Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0995

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.C. van der Jagt, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Datum uitspraak	27 december 2023
Klacht van	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	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Schending precontractuele mededelingsplicht. De consument heeft een beroep gedaan op haar verzekering, nadat zij arbeidsongeschikt is geraakt. De verzekeraar heeft de claim afgewezen en de polis geroyeerd, omdat de consument haar mededelingsplicht heeft geschonden bij het sluiten van de verzekering. Het oordeel van de commissie is dat de consument de vraag naar vermoeidheidsklachten ten onrechte met 'nee' heeft beantwoord en daarmee dus haar mededelingsplicht heeft geschonden. Ook stelt de commissie vast dat bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet tot stand was gekomen. De verzekeraar mocht daarom uitkering weigeren en de polis royeren. Vordering afgewezen. Klacht ongegrond.

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 verzekeraar; 3) de repliek van de consument en; 4) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 november 2023. Op de hoorzitting was de consument aanwezig met haar partner. Zij werd bijgestaan door mr. R.H.M. Nibbeling, gemachtigde. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 1], legal counsel en drs. [naam 2], medisch adviseur.

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 Op 30 december 2015 heeft de consument een woonlastenbeschermer (verder te noemen 'de verzekering') bij de verzekeraar aangevraagd.

2.2 In het kader van deze verzekeringsaanvraag heeft de consument op 6 januari 2016 een gezondheidsverklaring ingevuld. De voor deze zaak van belang zijnde vraag 3 op de gezondheidsverklaring luidt als volgt:

> 'Heeft u één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek ook de vragen op de Bijlage bij vraag 3 in, *bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.'*

2.3 De consument heeft – voor zover relevant – vraag B. naar aandoeningen, ziekte of klachten van psychische aard met *'ja'* beantwoord. Vraag H. naar vermoeidheidsklachten is met *'nee'* beantwoord.

2.4 Op de vervolg*vraag 'Kon of kunt u, door een aandoening, ziekte etc. die u bij vraag 3 heeft aangeklikt, onderdelen van uw werk niet doen?'* heeft de consument *'ja'* geantwoord. Als toelichting hierbij heeft zij vermeld dat zij vanwege burnout/depressie in de periode 1998-2001 niet gewerkt heeft en sinds 2008 weer fulltime aan het werk is.

2.5 De verzekering is ingegaan op 20 april 2016 met een verzekerd maandbedrag bij arbeidsongeschiktheid van € 691,- en een eigen risicotermijn van 365 dagen. Naar aanleiding van de ingevulde gegevens op de gezondheidsverklaring zijn op advies van de medisch adviseur twee uitsluitingsclausules op de polis geplaatst. Eén in verband met klachten/aandoeningen van longen en/of luchtwegen van allergische of astmatische aard en de ander in verband met darmpoliep(en) en de gevolgen daarvan.

2.6 Op 15 september 2020 heeft de consument een beroep gedaan op de verzekering, omdat zij vanaf 9 mei 2020 volledig arbeidsongeschikt is geraakt vanwege artritis psoriatica.

2.7 De verzekeraar heeft het dossier vervolgens aan extern medisch adviesbureau RMG voorgelegd. In zijn brief van 20 november 2020 adviseerde de medisch adviseur om de claim af te wijzen en de polis te royeren, omdat de consument haar mededelingsplicht bij het aanvragen van de verzekering heeft geschonden.

Hierover staat het volgende – voor zover relevant – in de brief vermeld:

> *'In 1999 en 2000 wordt ME (chronische vermoeidheid) genoemd.*
>
> *(...)*
>
> *Uit informatie van het UWV uit 1999 komt naar voren dat zij op 20 april 1998 uitviel als maatschappelijk werkende (19 uur pw) wegens een surmenagebeeld bij sterfgevallen in de naaste familie. Er was sprake van uitputting, recidiverende blaasontstekingen en tenslotte doodswensen. Per EWT werd zij volledig arbeidsongeschikt bevonden. De diagnose was burn-out met een reactief depressief beeld. Verder chronische vermoeidheid (een diagnose die verzekerde niet kon accepteren).*
>
> *In 2004 vond een 5e jaars herbeoordeling WAO plaats op basis van een vragenlijst. Hierin wordt ME vermeld met toegenomen klachten, recidiverende infecties, recent dan weer pneumonie en pleuritis. Tevens worden visusklachten vermeld. Verzekerde wordt opnieuw volledig arbeidsongeschikt bevonden.*
>
> *(...)*
>
> *In 2006 en 2007 vindt opnieuw een heronderzoek WAO plaats. Voor de visusvermindering aan beide ogen werd zij verwezen naar de oogarts. Er is een constant ziek gevoel met recidiverende infecties, last van spataders, vermoeidheidsklachten, regelmatige behoefte aan rust, tintelingen in de vingers (bij CTS). De diagnoses zijn vermoeidheidsklachten eci (status na depressieve en burn-outklachten), verlies gezichtsvermogen eci en CTS beiderzijds. In 2008 werd verzekerde 35-45% arbeidsongeschikt bevonden. Zij ontving met terugwerkende kracht over de periode van 1 januari 2007 tot 1 juli 2013 een WAO uitkering. Zij werkte in die periode echter wel dus de WAO-uitkering werd na 5 jaar korten van inkomsten uit arbeid per 1 juli 2013 ingetrokken omdat zij op praktische gronden voor < 15% arbeidsongeschikt was.*
>
> *(...)*
>
> ***Advies:***
>
> *Resumerend kan worden gesteld dat er voor de huidige klachten geen sprake is van een relevante voorgeschiedenis.*
>
> *Bij aanvraag van de verzekering werden de astma en darmklachten opgegeven en hier zijn 2 clausules voor gegeven.*
> *De psychische klachten werden ook opgegeven en vanwege de beperkte duur van 1998 tot 2000 als normaal beoordeeld.*
> *(...)*

Er werd echter geen melding gemaakt van de langdurige vermoeidheidsklachten tot in elk geval 2004, effectief tot 2007. Noch van de langere periode van arbeids-ongeschiktheid. Verzekerde heeft de diagnose ME nooit willen accepteren. Feit blijft echter dat deze klachten blijkbaar wel bestonden en als diagnose werden gesteld. In die zin is sprake van verzwijging. Zij werd wegens aanhoudende diverse klachten nog in 2008 35-45% arbeidsongeschikt bevonden. Vermoeidheidsklachten al dan niet met diagnose leidt bij acceptatie altijd tot afwijzing of uitstel.'

2.8 Bij brief van 6 januari 2021 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat haar claim wordt afgewezen, omdat de consument de gezondheidsverklaring bij het aangaan van de verzekering niet juist heeft ingevuld. De verzekering zelf wordt per 6 januari 2021 beëindigd .

2.9 Tegen dit besluit heeft de consument bezwaar ingediend.

2.10 De klachtencommissie van de verzekeraar heeft bij brief van 24 februari 2021 het eerder ingenomen standpunt gehandhaafd. Wel heeft de klachtencommissie het besluit om de verzekering per 6 januari 2021 te beëindigen aangepast, omdat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken nooit tot stand gekomen was. Om die reden is de verzekering in zijn geheel teruggedraaid en zijn de door de consument betaalde premies aan haar terugbetaald.

2.11 Ook tegen het besluit van de klachtencommissie heeft de consument bezwaar gemaakt, welk bezwaar eveneens is afgewezen. Hierna heeft de vertegenwoordiger van de consument Het Expertise Orgaan gevraagd om een second opinion. Deze second opinion, noch de aanvulling daarop heeft de verzekeraar van standpunt doen wijzigen. Omdat de consument zich daarmee niet kon verenigen, heeft zij een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.12 De klacht van de consument houdt in dat zij met terugwerkende kracht uitkering onder de verzekering wil, en wel over de periode van 9 mei 2021 tot en met april 2026. Zij vordert een bedrag van € 41.460,-, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 9 mei 2021. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de consument - zakelijk weergegeven - het volgende aangevoerd.

2.13 De consument heeft de gezondheidsverklaring te goeder trouw ingevuld en zo volledig mogelijk antwoord gegeven op de gestelde vragen. De vermoeidheidsklachten horen bij een depressie/burn-out en daarvan is melding gemaakt in de gezondheidsverklaring. Ook de expert van Het Expertise Orgaan vindt het begrijpelijk dat de consument de vermoeidheids-klachten aan de depressie/burn-out heeft toegerekend. Het klopt dat de consument de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom nooit heeft geaccepteerd. Wat haar betreft is deze diagnose ook nooit gesteld. De term is in haar medisch dossier terecht gekomen en een eigen leven gaan leiden.

Dat de consument vermoeid was, is juist. Vermoeidheid past als zelfstandig symptoom bij het ziektebeeld waar zij destijds aan leed, namelijk depressie/burn-out.

2.14 De vermoeidheidsklachten houden geen enkel verband met de huidige arbeids-ongeschiktheid, waardoor het niet aannemelijk is dat er meer dan twee clausules op de polis zouden zijn gezet en de dekking daarmee illusoir zou zijn.

2.15 Voor wat betreft de arbeidsongeschiktheidsperiode 1998-2001 heeft de consument op de zitting aangevoerd dat zij vanaf 2008 tot 2020 altijd fulltime heeft gewerkt. In deze periode heeft zij de verzekering aangevraagd. De consument wist niet dat zij in de periode 2007 – 2013 door het UWV nog als gedeeltelijk arbeidsongeschikt werd aangemerkt. Naar het feit dat zij nog een klein geldbedrag van het UWV ontving, heeft zij vanwege het geringe bedrag, geen navraag gedaan.

Het verweer

2.16 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 ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende mededelingsplicht – de 'precontractuele' mededelingsplicht – heeft geschonden en of de verzekeraar uitkering mocht weigeren.

3.2 Voordat de commissie deze vraag beantwoordt, stelt de commissie vast dat de verzekeraar het standpunt dat de consument de mededelingsplicht ook heeft geschonden ten aanzien van de visusklachten en CTS, gedurende de procedure heeft laten varen. Althans, de verzekeraar heeft volstaan met de stelling dat zij de vermoeidheidsklachten had moeten melden. Om die reden zal de commissie alleen stilstaan bij de vraag of de consument haar mededelingsplicht heeft geschonden ten aanzien van het niet vermelden van de vermoeidheidsklachten.

Wat zijn de rechtsregels?

3.3 In artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna BW) staat dat de verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekering aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar om de verzekering te sluiten afhangt of kan afhangen.

3.4 De mededelingsplicht waarop artikel 7:928 lid 1 BW betrekking heeft, geldt tot het moment dat de verzekering is gesloten.

De precontractuele mededelingsplicht houdt dus niet op te bestaan na het ondertekenen en verzenden van het aanvraagformulier en/of de medische vragenlijst door de aspirant-verzekeringnemer.[1]

3.5 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt hetgeen bepaald is in lid 6 van artikel 7:928 BW.

3.6 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[2]

3.7 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[3]

3.8 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit is geïnteresseerd. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet dan aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.[4]

3.9 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst kan er (onder meer) toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.

3.10 Het is de verzekeraar die een beroep toekomt op artikel 7:930 lid 3 BW toegestaan om de voorwaarde(n) die hij zou hebben bedongen met kennis van de ware stand van zaken, alsnog in de verzekering op te nemen.[5] De verzekeringnemer heeft in dat geval het recht de verzekering op te zeggen (art. 7:929 lid 3 BW).

3.11 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]

---

[1] Zie ook Hoge Raad van 22 september 2017 ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl
[2] Zie ook Hoge Raad van13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.
[3] Zie ook Hoge Raad van 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
[4] Zie ook Hoge Raad van 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
[5] Zie Geschillencommissie Kifid 30 januari 2014, 2014-53, overwegingen 5.7 en 5.8.
[6] Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841.

3.12 Met inachtneming van het voorgaande, overweegt de commissie als volgt.

Heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden bij het invullen van de gezondheidsverklaring?

3.13 De commissie zal de vraag beantwoorden of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

3.14 Uit de brief van de medisch adviseur van 20 november 2020 komt naar voren dat de consument sinds 1999 lijdt aan het chronisch vermoeidheidssyndroom. Verder staat in de brief dat in 2004 een herbeoordeling in het kader van de WAO heeft plaatsgevonden waarbij toegenomen vermoeidheidsklachten zijn gemeld. Na deze herbeoordeling is de consument wederom volledig arbeidsongeschikt bevonden. In 2006 en 2007 zijn een heronderzoek en herbeoordeling uitgevoerd, waarbij wederom vermoeidheidsklachten zijn genoemd en een arbeidsongeschiktheidspercentage van 35-45% is vastgesteld.

3.15 De medisch adviseur heeft zich bij het opstellen van deze brief gebaseerd op een brief van het Regionaal Reumacentrum aan de huisarts van de consument van 13 december 2019 waarin staat; *'1999 chronisch vermoeidheidssyndroom wao sinds april'* en een sociaal-medische beoordeling van het UWV van 10 maart 2020 waarin het verloop van het UWV-dossier van de consument is weergegeven.

3.16 De consument heeft op haar beurt aangegeven dat zij niet lijdt aan het chronisch vermoeidheidssyndroom, dat haar vermoeidheidsklachten een symptoom waren van de depressie/burn-out en dat de depressie/burn-out tot 2001 heeft geduurd.

3.17 Op basis van deze stukken, in combinatie met de verklaring van de consument, stelt de commissie vast dat de vermoeidheidsklachten van de consument een stuk langer hebben geduurd dan de periode waarin de consument leed aan depressie/burn-out. Datzelfde geldt voor de periode waarin de consument arbeidsongeschikt is geweest. Los van het feit dat de consument betwist dat zij lijdt aan het chronisch vermoeidheidssyndroom, stelt de commissie vast dat gedurende de periode van 1999 tot in ieder geval 2007 sprake is geweest van vermoeidheidsklachten die hebben bijgedragen aan de arbeidsongeschiktheid van de consument.

3.18 In de gezondheidsverklaring wordt onder vraag H. expliciet gevraagd naar vermoeidheids-klachten. Uit de tekst van de gezondheidsverklaring had de consument naar het oordeel van de commissie kunnen en moeten begrijpen dat haar vermoeidheidsklachten, of daar nu wel of geen diagnose voor is gesteld, voor de verzekeraar van belang waren. Te meer ook, omdat de vraag naar de vermoeidheidsklachten een afzonderlijke vraag is naast de vraag naar psychische aandoeningen, waaronder depressie/burn-out wordt geschaard.

In dit verband weegt de commissie mee dat de consument nu juist op de vraag die gaat over haar depressie/burn-out heeft geantwoord dat dit tot 2001 heeft geduurd, terwijl op grond van de herbeoordelingen UWV vast staat dat de vermoeidheidsklachten in ieder geval tot 2007 hebben aangehouden.

3.19 Het voorgaande brengt mee dat de consument vraag H. op de gezondheidsverklaring met *'ja'* had moeten beantwoorden. Door dit niet te doen heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden.

Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan.

3.20 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. In dit kader heeft de (medisch adviseur van) verzekeraar toegelicht dat onverklaarde vermoeidheidsklachten niet verzekerbaar zijn en daarom altijd leiden tot een afwijzing. Vermoeidheidsklachten zijn ook niet te clausuleren. Als deze klachten wel geclausuleerd konden worden, dan zou dat in het geval van de consument betekenen dat er drie clausules op de polis van toepassing waren, wat er ook toe geleid zou hebben dat de aanvraag was afgewezen. Dat dit het beleid van een redelijk handelend verzekeraar is, heeft de verzekeraar onderbouwd door te verwijzen naar de richtlijnen van Munich Re en naar de GAV-richtlijnen. Munich Re is een grote herverzekeraar die meerdere aanbieders van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in Nederland herverzekert. Als zodanig geven deze richtlijnen een goed beeld van hoe verzekeraars in Nederland omgaan met het risico 'chronische vermoeidheidsklachten', aldus de verzekeraar.

3.21 Hiermee heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten.

3.22 Voor zover de consument heeft aangevoerd dat haar huidige arbeidsongeschiktheid geen verband houdt met de vermoeidheidsklachten, waardoor het niet aannemelijk is dat er meer dan twee clausules op de polis zouden zijn gezet en de dekking daarmee illusoir zou zijn, kan dit verweer haar niet baten. Bij de beoordeling van de vraag of een verzekeraar een verzekeringsaanvraag (al dan niet onder beperkende voorwaarden) zou hebben geaccepteerd is van belang wat de verzekeraar op het moment van de aanvraag had gedaan bij kennis van de ware stand van zaken. Bij de beslissing dat de verzekering in dat geval niet zou zijn gesloten, is de oorzaak van de later ingetreden arbeidsongeschiktheid niet meer relevant.

3.23 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid 4 BW uitkering heeft mogen weigeren.

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 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. 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/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 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Boek 7 Burgerlijk Wetboek

Artikel 928
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.

2.

Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.

3.

Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar 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 4 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.

5.

De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.

6.

Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

(...)

Artikel 930
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.

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.