Uitspraak Commissie van Beroep 2020-014 d.d. 30 april 2020
(mr. C.A. Joustra, voorzitter, mr. A. Bus, mr. G.C.C. Lewin, F.R. Valkenburg AAG RBA en mr. J.B.M.M. Wuisman, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering, informatie die consument bij het aangaan van de verzekering aan de verzekeraar moet verstrekken. De consument heeft bij het aangaan van de verzekering een gezondheidsverklaring ingevuld. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat Consument een aantal gezondheidsklachten heeft verzwegen en dat zij de verzekering niet zou hebben afgesloten als zij op de hoogte was geweest van de ware stand van zaken. De Commissie van Beroep is van oordeel dat de consument geen informatie over zijn gezondheid heeft verzwegen. De verzekeraar had de verzekering dan ook niet mogen beëindigen.

Klik hier voor de uitspraak bij de Geschillencommissie

1. De procedure in beroep

1.1 Bij een op 10 januari 2020 gedateerd en ontvangen beroepschrift met bijlagen heeft Verzekeraar bij de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (verder: Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) van 3 december 2019 (dossiernummer [nummer], gepubliceerd onder nummer 2019-998).

1.2 Bij e-mail van 14 januari 2020 heeft Verzekeraar opgave gedaan van het financiële belang bij het ingestelde beroep.

1.3 Consument heeft een op 13 februari 2020 gedateerd verweerschrift met bijlagen ingediend.

1.4 Bij e-mail van 25 februari 2020 heeft Consument op grond van artikel 7.4 Reglement bij de Commissie van Beroep aanvullende UWV-stukken ingediend.

1.5 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 9 maart 2020. Partijen zijn aldaar verschenen en hebben hun standpunt toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord. Verzekeraar heeft een pleitnota overgelegd.

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 3 december 2019.

3. Feiten

3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in de uitspraak onder 2.1 tot en met 2.10. De feiten zijn niet betwist en worden voor zover

relevant aangevuld met enkele andere feiten die tussen partijen vaststaan. Kort gezegd gaat het om het volgende.

3.2 Consument heeft op 5 april 2001 bij Verzekeraar een Hypotheek Opvang Polis (hierna: de Verzekering) aangevraagd met dekking bij arbeidsongeschiktheid. Het verzekerd beroep is lasser. De verzekerde maandlast bedraagt € 226,89 (NLG 500,-) en er is sprake van een eigenrisico-termijn van 365 dagen. De totale koopsom bedroeg € 3.375,67 (NLG 7.439,-).

3.3 Op het aanvraagformulier heeft Consument achter '*Ingangsdatum verzekering*' ingevuld '*01/05/2001*'. Het aanvraagformulier bevatte verder een "gezondheidsverklaring", die meebracht dat Consument een verkorte vragenlijst met drie vragen over zijn gezondheid moest beantwoorden. Als een van deze vragen met "ja" zou worden beantwoord, zou een uitgebreidere vragenlijst moeten worden ingevuld. De vragen uit de verkorte vragenlijst luiden als volgt:

> "*1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?*
> *2. Heeft u voor hart- en/of vaatziekten of enige vorm van kanker ooit een arts geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts geraadpleegd voor: (chronische) luchtwegaandoeningen, bloeddruk, bloedonderzoek, epilepsie, leverklachten, nierklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsaandoeningen, psychische klachten, suikerziekte of een andere ernstige ziekte?*
> *3. Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?*"

Consument heeft alle drie de vragen met "nee" beantwoord.

Op het aanvraagformulier staat verder onder meer nog het volgende:

> *"Ondergetekende(n) verklaart/verklaren te weten dat, indien de ingangsdatum van de verzekering in de toekomst ligt, hij of zij verplicht is/zijn om wijzigingen in zijn/haar/hun gezondheidstoestand, die opgetreden zijn na de ondertekening van de aanvraag, maar vóór de ingangsdatum van de verzekering, direct schriftelijk te melden aan de verzekeraar."*

Consument heeft het aanvraagformulier ondertekend en aan Verzekeraar toegestuurd.

3.4 Verzekeraar heeft de aanvraag van Consument geaccepteerd en aan Consument een polisblad verstrekt. Hierop staat als ingangsdatum van de Verzekering 16 juni 2001, zijnde de datum waarop de koopsom voor de verzekering is gestort. Op de Verzekering zijn van toepassing de Algemene verzekeringsvoorwaarden HOP900.

3.5 Op 30 mei 2001 heeft Consument zich op zijn werk ziek gemeld. In de periode van 30 mei 2002 tot 27 maart 2006 heeft Consument een WAO-uitkering ontvangen op basis van een arbeidsongeschiktheidspercentage van 25-35%.

3.6 Consument heeft zich per 13 juli 2015 bij zijn werkgever arbeidsongeschikt gemeld wegens klachten aan rug, schouders, linkervoet, linkerhand, linkerbeen en rechterarm. Hij was op

dat moment werkzaam als buitendienstmonteur voor 40 uur in de week. Consument is volledig arbeidsongeschikt.

3.7 In verband met zijn arbeidsongeschiktheid heeft Consument een claim ingediend bij Verzekeraar. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft op basis van de medische gegevens van Consument geconcludeerd dat sprake is van relevante rug- en voetklachten die voor het aanvragen van de Verzekering al bestonden (de zogenoemde "pre-existente klachten"). Zij heeft zich daarbij gebaseerd op een verzekeringsgeneeskundige rapportage van het UWV van 11 mei 2017. Daarin staat, voor zover van belang, het volgende vermeld:

> *"Met betrekking tot de belastbaarheid: Belanghebbende is als gevolg van een oud letsel al sinds de jaren '70 bekent met een afwijkende statiek van het li-onderbeen en li-enkel. Als gevolg daarvan hebben zich in de loop der jaren rugklachten ontwikkeld, bij het huidige onderzoek kan de functiebeperking van de lage rug ook voldoende worden geobjectiveerd. Verder zijn er beperkingen m.b.t. de mobiliteit, het lopen, maar ook m.b.t. het staan als gevolg van het oude letsel van zijn li-been."*

3.8 Bij brief van 8 februari 2018 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij het verzoek om uitkering afwijst omdat Consument vraag 2 van de gezondheidsverklaring niet juist heeft beantwoord. Uit medische informatie is namelijk gebleken dat Consument in december 1998, december 2000, april 2001 en juni 2001 in behandeling is geweest voor rug- en voetklachten. Verder schrijft Verzekeraar dat Consument al arbeidsongeschikt was op het moment dat hij de Verzekering sloot. Immers, Consument had vanaf 30 mei 2002 tot en met 27 maart 2006 recht op een WAO-uitkering zodat hij vanaf 30 mei 2001 ziek/arbeidsongeschikt moet zijn geweest. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat hij de Verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. Verzekeraar heeft daarom de Verzekering per 8 februari 2018 beëindigd.

4. Klacht en uitspraak Geschillencommissie

4.1 Consument vordert dat de Verzekering met terugwerkende kracht per 8 februari 2018 in kracht wordt hersteld en dat Verzekeraar overgaat tot uitkering onder de Verzekering. Consument heeft aangevoerd dat hij arbeidsongeschikt is en dat er geen redenen zijn om de uitkering onder de Verzekering te weigeren. Volgens Consument is geen sprake van pre-existente klachten en heeft hij evenmin zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de Verzekering verzaakt.

4.2 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument weersproken. Hij heeft daartoe onder meer aangevoerd dat sprake was van pre-existente klachten, te weten rug- en voetklachten waarvoor Consument in de periode 1998-2001 de huisarts heeft bezocht. Een en ander had hij bij de aanvraag van de Verzekering in de gezondheidsverklaring moeten opgeven. Verder is Consument tussen het invullen van de gezondheidsverklaring en de ingangsdatum van de Verzekering arbeidsongeschikt geraakt. Verzekeraar is van mening dat Consument dat had moeten melden. Als Verzekeraar dit alles had geweten, had hij de aanvraag voor de Verzekering niet geaccepteerd.

4.3 De Geschillencommissie heeft het volgende geoordeeld:

- De ingangsdatum van de Verzekering is 16 juni 2001 en uit de algemene voorwaarden volgt dat Consument na het invullen van de gezondheidsverklaring wijzigingen in zijn gezondheidstoestand die plaatsvonden voor 16 juni 2001, had moeten melden bij Verzekeraar.

- Niet duidelijk is wat aanleiding heeft gegeven tot de ziekmelding van Consument op 30 mei 2001 en waarom hij een jaar later gedurende een periode van bijna vier jaar een WAO-uitkering heeft ontvangen op basis van 25 tot 35% arbeidsongeschiktheid. Consument heeft toegelicht dat sprake was van diverse, elkaar opvolgende incidenten waardoor Consument voor 25 tot 35% arbeidsongeschikt bleef. In het huisartsenjournaal is geen enkele vermelding te vinden, anders dan de recidiverende likdoorn in de periode april tot en met juni 2001. Het had op de weg van Verzekeraar gelegen om nader onderzoek te doen. Verzekeraar heeft dit nagelaten en daarom staat niet vast dat sprake was van een wijziging in de gezondheidssituatie die Consument had moeten melden of van pre-existente klachten van zodanige aard dat Verzekeraar de Verzekering niet zou hebben gesloten of kunnen sluiten, als hij hiervan op de hoogte was geweest.

- Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de arbeidsongeschiktheid van Consument deels verband houdt met de rugklachten uit december 1998 en de voetklachten uit december 2000 en april-juni 2001. De Geschillencommissie is echter van oordeel dat Verzekeraar de pre-existentie van de rug- en voetklachten die zich voordeden in 2015, onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt.

- Tot slot heeft de Geschillencommissie het verweer van Verzekeraar verworpen dat Consument zijn mededelingsplicht al bij het invullen van de gezondheidsverklaring heeft geschonden. De eenmalige rugklacht van Consument waarvoor hij zich in december 1998 tot de huisarts heeft gewend kan niet worden aangemerkt als een spier- of gewrichtsaandoening in de zin van vraag 2 van de gezondheidsverklaring, zodat Consument daarvan geen melding heeft hoeven maken. De likdoorn en de atheroomcyste vallen evenmin onder wat daar gevraagd wordt. Daar komt bij dat melding van de likdoorn en de atheroomcyste niet zonder meer zou hebben geleid tot afwijzing van de aanvraag of tot een clausulering van de Verzekering.

- De conclusie van de Geschillencommissie is dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Verzekeraar was niet gerechtigd de Verzekering tussentijds te beëindigen en dient de Verzekering weer met terugwerkende kracht per 8 februari 2018 in kracht te herstellen, en de claim van Consument alsnog in behandeling te nemen.

5. Beoordeling van het beroep

5.1 Verzekeraar heeft het oordeel van de Geschillencommissie op diverse gronden bestreden.

- Volgens Verzekeraar heeft Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring zijn mededelingsplicht geschonden. Dat geldt volgens Verzekeraar in ieder geval voor de rugklachten (vanaf 1998). Naar de Commissie van Beroep begrijpt, handhaaft Verzekeraar ook de stelling dat de ontstoken talgkliercyste (atheroomcyste) en de likdoorn (clavus) gemeld hadden moeten worden.
- Verder is Verzekeraar van mening dat er sprake is van een afwijkende statiek van het linkeronderbeen en de linker enkel. Deze is het gevolg van een ongeval in de jaren '70. Consument had dit bij vraag 1 van de verkorte gezondheidsverklaring moeten melden. In ieder geval heeft te gelden dat de afwijkende statiek veel van de steeds terugkerende klachten van Consument kan verklaren. Als Consument de (verkorte) gezondheids-verklaring juist had ingevuld en vraag 2 met "ja" had beantwoord, had Verzekeraar nader onderzoek gedaan op basis van een uitgebreide gezondheidsverklaring die dan zou zijn ingevuld. Dan was de afwijkende statiek ook aan het licht gekomen.
- Consument had de wijzigingen in zijn gezondheidstoestand die zich hebben voorgedaan na het invullen van de gezondheidsverklaring (op 5 april 2001) maar voor de ingangsdatum van de Verzekering (16 juni 2001), moeten melden.
- Als Verzekeraar de ware stand van zaken had gekend, had hij de verzekerings-overeenkomst niet gesloten.

Het invullen van de gezondheidsverklaring

5.2 De huisarts van Consument heeft aan de verzekeringsarts informatie verstrekt over het huisartsbezoek van Consument sinds 1998. Deze informatie houdt – voor zover relevant – het volgende in:

> *"Rugklachten*
> 1. *eerste consult in dec1998*
> 2. *verdere consulten in okt2001 okt2008 nov2013 juli2015 sept2015 dec2015*
> 3. *diagnose: lage rugpijn (discusprobleem)*
> 4. *meerdere keren 1998, 2008, 2013 en 2015 naar de fysiotherapeut verwezen. In 2016 verwezen naar de revalidatiearts.*
>
> *Voetklachten*
> 1. *Eerste consult in dec2000*
> 2. *Verdere consulten in apr2001 en jun2001*
> 3. *Diagnose dec2000: recidiverende ontsteking t.h.v. caput MT V van de li.voet op basis van een atheroomcyste*
>   *apr.jun2001: recidiverende clavus*
> 4. *betrokkene is naar de chirurg verwezen voor verwijdering van de atheroomcyste"*

5.3 Verzekeraar is van mening dat Consument de rugklachten, de likdoorn en de ontsteking van de talgkliercyste had moeten melden. De likdoorn en de ontstoken talgkliercyste zijn,

naar Verzekeraar tijdens de mondelinge behandeling in beroep heeft toegelicht, "kwalen" als bedoeld in de eerste vraag. De rugklachten zijn volgens Verzekeraar "spier- en/of gewrichtsaandoeningen" in de zin van de tweede vraag.

5.4 De Commissie van Beroep stelt het volgende voorop. Ingevolge art. 7:928 BW is een verzekeringnemer 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 kan afhangen om de verzekering te sluiten. Indien een verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan de verzekeraar zich er niet op beroepen dat feiten waarnaar een verzekeraar niet heeft gevraagd niet zijn medegedeeld. Evenmin kan een verzekeraar zich erop beroepen dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

5.5 Wat betreft de rugklachten geldt het volgende. Vaststaat dat Consument eind 1998 wegens lage rugklachten bij de huisarts is geweest en dat de huisarts hem naar de fysiotherapeut heeft verwezen. Volgens Verzekeraar had Consument dit consult moeten melden omdat het in de laatste vijf jaar heeft plaatsgevonden. Naar het oordeel van de Commissie van Beroep kan van Consument redelijkerwijs niet worden verwacht dat hij heeft begrepen dat zijn "lage rugklachten" vielen onder de noemer "spier- of gewrichtsaandoeningen". Indien Verzekeraar met het oog op het beoordelen van het te verzekeren risico ook erin geïnteresseerd was of Consument in de afgelopen vijf jaar bij de huisarts is geweest met rugklachten, is dat op zichzelf niet onbegrijpelijk. Het had echter op de weg van Verzekeraar gelegen om daarnaar in duidelijke bewoordingen te vragen. Nu hij dat heeft nagelaten, kan hij Consument niet tegenwerpen dat deze vraag 2 van de gezondheids-verklaring met "nee" heeft beantwoord.

5.6 Wat betreft de ontsteking van talgklier geldt het volgende. Vaststaat dat Consument in december 2000 bij de huisarts is geweest vanwege een steeds terugkerende ontsteking van een talgkliercyste in zijn voet. De huisarts heeft hem naar de chirurg verwezen voor de verwijdering van de talgkliercyste. Consument heeft de gezondheidsverklaring vier maanden later ingediend. Verzekeraar is van mening dat de ontstoken talgkliercyste een "kwaal" is in de zin van vraag 1 van de gezondheidsverklaring. De Commissie van Beroep laat in het midden of Consument heeft moeten begrijpen dat een ontstoken talgkliercyste een "kwaal" is. Zelfs als hij dat heeft moeten begrijpen, staat niet vast dat hij ten tijde van het invullen van de verklaring nog aan deze "kwaal" leed. Verzekeraar heeft daarover geen informatie overgelegd. Nu vraag 1 enkel ziet op bestaande kwalen, had het op de weg van Verzekeraar gelegen gegevens over te leggen waaruit blijkt dat de gestelde "kwaal" op 5 april 2001 nog niet verholpen was.

5.7 Wat betreft de telkens terugkerende likdoorn geldt het volgende. Consument heeft zich in april en in juni 2000 tot de huisarts gewend vanwege deze likdoorn. Volgens Verzekeraar heeft Consument moeten begrijpen dat het ging om een "kwaal" als bedoeld in vraag 1 van de gezondheidsverklaring. De Commissie van Beroep is van oordeel dat Consument redelijkerwijs niet heeft hoeven begrijpen dat dit een "kwaal" was die hij aan Verzekeraar moest melden. Daarbij is van belang dat Verzekeraar alleen in heel algemene termen heeft

gevraagd naar "ziekte, kwaal of gebrek", zonder erbij te vermelden dat iedere kwaal, hoe gering van ernst (in de ogen van Consument) ook, gemeld moet worden.

5.8 Wat betreft de afwijkende statiek van het linker onderbeen en de linker enkel geldt het volgende. Verzekeraar heeft aangevoerd dat de huidige gezondheidsklachten van Consument zijn terug te voeren op een afwijkende statiek, die is veroorzaakt door een ongeval medio jaren '70. Consument had vraag 1 met "ja" moeten beantwoorden, omdat de afwijkende statiek is te beschouwen als een "gebrek" in de zin van die vraag.

5.9 In het Medisch Onderzoeksverslag van 11 mei 2017 schrijft de UWV-verzekeringsarts [naam verzekeringsarts] in verband met de afwijkende statiek het volgende:

> *"Medische anamnese*
> *Belanghebbende heeft een WAO-verleden (2000-2004?, gegevens ontbreken) wegens rugklachten, hij heeft eerder in 1977 een motorcross-ongeval meegemaakt waarbij zijn li-onderbeen verbrijzeld was, na reconstructie was er een beenlengteverschil (li-been langer), het been staat uit het lood. Hij wijt zijn huidige rugklachten vooral aan het oude cross-ongeval."*

[naam verzekeringsarts] schrijft op blz. 3 van de Verzekeringsgeneeskundige Rapportage van dezelfde datum over de afwijkende statiek het volgende:

> *"Met betrekking tot de belastbaarheid: Belanghebbende is als gevolg van oud letsel al sinds de jaren '70 bekend met een afwijkende statiek van li-onderbeen en li-enkel. Als gevolg daarvan hebben zich in de loop van jaren rugklachten ontwikkeld, bij het huidige onderzoek kan de functiebeperking van de lage rug ook voldoende worden geobjectiveerd. Verder zijn er beperkingen m.b.t. de mobiliteit, het lopen, maar ook m.b.t. het staan als gevolg van het oude letsel aan zijn li-onderbeen."*

5.9 Het is niet onmogelijk dat Consument inmiddels al jaren kampt met klachten die (mede) zijn veroorzaakt door de afwijkende statiek. De Verzekeringsgeneeskundige Rapportage van [naam verzekeringsarts] (uit 2017) lijkt daarop te wijzen. Maar dat betekent nog niet dat Consument ten tijde van het invullen van de vragenlijst (april 2001) heeft moeten begrijpen dat hij vraag 1 van de gezondheidsverklaring met "ja" moest beantwoorden omdat de afwijkende statiek van zijn linker onderbeen en linker enkel een 'gebrek' zou zijn als bedoeld in die vraag.

5.10 Uit de toelichting die Consument tijdens de mondelinge behandeling bij de Commissie van Beroep heeft gegeven, heeft de Commissie van Beroep begrepen dat Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring geen klachten had waarvan hij wist of vermoedde dat deze het gevolg waren van de afwijkende statiek. Hij behoefde naar het oordeel van de Commissie redelijkerwijs ook niet bedacht te zijn op de mogelijkheid dat zijn eventuele klachten het gevolg waren van de afwijkende statiek. Van aanwijzingen voor

het tegendeel is onvoldoende gebleken. In dit verband is het volgende van belang. De afwijkende statiek heeft niet er aan in de weg gestaan dat Consument na het ongeval in de zeventiger jaren zijn werkzaamheden als lasser in de bouw ten volle heeft hervat, en later werkzaamheden aan buitenzwembaden heeft uitgevoerd in de functie van buitendienstmonteur. Evenmin is gebleken dat hem in 1998 is gezegd dat de rugklachten, in verband waarmee hij toen contact met de huisarts had opgenomen, (mogelijk) verband hielden met zijn afwijkende statiek.

Wijziging gezondheidstoestand na het invullen van de gezondheidsverklaring

5.11 Verzekeraar heeft aangevoerd dat zich op 30 mei 2001 een wijziging in de gezondheids-toestand van Consument heeft voorgedaan en dat Consument verplicht was deze te melden. Immers, Consument heeft zich op die dag bij zijn werkgever ziek gemeld. Volgens Verzekeraar heeft Consument zijn mededelingsplicht verzaakt. Verzekeraar acht aannemelijk dat deze gezondheidsklachten van eenzelfde aard waren als de klachten waarmee Consument uiteindelijk in 2015 volledig arbeidsongeschikt is geraakt. Volgens Verzekeraar had hij de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet gesloten als hij van deze klachten op de hoogte was geweest.

5.12 Over de klachten die hebben geleid tot de ziekmelding op 30 mei 2001 en de daarop volgende periode van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid is weinig bekend. Het huisartsenjournaal biedt nauwelijks aanknopingspunten om te kunnen vaststellen waarom Consument gedurende bijna vijf jaar voor 25-35% arbeidsongeschikt was. Stukken van het UWV ontbreken omdat, zo begrijpt de Commissie van Beroep, deze niet zo lang bewaard worden.

5.13 Consument heeft tijdens de mondelinge behandeling in beroep de volgende toelichting gegeven. Hij weet niet meer waarom hij zich op 30 mei 2001 heeft ziek gemeld. Hij had voordien een fysiek zeer belastende baan, waarbij zich voortdurend kleinere en grotere incidenten en ongevallen voordeden. Er traden rugklachten op. Hij heeft steeds voor het volle aantal uren doorgewerkt, maar op een gegeven moment kreeg hij iets lichtere werkzaamheden (in de polyester in plaats van in de metaal). Hij kan zich herinneren dat hij een aantal keren bij de UWV-arts is geweest, maar weet niet meer wat daar dan werd besproken. Evenmin kan hij zich herinneren wat, nadat de verstrekking van de WAO-uitkering was ingegaan, iedere keer de aanleiding is geweest om de WAO-uitkering te laten doorlopen. In 2006 heeft Consument een nieuwe baan gekregen en dat was voor hem de reden om de WAO-uitkering stop te laten zetten.

5.14 De Commissie van Beroep stelt vast dat UWV-stukken over de WAO-periode van 2002 tot 2006 ontbreken. Ze zijn, zo heeft Consument meegedeeld, niet meer beschikbaar. In het huisartsenjournaal is nauwelijks enige informatie terug te vinden over de gezondheids-klachten waaraan Consument leed sinds het invullen van de gezondheidsverklaring. In ieder geval is bij de huisarts geen informatie beschikbaar over de reden waarom Consument zich op 30 mei 2001 ziek heeft gemeld, omdat Consument omstreeks die datum geen consult

bij de huisarts heeft gehad. Dit maakt aannemelijk dat, zoals Consument tijdens de mondelinge behandeling in beroep heeft verklaard, het intreden en doorlopen van de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid te wijten is aan diverse grotere en kleinere klachten als gevolg van meerdere voorvallen. Die gezondheidsklachten belemmerden Consument kennelijk zozeer in de uitoefening van zijn werkzaamheden dat een WAO-uitkering per 30 mei 2002 van 25-35% gerechtvaardigd was. Maar de klachten waren ieder op zichzelf niet zo ernstig dat Consument – uitzonderingen daargelaten – het nodig vond om de huisarts te consulteren.

5.15 Verzekeraar heeft gesteld dat zich op 30 mei 2001 een zodanige verandering in de gezondheidstoestand van Consument heeft voorgedaan, dat Consument heeft moeten begrijpen dat hij die aan Verzekeraar had moeten melden. Ter onderbouwing van deze stelling heeft Verzekeraar volstaan met de enkele suggestie dat de ziekmelding vermoedelijk verband hield met rug- of enkelklachten van Consument en dat Consument die zonder meer had moeten melden. Consument heeft zijn betwisting van deze stelling van Verzekeraar onderbouwd met de in 5.13 vermelde toelichting. Mede vanwege het feit dat er al heel wat tijd is verstreken sedert het intreden van de arbeidsongeschiktheid, heeft Consument daarmee voldaan aan de op hem rustende last om naar vermogen inzicht te geven in wat in deze periode de redenen van arbeidsongeschiktheid zijn geweest. Zoals in 5.14 overwogen, komt de toelichting van Consument de Commissie van Beroep aannemelijk voor. Daarom verwerpt de Commissie van Beroep de stelling van Verzekeraar. Het komt in dit geval dus voor risico van Verzekeraar dat er over de periode van 30 mei 2002 tot en met 2006 niet of nauwelijks nog informatie van het UWV en de huisarts beschikbaar is.

5.16 De Commissie van Beroep betrekt daarbij nog het volgende. Het gaat hier om een mededelingsplicht die op Consument rustte in de periode tussen het invullen van de gezondheidsverklaring en de ingangsdatum van de Verzekering. Op het aanvraagformulier voor de Verzekering is in kleine letter vermeld dat de aanvrager wijzigingen in zijn/haar gezondheidstoestand moet melden. Hoewel vaststaat dat Consument zich op 30 mei 2001 heeft ziek gemeld, volgt daaruit nog niet dat hij heeft moeten begrijpen dat hij die ziekmelding hoe dan ook aan Verzekeraar had moeten melden. De ziekmelding heeft immers niet geleid tot een bezoek aan de huisarts en was dus – in de ogen van Consument – kennelijk niet ernstig. Als Verzekeraar had gewild dat alle wijzigingen in de gezondheidstoestand (ook de minder ernstige) gemeld zouden worden, dan had hij dat duidelijk moeten vermelden.

5.17 Verzekeraar heeft onder nr. 4 van het beroepschrift ook een beroep gedaan op art. 4 sub a onder 3 van de 'Bijzondere bepalingen inzake module 1: arbeidsongeschiktheid', zoals opgenomen in de Polisvoorwaarden HOP900. Volgens Verzekeraar is het recht op uitkering vervallen, althans heeft hij een opschortingsrecht, omdat Consument geen navraag heeft gedaan bij het UWV naar eventuele medische rapportages. Dit beroep op verval van

recht en opschorting faalt, reeds omdat Consument alle beschikbare rapportages van het UWV heeft overgelegd.

5.18 De slotsom is dat het door Verzekeraar ingestelde beroep geen succes heeft. De uitspraak van de Geschillencommissie zal worden gehandhaafd.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep handhaaft de beslissing van de Geschillencommissie.