Uitspraak Commissie van Beroep Kifid nr. 2024-0066

mr. C.A. Joustra, voorzitter, prof. mr. D. Busch, mr. H.P. de Kanter, mr. R.J.F. Thiessen, F.R. Valkenburg AAG RBA, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris

Datum uitspraak	4 september 2024
Beroep ingediend door	De consument
Tegen	Rheinland Versicherungs AG, h.o.d.n. Credit Life International Schade, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Beroep ongegrond

Samenvatting

De consument heeft een vordering tegen de verzekeraar ingesteld tot, kort gezegd, het alsnog doen van uitkering op grond van een woonlastenverzekering, waarbij dekking is geboden bij arbeidsongeschiktheid. De Geschillencommissie heeft deze vordering afgewezen. De Commissie van Beroep bevestigt deze uitspraak. Ook de Commissie van Beroep is van oordeel dat de consument haar mededelingsplicht niet is nagekomen door de vraag in de gezondheidsverklaring of zij ooit voor psychische klachten een arts heeft geraadpleegd, negatief te beantwoorden. De verzekeraar mocht alsnog een uitsluitingsclausule voor psychische aandoeningen opnemen in de verzekering.

1. De procedure in beroep

1.1 Bij een op 20 maart 2024 ontvangen (pro forma) beroepschrift heeft de consument bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (hierna: de Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen een uitspraak van de Geschillencommissie Kifid (hierna: de Geschillencommissie) van 12 februari 2024 (dossiernummer [nummer], gepubliceerd onder nummer 2024-0128).

1.2 Bij een op 5 april 2024 ontvangen brief met bijlage heeft de consument de gronden van beroep geformuleerd.

1.3 De verzekeraar heeft een op 17 mei 2024 gedateerd verweerschrift met bijlagen ingediend.

1.4 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 3 juni 2024. De consument en haar advocaat, mr. D. Dimitrakarakos, hebben via een videoverbinding deelgenomen aan de zitting. Namens de verzekeraar waren mr. [naam 1], Legal & Compliance officer, en medisch adviseur [naam 2] aanwezig. Partijen hebben hun standpunten toegelicht, een pleitnota overgelegd 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 12 februari 2024.

3. De feiten

3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in de uitspraak onder 2.1 tot met 2.6. De feiten zijn niet betwist en worden voor zover nodig aangevuld met enkele andere feiten die tussen partijen vaststaan. Kort gezegd gaat het om het volgende.

3.2 De consument heeft per 15 februari 2017 via een tussenpersoon een woonlastenverzekering, een zogenoemd Woongarant hypotheekbeschermingsplan (hierna: de verzekering), afgesloten bij de verzekeraar. De verzekering biedt dekking bij arbeidsongeschiktheid met als verzekerd beroep 'Kraamverzorgster'. Het verzekerde bedrag bedraagt € 599,- per maand en de wachttijd 365 dagen.

3.3 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 3 januari 2017 een beknopte gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring staat – voor zover relevant – de volgende vraag:

> *"Heeft u voor (...) psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd (...)"*

Deze vraag heeft de consument ontkennend beantwoord.

3.4 Op 29 augustus 2022 heeft de consument zich arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten sinds 3 oktober 2019. Naar aanleiding van deze claim heeft de medische adviseur van de verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de huisarts van de consument.

3.5 Op 20 oktober 2022 heeft de medisch adviseur op grond van de ontvangen medische informatie advies uitgebracht aan de verzekeraar. Op basis van het medisch advies heeft de verzekeraar geconcludeerd dat de consument niet heeft voldaan aan haar precontractuele mededelingsplicht. Volgens de verzekeraar blijkt uit het medisch advies dat vóór de ingangsdatum van de verzekering al sprake was psychische klachten. De verzekeraar heeft vervolgens bij brief van 1 december 2022 de consument meegedeeld dat de aanvraag van de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken alleen zou zijn geaccepteerd met een clausule die inhoudt dat er geen recht op uitkering bestaat wanneer de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, of verband houdt met psychische aandoeningen (hierna: de clausule psychische aandoeningen). Verder heeft de verzekeraar meegedeeld dat deze clausule alsnog per de ingangsdatum van de verzekering op de polis wordt geplaatst en de geclaimde klachten onder de clausule vallen waardoor er geen recht bestaat op uitkering.

3.6 Bij e-mailbericht van 15 december 2022 heeft de consument bezwaar gemaakt tegen het standpunt van de verzekeraar en daarbij een verklaring van haar huisarts gevoegd. Deze verklaring, gedateerd 5 december 2022, houdt het volgende in:

> *"Patient meld zich bij mij dat er afwijzing is van verzekering op basis van informatie die bij jullie niet bekend was.*
> *Het gaat om depressieve periode van 4 maanden eind 2013 begin 2014. Patient heeft toendertijd kortdurend AD genomen.*

Patient was verhuisd van [plaatsnaam 1] naar [plaatsnaam 2] en had aanpassingsproblemen in nieuwe omgeving.
Dit herstelde vrij snel nadat patient zich integreerde in lokale omgeving.
Dit staat volledig los van huidige depressieve periode na zwangerschap."

De verzekeraar heeft de verklaring van de huisarts voorgelegd aan haar medisch adviseur. De medisch adviseur heeft op 17 februari 2023 advies uitgebracht aan de verzekeraar. Bij brief van 13 maart 2023 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat zij op grond van het advies van zijn medisch adviseur bij haar standpunt blijft, omdat de verklaring van de huisarts de aanwezigheid van een psychische stoornis voor de ingangsdatum van de verzekering bevestigt.

3.7 Op 9 juni 2023 heeft de vertegenwoordiger van de consument een klacht bij het Kifid ingediend.

3.8 In eerste aanleg (bij repliek) heeft de consument een tweede verklaring van haar huisarts, gericht aan de advocaat van de consument en gedateerd 16 oktober 2023, overgelegd. Deze verklaring houdt het volgende in:

"Antwoord op u vragen betreffende depressieve periode eind mei 2013/begin 2014:
1) Paniekaanvallen en depressief gevoel. Ook enorme misselijkheid toendertijd.
2) Diagnose was toendertijd :depressie -angst/paniekaanvallen uiteindelijk veroorzaakt door heimwee na geboorteplek/familie. Initieel was dat niet duidelijk.
3) Beperkingen waren niet kunnen deelnemen aan maatschappelijk / professioneel proces.
4) Behandeling was opstarten Seroxat 20 mg 1d1t en slaapmedicatie Lormetazepam 2 mg 1d1t, later kwam daar oxazepam 10 mg zo nodig bij .Ik had per twee weken contact met patient.
Begin 2014 waren de klachten goed afgenomen en in februari 2014 zijn we gestopt met de Seroxat.
5) Prognose op herstel en reintegratie was goed.
6) Er zijn mijn inziens geen aanvullende opmerkingen."

3.9 Bij beroepschrift heeft de consument een derde verklaring van haar huisarts, gericht aan de advocaat van de consument en gedateerd 19 maart 2024, overgelegd. Deze verklaring houdt het volgende in:

"Nogmaals toelichting op ziekte episode eind 2013 en begin 2014.
Patient melde zich bij mij toendertijd met initieel lijkende depressieve klachten waarvan de oorzaak niet duidelijk was.
Ik starte toen anti depressiva hiervoor . Achteraf bleek het geen depressie te zijn maar was de diagnose heimwee.
Toen hebben we ook antidepressiva gestopt.
Ook het feit dat ze er geen enkel voordeel aan had pleit ook tegen de diagnose depressie.
Bij deze bevestig ik dat ik toendertijd achteraf een foute diagnose stelde en dus een foute behandeling opgestart was."

4. De klacht en de uitspraak van de Geschillencommissie

4.1 In eerste aanleg vorderde de consument, in de weergave van de Geschillencommissie, 1) verwijdering van de clausule psychische aandoeningen van de verzekering, 2) volledige uitkering van het verzekerde bedrag per maand met terugwerkende kracht in verband met haar arbeidsongeschiktheidsclaim en 3) de verzekeraar te veroordelen in de kosten voor de procedure. Subsidiair (voor het geval er wel sprake was van schending van de precontractuele mededelingsplicht) vorderde zij naast 1) en 3), in plaats van 2), een naar redelijkheid en billijkheid te bepalen gedeeltelijke uitkering van het verzekerde bedrag per maand met terugwerkende kracht in verband met haar arbeidsongeschiktheidsclaim.

4.2 De Geschillencommissie heeft de vorderingen van de consument afgewezen. Voor de overwegingen daarvoor verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie. Deze komen erop neer dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden, dat de verzekeraar de clausule psychische aandoeningen alsnog in de verzekering mocht opnemen en dat de verzekeraar niet is gehouden tot uitkering aan de consument.

5. De beoordeling van het beroep

5.1 Tegen deze beslissingen en de daaraan ten grondslag gelegde overwegingen komt de consument op in beroep. Naar aanleiding van haar klachten overweegt de Commissie van Beroep als volgt.

5.2 De consument heeft allereerst naar voren gebracht dat zij nooit een depressieve periode heeft gehad en dit ook nooit zo heeft ervaren. Zij had last van heimwee en dat is ook wat de huisarts heeft willen verklaren in zijn brief van 16 oktober 2023. Zij heeft toegelicht dat de huisarts er in eerste instantie van uitging dat zij leed aan een depressie en dat dit uiteindelijk een verkeerde diagnose bleek, zoals de huisarts ook heeft geschreven in zijn brief van 19 maart 2024. Nu er slechts sprake was van heimwee, hoefde zij ook niet te weten of te begrijpen dat zij dit had moeten melden als “psychische klachten” bij de aanvang van de verzekering. Heimwee is geen erkende psychische stoornis. Zij had de vraag op de gezondheidsverklaring over “psychische klachten” daarom niet bevestigend hoeven te beantwoorden. Aldus steeds de consument.

5.3 De Commissie van Beroep kan de consument niet volgen in dit betoog en verenigt zich met het oordeel van de Geschillencommissie dat de consument haar mededelingsplicht niet is nagekomen. Het is waar dat de huisarts in zijn laatste schriftelijke verklaring als zijn standpunt naar voren heeft gebracht dat hij de destijds bestaande klachten van de consument (achteraf beschouwd) ten onrechte had gediagnosticeerd als een depressie en dat hij daarvoor (eveneens: achteraf beschouwd) een verkeerde behandeling had voorgeschreven. Een en ander laat echter onverlet dat de consument destijds psychische klachten heeft gehad en dat zij daarvoor een arts heeft geraadpleegd. De Commissie van Beroep voegt hieraan toe dat deze klachten kennelijk het niveau ontstegen van een min of meer kortdurend gevoel van onbehagen. De klachten zijn immers feitelijk omschreven als paniekaanvallen, een depressief gevoel en een enorme misselijkheid, zodanig dat de consument beperkingen ondervond in haar maatschappelijke en professionele functioneren. De ondervonden klachten en beperkingen waren kennelijk ook zó serieus dat de huisarts gedurende enkele maanden antidepressiva heeft voorgeschreven. De

omstandigheid dat deze klachten, zoals de huisarts in zijn laatste verklaring heeft geschreven, achteraf moesten worden toegeschreven aan heimwee, brengt hierin geen verandering. Ter zitting in hoger beroep is namens de consument nog betoogd dat zij in de desbetreffende periode nooit arbeidsongeschikt is geweest, maar daaraan komt onvoldoende betekenis toe nu de consument zelf ter zitting heeft verklaard dat zij destijds misselijk was, steeds moest overgeven en dat zij inderdaad beperkt was en daardoor in conflict is gekomen met haar werkgever, waar zij met een vaststellingsovereenkomst is weggegaan.

5.4 De Commissie van Beroep verwerpt eveneens het betoog van de consument dat zij niet wist en ook niet hoefde te begrijpen dat het melden van heimweeklachten van belang was of kon zijn voor de verzekeraar. Zij verliest bij haar betoog uit het oog dat de vraagstelling op de gezondheidsverklaring niet was gericht op een diagnose of een medische kwalificatie maar slechts op de feitelijke vraag of zij voor psychische klachten een arts/specialist heeft geraadpleegd. Tegen de achtergrond van het overwogene onder 5.3 wist de consument of behoorde zij te begrijpen dat zij de vraag op de gezondheidsverklaring bevestigend had moeten beantwoorden.

5.5 De Commissie van Beroep deelt verder het oordeel van de Geschillencommissie dat de verzekeraar de clausule psychische aandoeningen alsnog in de verzekering mocht opnemen. De verzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat het alsnog opnemen van zodanige voorwaarde in het licht van het overwogene onder 5.3 valt binnen de reikwijdte van de door haar gehanteerde adviesregels die zijn gebaseerd op die van haar herverzekeraar.

5.6 De consument heeft in haar beroepschrift nog een beroep gedaan op de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid, maar dat beroep faalt omdat het zijn weerlegging vindt in de voorgaande overwegingen.

5.7 De Commissie van Beroep verwerpt ten slotte de subsidiaire stellingname van de consument dat volledige uitsluiting van de uitkering niet proportioneel is te achten. Zoals de Geschillencommissie heeft overwogen, doet zich hier het geval voor dat is geregeld in artikel 7:930 lid 3 BW, kort gezegd: aangepaste voorwaarden. Het in deze bepaling geregelde geval dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen – welk geval de consument kennelijk op het oog heeft – doet zich hier niet voor.

5.8 Aangezien de Commissie van Beroep van oordeel is dat de uitspraak van de Geschillencommissie juist is, zal zij deze uitspraak bevestigen.

6. De beslissing

De Commissie van Beroep:

6.1 bevestigt de uitspraak van de Geschillencommissie.