Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-182 d.d. 5 mei 2014
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A.W.H. Vink en dr. B.C. de Vries, leden en mevrouw mr. F.E. Uijleman, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering, mededelingsplicht. Consument heeft in 1999 een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. In 2000 meldt hij zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt wegens psychische klachten. De verzekeraar wijst de claim af op de grond dat consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden door de vraag op de gezondheidsverklaring, te weten of hij in de laatste vijf jaar een arts heeft geraadpleegd in verband met psychische klachten, met 'nee' te beantwoorden. De commissie oordeelt dat de verzekeraar zich terecht en op juiste gronden op het standpunt heeft gesteld dat consument niet heeft voldaan aan zijn wettelijke mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW en wijst de vordering af.

Consument,

tegen

BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- de brief van Consument van 2 mei 2013 met bijlagen;
- het door Consument ingevulde en ondertekende klachtformulier met bijlage;
- de brief van Consument van 1 juli 2013 met bijlagen;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.
Tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.
Partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 14 april 2014 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1. Consument heeft in 2000 een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten bij Aangeslotene. Uit het polisblad volgt dat de verzekering op 1 juli 2000 is ingegaan voor een periode van 204 maanden. Verder volgt uit het polisblad dat een maandbedrag van *ƒ* 750,- is verzekerd en dat er een eigen risico geldt van 365 dagen.

3.2. Ten behoeve van de verzekeringsaanvraag heeft Consument op 23 juni 2000 een gezondheidsverklaring ingevuld. Op het formulier was onder meer de volgende vraag opgenomen: "*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: (…), psychische klachten (…)?*". Consument heeft de vraag met "*nee*" beantwoord.

3.3. In 2012 heeft Consument zich bij Aangeslotene arbeidsongeschikt gemeld. Op het schadeformulier heeft Consument aangegeven dat hij sinds 22 september 2001 arbeidsongeschikt is wegens psychische klachten (een depressie). Verder heeft hij op het schadeformulier vermeld dat hij voor deze klacht(en) voor het eerst op 7 juli 2001 zijn huisarts heeft geraadpleegd en dat hij in 1990 ook al eens onder behandeling heeft gestaan bij een psychiater (hierna: psychiater [X]) voor de huidige klachten.

3.4. Aangeslotene heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim bij brief van 23 augustus 2012 afgewezen. Zij stelt in de brief dat haar is gebleken dat Consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld nu hij in de vijf jaar voorafgaand aan het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering wel onder behandeling is geweest voor psychische klachten.

3.5. De advocaat van Consument heeft bij brief van 27 november 2012 tegen de afwijzing bezwaar gemaakt. Hij heeft in de brief aangevoerd dat door Consument in de laatste vijf jaar voorafgaand aan de verzekeringsvraag geen arts is geraadpleegd voor psychische klachten. Daarbij heeft hij toegelicht dat Consument op verzoek van zijn huisarts voor korte duur is behandeld in het Z, te weten van 21 augustus 1999 tot 8 september 1999, maar dat de behandeling niet is uitgevoerd door een arts maar door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

3.6. Aangeslotene heeft de advocaat van Consument hierop bij brief van 11 januari 2013 laten weten dat zij bij haar standpunt blijft dat Consument in 2000 zijn mededelingsplicht heeft geschonden. Aangeslotene wijst er in de brief onder meer op dat haar uit de medische informatie is gebleken dat Consument slechts 9 maanden voorafgaand aan de verzekeringsaanvraag nog door zijn huisarts was doorverwezen naar het Z van het A en dat hij daar van 21 augustus 1999 tot 8 september 1999 onder behandeling is geweest voor psychische klachten. Consument had zich volgens Aangeslotene dan ook behoren te realiseren dat hij de vraag of hij in de laatste 5 jaar een arts heeft geraadpleegd voor psychische klachten, niet met 'nee' mocht beantwoorden.

4. De vordering en grondslagen

4.1. Consument vordert dat Aangeslotene dekking verleent op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en dat zij alsnog per 22 september 2001 overgaat tot uitkering van het verzekerde maandbedrag.

4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:
Consument stelt dat hij de onder 3.2. bedoelde vraag terecht met 'nee' heeft beantwoord. Hij voert daartoe aan dat hij van 21 augustus 1999 tot 8 september 1999 weliswaar opgenomen is geweest maar dat deze opname slechts een kort verblijf was ter observatie en daarom niet kan worden aangemerkt als een behandeling. Daarnaast voert hij aan dat hij tijdens de opname niet is behandeld door een arts maar door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Consument stelt dat hij bij het beantwoorden van de vraag dan ook de mening was toegedaan dat hij zich in 1999 niet onder behandeling van een arts had gesteld.

4.3. Aangeslotene voert tegen de stellingen van Consument verweer en concludeert tot afwijzing van de vordering. Op de stellingen die Aangeslotene aan haar verweer ten grondslag legt wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

5. Beoordeling

5.1. Uitgangspunt bij de beoordeling van deze zaak is de in artikel 7:928 lid 1 BW opgenomen mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Deze houdt in dat de verzekeringnemer vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten meedeelt die relevant (kunnen) zijn voor de beoordeling door de verzekeraar of hij het aangeboden risico kan en/of wil accepteren. Indien de verzekeraar daarbij gebruik maakt van een door hem opgestelde vragenlijst, mag en moet de verzekeringnemer ervan uitgaan dat een correcte invulling van de daarop vermelde vragen voor de verzekeraar niet alleen afdoende maar ook noodzakelijk is om tot een zorgvuldige beoordeling te kunnen komen. De vraag die de Commissie dient te beantwoorden is of Consument zijn mededelingsplicht ex artikel 7:928 lid 1 BW heeft geschonden door de vraag "*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: (…), psychische klachten (…)?*" met '*nee*' te beantwoorden.

5.2. Bij de beantwoording van deze vraag neemt de Commissie op grond van het medisch dossier als vaststaand aan dat Consument zich in 1999 tot zijn (waarnemend) huisarts heeft gewend en dat hij door diezelfde huisarts is doorverwezen naar het Z omdat deze vermoedde dat Consument leed aan een psychose. Verder neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument daar van 21 augustus 1999 tot 8 september 1999 onder behandeling is geweest en dat hij nadien is terugverwezen naar zijn eerdere behandelaar, psychiater [X].
Gelet op de duidelijke bewoordingen van de onder 5.1. bedoelde vraag en het feit dat Consument zowel zijn (waarnemend) huisarts als psychiater [X] in verband met psychische klachten had bezocht in 1999, is de Commissie van oordeel dat Consument ten tijde van het aanvragen van de verzekering in 2000 had kunnen en moeten begrijpen dat hij de vraag met 'ja' diende te beantwoorden. Door dit niet te doen heeft hij zijn mededelingsplicht jegens Aangeslotene geschonden. Consument

heeft ter zitting erkend dat hij zich ook heeft gerealiseerd dat hij de vraag met 'ja' moest beantwoorden, maar heeft daarnaast aangevoerd dat hij dit desondanks niet heeft gedaan omdat hij vreesde voor zowel het behoud van zijn inkomen als het behoud van zijn woning. Consument heeft aangevoerd dat hij toen in zekere zin ontoerekeningsvatbaar was.
De Commissie is van oordeel dat Consument geen feiten en omstandigheden heeft aangevoerd op grond waarvan kan worden aangenomen dat hem van het onjuist beantwoorden van de vraag in redelijkheid geen verwijt kan worden gemaakt. Het verweer van Consument wordt om die reden dan ook gepasseerd.

5.3. Slotsom is derhalve dat Aangeslotene zich terecht en op goede gronden op het standpunt heeft gesteld dat Consument niet aan zijn wettelijke mededelingsplicht ex art. 7:928 lid 1 BW heeft voldaan. Met Aangeslotene kan als onvoldoende gemotiveerd betwist worden aangenomen dat zij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten, althans een uitsluiting voor psychische klachten zou hebben bedongen. Aangeslotene heeft aldus gelet op het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en 4 BW terecht en op goede gronden geweigerd uit te keren. De vordering van Consument zal om die reden worden afgewezen.

5.4. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

De Commissie stelt bij wijze van bindend advies vast dat de vordering van Consument wordt afgewezen.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.