Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-429
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.W.H. Vink, drs. J.H. Paulusma-de Waal, leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 13 juli 2018
Ingediend door	: Consument
Tegen	: BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 19 juni 2019
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheids-verzekering aangevraagd en daarbij een gezondheidsverklaring afgegeven. Daarin heeft zij melding gemaakt van hoofdpijnklachten van haar vijftiende tot zeventiende levensjaar, van haar bezoek aan de neuroloog voor deze klachten en van haar medicatiegebruik hiervoor. Zij heeft geen melding gemaakt van de psychologische begeleiding die zij eerder gedurende acht maanden heeft gehad en van haar consultatie een jaar eerder bij de huisarts wegens hyperventilatie en huilbuien waarvoor zij oxazepam voorgeschreven heeft gekregen. Verzekeraar heeft een uitsluitingsclausule op de verzekering geplaatst. Consument is na het aangaan van de verzekering arbeidsongeschikt geraakt door een combinatie van hoofdpijnklachten en secundair daaraan psychische klachten. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar ten aanzien van de hoofdpijnklachten dekking heeft mogen weigeren op grond van de op de verzekering geplaatste clausule voor aandoeningen die bij aanvraag van de verzekering zijn gemeld. Met betrekking tot de psychische klachten heeft de Commissie geoordeeld dat Consument haar mededelingsplicht niet is nagekomen en dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor psychische klachten zou hebben opgenomen. Verzekeraar heeft tijdig de rechtsgevolgen van schending van de mededelingsplicht ingeroepen. De vordering wordt afgewezen.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken met bijlagen:

- de namens Consument ingediende klachtbrief;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingediende repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de brief van Verzekeraar van 26 maart 2019;
- de brief van de gemachtigde van Consument van 16 april 2019.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 19 december 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

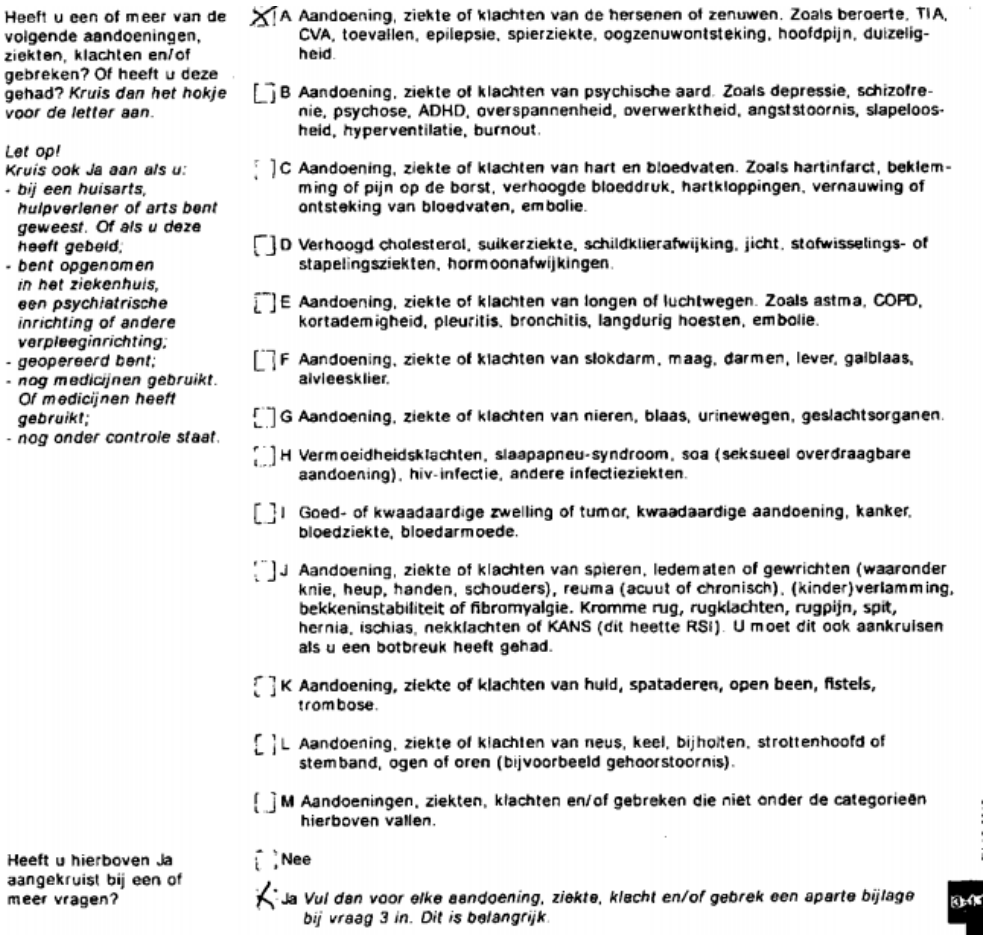
De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

Consument, geboren op [datum] 1992, heeft op 2 oktober 2012 bij Verzekeraar een verzekering 'Hypotheek Opvang Polis' (hierna: 'de Verzekering') met dekking bij werkloosheid en arbeidsongeschiktheid aangevraagd. In de op 2 oktober 2012 ondertekende beknopte gezondheidsverklaring heeft Consument vraag 1: '*Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek? (..)*' met '*Nee*' beantwoord. Ook vraag 2: '*Bent u ooit naar een (huis)arts/specialist /psycholoog/psychotherapeut/psychiater geweest voor:*

- *(…)*
- *psychische klachten'* heeft zij ontkennend beantwoord. Wel bevestigend beantwoord heeft zij vraag 3: *'Bent u in de laatste 5 jaar naar een (huis)arts/specialist/fysiotherapeut geweest voor:*
- *chronische rugklachten*
- *bloeddruk;*
- *bloedonderzoek (o.a. op cholesterol);*
- *suikerziekte;*
- *(chronische) luchtwegklachten;*
- *(chronische) spier- en/of gewrichtsklachten;*
- *epilepsie;*
- *leverklachten;*
- *nierklachten;*
- *maag- en/of darmklachten; en/of*
- *een andere ernstige ziekte?*'.

In de eveneens op 2 oktober 2012 ondertekende uitgebreide gezondheidsverklaring heeft Consument het volgende bij vraag 3 aangekruist:

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT



Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? *Kruis dan het hokje voor de letter aan.*

Let op!
Kruis ook Ja aan als u:
- *bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. Of als u deze heeft gehad;*
- *bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;*
- *geopereerd bent;*
- *nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt;*
- *nog onder controle staat.*

[X] A Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, hoofdpijn, duizeligheid.

[ ] B Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.

[ ] C Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten. Zoals hartinfarct, beklemming of pijn op de borst, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, vernauwing of ontsteking van bloedvaten, embolie.

[ ] D Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen.

[ ] E Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, embolie.

[ ] F Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier.

[ ] G Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.

[ ] H Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten.

[ ] I Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.

[ ] J Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad.

[ ] K Aandoening, ziekte of klachten van huid, spataderen, open been, fistels, trombose.

[ ] L Aandoening, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis).

[ ] M Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.

Heeft u hierboven Ja aangekruist bij een of meer vragen?

[ ] Nee

[X] Ja *Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek een aparte bijlage bij vraag 3 in. Dit is belangrijk.*

In de toelichting bij vraag 3 van de uitgebreide gezondheidsverklaring heeft Consument – voor zover hier relevant – vermeld dat zij vraag 3 sub A heeft aangekruist vanwege hoofdpijn van haar vijftiende tot zeventiende jaar. Ook verklaarde zij dat zij voor deze hoofdpijnklachten een neuroloog heeft bezocht toen zij zestien jaar was, dat zij daarvoor antidepressiva en amitriptyline voorgeschreven heeft gekregen en daarmee op zestienjarige leeftijd is gestopt. Zij gaf voorts aan dat zij geen klachten meer had.

De Verzekering is ingegaan op 1 december 2012. De looptijd van de Verzekering is 360 maanden. De eigenrisicoperiode bedraagt 365 dagen bij arbeidsongeschiktheid. De maandpremie bedraagt € 19,11 voor de arbeidsongeschiktheidsdekking. Het verzekerd maandbedrag bij arbeidsongeschiktheid is € 650,-. Op het polisblad is de volgende clausule opgenomen:

"Verzekerde en/of (mede)verzekerde is/zijn gedekt voor arbeidsongeschiktheid als gevolg van een aandoening die bij aanvraag van deze verzekering is aangegeven indien:

1. *hij/zij van deze aandoening voor arbeidsongeschiktheid weer helemaal was hersteld;*
2. *een arts dit herstel kan bevestigen;*
3. *de aandoening minimaal zestig aaneengesloten maanden na herstel niet is teruggekomen;*

4. hij/zij voor deze aandoening in deze zestig maanden nooit op controle is geweest en/of een (na)behandeling heeft gehad;
5. hij/zij nooit het advies heeft gehad om dit te doen; én
6. voldaan is aan de regels uit de algemene verzekeringsvoorwaarden.
(…).”

2.1 Op de Verzekering zijn de Voorwaarden HOP 0212 (hierna: ‘de Voorwaarden’) van toepassing. In de Voorwaarden staat, voor zover hier relevant, het volgende:

“(…)
Artikel 22 Wat valt onder de dekking van de verzekering?
(..)
c. De verzekerde is arbeidsongeschikt door een ziekte. Deze ziekte kreeg hij tijdens de looptijd van de verzekering. Hij heeft deze ziekte ook al een keer gehad voor de ingangsdatum van de verzekering. Dan is er dekking als:
1. hij toen weer helemaal beter was;
2. de ziekte minimaal zestig aaneengesloten maanden niet is teruggekomen;
3. hij voor deze ziekte in deze zestig maanden nooit op controle is geweest en/of een (na)behandeling heeft gehad; en
4. hij nooit het advies heeft gehad om dit te doen.

Artikel 27 Wat valt er niet onder de dekking van de verzekering?
In de volgende gevallen bent u niet gedekt. Dit geldt ondanks dat wat u leest in artikel 22 tot en met 26. U bent niet gedekt als:
a. De verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door:
- een ziekte, kwaal of gebrek,
- complicaties hiervan,
- de gevolgen of behandelingen hiervan, waarvoor een ‘clausule’ geldt. Deze clausule beperkt de dekking. Een clausule is een extra bepaling. Wij kunnen een clausule aanbrengen op de polis op het moment dat u de verzekering afsluit. Maar ook daarna. De clausule geldt dan met terugwerkende kracht. Wij gebruiken zo’n clausule als:
1. de verzekerde door bijvoorbeeld een ziekte, kwaal of gebrek geen gewone dekking kan krijgen. Dit blijkt als u de verzekering afsluit;
2. u of de verzekerde ons verkeerde of onvolledige informatie heeft gegeven. Zoals u leest in artikel 2d. Dit blijkt nadat u de verzekering heeft afgesloten.
(…)
d. de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door een ongeval dat gebeurde voordat de verzekering inging. Of door een ziekte die hij al had voordat de verzekering inging. Gaat het om een ziekte? Dan geldt artikel 27d niet als de verzekerde voldoet aan artikel 22c en/of 22d.
(…).”

2.2 Consument heeft op 24 oktober 2016 verzocht om uitkering onder de Verzekering in verband met arbeidsongeschiktheid per 15 januari 2015 vanwege 'manisch depressief/borderline'.

2.3 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheids-melding van Consument medische informatie opgevraagd bij onder andere de huisarts en de behandelend psychotherapeut van Consument en bij het Uitvoeringsinstituut Werknemers-verzekeringen (hierna: UWV).

2.4 Uit de verklaring van de huisarts van 17 januari 2017 volgt, voor zover hier relevant, dat Consument op 13 juli 2014 een consult met haar voormalige huisarts heeft gehad in verband met chronische spierspanningshoofdpijn, dat zij deze klachten sinds 2008 heeft en dat sprake is van behandeling met medicatie, yoga en accupunctuur. Daarnaast vermeldt de huisarts dat Consument in 2008 is doorverwezen naar een neuroloog. De huisarts schrijft voorts dat sinds maart 2015 sprake is van begeleiding POH –GZ en aanmelding GGNet voor diagnostiek onderzoek en dat in juli 2015 de intake daarvoor heeft plaatsgevonden.

2.5 Uit de verklaring van de behandelend psychotherapeut van GGNet van 1 december 2016 volgt dat de behandeling van Consument eind september 2015 is gestart en dat de volgende diagnose is gesteld: As 1: Pijnstoornis en Identiteitsproblemen, met de hoofddiagnose op As 2: trekken van vermijdende en borderline persoonlijkheidsstoornis. De psychotherapeut beschrijft dat Consument al lange tijd kampt met stemmingsproblemen en dat daarvoor al sprake was van depressieve klachten, mede gekoppeld aan chronische spierspannings-hoofdpijn.

2.6 Uit de van het UWV verkregen informatie blijkt het volgende:

- De verzekeringsarts van het UWV beschrijft in zijn medische rapportage van 19 februari 2015 dat Consument zich *ziek* heeft gemeld vanwege spierspannings-hoofdpijn en dat zij dat ziektebeeld al sinds vijftienjarige leeftijd heeft. Hij beschrijft dat Consument twee keer per week een hoofdpijnaanval heeft en dat dat altijd al zo is geweest. Zo'n dag is ze volledig "van de wereld" en het is dan voor haar onmogelijk te werken waardoor zij een hoog ziekteverzuim heeft opgebouwd bij haar vorige baantjes, aldus de verzekeringsarts. De verzekeringsarts acht Consument wel arbeids-geschikt nu zij met de spierspanningshoofdpijn al jaren kon werken en het volgens hem niet aannemelijk was dat dit nu anders was.

- Uit het medisch rapport van 27 maart 2015 naar aanleiding van het door Consument ingediende bezwaar tegen voornoemd oordeel van de verzekeringsarts van het UWV volgt, voor zover hier relevant, dat Consument tot drie jaar daarvoor alles aan kon als zij maar aspirine slikte voor de hoofdpijn en dat het nadien is misgegaan, dat de hoofdpijn nu ondraaglijk is, de depressie met suïcidale gedachten toeneemt en dat zij mentaal ontregeld is. Consument is daarom alsnog 100% arbeidsongeschikt verklaard.

- Uit de niet-medische rapportage ziektewet van het UWV van 31 augustus 2016 volgt dat Consument forse en op de dag wisselende stemmingsklachten ervaart en hierbij continue hoofdpijn heeft met daarbij gemiddeld twee keer per week een piekperiode.

2.7 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft na ontvangst van voornoemde informatie van de huisarts, psychotherapeut en het UWV in zijn advies van 28 januari 2017 geconcludeerd dat bij Consument sprake is van spierspanningshoofdpijn waardoor zij psychische problemen heeft gekregen en dat door de combinatie daarvan Consument arbeidsongeschikt is geraakt. Op grond van de medische gegevens zou volgens hem wellicht kunnen worden geconcludeerd dat sprake is van pre-existentie maar daartoe is volgens hem nader onderzoek noodzakelijk.

2.8 Bij brief van 2 februari 2017 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat zijn medisch adviseur nog over onvoldoende informatie beschikt om tot een duidelijk advies te komen. Hij verzocht Consument daarom een medische machtiging in te vullen zodat aanvullende vragen konden worden gesteld aan haar huisarts. Consument heeft dat gedaan. Op 22 februari 2017 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar de opgevraagde informatie van de huisarts van Consument ontvangen. Hierin staat, voor zover hier relevant:

"(…)
- 14-3-2008:
S met moeder perfectionistisch gedrag altijd weg van minste weerstand wil graag psychologische aanpak (...)
P verwijzing [naam psychologenpraktijk]
- 25-3-2008 brief van [naam psychologen praktijk]: behandeling gestart ivm extreem perfectionisme en daarbij behorend vermijdingsgedrag
- 1-12-2008 brief van dezelfde psychologen praktijk:
behandeling afgerond ivm perfectionisme en vermijdingsgedrag en stemming was somber. 12 gesprekken gehad.
- 6-4-2011:
S met moeder ontslagen (…) tijdens proefperiode kan niet slapen, huilbuien, hvs, opgefokt.
P kortdurend oxazepam
(…)."

2.9 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft op basis van deze aanvullende informatie in zijn advies van 2 maart 2017 geconcludeerd dat sprake is van pre-existente psychische klachten nu Consument in 2008 twaalf behandelingen heeft gehad bij een psycholoog en in 2011 kortdurend door de huisarts is behandeld wegens psychische klachten en toen het medicijn oxazepam voorgeschreven heeft gekregen. Daarnaast concludeerde de medisch adviseur van Verzekeraar dat Consument niet voor een periode van vijf jaren klachtenvrij is geweest met betrekking tot haar hoofdpijnklachten.

2.10 Verzekeraar heeft bij brief van 4 april 2017 de claim van Consument afgewezen. Verzekeraar heeft zich daarbij ten aanzien van de hoofdpijnklachten op het standpunt gesteld dat deze niet onder de dekking van de Verzekering vallen gezien de voor die klachten opgenomen clausule. Ten aanzien van de psychische klachten heeft Verzekeraar medegedeeld dat zijn medisch adviseur is gebleken dat Consument in 2008 en 2011 is behandeld wegens psychische klachten en dat Consument haar mededelingsplicht heeft geschonden door dit bij het aangaan van de Verzekering niet te melden. Verzekeraar heeft alsnog een (tweede) clausule op de polis geplaatst waarbij alle psychopathologie is uitgesloten van dekking zodat Consument ook voor haar psychische klachten geen recht op uitkering onder de Verzekering heeft.

2.11 Namens Consument is bij brief van 26 juli 2017 bezwaar gemaakt tegen deze afwijzende beslissing van Verzekeraar. Daarbij heeft zij - kort gezegd - aangevoerd dat (1) geen sprake is van schending van de mededelingsplicht en (2) dat zij gedurende een periode van meer dan vijf jaar geen hoofdpijnklachten heeft ervaren zodat Verzekeraar geen beroep op de hiervoor onder 2.2 geciteerde clausule meer kan doen.

2.12 Verzekeraar heeft naar aanleiding van het tweede bezwaarpunt aanvullende medische informatie opgevraagd bij de huisarts van Consument. Deze schrijft bij brief van 15 september 2017:

> *"(…)*
> *Niet alles is terug te vinden in de oude dossiers.*
> - *In 2008 is de vorige huisarts in de periode juli t/m september op de volgende dagen geconsulteerd: 16/7, 29/8, 12/9, 17/9 en 24/9.*
> - *Datum van verwijzing naar de neuroloog kan ik niet uit het dossier halen*
> - *Sinds 2008 verwijzing naar psycholoog en meerder pijnstillers aangevraagd met tryptanen. Sinds 2017 ook Duloxetine.*
>
> *(…)."*

2.13 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft vervolgens in zijn advies van 5 oktober 2017 geconcludeerd dat sprake is van chronische hoofdpijnklachten vanaf 2007 en dat er geen aanleiding is om te veronderstellen dat deze vanaf 2011 weg zijn geweest.

2.14 Verzekeraar heeft Consument vervolgens verzocht een medische machtiging te verstrekken waarmee medische informatie bij haar neuroloog kon worden opgevraagd zodat navraag kon worden gedaan naar de hoofdpijnklachten en het beloop daarvan. Consument heeft een machtiging verstrekt, maar daarbij expliciet vermeld dat alleen medische informatie over de periode van 13 juli 2009 tot 13 juli 2014 mocht worden opgevraagd en dat zij over die periode niet onder behandeling van de neuroloog was. Verzekeraar heeft vervolgens afgezien van het opvragen van informatie bij de neuroloog.

2.15 Verzekeraar heeft nog wel aanvullende informatie bij de huisarts van Consument opgevraagd. In de brief van de huisarts van 1 november 2017 staat, voor zover hier relevant:

> *"(…)*
> *In het oude dossier van de vorige huisarts staat m.b.t. de spanningshoofdpijn in de periode vanaf 2007 alleen het volgende:*
> *sept. 2008 naar fysiotherapeut i.v.m. spanningshoofdpijn*
> *dec 2008 naar neuroloog (..) : conclusie: spierspanningshoofdpijn, medicatie: amitriptyline (…)*
> *feb 2009: bij controle bij neuroloog geen verbetering, amitriptyline weer afbouwen, geen andere opties.*
> *(…)."*

2.16 Bij brief van 23 januari 2018 heeft Consument haar bezwaarschrift aangevuld. Zij heeft daarbij een derde bezwaarpunt aangevoerd, namelijk dat Verzekeraar niet tijdig de gevolgen van schending van de mededelingsplicht heeft ingeroepen.

2.17 Verzekeraar heeft bij brief van 2 maart 2018 op het ingediende bezwaarschrift gereageerd. Met betrekking tot het nieuw aangevoerde bezwaarpunt heeft Verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat hij binnen de termijn van twee maanden na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht de rechtsgevolgen daarna heeft ingeroepen. Ook naar aanleiding van het nadien door Consument ingediend bezwaarschrift van 22 maart 2018 heeft Verzekeraar geen aanleiding gezien zijn standpunt te wijzigen. Consument heeft zich vervolgens tot Kifid gewend.

2.18 Gedurende de procedure bij Kifid heeft Verzekeraar de eerder door zijn medisch adviseur uitgebrachte adviezen laten herbeoordelen door een andere medisch adviseur. Deze medisch adviseur heeft in haar e-mailbericht van 13 maart 2019, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

> *"(…) Ten tijde van de aanvraag was betrokkene 20 jaar en had zij dus al een jaar behandeling bij de psycholoog achter de rug, kort daarvoor opnieuw een periode met psychische klachten doorgemaakt na een ontslag. Dit wijst op een verhoogd risico voor uitval en een clausule voor psychische klachten/psychopathologie is mijns inziens dan ook zeker te verdedigen*
> *(…).".*

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst door Consument geen uitkering te verstrekken en alsnog een clausule voor psychische klachten op de polis te plaatsen. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

Met betrekking tot de hoofdpijnklachten:

- Verzekeraar heeft de claim van Consument niet mogen afwijzen met een beroep op de op de polis geplaatste clausule. Uit deze clausule blijkt namelijk niet duidelijk dat deze van toepassing is op hoofdpijnklachten. Daarnaast geldt de clausule maar voor een periode van vijf jaar nadat Consument weer helemaal arbeidsgeschikt is. Consument had hoofdpijnklachten van haar vijftiende tot zeventiende jaar (2007 tot 2009). Inmiddels is de genoemde termijn van vijf jaar ruimschoots verstreken. Bovendien heeft Verzekeraar op 19 oktober 2017 medegedeeld te gaan beoordelen of de clausule verwijderd kon worden. Verzekeraar heeft toen zelf besloten om geen aanvullende informatie bij de neuroloog op te vragen zodat hem nu geen beroep op de clausule meer toekomt.

Met betrekking tot de psychische klachten:

- Verzekeraar heeft de twee maanden termijn van artikel 7:929 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: "BW") overschreden en kan jegens Consument dan ook geen beroep meer doen op schending van de mededelingsplicht. Mocht Consument in het verleden psychische klachten hebben gehad, dan had Verzekeraar dat al in 2012 kunnen weten omdat Consument op de gezondheidsverklaring van 2 oktober 2012 had vermeld dat zij op zestienjarige leeftijd antidepressiva/amitriptyline heeft gebruikt. Deze opmerking had voor Verzekeraar aanleiding moeten zijn voor nader onderzoek. Bovendien heeft Verzekeraar de medische stukken van het UWV al op 17 december 2016 ontvangen en deze zijn op 28 januari 2017 door de medisch adviseur van Verzekeraar beoordeeld. Op dat moment was duidelijk dat Consument voor aanvang van de Verzekering last had van perfectionisme en vermijdingsgedrag. Verzekeraar heeft toen nagelaten mede te delen welke gevolgen dit kon hebben. Verzekeraar heeft dan wel aanvullende informatie bij de huisarts opgevraagd maar het opvragen van die informatie was onnodig omdat Verzekeraar toen al wist dat Consument voor het aangaan van de Verzekering last had van perfectionisme en vermijdingsgedrag. De opgevraagde informatie van de huisarts heeft de medisch adviseur van Verzekeraar ook geen nieuwe inzichten gegeven.

Het inroepen van de rechtsgevolgen verbonden aan de schending van de mededelingsplicht bij brief van 4 april 2017 is te laat.

- Consument heeft bij het aangaan van de Verzekering haar mededelingsplicht niet geschonden. Zij heeft de gezondheidsverklaring juist ingevuld. Zij had voor het aangaan van de Verzekering geen psychische klachten. Consument is door een psycholoog behandeld voor extreem perfectionisme en daarbij horend vermijdingsgedrag. Dat zijn geen psychische klachten maar persoonlijkheidskenmerken (een "zo zijn").
  Het feit dat in de GAV-handleiding persoonlijkheidskenmerken niet worden genoemd is een duidelijke indicatie dat voor persoonlijkheidskenmerken geen aanvullende clausule wordt opgenomen. De oxazepam en pijnstillers met tryptanen heeft Consument voorgeschreven gekregen voor hoofdpijnen, niet voor psychische klachten.
- Een redelijk handelend verzekeraar had, als hij voorafgaand aan de Verzekering op de hoogte was geweest van het perfectionisme en het daarbij behorende vermijdingsgedrag, geen uitsluitingsclausule voor psychische klachten op de polis geplaatst. Verzekeraar heeft aangevoerd dat hij een acceptatiebeleid voert dat is gebaseerd op het handboek van zijn herverzekeraar GenRe. Dit handboek is niet openbaar en in het kader van hoor en wederhoor is Verzekeraar verplicht het volledige handboek ter beschikking te stellen. Zo niet dan kan Verzekeraar er geen beroep op doen. Ten onrechte hebben de adviseurs van GenRe geoordeeld dat perfectionisme en vermijdingsgedrag vallen onder persoonlijkheidsstoornissen (licht risico). Bovendien volgt Verzekeraar het handboek van GenRe niet op. Verzekeraar heeft helemaal geen 100% opslag doorgevoerd zoals in dat handboek opgenomen, maar een extra uitsluitingsclausule geplaatst. Er is dan ook sprake van eigen afwijkend beleid. Nu dit afwijkende beleid nimmer aan Consument kenbaar is gemaakt, mag Verzekeraar zich hierop niet beroepen.
- De psychische klachten waarvoor uitkering is gevraagd worden niet veroorzaakt door de hoofdpijnklachten en vallen dus niet onder de hoofdpijnclausule.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft – kort en zakelijk weergegeven – de volgende verweren aangevoerd:
Met betrekking tot de hoofdpijnklachten:

- De hoofdpijnklachten van Consument zijn uitgesloten op grond van de clausule. Deze hoofdpijnklachten zijn – anders dan Consument stelt – niet voor een periode van vijf jaar weggeweest. Uit de medische informatie blijkt immers dat er na controle bij de neuroloog in februari 2009 geen verbetering van de hoofdpijnklachten was.
- De arbeidsongeschiktheid van Consument is ontstaan door een combinatie van hoofdpijnklachten en secundair daaraan psychische klachten. In medisch opzicht is het dan niet plausibel om te veronderstellen dat Consument meer dan vijf jaar klachtenvrij zou zijn geweest voor haar hoofdpijnklachten.

- Verzekeraar heeft geprobeerd nader onderzoek te doen naar aanleiding van de stelling van Consument dat zij vijf jaar klachtenvrij is geweest voor hoofdpijnklachten. Consument heeft toen de medische machtiging evenwel zodanig beperkt dat het geen zin had om hierover meer duidelijkheid te verkrijgen bij de neuroloog. Hiermee heeft Consument haar informatieplicht jegens Verzekeraar geschonden, welk risico voor haar rekening komt in het kader van de bewijslast.

Met betrekking tot de psychische klachten:

- Verzekeraar heeft tijdig de rechtsgevolgen van de schending van de mededelingsplicht ingeroepen. Uit het medisch advies van 28 januari 2017 bleek dat sprake zou kunnen zijn van pre-existentie. Pas na ontvangst van de aanvullende medische informatie is in het medisch advies van 3 maart 2017 geconcludeerd dat sprake is van pre-existentie. Pas op dat moment is schending van de mededelingsplicht ontdekt. Verzekeraar heeft de rechtsgevolgen van die schending op 4 april 2017, derhalve ruimschoots binnen de termijn van twee maanden, ingeroepen. Anders dan Consument stelt was niet al in december 2017, althans januari 2018 sprake van ontdekking van schending van de mededelingsplicht. Beleid van Verzekeraar is dat hij zijn standpunt niet enkel baseert op informatie van het UWV, maar meer gewicht toekent aan medische informatie uit de behandelende sector zelf. Na ontvangst van de medische informatie van de huisarts en het advies daarover op 2 maart 2017, kan derhalve pas worden gesproken van ontdekking van schending van de mededelingsplicht.
- Consument heeft bij het aangaan van de Verzekering haar mededelingsplicht geschonden door haar twaalf behandelingen bij de psycholoog in 2008 en haar bezoek aan de huisarts en gebruik van oxazepam in 2011 bij het aangaan van de Verzekering niet te vermelden in de verkorte en uitgebreide gezondheidsverklaring, waarin expliciet en ondubbelzinnig wordt gevraagd naar behandeling door een psycholoog en naar medicijngebruik. De psychische klachten van Consument kunnen, anders dan Consument stelt, niet slechts worden opgevat als een ‘zo zijn’. Uit de medische informatie volgt dat Consument in 2008 ook werd behandeld vanwege een depressief toestandsbeeld.
- Verzekeraar had gezien de antwoorden in de medische vragenlijst geen aanleiding om op dat moment nader medisch onderzoek te doen. De suggestie van Consument dat zij de psychische klachten niet heeft hoeven melden omdat Verzekeraar zijn onderzoeksplicht heeft verzaakt, gaat niet op.
- Verzekeraar heeft als redelijk handelend verzekeraar alsnog een clausule op de polis mogen plaatsen waarbij alle psychopathologie is uitgesloten van dekking. De adviseur van herverzekeraar GenRe heeft op grond van het handboek van GenRe geconcludeerd dat een premieopslag van 100% in deze kwestie gerechtvaardigd is. Verzekeraar werkt niet met opslagen maar deze conclusie rechtvaardigt uitsluiting van alle psychopathologie voor de duur van de Verzekering.

De medisch adviseur van Verzekeraar heeft deze conclusie bevestigd en medegedeeld dat in deze kwestie sprake is van een verhoogd risico voor uitval en dat een clausule voor alle psychopathologie dan ook zeker te verdedigen is. Daarmee is voldaan aan het criterium redelijk handelend verzekeraar zoals aangehaald in het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841. Ook Kifid heeft geoordeeld dat indien een verzekeraar ter onderbouwing van zijn acceptatiebeleid verwijst naar het handboek van zijn herverzekeraar voldaan is aan het criterium van de redelijk handelend verzekeraar.

4. Beoordeling

Weigering dekking voor hoofdpijnklachten gerechtvaardigd?

4.1 Aan de orde is allereerst de vraag of Verzekeraar aangaande de hoofdpijnklachten op grond van de op de Verzekering geplaatste clausule dekking heeft mogen weigeren. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt daartoe het volgende.

4.2 Uit de hiervoor onder 2.2 geciteerde clausule volgt dat deze geldt voor aandoeningen die bij aanvraag van de Verzekering zijn gemeld. Consument heeft bij het aangaan van de Verzekering melding gemaakt van hoofdpijnklachten van haar vijftiende tot zeventiende levensjaar en van haar bezoek aan de neuroloog voor deze klachten en van het gebruik hiervoor van antidepressiva en amitriptyline. De op de Verzekering geplaatste clausule geldt derhalve voor hoofdpijnklachten.

4.3 Consument stelt dat Verzekeraar geen beroep kan doen op deze clausule omdat ze meer dan vijf jaar hoofpijnklachtenvrij is geweest. De Commissie overweegt hieromtrent als volgt.

4.4 Uit de overgelegde medische informatie van de huisartsen van Consument volgt dat Consument sinds 2008 hoofdpijnklachten heeft met neurologische consultatie begin 2009 en dat toen kortdurende behandeling met amitriptyline heeft plaatsgevonden waarna dat deze medicatie in februari 2009 is afgebouwd omdat die geen verbetering gaf. Daarnaast volgt uit de overgelegde informatie van het UWV uit 2015 en 2016 dat Consument al vanaf vijftien-jarige leeftijd hoofdpijn heeft, dat zij twee maal per week een hoofpijnaanval heeft en dat dat altijd al zo is geweest. Verder blijkt dat bij Consument sprake is van een hoog ziekverzuim en dat zij tot 2012 alles aankon als zij maar aspirine slikte voor de hoofdpijn, maar dat het nadien is misgegaan.

4.5 Daarvan uitgaande acht de Commissie aannemelijk dat, zoals Consument ter zitting ook heeft bevestigd, sprake is van chronische hoofdpijnklachten vanaf vijftienjarige leeftijd en dat deze klachten nooit zijn verdwenen.

4.6 Voor zover Consument nog heeft aangevoerd dat Verzekeraar geen beroep op de op de Verzekering geplaatste clausule meer toekomt omdat Verzekeraar zelf in 2017 heeft nagelaten aanvullende informatie bij de neuroloog op te vragen, merkt de Commissie op dat dit Verzekeraar niet verweten kan worden omdat Consument zelf de medische machtiging waarmee nadere informatie bij de neuroloog opgevraagd had kunnen worden zodanig heeft beperkt dat het opvragen van die informatie niet zinvol was.

4.7 Verzekeraar heeft dan ook ten aanzien van de hoofdpijnklachten dekking op grond van de hiervoor onder 2.2 geciteerde clausule mogen weigeren.

Tijdigheid inroepen rechtgevolgen schending mededelingsplicht aangaande de psychische klachten

4.8 Aan de orde is voorts de vraag of Verzekeraar heeft voldaan aan de in artikel 7:929 lid 1 BW neergelegde verplichting om binnen een termijn van twee maanden na ontdekking van de (beweerdelijke) schending van de mededelingsplicht met betrekking tot de psychische klachten Consument op de niet-nakoming van die mededelingsplicht te wijzen onder vermelding van de mogelijke gevolgen daarvan.

4.9 Ten aanzien van het aanvangsmoment van de twee maanden termijn heeft het Hof Arnhem in zijn arrest van 12 juni 2012 (ECLI: NL: GJHARN: 2012: BW7904) geoordeeld dat doorslaggevend is het moment waarop de dossierbehandelaar van de verzekeraar vaststelt dat discrepantie bestaat tussen de bij het aangaan van de verzekering gemelde medische gegevens en de nadien gebleken werkelijke gegevens. Uit de door partijen overgelegde stukken volgt dat de medisch adviseur van Verzekeraar in zijn advies van 28 januari 2017 heeft vermeld dat op grond van de medische gegevens wellicht geconcludeerd kon worden dat sprake was van pre-existente psychische klachten en dat daartoe nader onderzoek noodzakelijk was. Verzekeraar heeft vervolgens aanvullende medische informatie opgevraagd waarna zijn medisch adviseur in zijn aanvullend advies van 2 maart 2017 heeft geconcludeerd dat daadwerkelijk sprake was van pre-existentie. Naar aanleiding van dit aanvullend advies heeft de dossierbehandelaar die hiervoor bedoelde schending van de mededelingsplicht ontdekt en Consument bij brief van 4 april 2017 geïnformeerd. Anders dan Consument stelt kon de dossierbehandelaar niet reeds op 28 januari 2017 de discrepantie vast stellen. De medisch adviseur had toen immers nader onderzoek daarnaar nog noodzakelijk geacht. Dat de bij de huisarts aanvullend opgevraagde en op 22 februari 2017 ontvangen informatie niet tot nieuwe inzichten heeft geleid, maakt dit niet anders. De brief van 4 april 2017 is ruim binnen de hiervoor vermelde termijn van twee maanden verzonden, zodat van schending van die termijn geen sprake is.

4.10 Voor zover Consument zich op het standpunt stelt dat Verzekeraar geen beroep meer kan doen op schending van de (beweerdelijke) mededelingsplicht omdat hij zelf na ontvangst van de gezondheidsverklaring heeft nagelaten nader onderzoek te doen naar aanleiding van de mededeling van Consument daarin dat zij antidepressiva/ amitriptyline gebruikte, overweegt de Commissie dat, indien wordt aangenomen dat Consument zelf haar mededelingsplicht niet is nagekomen, zij Verzekeraar niet kan tegenwerpen dat hij daarnaar dan maar nader onderzoek had moeten te doen.

Schending mededelingsplicht aangaande de psychische klachten?

4.11 De Commissie komt vervolgens toe aan de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en, in het verlengde daarvan, of Verzekeraar alsnog een clausule waarbij alle psychpathologie van dekking wordt uitgesloten op de Verzekering heeft mogen plaatsen. De Commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en overweegt daarover het volgende.

De maatstaf

4.12 Ingevolge artikel 7:928 BW is de aspirant-verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of recht op uitkering bestaat, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW, op beroept dat hij - indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken - de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39 en het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841.

Is sprake van verzwijging?

4.13 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in maart 2008 de huisarts heeft geconsulteerd wegens perfectionistisch gedrag en toen door de huisarts is verwezen naar een psycholoog. Consument is gedurende twaalf sessies over een periode van acht maanden onder behandeling van deze psycholoog geweest.

De psycholoog duidde de aandoening van Consument als extreem perfectionisme, vermijdingsgedrag en een sombere stemming. Verder staat vast dat Consument in 2011 de huisarts heeft geconsulteerd in verband met onder meer huilbuien en hyperventilatie na ontslag in de proefperiode en dat de huisarts Consument voor deze klachten kortdurend een tranquilizer, te weten oxazepam, heeft voorgeschreven.

4.14 De Commissie is van oordeel dat Consument - gelet op de vraagstelling in de gezondheidsverklaring, waarin uitdrukkelijk naar psychische klachten wordt gevraagd en waarin tevens uitdrukkelijk gevraagd wordt naar consultatie bij hulpverleners - melding had moeten maken van de psychologische begeleiding in 2008 gedurende acht maanden en van de consultatie bij de huisarts in 2011 wegens hyperventilatie en huilbuien waarvoor zij oxazepam voorgeschreven heeft gekregen. Dit heeft zij ten onrechte nagelaten, terwijl zij had kunnen en moeten begrijpen dat beantwoording van de in de gezondheidsverklaring gestelde vragen voor Verzekeraar van belang zou zijn voor beoordeling van het aangeboden risico. De hiertegen door Consument aangevoerde stelling dat geen sprake is van psychische klachten maar van persoonlijkheidskenmerken (een 'zo zijn') en dat zij haar mededelingsplicht dan ook niet heeft geschonden gaat niet op. Ook indien Consument haar klachten zelf niet als psychische klachten heeft aangemerkt, had zij toch de consultaties bij de huisarts en psycholoog, gezien de vraagstelling in de gezondheidsverklaring, moeten melden.

4.15 Gelet op het voorgaande concludeert de Commissie dat Consument niet aan haar mededelingsplicht op grond van artikel 7:928 lid 1 BW heeft voldaan.

Uitsluitingsclausule voor psychische klachten gerechtvaardigd?

4.16 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de Verzekering zou hebben gesloten, dan wel een uitsluitingsclausule voor psychische klachten zou hebben opgenomen.

4.17 Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat een redelijk handelend verzekeraar een uitsluitingsclausule zou hebben opgenomen en heeft daarbij verwezen naar het handboek van zijn herverzekeraar GenRe. Hij stelt dat daaruit volgt dat een premieopslag van 100% in dit geval gerechtvaardigd zou zijn en dat gezien het feit dat hij niet met premieopslagen werkt, een uitsluiting voor alle psychopathologie voor de duur van de Verzekering gerechtvaardigd is. Daarnaast heeft hij verwezen naar het e-mailbericht van zijn medisch adviseur van 13 maart 2019 die hij heeft geraadpleegd om het advies van zijn eerdere medisch adviseur te herbeoordelen. Deze heeft geoordeeld dat bij Consument sprake is van een verhoogd risico voor uitval zodat het opnemen van een clausule voor psychische klachten gerechtvaardigd is.

4.18 De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar hiermee voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule op de Verzekering van Consument zou hebben geplaatst en dat zijn acceptatiebeleid in overeenstemming is met dat van een redelijk handelend verzekeraar. De Commissie volgt Consument niet in haar stelling dat Verzekeraar geen beroep op voornoemd handboek toekomt omdat hij dit in de procedure niet in zijn geheel heeft overgelegd. Een verwijzing naar de betreffende bepaling in het handboek van herverzekeraar GenRe, zoals Verzekeraar heeft gedaan, acht de Commissie voldoende. De klachten van Consument kunnen, anders dan Consument stelt, aangemerkt worden als persoonlijkheidsstoornissen (licht risico) zoals opgenomen in het handboek. De Commissie acht het gerechtvaardigd dat Verzekeraar een uitsluitingsclausule heeft opgenomen nu zij, anders dan herverzekeraar GenRe, geen 100% premieopslag toepast. Dit geldt te meer nu de medisch adviseur van Verzekeraar in haar herbeoordeling van de adviezen van de eerdere medisch adviseurs heeft geoordeeld dat ook zij het opnemen van een uitsluitingsclausule in de gegeven omstandigheden gerechtvaardigd acht. De Commissie gaat dan ook voorbij aan het verweer van Consument dat sprake is van individueel acceptatiebeleid van Verzekeraar en dat dit beleid voor haar kenbaar moet zijn geweest.

4.19 De slotsom is dat de uitsluitingsclausule voor alle psychopathologie gerechtvaardigd is en niet behoeft te worden verwijderd. Omdat bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor alle psychopathologie zou zijn opgenomen en de huidige psychische klachten van Consument onder deze clausule vallen, is Verzekeraar Consument ook voor de psychische klachten geen uitkering verschuldigd.

Conclusie

4.20 Verzekeraar is niet tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.