Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0163

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

Datum uitspraak	17 februari 2026
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V. h.o.d.n. Loyalis Schade, gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de wetgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Mededelingsplicht. De klacht van de consument is dat de verzekeraar zich ten onrechte beroept op schending van zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering. Hij vordert uitkering onder de verzekering. De commissie oordeelt dat de consument bij het afsluiten van de verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft door een vragenlijst kenbaar gemaakt welke feiten voor hem van belang zijn om de verzekeringsovereenkomst aan te gaan. Het is aan de verzekeraar om op basis van de antwoorden op die vragen een risico-inschatting te maken. Door de vragen niet correct te beantwoorden heeft de consument de verzekeraar deze mogelijkheid onthouden. De commissie volgt de verzekeraar in zijn verweer dat hij uitsluitingsclausules op de verzekering zou hebben geplaatst als hij van de ware stand van zaken op de hoogte zou zijn geweest. Omdat de consument arbeidsongeschikt is in verband met klachten die onder de uitsluitingsclausules vallen mocht de verzekeraar uitkering weigeren. De klacht van de consument is ongegrond en zijn vordering wordt afgewezen.

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 gestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

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 De consument heeft via zijn werkgever een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar met als ingangsdatum 1 juli 2019.

2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument een gezondheidsverklaring ingevuld. De consument heeft "Nee" geantwoord op – onder meer – de vraag of hij de hierna genoemde klachten, ziekten of aandoeningen heeft of had:

- *Hoofdpijn, duizeligheid, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, TIA, beroerte, CVA. Of een andere klacht, ziekte of aandoening van de hersenen of zenuwen.*
- *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.*
- *Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten. Bloedarmoede, bloedziekte, goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker.*
- *Klacht, ziekte of aandoening aan neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis) of oorsuizen.*

2.3 Verder is de consument onder meer gevraagd naar:

Rugpijn, rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug, nekklachten, botbreuk, IGNS (dit heette RSI), bekkeninstabiliteit, fibromyalgie, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming. Of een andere klacht, ziekte of aandoening aan spieren, armen, benen of gewrichten.

Op deze vraag heeft de consument "ja een van bovenstaande" geantwoord. In de bijlage medische verklaring heeft hij vermeld dat hij van 1-05-1996 tot 1-08-1998 last had van een achillespeesontsteking.

2.4 Bij de aanvullende gezondheidsvragen is door de consument "Nee" geantwoord op de vraag:

> *"Bent u ooit behandeld door een praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), psycholoog, psychiater of psychotherapeut?"*

2.5 Per 24 augustus 2020 heeft de consument zich ziek gemeld bij zijn werkgever, waarna hij uiteindelijk per 21 augustus 2023 gedeeltelijke arbeidsongeschikt is bevonden door het UWV.

2.6 De medisch adviseur van de verzekeraar heeft in zijn rapport van 16 april 2025 onder meer vermeld:

> *"Betrokkene blijkt al tientallen jaren behept met psychische en psychosomatische klachten waarvoor in de loop der jaren veelvuldig behandelingen (en deze ook weer afgebroken in verband met onvoldoende effect). De lichamelijke klachten kunnen niet los worden gezien van de psychische klachten. Met name spelen er al vele jaren rugklachten, gewrichtsklachten, vermoeidheidsklachten, dreigende collaps, evenwichtsklachten en visusklachten (beide al zeker 30 jaar; de oogklachten na een uveilis in 1981) waarvoor ook diverse specialisten zijn bezocht. In het schooljaar 2018-2019 is, omdat de belasting de belastbaarheid van betrokkene overschreed, de werklast ook verminderd. Dit in overleg met de leidinggevende en de collega's van betrokkene. Eind 2018-begin 2019 heeft betrokkene zich onder controle gesteld bij de bedrijfsarts in verband met evenwichtsproblematiek".*

2.7 Per brief van 23 april 2025 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat bij de behandeling van zijn aanvraag voor een uitkering is geconstateerd dat hij zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen, en de consument gewezen op de mogelijke gevolgen voor de uitkering en de verzekering.

2.8 De verzekeraar heeft de verzekering voortgezet met uitsluitingen voor:
1. Psychische klachten inclusief psychosomatische klachten/SOLK;
2. Vermoeidheidsklachten/energetische beperkingen;
3. Aandoeningen, klachten en afwijkingen van het evenwichts-en gehoororgaan;
4. Aandoeningen, klachten en afwijkingen van de rug en de wervelkolom;
5. Oogklachten/visusklachten, de gevolgen en consequenties ervan.

De klacht en de vordering

2.9 De klacht van de consument is dat de verzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat hij niet heeft voldaan aan zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering. Hij vond het ongepast om in op de gezondheidsverklaring klachten te vermelden waaraan de geneeskunde meende geen aandacht te moeten besteden. Hij kreeg geen medicatie, behandeling of therapie.

2.10 De consument vordert uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering vanaf september 2025 tot en met mei 2030, de einddatum van zijn verzekering, zijnde een bedrag van totaal € 114.000,-.

Het verweer

2.11 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 is van oordeel dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden bij het afsluiten van de verzekering en dat de verzekeraar op grond daarvan de uitsluitings-clausules mocht plaatsen en de uitkering mocht weigeren. Zij licht haar oordeel hierna toe.

Juridisch kader

3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijkwetboek, hierna BW, (zie bijlage) is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering relevante feiten aan de verzekeraar mee te delen die van belang zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar. Het gaat daarbij om feiten die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen.

3.3 Als de verzekeraar gebruik maakt van een vragenlijst en daarop naar een bepaald feit heeft gevraagd, 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 een verzekeringsovereenkomst.

3.4 Een onjuiste of onvolledige 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 slechts onder andere voorwaarden zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 3 BW, zie bijlage). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde.

3.5 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen zoals in dit geval, 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 een redelijk handelend verzekeraar.[1]

Heeft de consument zijn mededelingsplicht geschonden?

3.6 In de gezondheidsverklaring wordt uitdrukkelijk gevraagd naar psychische klachten, vermoeidheidsklachten, rug-, oog- en oorklachten. Daarmee was voor de consument kenbaar dat deze informatie van belang was voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar.

[1] HR van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1., te vinden op www.rechtspraak.nl

3.7 De commissie volgt de verzekeraar in zijn standpunt dat uit de door zijn medisch adviseur ingewonnen medische informatie blijkt dat de consument een aantal vragen van de gezondheidsverklaring niet naar de ware stand van zaken heeft beantwoord. De consument heeft niet betwist dat hij de klachten waarnaar is gevraagd heeft of had, maar stelt dat het medisch niet relevant was om dat te melden. Het is echter niet aan de consument om te bepalen of de medische informatie waarnaar wordt gevraagd relevant is om te melden. Het is aan de verzekeraar om een risico-inschatting te maken. Door de vragenlijst heeft de verzekeraar kenbaar gemaakt welke feiten voor hem van belang zijn. Door deze niet correct in te vullen heeft de consument de verzekeraar deze mogelijkheid onthouden. De consument heeft daarmee bij het afsluiten van de verzekering zijn mededelingsplicht geschonden. Zijn stelling dat hij geen feiten hoefde te melden waaraan de geneeskunde geen aandacht meende te moeten schenken kan niet worden gevolgd.

Mocht de verzekeraar de uitsluitingsclausules plaatsen en de uitkering weigeren?

3.8 Uit de door de verzekeraar ingewonnen medische informatie blijkt dat de consument al jaren voor het afsluiten van de verzekering klachten had van psychische aard, maar ook van oor- en evenwichtsklachten, oogklachten en rugklachten en daarvoor een verscheidenheid aan medisch specialisten en andere behandelaren consulteerde. Gelet hierop is de commissie van oordeel dat de verzekeraar in redelijkheid het standpunt kon innemen dat een redelijk handelend verzekeraar de vijf uitsluitingsclausules op de verzekering zou hebben geplaatst als hij van deze ware stand van zaken op de hoogte zou zijn geweest.

3.9 Uit de door de verzekeraar ingewonnen medische informatie blijkt ook dat de consument arbeidsongeschikt is in verband met klachten die onder de uitsluitingsclausules vallen. De consument zou dus geen recht op uitkering hebben gehad als hij bij het afsluiten van de verzekering alle vragen juist en volledig had beantwoord. De vordering tot uitkering onder de verzekering is daarom ongegrond.

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/ . 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/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/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 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/ .

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit de wetgeving

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 7:930 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.