Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0174

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.W.H. Vink, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. S.M Oei, secretaris)

Datum uitspraak	20 februari 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Insify B.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de gevolmachtigde
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	Juridisch kader precontractuele mededelingsplicht en relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Schending mededelingsplicht. De consument heeft bij de gevolmachtigde een arbeidsongeschiktheidsclaim ingediend vanwege een opgelopen incomplete dwarslaesie na een val. De gevolmachtigde heeft het uitkeringsverzoek afgewezen en de verzekering beëindigd, omdat de consument bij het afsluiten van de verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De consument heeft erkend dat hij onbedoeld zijn mededelingsplicht heeft geschonden en de commissie is het daarmee eens. De gevolmachtigde heeft voldoende onderbouwd dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de juiste stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten. De gevolmachtigde heeft de verzekering mogen beëindigen en is geen uitkering aan de consument verschuldigd. De primaire vordering van de consument wordt daarom afgewezen. Wel heeft de consument recht op premierestitutie.

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 gevolmachtigde; 3) de repliek van de consument; 4) de dupliek van de gevolmachtigde; 5) de aanvullende reactie van de consument en 6) de reactie daarop van de gevolmachtigde.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 6 februari 2026. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger de heer O. van Hardenbroek, advocaat, kantoorhoudende te Den Haag, en de heer [naam 1], ondersteuner. Namens de gevolmachtigde waren aanwezig de heer [naam 2], Legal counsel IptiQ, en mevrouw [naam 3], Underwriter IptiQ. Digitaal namen namens de gevolmachtigde deel de heer [naam 4], Head of Legal Insify, mevrouw [naam 5], Product Manager AOV Insify, en de heer [medisch adviseur 1], verzekeringsarts RGA/medisch adviseur.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de gevolmachtigde afgesloten (hierna: de verzekering). De achterliggende verzekeraar is IptiQ Life S.A. (hierna: de verzekeraar). De ingangsdatum van de verzekering is 1 augustus 2023. Het verzekerd beroep is dat van 'Interimmanager'. Het verzekerd bedrag is € 3.500,- per maand en de eindleeftijd is 67 jaar.

2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 14 juli 2023 een gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring heeft de consument de vragen:

"Heb je in de afgelopen 3 jaar:

- *Een verwijzing naar een ziekenhuis of kliniek gehad voor een consult (...)?*
- *Een arts geraadpleegd of afspraken gehad om een aandoening of bepaalde symptomen te (laten) controleren?"*

met 'nee' beantwoord.

2.3 Op 10 oktober 2024 is de consument arbeidsongeschikt geraakt vanwege een opgelopen incomplete dwarslaesie na een val, waarna hij een claim heeft ingediend bij de gevolmachtigde. Naar aanleiding van deze claim heeft de door de gevolmachtigde ingeschakelde medisch adviseur van Sedgwick medische informatie opgevraagd bij de huisarts van de consument.

2.4 Op 9 december 2024 heeft de medisch adviseur op basis van de ontvangen medische informatie advies uitgebracht aan de gevolmachtigde. Op basis van het medisch advies heeft de gevolmachtigde geconcludeerd dat de consument bij het afsluiten van de verzekering niet heeft voldaan aan zijn zogeheten precontractuele mededelingsplicht en heeft zijn claim afgewezen. Bij brief van 18 december 2024 heeft de gevolmachtigde de consument meegedeeld dat hij de onder 2.2 geciteerde vragen niet juist heeft ingevuld, nu uit de ontvangen medische informatie blijkt dat hij op 18 november 2022[1] en op 20 februari 2023 een afspraak heeft gehad bij de cardioloog en hij bekend is met een verwijde aorta van 41 mm. Als dit bekend was geweest bij het aanvragen van de polis, dan was deze niet geaccepteerd. Vervolgens heeft de gevolmachtigde de verzekering beëindigd.

[1] Dit is incorrect. Op 18 november 2022 heeft de consument niet zijn cardioloog maar zijn huisarts bezocht, zie randnummer 3.2.

2.5 De consument heeft hiertegen bezwaar gemaakt. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de gevolmachtigde. Reden waarom de consument een klacht bij Kifid heeft ingediend.

De klacht en de vorderingen

2.6 De consument klaagt erover dat de gevolmachtigde ten onrechte zijn arbeids-ongeschiktheidsclaim heeft afgewezen. Hij vordert herstel van de verzekering en uitkering voor zijn claim. Subsidiair vordert hij premierestitutie. Ter onderbouwing van zijn vorderingen voert de consument samengevat het volgende aan.

2.7 Primair doet de consument een beroep op artikel 7:930 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en stelt hij dat er geen causaal verband is tussen de arbeidsongeschiktheids-claim ten gevolge van een val en de verwijde aorta. De val was een gevolg van een ongelukkige en onverwachte mechanische gebeurtenis. De door de gevolmachtigde ingeschakelde medisch adviseur brengt in zijn rapport van 23 september 2025 ten onrechte een verband aan tussen een collaps (flauwvallen) in 2015 en de verwijde aorta. Immers, uit cardiologisch onderzoek in 2015 blijkt dat er geen verband bestond tussen het flauwvallen en zijn hart. Wel bleek in 2015 dat de aorta licht vergroot was (40 mm) en is geadviseerd om de aorta na vijf jaar opnieuw te laten bekijken. Deze controle bij de cardioloog is op 20 februari 2023 gebeurd, nadat de huisarts de consument hierop had gewezen. Ten onrechte is door de gevolmachtigde ingeschakelde medisch adviseur gesteld dat de consument aan de huisarts een verwijzing naar de cardioloog heeft gevraagd. Uit het cardiologisch onderzoek van 20 februari 2023 was niets nieuws naar voren gekomen. De bevindingen wezen op een goed functionerend hart zonder directe zorgwekkende afwijkingen, behalve een lichte verwijding van de aortawortel (41 mm) die meestal vervolgd wordt zonder acute ingrepen. De toename van de verwijding van de aorta met 1 mm in 8 jaar tijd is normaal en levert geen enkele klacht op.

2.8 Subsidiair stelt de consument dat uit de eigen stellingen van de gevolmachtigde en de in geding gebrachte gegevens blijkt dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering ook zou zijn aangegaan als hij op de hoogte was geweest van de verwijde aorta. De gevolmachtigde stelt immers dat zijn acceptatiebeleid is gebaseerd op het in juli 2023 geldende acceptatiebeleid van de herverzekeraar Swiss Re. Uit dit beleid volgt een premie-opslag van 150% bij een diameter van de aorta van 40 mm tot minder dan 55 mm. De aorta van de consument (41 mm) valt ruimschoots binnen die marges. De stelling van de gevolmachtigde dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten als hij bekend was geweest met de verwijde aorta, verhoudt zich dus niet met het acceptatiebeleid van Swiss Re. De medisch adviseur van de gevolmachtigde erkent dat het acceptatiebeleid van SwissRe een premieopslag van 150% voorschrijft, maar stelt vervolgens dat bij een dergelijke premieopslag het beleid van de verzekeraar is om de aanvraag af te wijzen. De medisch adviseur volgt ten onrechte het beleid van de verzekeraar, nu de maatstaf dat van een redelijk handelend verzekeraar is.

Uit het acceptatiebeleid van Swiss Re volgt niet een afwijzing van de aanvraag, maar het toepassen van een premietoeslag.

2.9 De inbreng van de door de gevolmachtigde ingeschakelde medisch adviseurs moet zeer kritisch worden bekeken. De medisch adviseur van Sedgwick is onderdeel van Swiss Re, waarvan de verzekeraar voor 100% een dochteronderneming is. De medisch adviseurs verwoorden het partijstandpunt van de gevolmachtigde en niet wat een redelijk handelend verzekeraar zou hebben gedaan.

2.10 De consument verkeert in een desastreuze situatie. Zijn inkomen als ZZP'er is door de dwarslaesie volledig weggevallen en hij heeft geen andere inkomensbron. Bij weigering van uitkering door de gevolmachtigde zal hij zijn woning moeten verkopen en terugvallen tot bijstandsniveau. Dit belang moet worden meegewogen bij de belangenafweging van een redelijk handelend verzekeraar.

2.11 De gevolmachtigde weigert inzage te geven in de kennis- en ervaringstoets die tot doel heeft vast te stellen of de aspirant-verzekeringnemer in staat is om zonder advies de verzekering af te sluiten. Daarmee staat niet vast dat de gevolmachtigde zich ervan heeft verzekerd dat de consument alles goed zou begrijpen en komt hem geen beroep toe op het feit dat de consument een vraag verkeerd heeft beantwoord.

Het verweer

2.12 De gevolmachtigde 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 Aan de orde zijn de volgende vragen:

1. Heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden?
2. Mocht de gevolmachtigde uitkering weigeren?
3. Mocht de gevolmachtigde de verzekering beëindigen?

De commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en licht hierna haar oordeel toe. Het juridisch kader van de precontractuele mededelingsplicht is opgenomen in de bijlage.

De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden

3.2 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie het volgende als vaststaand aan. In 2014 is de consument onderzocht door de cardioloog en is een verwijde aorta van 40 mm vastgesteld. Op 29 oktober 2015 heeft hij zijn huisarts bezocht vanwege flauwvallen. Op 18 november 2022 heeft de consument zijn huisarts geraadpleegd en hem gevraagd om een verwijzing naar de cardioloog.

Op 20 februari 2023 heeft de consument de cardioloog geraadpleegd ter controle van de verwijde aorta. De cardioloog stelde een verwijde aorta van 41 mm en een stabiele situatie vast met als advies een hercontrole van de aortadiameter over ongeveer vijf jaar.

3.3 De consument heeft in zijn repliek en ter zitting erkend dat hij onbedoeld de mededelingsplicht heeft geschonden ten aanzien van de verwijzing naar de cardioloog van zijn huisarts van 18 november 2022 en het raadplegen van de cardioloog op 20 februari 2023 ter controle van de verwijde aorta. De commissie is het hiermee eens. De consument had de geciteerde vragen onder 2.2 met "Ja" moeten beantwoorden op de gezondheidsverklaring die hij op 14 juli 2023 heeft ingevuld. Immers, in die vragen wordt expliciet gevraagd of de consument in de afgelopen 3 jaar een verwijzing naar een ziekenhuis heeft gehad voor een consult en een arts heeft geraadpleegd om een aandoening of bepaalde symptomen te controleren.

3.4 Hierbij merkt de commissie op dat de ingevulde kennis- en ervaringstoets, alsnog door de gevolmachtigde bij zijn verweer is verstrekt. Overigens is deze toets niet van belang voor de beoordeling of sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht. Het doel van deze toets is om te toetsen of een potentiële klant over voldoende kennis en ervaring beschikt om te begrijpen welke risico's zijn verbonden aan het betreffende financieel product en het verlenen van de betrokken financiële dienst.[2]

De situatie als de consument de gezondheidsverklaring juist had ingevuld

3.5 De gevolmachtigde heeft toegelicht dat als de consument de geciteerde vragen onder 2.2 met "Ja" zou hebben beantwoord, zijn medisch adviseur navraag zou hebben gedaan bij de consument, waarna medische informatie over de verwijde aorta zou zijn opgevraagd bij de behandelend sector en de medische informatie zoals vermeld onder 3.2 zou zijn ontvangen. Op basis daarvan zou de gevolmachtigde de aanvraag van de consument niet hebben geaccepteerd. Of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan, wordt hierna besproken.

Redelijk handelend verzekeraar

3.6 De gevolmachtigde heeft gesteld dat hij met kennis van de ware stand van zaken ten aanzien van de verwijde aorta de verzekering niet zou hebben afgesloten. Gelet hierop komt het aan op de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de verwijde aorta zou hebben gedaan.[3]

De gevolmachtigde heeft erop gewezen dat hij ten tijde van de aanvraag van de consument het acceptatiebeleid van de verzekeraar heeft gebruikt. Dit acceptatiebeleid is gebaseerd op het destijds (juli 2023) geldende acceptatiebeleid van de herverzekeraar Swiss Re.

---

[2] Zie artikel 80e Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft.
[3] Zie het juridisch kader van de precontractuele mededelingsplicht in de bijlage.

Hoewel in het acceptatiebeleid van Swiss Re als advies een premieopslag van 150% staat vermeld bij een diameter van de aorta van 40 mm tot minder dan 55 mm, heeft de gevolmachtigde erop gewezen dat het in de Nederlandse markt gebruikelijk is om een maximale premieopslag van 50% toe te passen en om een verzekeringsaanvraag af te wijzen in geval van een hogere opslag. De reden hiervoor is dat de gevraagde premie in dergelijke gevallen anders niet in verhouding staat tot de uitkering. Ter zitting heeft de door de gevolmachtigde ingeschakelde medisch adviseur van Sedgwick, de heer [medisch adviseur 1], die ook voor meerdere andere verzekeraars werkzaam is, dit in Nederland gebruikelijke beleid bevestigd. Verder heeft hij toegelicht dat een 150% premieopslag ook alleen maar wordt geadviseerd bij een volstrekt stabiel beeld en dat dit bij de consument niet het geval is nu sprake was van een toename van de verwijding van de aorta met 1 mm. Dat lijkt weliswaar niet veel maar duidt volgens de medisch adviseur wel op een progressief verloop. Bovendien is het arbeidsongeschiktheidsrisico niet te normaliseren met een uitsluitingsclausule, omdat een verwijde aorta een diffuus klachtenbeeld kan geven. Ook de door de gevolmachtigde extern ingeschakelde medisch adviseur van Veduma, de heer [medisch adviseur 2], tevens werkzaam voor meerdere andere verzekeraars, bevestigt in zijn advies van 23 september 2025 dat bij een premieopslag boven de 50% de aanvraag in de Nederlandse markt wordt afgewezen of als het mogelijk is, de opslag wordt omgezet in een uitsluitingsclausule, maar dit in het onderhavige geval niet mogelijk is:

> *"(...)*
>
> *Het verzekeringsrisico is op grond van een aortadilatatie duidelijk verhoogd. Het toepassen van een beperkende voorwaarde (clausule) op de polis, met als doel het verhoogde risico terug te brengen tot een min of meer gemiddeld risico in de portefeuille, is moeilijk omdat je niet alleen "aortaproblemen" moet uitsluiten maar ook de mogelijke uitbreiding naar hartkleppen, myocardfunctie en hartritmestoornissen (met mogelijk syncope tot gevolg), vasculaire complicaties waaronder trombose/embolievorming en systemische complicaties, zoals embolieën en ischemie van vitale organen (hersenen, nieren, darmen en extremiteiten). Bij de klachten die hieruit ontstaan is de arbeidsongeschiktheidskans zeer groot. Een alomvattende clausule wordt te breed.*
>
> *Raadpleging van de Lifeguide, het medisch acceptatiehandboek van Swiss Re, de herverzekeraar van Insify en IptiQ, leert dat bij dilatatie van de aorta ascendens bij een diameter vanaf 40 mm (4cm) tot minder dan 55 mm (5,5cm) onder de voorwaarde van een verder stabiele situatie, een premieopslag van 150% wordt geadviseerd. Een beperkende voorwaarde wordt niet geadviseerd. 150% premieverhoging is in de Nederlandse markt voor een AOV echter geen gangbaar opslagpercentage. Bij dergelijke premieopslagen is het beleid van IptiQ zo heb ik vernomen om de aanvraag af te wijzen.*

Ook in mijn ervaring met andere verzekeraars komen dergelijke premieopslagen bij een AOV niet voor en wordt bij een dergelijke aandoening met een dergelijke opslag door de medisch adviseur in de aanvraagfase geadviseerd om geen aanbieding te doen/ om de aanvraag af te wijzen. Boven 50% opslag wordt in de Nederlandse markt voor een AOV vaak geen aanbieding gedaan of als het mogelijk is, de opslag omgezet in een uitsluitingsclausule. Dat is hier niet mogelijk.

(...)"

3.7 Met het ingeroepen acceptatiebeleid van de wereldwijde herverzekeraar Swiss Re en de gemotiveerde toelichting door twee externe medisch adviseurs die voor meerdere andere verzekeraars werkzaam zijn, heeft de gevolmachtigde voldoende aangetoond dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken over de verwijde aorta de verzekering niet zou hebben gesloten, ook al is sprake van een stabiele cardiale situatie.

3.8 De commissie ziet, anders dan de consument stelt, geen reden om te twijfelen aan de juistheid van de adviezen van de door de gevolmachtigde ingeschakelde medisch adviseurs. Het enkele feit dat zij door de gevolmachtigde zijn ingeschakeld, de adviezen het standpunt van de gevolmachtigde onderbouwen, en Sedgwick onderdeel zou zijn van Swiss Re - hetgeen overigens door de gevolmachtigde is betwist - maakt niet dat de medisch adviseurs niet onafhankelijk zouden zijn en dat reeds daarom aan de juistheid van hun advies zou moeten worden getwijfeld. Bij gebrek aan nadere onderbouwing en nu de commissie ook anderszins geen aanwijzingen heeft dat sprake zou zijn van niet onafhankelijke adviezen, gaat de commissie hieraan voorbij.

3.9 Dat er geen causaal verband bestaat tussen de arbeidsongeschiktheidsclaim ten gevolge van een val en de verwijde aorta, is niet relevant nu de gevolmachtigde een beroep doet op artikel 7:930 lid 4 BW. De in dat kader te beantwoorden vraag is niet of de arbeids-ongeschiktheid het gevolg is van een verzwegen aandoening, maar hoe een redelijk handelend verzekeraar zou hebben gehandeld als de verwijde aorta bekend was ten tijde van de aanvraag van de verzekering, zoals hiervoor uiteengezet.

3.10 De commissie begrijpt dat het zeer grote gevolgen voor de consument kan hebben als hij geen uitkering onder de verzekering ontvangt. Dit is echter niet een belang dat wordt meegewogen bij de toets of de gevolmachtigde heeft gehandeld overeenkomstig een redelijk handelend verzekeraar in het kader van 7:930 lid 4 BW.

3.11 Ook al het overige gestelde door de consument maakt het voorgaande niet anders.

Geen recht op uitkering

3.12 Omdat de consument niet voldaan heeft aan zijn mededelingsplicht en aangenomen mag worden dat de verzekering bij juiste beantwoording van de bij de aanvraag gestelde gezondheidsvragen niet tot stand zou zijn gekomen, is de gevolmachtigde gelet op artikel 7:930 lid 4 BW geen uitkering verschuldigd. De gevolmachtigde heeft toegezegd dat de consument zijn premie krijgt gerestitueerd. De subsidiaire vordering is in zoverre toewijsbaar.

De verzekeraar mocht de verzekering beëindigen

3.13 Uit artikel 7:929 lid 2 BW volgt dat de verzekeraar bij schending van de precontractuele mededelingsplicht de verzekering meteen kan opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken. Dit betekent dat de gevolmachtigde de verzekering mocht beëindigen.

Slotsom

3.14 De slotsom is dat de primaire vordering zal worden afgewezen. De subsidiaire vordering is als na te noemen toewijsbaar.

4. De beslissing

De commissie wijst de primaire vordering af en bepaalt, subsidiair, dat de consument recht heeft op terugbetaling van de door hem betaalde premies.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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

Bijlage - Juridisch kader precontractuele mededelingsplicht en relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Juridisch kader precontractuele mededelingsplicht

Op grond van artikel 7:928 lid 1 BW is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:

- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar)
- die hij kent of behoort te kennen
- en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen

aan de verzekeraar mee te delen.

Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[4]

Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[5]

Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.

Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, hoeft de verzekeraar niet uit te keren.

Op grond van artikel 7:929 lid 2 BW kan de verzekeraar de verzekering per direct opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.

[4] Hoge Raad 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.
[5] Hoge Raad 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

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]

Burgerlijk Wetboek

Artikel 7:928 BW
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.
(...)
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 3 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.
(...)

Artikel 7:929 BW
1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
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.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

[6] Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Artikel 7:930 BW

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. Met ingang van 1 juli 2023 geldt de volgende aanvullende tekst: 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 laste 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.