Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-621
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, drs. M.L.A. Schotel, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 5 februari 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Rheinland Versicherungs AG, handelende onder de naam Credit Life International Schade, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 30 augustus 2019
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft bij de aanvraag van haar arbeids-ongeschiktheidsverzekering een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld, bestaande uit drie vragen. Ze heeft de drie vragen met 'Nee' beantwoord. Naar aanleiding van een latere arbeidsongeschiktheidsmelding, heeft Verzekeraar na onderzoek geconcludeerd dat één van de vragen met 'Ja' had moeten worden beantwoord en dat Consument haar mededelingsplicht niet was nagekomen. Hij heeft vervolgens een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst. De Commissie is hierin meegegaan. De vordering van Consument (uitkering onder de verzekering) is afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 15 juli 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1990, van beroep verpleegkundige, heeft op 29 maart 2012 een woonlastenverzekering bij Verzekeraar aangevraagd. In het aanvraagformulier is een (verkorte) medische verklaring opgenomen, bestaande uit drie vragen:

"Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?
Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, enige vorm van kanker of psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor: (chronische) luchtwegklachten, bloeddruk, bloedonderzoek (o.a. op cholesterol), epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), suikerziekte of een andere ernstige ziekte? Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?"

Consument heeft deze drie vragen met 'Nee' beantwoord.

Door middel van het plaatsen van haar handtekening heeft zij voorts onder meer verklaard dat zij verder niets heeft mee te delen over het te verzekeren risico of over haar persoon dat voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang kan zijn, dat de gegeven antwoorden en verklaringen juist en volledig zijn, en dat geen omstandigheden die voor de verzekeraar van belang kunnen zijn voor het beoordelen van het te verzekeren risico niet juist of niet volledig zijn meegedeeld.

2.2 De verzekering is tot stand gekomen met ingang van 15 mei 2012 en biedt dekking bij arbeidsongeschiktheid. Het toetsingscriterium is passende arbeid. De eigen risicoperiode is 365 dagen. De looptijd van de verzekering is 20 jaar. Het verzekerd bedrag is € 400,- per maand.

2.3 Consument heeft zich per 13 april 2017 arbeidsongeschikt gemeld wegens "Ehlers Danlos type 3 (hypermobiliteit)". Zij had pijn in met name de rechterheup en rechterschouder.

2.4 Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de mededelingsplicht niet is nagekomen. Indien Consument één van de drie vragen in de verkorte gezondheidsverklaring met 'Ja' zou hebben beantwoord, zou zij een uitgebreide gezondheidsverklaring hebben moeten invullen en in de toelichting daarbij melding hebben moeten maken van schouder- en heupklachten als gevolg van hypermobiliteit. De medisch adviseur zou dan informatie hebben opgevraagd bij de huisarts, waaruit gebleken zou zijn dat bij Consument al in 2008 hypermobiliteit was vastgesteld met een Beighton score van 8-9.

De stelling is dat bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule op de polis zou zijn geplaatst voor rechterschouderklachten en rechterheupproblemen ten gevolge van hypermobiliteit.

2.5 Namens Consument is bezwaar tegen het standpunt van Verzekeraar aangetekend. De behandeling van dit bezwaar heeft ertoe geleid dat de medisch adviseur van Verzekeraar zijn advies heeft aangepast. In zijn brief van 24 oktober 2018 aan de gemachtigde van Consument heeft hij geschreven dat hij bij nader inzien een clausule voor het gehele houding- en bewegingsapparaat zou hebben geadviseerd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- De diagnose hypermobiliteit is pas in 2013 gesteld.
- Consument heeft in 2008 eenmalig last gehad van schouderklachten. Ten tijde van de aanvraag – 4 jaar na dato – was dus geen sprake van chronische spier- en/of gewrichtsklachten.
- Uit het medisch dossier blijkt niet dat Consument voor andere dan schouderklachten een arts/specialist heeft bezocht in de 5 jaar voorafgaand aan de aanvraag van de verzekering.
- Bij kennis van de ware stand van zaken zou op grond van de 'Handleiding medische acceptatie arbeidsongeschiktheids- en ongevallenverzekering' (juni 2003) hooguit een uitsluitingsclausule voor schouderklachten op de polis zijn geplaatst.

Verweer Verzekeraar

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

- Consument heeft in de verkorte gezondheidsverklaring de vraag "Heeft u in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor (…) (chronische) spier- en/of gewrichts-klachten" ten onrechte met 'Nee' beantwoord. Uit de medische stukken blijkt immers dat zij in 2008 voor schouderklachten is gezien door een revalidatiearts waarbij hyperlaxiteit/hypermobiliteit is geconstateerd. De mate waarin dit zich voordeed is middels de Beightonscore op 8-9 bepaald. Dat de oorzaak van deze hypermobiliteit (Ehlers-Danlos) pas later is vastgesteld doet daaraan niet af.

- Indien Consument de verkorte gezondheidsverklaring correct had ingevuld, had zij een uitgebreide gezondheidsverklaring moeten invullen. Dan had zij moeten aangeven dat zij schouder- en heupklachten heeft gehad als gevolg van hypermobiliteit.
- De klachten van Consument (zeer ernstige hypermobiliteit) zijn veelal symptomen van een onderliggende aandoening zoals de ziekte van Marfan of Ehlers-Danlos. Indien de extreme hypermobiliteit bij de aanvraag bekend zou zijn geweest dan zou een redelijk handelend verzekeraar óf de aanvraag hebben aangehouden totdat onderzoek naar de onderliggende aandoening zou zijn afgerond, óf, zoals Verzekeraar heeft gedaan, de arbeidsongeschiktheid als gevolg hiervan hebben uitgesloten, óf niet tot acceptatie zijn overgegaan, zeker in combinatie met de zware fysieke werkzaamheden van Consument.
- Zowel de medisch adviseur van het door Verzekeraar ingeschakelde externe medisch adviesbureau als de huidige medisch adviseur hebben jarenlang ervaring met de medische advisering voor meerdere verzekeraars en kunnen getuigen dat andere verzekeraars niet anders dan zij zouden hebben geoordeeld. Het acceptatiebeleid van Verzekeraar wijkt niet af van hetgeen in de markt gebruikelijk is.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument haar mededelingsplicht heeft geschonden.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW) is een aspirant-verzekeringnemer verplicht om 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 hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. De gezondheidsverklaring bevat zo'n vragenlijst waarvan de invuller moet begrijpen dat (volledigheid van) antwoorden van belang is.

4.3 Een niet juiste invulling kan er toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan. Verzekeraar handelt hiermee overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar.

Zie blz. 39 van het boek Parlementaire Geschiedenis titel 7.17 BW (Deventer: Kluwer 2007) en het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer: ECLI:NL:HR:2018:1841.

4.4 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument voor de aanvraag van de verzekering al bekend was met diverse klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, en wel met name aan de rechterschouder en -heup. Zij is daarvoor ook behandeld door huisarts en specialist. De huisarts schrijft op 16 juli 2013 in het journaal dat Consument sinds 3 – 4 jaar last heeft van met name de rechterheup: "Schiet eruit, dagelijks pijn, ook de rechterschouder blijft pijn doen." Een arts-assistent schrijft namens de revalidatiearts op 12 maart 2018 dat hij Consument eerder zag op 3 maart 2008 in verband met pijnklachten rechterschouder met laterale luxaties door hyperlaxiteit/hypermobiliteit van het bandapparaat en dat destijds bij lichamelijk onderzoek sprake was van een al duidelijk aanwezige hypermobiliteit met Beightonscore van 8-9. De Commissie is van oordeel dat Consument vraag 2 van de verkorte gezondheidsverklaring, waarin onder meer gevraagd wordt of zij in de laatste 5 jaar een arts/specialist heeft geraadpleegd voor (chronische) spier en/of gewrichts-klachten, met 'Ja' had moeten beantwoorden. Zij zou dan een uitgebreide gezondheidsverklaring hebben moeten invullen en in de bijlage daarbij hebben moeten aangeven dat zij schouder- en heupklachten heeft bij een vastgestelde hypermobiliteits-problematiek.

Nader medisch onderzoek zou dan de voor het beroep van verpleegkundige ernstige klachten van het houding- en bewegingsapparaat hebben laten zien.

Consument had behoren te begrijpen dat een juiste beantwoording van de in de verkorte gezondheidsverklaring gestelde vraag voor een redelijk handelend verzekeraar relevant is om zijn risico bij het eventueel aangaan van de verzekering met Consument juist in te schatten. De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan haar mededelingsplicht van artikel 7:928 BW heeft voldaan.

4.5 Vervolgens is aan de orde de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. Verzekeraar stelt dat een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag dan zou hebben aangehouden totdat het onderzoek naar de onderliggende aandoening zou zijn afgerond, of de arbeidsongeschiktheid als gevolg hiervan zou hebben uitgesloten (zoals Verzekeraar zelf heeft gedaan), of niet tot acceptatie zou zijn overgegaan. Hij stelt ook dat twee medisch adviseurs met jarenlange ervaring kunnen getuigen dat andere verzekeraars niet anders zouden hebben geoordeeld en dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar dus niet afwijkt van hetgeen in de markt gebruikelijk is.

Hierin ligt besloten de stelling dat Verzekeraar door middel van het plaatsen van een uitsluitingsclausule voor het gehele houding- en bewegingsapparaat heeft gehandeld overeenkomstig het beleid van een redelijk handelend verzekeraar. De Commissie volgt deze stelling van Verzekeraar. Zij acht het zelfs niet ondenkbaar dat de verzekering door een redelijk handelend verzekeraar in het geheel niet zou zijn afgesloten. De in 2008 geldende GAV-richtlijnen (versie 2007) geven aan dat indien sprake is van twee of meer 'grotere' clausules een afwijzing kan worden overwogen. Gelet op de importantie van zowel een goede functie van de schouder als van de heup bij het te verzekeren beroep van verpleegkundige, is een dergelijke situatie bij recidiverende klachten van nek, schouder of arm in combinatie met heupklachten inderdaad aan de orde. Voor de uitoefening van het beroep van verpleegkundige is immers een volledig gebruik van alleen al de schouder een vereiste. Dit betekent dat Consument geen aanspraak kan maken op dekking onder de verzekering. Verzekeraar hoeft dus niet tot uitkering over te gaan.

4.6 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekerings-overeenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.