Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0128

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. S.M. Oei, secretaris)

Datum uitspraak	12 februari 2024
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 en de verzekeringsvoorwaarden

Samenvatting

Woonlastenverzekering. Schending precontractuele mededelingsplicht. De consument heeft bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsclaim ingediend vanwege psychische klachten. De verzekeraar heeft een uitsluitingsclausule voor psychische aandoeningen opgenomen in de verzekering en het uitkeringsverzoek afgewezen, omdat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie oordeelt dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden bij het sluiten van de verzekering en dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor psychische aandoeningen zou hebben opgenomen in de verzekering. De verzekeraar mocht de uitsluitingsclausule voor psychische aandoeningen alsnog opnemen in de verzekering en is daarom geen uitkering aan de consument verschuldigd voor haar arbeidsongeschiktheidsclaim vanwege psychische klachten. De vorderingen van de consument worden 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 ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) de klachtbrief van de vertegenwoordiger van de consument en 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 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 januari 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar vertegenwoordiger mr. D. Dimitrakarakos, advocaat, kantoorhoudende te Sittard. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mr. [naam 1], Legal en Compliance officer, en [naam 2], verzekeringsarts/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 De consument heeft per 15 februari 2017 via een tussenpersoon een woonlasten-verzekering, een zogenoemd Woongarant hypotheekbeschermingsplan (hierna: de verzekering), afgesloten bij de verzekeraar. De verzekering biedt dekking bij arbeids-ongeschiktheid met als verzekerd beroep 'Kraamverzorgster'. Het verzekerde bedrag bedraagt € 599,- per maand en de wachttijd 365 dagen.

2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 3 januari 2017 een beknopte gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring staat – voor zover relevant – de volgende vraag:

> *"Heeft u voor (...) psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd (...)"*

Deze vraag heeft de consument ontkennend beantwoord.

2.3 Op 29 augustus 2022 heeft de consument zich arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten sinds 3 oktober 2019. Naar aanleiding van deze claim heeft de medische adviseur van de verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de huisarts van de consument.

2.4 Op 20 oktober 2022 heeft de medisch adviseur op grond van de ontvangen medische informatie advies uitgebracht aan de verzekeraar. Op basis van het medisch advies heeft de verzekeraar geconcludeerd dat de consument niet heeft voldaan aan haar precontractuele mededelingsplicht. Volgens de verzekeraar blijkt uit het medisch advies dat vóór de ingangsdatum van de verzekering al sprake was psychische klachten. De verzekeraar heeft vervolgens bij brief van 1 december 2022 de consument meegedeeld dat de aanvraag van de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken alleen zou zijn geaccepteerd met een clausule die inhoudt dat er geen recht op uitkering bestaat wanneer de arbeids-ongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, of verband houdt met psychische aandoeningen (hierna: de clausule psychische aandoeningen). Verder heeft de verzekeraar meegedeeld dat deze clausule alsnog per de ingangsdatum van de verzekering op de polis wordt geplaatst en de geclaimde klachten onder de clausule vallen waardoor er geen recht bestaat op uitkering.

2.5 Bij e-mailbericht van 15 december 2022 heeft de consument bezwaar gemaakt tegen het standpunt van de verzekeraar en daarbij een verklaring van haar huisarts gevoegd. De verzekeraar heeft de verklaring van de huisarts voorgelegd aan zijn medisch adviseur. De medisch adviseur heeft op 17 februari 2023 advies uitgebracht aan de verzekeraar. Bij brief van 13 maart 2023 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij op grond van het advies van zijn medisch adviseur bij zijn standpunt blijft, omdat de verklaring van de huisarts de aanwezigheid van een psychische stoornis voor de ingangsdatum van de verzekering bevestigt.

2.6 Op 9 juni 2023 heeft de vertegenwoordiger van de consument een klacht bij het Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.7 De consument klaagt erover dat de verzekeraar ten onrechte het standpunt inneemt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht. De consument vordert 1) verwijdering van de clausule psychische aandoeningen van de verzekering, 2) volledige uitkering van het verzekerde bedrag per maand met terugwerkende kracht in verband met haar arbeidsongeschiktheidsclaim en 3) de verzekeraar te veroordelen in de kosten voor de procedure. Mocht er wel sprake zijn van schending van de precontractuele mededelingsplicht vordert de consument, naast 1 en 3, in plaats van 2 een naar redelijkheid en billijkheid te bepalen gedeeltelijke uitkering van het verzekerde bedrag per maand met terugwerkende kracht in verband met haar arbeidsongeschiktheidsclaim. Ter onderbouwing van haar vordering voert de consument kortweg het volgende aan.

2.8 De consument was bij het invullen van de gezondheidsverklaring het gegeven dat zij ruim vier jaar geleden last had van heimweeklachten vergeten gelet op de korte duur en de aard van deze klachten. Zij heeft deze klachten nooit ervaren als depressieve klachten. De klachten hadden te maken met omgevingsfactoren (verhuizing naar een ander deel van het land, heimwee naar haar familie en vrienden en een verstoorde relatie met haar toenmalige werkgever) die vanzelf zijn verdwenen nadat zij haar draai weer had gevonden. Dat de consument voor deze klachten medicatie heeft voorgeschreven gekregen, doet hier niets aan af. Die medicatie kreeg de consument juist om meer rust te creëren en zodat zij beter kon slapen. Het was slechts ter symptoombestrijding. Hoewel in het huisartsenjournaal van de consument "depressieve" klachten worden genoemd, kampte zij niet met een depressie maar met heimwee. De klachten komen weliswaar overeen, maar heimwee is geen erkende psychische stoornis. Een depressieve stoornis is bij haar niet gediagnosticeerd door een psycholoog of psychiater. Zij heeft destijds een dergelijke hulpverlener ook niet geraadpleegd. Door haar huisarts wordt in een nadere verklaring van 16 oktober 2023 ook erkend dat nooit sprake is geweest van een depressieve periode. De huisarts heeft haar klachten destijds ook nooit als zodanig uitgelegd. De consument wist niet en behoorde ook niet te weten dat zij haar heimweeklachten had moeten melden bij de vraag over psychische klachten.

2.9 Verder betwist de consument dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de clausule psychische aandoeningen zou hebben opgenomen. Er was immers slechts sprake van kortdurende heimweeklachten die geen enkel verband houden met de psychische klachten waarvoor ze een arbeidsongeschiktheidsclaim heeft ingediend. Daarnaast stelt de consument dat de verzekeraar, gelet op het proportionaliteitsvereiste van artikel 7:930 lid 3 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) dat ook in artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen, onvoldoende heeft onderbouwd waarom er in plaats van het opnemen van de clausule psychische aandoeningen geen lagere uitkering plaatsvindt als gevolg van de gestelde schending van de mededelingsplicht.

Het verweer

2.10 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 Aan de orde zijn de volgende vragen:

1. Heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden?
2. Mocht de verzekeraar de clausule psychische aandoeningen alsnog in de verzekering opnemen?
3. Mocht de verzekeraar uitkering in verband met de arbeidsongeschiktheidsclaim van de consument weigeren?

De commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en licht hierna haar oordeel toe.

Precontractuele mededelingsplicht – het juridisch kader

3.2 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. Men spreekt in dit verband van het relevantievereiste, het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste.

3.3 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[1]

3.4 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.[2]

3.5 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.

---

[1] 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.
[2] Hoge Raad 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

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.

3.6 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 slechts onder andere voorwaarden of niet zou hebben gesloten (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 tot uitkering gerechtigde.

3.7 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.[3] De verzekeringnemer heeft in dat geval het recht de verzekering op te zeggen (artikel 7:929 lid 3 BW).

3.8 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de aanvraag onder andere voorwaarden had 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.[4]

3.9 Met inachtneming van het voorgaande overweegt de commissie als volgt.

De consument heeft haar precontractuele mededelingsplicht geschonden

3.10 De commissie gaat uit van de volgende feiten uit het medisch dossier. In het op 3 oktober 2022 door de huisarts aan de medisch adviseur van de verzekeraar toegestuurde huisartsenjournaal staat – voor zover relevant – vermeld:

> *"(....)*
> *10-12-13 (...) Depressie*
> *(...)"*

De verklaring van de huisarts van de consument van 5 december 2022 luidt:

> *"Medische verklaring:*
> *Patient meld zich bij mij dat er afwijzing is van verzekering op basis van informatie die bij jullie niet bekend was.*
> *Het gaat om depressieve periode van 4 maanden eind 2013 begin 2014. Patient heeft toendertijd kortdurend AD genomen.*
> *Patient was verhuisd van [oude woonplaats] naar [nieuwe woonplaats] en had aanpassingsproblemen in nieuwe omgeving.*

[3] Geschillencommissie Kifid 30 januari 2014, 2014-53, overwegingen 5.7 en 5.8.
[4] Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Dit herstelde vrij snel nadat patient zich integreerde in lokale omgeving.
Dit staat volledig los van huidige depressieve periode na zwangerschap."

In de verklaring van de huisarts van de consument aan haar advocaat van 16 oktober 2023 staat, voor zover relevant:

"Antwoord op u vragen betreffende depressieve periode eind mei 2013/begin 2014:
1) Paniekaanvallen en depressief gevoel. Ook enorme misselijkheid toendertijd.
2) Diagnose was toendertijd: depressie -angst/paniekaanvallen uiteindelijk veroorzaakt door heimwee na geboorteplek/familie. Initieel was dat niet duidelijk.
3) Beperkingen waren niet kunnen deelnemen aan maatschappelijk / professioneel proces.
4) Behandeling was opstarten Seroxat 20 mg 1d1t en slaapmedicatie Lormetazepam 2 mg 1d1t, later kwam daar oxazepam 10 mg zo nodig bij. Ik had per twee weken contact met patient.
Begin 2014 waren de klachten goed afgenomen en in februari 2014 zijn we gestopt met de Seroxat.
(...)"

3.11 Gelet op het voorgaande neemt de commissie dan ook als vaststaand aan dat de consument haar huisarts in ieder geval in december 2013 heeft geraadpleegd met depressieve klachten, dat zij gedurende vier maanden (eind 2013/begin 2014) een depressieve periode had die achteraf gezien is veroorzaakt door heimwee en dat de huisarts hiervoor antidepressiva heeft voorgeschreven. Door deze klachten kon de consument niet deelnemen aan het maatschappelijk/professioneel proces.

3.12 Anders dan de consument stelt, volgt uit de verklaring van de huisarts van de consument van 16 oktober 2023 niet dat hij erkent dat nooit sprake is geweest van een depressieve periode. In deze verklaring is vermeld dat de depressie uiteindelijk is veroorzaakt door heimwee, niet dat de diagnose depressie is ingetrokken. Dat de consument de klachten nooit ervaren heeft als depressieve klachten maar alleen als heimweeklachten ontstaan door omgevingsfactoren, neemt niet weg dat de huisarts de klachten wel als depressieve klachten heeft aangemerkt. Bovendien waren de klachten van zodanige aard dat de huisarts antidepressiva heeft voorschreven. Het ligt niet voor de hand dat de huisarts antidepressiva voorschrijft zonder dat sprake zou zijn van enige depressieve klachten en dat hij de consument hierover niet geïnformeerd zou hebben. Gelet hierop heeft de consument onvoldoende gemotiveerd onderbouwd dat haar klachten niet als depressieve klachten waren te kwalificeren en zij hiervan niet op de hoogte zou zijn. Dat er door een psycholoog of psychiater geen depressieve stoornis bij haar is gediagnosticeerd en zij een dergelijke hulpverlener ook niet heeft geraadpleegd, maakt dit niet anders.

Verder acht de commissie het onaannemelijk dat de consument haar klachten vergeten zou zijn ten tijde van de invulling van de gezondheidsverklaring, nu de gezondheidsverklaring slechts drie jaar na de ervaren klachten is ingevuld en dat het om zodanige psychische klachten ging voor een periode van vier maanden dat zij daarvoor medische hulp bij haar huisarts heeft gezocht en antidepressiva voorgeschreven heeft gekregen. Bovendien had haar huisarts gedurende deze depressieve periode elke twee weken contact met haar en kon zij niet deelnemen aan het maatschappelijk/professioneel proces. Het moest of behoorde dan ook voor de consument duidelijk zijn geweest dat zij de vraag van de gezondheidsverklaring "*Heeft u voor (...) psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd (...)*" met 'Ja' moest beantwoorden.

3.13 Het voorgaande brengt mee dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

De verzekeraar mocht de clausule psychische aandoeningen alsnog in de verzekering opnemen

3.14 De verzekeraar heeft gesteld dat hij met kennis van de ware feiten de verzekering alleen zou hebben geaccepteerd met de clausule psychische aandoeningen, eventueel met een herbeoordeling na drie jaar. Nu komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan (zie randnummer 3.8 hiervoor).

De verzekeraar heeft erop gewezen dat hij ten tijde van de aanvraag van de consument voor de beoordeling van de acceptatie van de verzekering gebruik maakte van de adviesregels 'MIRA' van zijn herverzekeraar Munich Re en het daarbij behorende auditrapport. Hoewel in MIRA als advies een opslag staat vermeld bij depressie drie tot vijf jaar geleden, heeft de verzekeraar erop gewezen dat in paragraaf 2.3.2 van het auditrapport, dat specifiek gericht is op woonlastenverzekeringen zoals in het onderhavige geval, staat dat er bij de beoordeling van de acceptatie van de verzekering slechts drie mogelijkheden zijn: acceptatie, acceptatie met maximaal 2 clausules en afwijzing. Verder heeft de verzekeraar gesteld – onder verwijzing naar de adviesregels van een andere herverzekeraar 'Scor' waaruit als advies volgt een clausule bij een voorgeschiedenis met depressie – dat het in de markt gebruikelijk is dat bij woonlastenverzekeringen uitsluitend met clausules wordt gewerkt en niet met opslagen. Daarnaast heeft de verzekeraar betoogd dat onder zijn huidige acceptatiebeleid de consument bij de ware stand van zaken ook alleen zou zijn geaccepteerd met de clausule psychische aandoeningen, omdat het recidiverisico bij psychische klachten als te hoog wordt beschouwd om via een premieopslag te matigen.

3.15 Met het ingeroepen acceptatiebeleid van twee wereldwijde herverzekeraars en de gemotiveerde onderbouwing hierbij van de verzekeraar, heeft hij voldoende aangetoond dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken in dit geval de clausule psychische aandoeningen, eventueel met een herbeoordeling na drie jaar, zou hebben opgenomen. Dat de verzwegen klachten geen enkel verband houden met de psychische klachten waarvoor de consument een arbeidsongeschiktheidsclaim heeft ingediend, is niet relevant.

Het gaat er namelijk om hoe een redelijk handelend verzekeraar zou hebben gehandeld als de verzwegen klachten bekend waren ten tijde van de aanvraag van de verzekering.

3.16 Ter zitting heeft de medisch adviseur van de verzekeraar gemotiveerd onderbouwd dat een minimale herbeoordelingstermijn van drie jaar gangbaar is in de praktijk en de verzekeraar nooit een recht op herbeoordeling na twee jaar of korter aanbiedt, in ieder geval niet als het gaat om een clausule voor psychische aandoeningen. Mocht de commissie uitgaan van een herbeoordeling van drie jaar bij de clausule psychische aandoeningen, had dit de consument ook niet kunnen baten, nu zij binnen deze herbeoordelingstermijn psychische klachten heeft gekregen. De verzekering is namelijk ingegaan op 15 februari 2017 en zij meldde zich arbeidsongeschikt wegens psychische klachten op 3 oktober 2019. De commissie volgt de verzekeraar hierin.

3.17 Gelet op het voorgaande mocht de verzekeraar de clausule psychische aandoeningen alsnog in de verzekering opnemen.

De verzekeraar mocht uitkering in verband met de arbeidsongeschiktheidsclaim van de consument weigeren

3.18 Op grond van de laatste volzin van artikel 7:930 lid 3 BW is de verzekeraar, als hij bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden bij de verzekering zou hebben gesteld, slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen. Zoals hiervoor is geoordeeld, zou bij kennis van de ware stand van zaken de clausule psychische aandoeningen zijn opgenomen. De arbeidsongeschiktheidsclaim van de consument is het gevolg van psychische klachten en valt dus onder de clausule psychische aandoeningen. De verzekeraar is daarom niet gehouden tot uitkering aan de consument.

Slotsom

3.19 De slotsom is dat de klacht van de consument ongegrond is. Haar vorderingen worden daarom afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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 april 2022, 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

Artikelen uit het 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.

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.

Artikelen uit de verzekeringsvoorwaarden

Artikel 4. Hebben wij onjuiste informatie?
(...)
2. Heeft u ons onbedoeld onjuiste informatie gegeven? Dan zijn er twee mogelijkheden:
- U hebt geen of een verminderd recht op uitkering. Wanneer is hiervan sprake? Als uit de juiste en volledige informatie duidelijk wordt dat u niet in aanmerking komt voor de verzekering. Of als wij het risico volgens de juiste informatie niet hadden geaccepteerd.
- Wij mogen de verzekeringsovereenkomst aanpassen. Wanneer doen wij dat? Wanneer met de juiste informatie duidelijk wordt dat u zich wel kunt verzekeren maar onder aangepaste voorwaarden. Bij de beoordeling van een ingediende schade worden de aangepaste voorwaarden gebruikt.