 3. (...) Aangenomen dat de huisarts in eerste instantie had volstaan met het sturen van een uitdraai van het journaal, moet ik concluderen dat ik het consult van 07-03-2014 toch anders interpreteer dan de medisch adviseur van [Verzekeraar] kennelijk nu doet (...) Uit de informatie van de huisarts kan niet worden geconcludeerd dat het klachtenpatroon tijdens het spreekuurbezoek in maart wordt gedomineerd door “paniekaanvallen”; de aandacht gaat duidelijk uit naar het kno-gebied. (...) Ook de drie volgende consulten richten zich uitsluitend op het kno-gebied.

Geconcludeerd moet dus worden dat de volgens [Verzekeraar] gerechtvaardigde uitsluiting slechts is gebaseerd op de door de huisarts vermelde “differentiaal diagnose” naar aanleiding van paniekaanvallen drie weken eerder in combinatie met de duizeligheid waarvoor hij een aanleiding op kno-gebied kennelijk veel meer voor de hand vindt liggen.

Dit lijkt een uiterst magere basis voor het stellen van een uitsluitingsclausule. (...) Bij het ontbreken van een psychisch belaste voorgeschiedenis zou naar mijn mening deze eenmalige gebeurtenis waarvoor bovendien een plausibele verklaring bestond, geen aanleiding hebben gevormd voor het plaatsen van een uitsluitingsclausule en al helemaal niet voor een periode van drie jaar.”

4.6 Verzekeringsarts [naam 3] heeft op 20 juni 2016 – door middel van een brief van Verzekeraar – als volgt gereageerd op het hiervoor vermelde advies van [naam 1]:

“2. Als verzekerde zelf zou hebben vermeld dat hij naar de huisarts was geweest in maart 2014, dan zou daar informatie over zijn opgevraagd en verzekerde zou zelf mogelijk om een toelichting zijn gevraagd.

[naam 1] stelt hier dat er nader onderzoek zou zijn gestart door de medisch adviseur. Dat is geheel juist. De medisch adviseur heeft maar één moment om onderzoek te doen naar mogelijke verhoogde medische risico's en zal twee (!) recente consulten bij de huisarts zeker nader willen onderzoeken. In dit geval zou de medisch adviseur een vragenlijst met betrekking tot psychische klachten en drugs-gebruik hebben gestuurd aan verzekerde en informatie bij huisarts hebben opgevraagd. De informatie van de huisarts zoals die destijds zou zijn verstrekt is bekend.

3. Is het aannemelijk dat er met terugwerkende kracht een beperkende voorwaarde voor psychische klachten aan de polis wordt verbonden?

Verzekeringsarts [naam 1] geeft aan dat hij de informatie van de huisarts anders interpreteert. (...) Het eerste consult omdat er blijkbaar een reden was om klachten die drie weken daarvoor waren ontstaan na roken van wiet te laten onderzoeken. Of ze intussen weg zijn geweest, is niet duidelijk maar twee dagen voor het consult op 7 maart 2014 waren ze wel weer actueel. Dit is een duidelijk signaal dat er lijdensdruk was en dat er in de opinie van verzekerde 'iets niet goed was'.

Vervolgens: één van de mogelijke aandoeningen die de huisarts overweegt in zijn differentiaal diagnose is een hyperventilatie/paniekstoornis. De medisch adviseur kan niet anders dan dit zeer serieus nemen. Een paniekstoornis is immers een lastig te behandelen klacht, die gepaard gaat met ernstige functioneringsproblematiek en arbeidsongeschiktheid.

Aangezien de klachten zich zo recent afspeelden en er (nog) geen behandeling voor gestart was, kon het beeld zich nog op allerlei manieren gaan ontwikkelen. Bij een onzeker beloop is het zeker niet ongebruikelijk om ofwel de aanvraag terzijde te leggen totdat helder is van welke aandoening uiteindelijk sprake is, ofwel een voorlopige beperkende voorwaarde voor de klachten te adviseren. In dit geval werd geadviseerd om alle psychische klachten uit te sluiten. Het is immers bekend dat psychische klachten die horen bij een overspanning, burn-out, depressie en angststoornis zich in eerste instantie op vrijwel dezelfde wijze kunnen manifesteren. Daarbij is de herbeoordelingstermijn op drie jaar gesteld omdat er in de regel enige tijd, soms één à twee jaar voorbij gaat voor een klacht op psychisch gebied zich duidelijk heeft geopenbaard en er een specifieke diagnose gesteld kan worden. Het ontbreken van een belaste voorgeschiedenis is nooit een reden om een zeer recent incident met psychisch onwel bevinden te passeren. Was die er namelijk wel geweest, dan was er ook nooit een herbeoordelingstermijn aan de beperkende voorwaarde gekoppeld.

Overigens is volgens de Handleiding medische acceptatie van de GAV, die richtinggevend was in het advies dat in dergelijke situaties kan worden gegeven, een clausule met recht op herbeoordeling van toepassing op de onderhavige situatie.

Ten slotte vraagt [naam 1] zich af waarom de KNO-klachten geen aandacht hebben gekregen, met terugwerkende kracht. De reden hiervan is dat de KNO-klachten gemakkelijk behandelbaar zijn en in de regel niet tot arbeidsongeschiktheid leiden, laat staan een arbeidsverzuim van meer dan vier weken. Deze klachten waren dan ook niet (meer) relevant om met terugwerkende kracht nader te onderzoeken.”

- 4.7 Naar aanleiding van de reactie van [naam 3] schrijft verzekeringsarts [naam 1] op 27 juni 2016:

“(…) collega [naam 3] stelt kennelijk dat de vermelding van een differentiaal diagnose (...) waarin het woord “angststoornis” voorkomt op zich al voldoende zou zijn geweest voor het stellen van een clause “psychische klachten”. Ik kan mij op zich vinden in de toelichting dat bij een onzeker beloop een voorlopige beperkende voorwaarde (met recht op herbeoordeling) had kunnen worden gesteld dan wel de verzekering zou kunnen worden uitgesteld tot er meer duidelijkheid zou zijn met betrekking tot de oorzaak van de klachten waarvoor de huisarts werd bezocht, echter mijns inziens zou dit hebben betekend dat de huisarts al vrij snel had kunnen bevestigen dat zijn eerder gesteld diagnose juist was gebleken en dat dus geen sprake was van aanwijzingen voor een angststoornis. De verzekering zou vervolgens alsnog zijn geaccepteerd en/of de voorlopige clause zou alsnog zijn geschrapt. Het is niet aannemelijk dat hier een jaar of langer overheen gegaan zou zijn.”

- 4.8 Bij brief van 12 december 2016 heeft verzekeringsarts [naam 2] het volgende aan de advocaat van Belanghebbende geschreven:

“Of [Verzekeraar] de beperking had mogen stellen en de uitkering had mogen weigeren is uiteindelijk een juridische vraag. Vanuit de medische invalshoek is op basis van de voorliggende gegevens te onderbouwen dat de klachten van belanghebbende in april 2014 als lichamelijke (een oor- en evenwichtsprobleem) en niet als psychisch werden geduid, niet door belanghebbende zelf en ook niet door de huisarts, en ook niet als zijnde van psychische oorsprong werden behandeld.
(...)

Volgens [deze] literatuur resulteert burn-out (ook wel: overspanning) uit biologische, psychologische en sociale factoren. Er zijn goede aanwijzingen dat bepaalde persoonskenmerken een grotere kans meebrengen om een burn-out te krijgen. Op deze persoonlijkheidskenmerken moet echter specifiek gescreend worden en dan nog is hun invloed beperkt. Het is dan ook niet goed mogelijk om bij het aangaan van een verzekering te weten wie wel en niet vermoedelijk een burn-out zullen ontwikkelen. Het eerder doorgemaakt hebben van een depressieve stoornis of een angststoornis met alle daarbij horende kenmerken, is wel in enige mate een voorspeller.

De vraag is dan of belanghebbende een angststoornis had doorgemaakt. Met de paniekaanvallen die belanghebbende aanvankelijk had is hij niet naar de huisarts gegaan, hetgeen het onaannemelijk maakt dat er sprake was van angststoornissen in psychiatrische zin. Deze aanvallen, wat het ook waren, werden door de huisarts

toegeschreven aan het eenmalige gebruik van cannabis; iets dat belanghebbende niet gewend was. Deze aanvallen voldeden evenmin aan de kenmerken van een depressieve stoornis. Er blijkt al met al achteraf geen grond om aan te nemen dat de klachten uit april 2014 voorboden waren voor de burn-out van 2015, een jaar later.”

- 4.9 In reactie hierop schrijft verzekeringsarts [naam 3] in een memo van 10 februari 2017 onder meer:

“[naam 2] stelt dat de klachten zoals beschreven in het huisartsenjournaal (...) naar een lichamelijke oorzaak kunnen worden teruggebracht en dat dit door de huisarts en verzekerde zelf zo werd opgevat. Dit is onjuist: de huisarts weet het niet zeker en geeft in zijn differentiaal diagnostiek aan dat hij aanneemt dat er duizeligheid bestaat bij hyperventilatie/paniekstoornis. Dat is de wetenschap waar de medisch adviseur van een particulier AOV het mee moet doen in het advies over het risico naar de toekomst toe: het feit dat de huisarts twee keer in korte tijd wordt geraadpleegd en het feit dat de huisarts de mogelijkheid van hyperventilatie bij een angststoornis niet uitsluit. [naam 2] haalt uit literatuurgegevens en professionele richtlijnen naar voren dat burnout resulteert uit een aantal factoren, waarbij er ook een aantal voorspellers zijn te benoemen. Correct is dat het eerder doorgemaakt hebben van een depressieve stoornis of angststoornis met alle daarbij behorende kenmerken een voorspeller is. En dat is dan ook precies de reden dat de medisch adviseur bij het registreren van een differentiaal diagnose, waarin de mogelijkheid van hyperventilatie/angststoornis voorkomt, kort voor de aanvraag van de AOV, alert moet worden. Aan de mogelijkheid van een aanwezige voorspeller voor toekomstig verzuim moet de medisch adviseur een consequentie verbinden. Het is inderdaad niet mogelijk om bij het aangaan van de verzekering precies na te gaan wie wel en wie niet een psychische stoornis zal krijgen. Medische acceptatie is gebaseerd op het denken in termen van risicocohorten. Op individueel niveau kunnen doorgaans geen voorspellingen worden gedaan.”

- 4.10 Op grond van de vorenstaande opvattingen van de verzekeringsartsen gaat de Commissie van Beroep ervan uit dat Verzekeraar – indien Belanghebbende de huisartsenbezoeken in maart 2014 bij het aangaan van de verzekering had gemeld – het huisartsenjournaal zou hebben opgevraagd. Voorts is de Commissie van Beroep van oordeel dat op basis van dit journaal kan worden geconcludeerd dat (tot op zekere hoogte) sprake was van “vage” klachten, die niet volledig verklaard konden worden door eenmalig wietgebruik (drie weken eerder), door KNO-klachten en/of door een lichte vitamine D-deficiëntie. Naar de Commissie van Beroep begrijpt, is verzekeringsarts [naam 2] weliswaar van mening dat de klachten van Belanghebbende geheel lichamelijk te duiden waren, maar hij onderbouwt deze opvatting niet. De omstandigheid dat de (lichamelijke) klachten een paar weken later (kennelijk) weer spontaan waren verdwenen en dat daarna geen aanleiding meer bestond om rekening te houden met een psychische aandoening, is daarvoor in ieder geval onvoldoende.

- 4.11 Tegen deze achtergrond mocht Verzekeraar bij de acceptatie van Belanghebbende redelijkerwijs rekening houden met de mogelijkheid dat er (mede) sprake was van een psychische oorzaak voor de (lichamelijke) klachten, zoals ook volgt uit de brief van de door Belanghebbende ingeschakelde verzekeringsarts [naam 1]. Verzekeraar kon dan ook consequenties verbinden aan de door de huisarts op 7 maart 2014 gegeven differentiaaldiagnose. Deze diagnose hield in dat de klachten van Belanghebbende (mede) zouden kunnen zijn veroorzaakt door hyperventilatie/ angststoornis.
- 4.12 Naar het oordeel van de Commissie van Beroep is het – anders dan verzekeringsarts [naam 2] aanneemt – bij het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar niet (slechts) van belang of Belanghebbende in maart 2014 daadwerkelijk aan een angststoornis leed. Een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar moet het risico (kunnen) inschatten dat deze loopt bij het aangaan van de verzekering. Het is daarom gerechtvaardigd dat ook acht wordt geslagen op (andere) aanwijzingen dat Belanghebbende in de toekomst mogelijk een angststoornis of een andere psychische aandoening zou kunnen krijgen, ook al zijn die aanwijzingen niet van dien aard dat dit al met een grote mate van zekerheid kan worden voorspeld.
- 4.13 Naar het oordeel van de Commissie van Beroep mag een redelijk handelend verzekeraar in de gegeven situatie besluiten een uitsluiting op te nemen voor psychische klachten. Dit standpunt wordt overigens bevestigd door verzekeringsarts [naam 1] die schrijft dat hij zich erin kan vinden dat bij een onzeker beloop een voorlopige beperkende voorwaarde (met recht op herbeoordeling) wordt gesteld en door medisch adviseur [naam 4] die schrijft dat hij bij dit soort onzekere omstandigheden aan een verzekeraar adviseert ofwel nader onderzoek te verrichten ofwel een 'psycheclausule' op te nemen. Dit laatste heeft verzekeraar uiteindelijk – met terugwerkende kracht – ook gedaan. Tussen partijen is in geschil wat de duur van een dergelijke beperkende voorwaarde zou behoren te zijn.
- 4.14 Anders dan Belanghebbende betoogt, ligt het – gezien de aard en het verloop van een psychische aandoening – niet voor de hand om een dergelijke clausule voor een korte termijn van slechts enkele maanden op te nemen. Daarbij komt dat Belanghebbende niet heeft weersproken dat de beperkende voorwaarde die Verzekeraar met terugwerkende kracht heeft opgenomen, voldoet aan de toepasselijke GAV-richtlijnen. De Commissie van Beroep merkt op dat Belanghebbende eind augustus 2014, ongeveer vier maanden na het sluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, zijn huisarts heeft bezocht met vermoeidheidsklachten en klachten over krachtsverlies, spierzwakte en zoemgeluiden in de oren. Belanghebbende heeft deze klachten (later) zelf in verband gebracht met zijn burn-out. Belanghebbende zou in dit geval dus alleen zijn geholpen als Verzekeraar een uitsluitingsclausule had opgenomen voor de duur van minder dan vier maanden. De Commissie van Beroep acht het niet aannemelijk dat Verzekeraar zou hebben besloten tot een dergelijke korte termijn.

4.15 De conclusie van het vorenstaande is dat het beroep van Belanghebbende tevergeefs is ingesteld. De beslissing van de Geschillencommissie zal worden gehandhaafd.

5. Beslissing

De Commissie van Beroep handhaaft de beslissing van de Geschillencommissie.