Uitspraak Commissie van Beroep 2019-029 d.d. 19 september 2019
(mr. W.J.J. Los, voorzitter, mr. S.B. van Baalen, mr. A. Bus, mr. F.R. Salomons en F.R. Valkenburg AAG RBA, leden, en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering; precontractuele mededelingsplicht; redelijk handelend verzekeraar; onverkorte uitkering op grond van art. 7:930 lid 2 BW.
Bij het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering in februari 2011 heeft Consument geen melding gemaakt van sinds haar puberteit jaarlijks terugkerende stemmingsklachten en een duidelijke klachtbeleving en hulpvraag in november 2010. Nadat Consument in verband met arbeidsongeschiktheid een beroep op de verzekering heeft gedaan heeft Verzekeraar zich tegenover Consument op het standpunt gesteld dat deze haar pre-contractuele mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering heeft geschonden en met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule voor psychische klachten opgenomen. Verzekeraar heeft Consument uitkering onthouden omdat de huidige klachten onder de uitsluiting vallen. Commissie van Beroep verwerpt de aangevoerde klachten tegen het oordeel van de Geschillencommissie dat Consument de hierover in het aanvraagformulier opgenomen vraag had moeten aankruisen, dat een redelijk handelend verzekeraar deze uitsluiting had opgenomen en dat verzekeraar zich schuldig heeft gemaakt aan schending van de tweemaandstermijn van artikel 7:929 lid 1 BW.
De norm van een 'redelijk handelend verzekeraar' brengt niet mee dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar volledig wordt getoetst op redelijkheid, maar slechts dat een zekere correctie kan worden aangebracht in gevallen dat de aspirant-verzekeringnemer niet behoefde te begrijpen dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar afwijkt van dat van andere verzekeraars. Consument kan niet worden gevolgd in haar stelling dat Verzekeraar als redelijk handelend verzekeraar geen gevolgen mocht verbinden aan het niet meedelen van de klachten. Gesteld noch gebleken is dat andere verzekeraars op dit punt een ander acceptatiebeleid voeren.
Om op grond van art. 7:930 lid 2 BW aanspraak te kunnen maken op onverkorte uitkering, dient voldaan te zijn aan twee cumulatieve voorwaarden. In de eerste plaats mag het niet-opgegeven feit geen enkele rol hebben gespeeld bij de daadwerkelijke verwezenlijking van het risico. In de tweede plaats mag het niet zo zijn dat Verzekeraar bij bekendheid met het niet-opgegeven feit tot een ongunstiger oordeel zou zijn gekomen over de kans dat het risico zich op deze wijze zou verwezenlijken. Consument is er niet in geslaagd duidelijk te maken dat de door haar niet-vermelde winterdepressieklachten van geen belang zouden zijn geweest voor de beoordeling van het risico zoals zich dat heeft verwezenlijkt.

Klik hier voor de uitspraak in eerste aanleg.

1. De procedure in beroep

1.1 Bij een op 18 februari 2019 ontvangen beroepschrift van 15 februari 2019 met bijlagen heeft Consument bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (verder: Commissie van Beroep of Commissie) beroep ingesteld tegen een bindend advies van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) van 9 januari 2019 (dossiernummer [nummer]).

1.2 Op 4 maart 2019 heeft Consument een aanvullend stuk ingediend.

1.3 Verzekeraar heeft een op 18 maart 2019 gedateerd verweerschrift ingediend.

1.4 Consument heeft bij e-mail van 7 juni 2019 aanvullende stukken ingediend.

1.5 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 17 juni 2019. Partijen zijn aldaar verschenen en hebben hun standpunten toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord. Consument zelf, haar gemachtigde en de gemachtigde van Verzekeraar hebben elk een pleitnota overlegd, waarvan de inhoud is voorgedragen.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop bij de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar het advies van de Geschillencommissie van 9 januari 2019 (gepubliceerd onder nummer 2019-008).

3. Feiten

De Geschillencommissie heeft in haar uitspraak onder 2 een aantal feiten vermeld. Consument heeft over die feiten enige opmerkingen gemaakt. Rekening houdend met die opmerkingen, zal de Commissie van beroep van de navolgende feiten uitgaan.

3.1 In 2005 heeft Consument een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten bij Verzekeraar. Die verzekering is in 2009 door Consument als ZZP-er voortgezet.

3.2 Op 27 oktober 2010 heeft Consument een intakegesprek gevoerd met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het ambulatorium GGz Centraal in [Plaatsnaam]. Bij brief van 5 november 2010 heeft deze de huisarts van Consument bericht:

> (…)
> Reden aanmelding
> Cliënte is aangemeld met de vraag of er sprake is seizoensgebonden depressieve klachten, omdat zij vanaf haar puberteit jaarlijks terugkerende stemmingsklachten heeft.
>
> Problemen/klachten
> Cliënte is onlangs teruggekeerd van vakantie in het buitenland en merkte bij terugkomst een verandering van haar stemming. Ze voelde zich meer somber worden, raakte sneller geïrriteerd, sneller boos, haar concentratie verminderde, ze kon moeilijker uit haar bed komen, en sliep langer. De eetlust bleef gelijk; ze valt wel af wanneer er meer stress is, wanneer er vanuit haar werk meer drukte is.
> Door de abrupte verandering na haar goede stemming tijdens de vakantie is ze na gaan denken en realiseerde ze zich dat dit een al lang bestaand, jaarlijks terugkerende situatie is, die vanaf september tot het voorjaar speelt, vanaf haar puberteit. In de zomer spelen deze klachten niet in deze mate, wel milde stemmingswisselingen.
> Er zijn geen andere redenen of omstandigheden die de klachten kunnen verklaren, volgens cliënte.

(…)

Behandelplan
Behandeling met lichttherapie en effect evalueren.

3.3 Op 31 december 2010 is de onder 3.1 genoemde verzekering op initiatief van Consument beëindigd omdat zij een dienstbetrekking in loondienst aanvaardde.

3.4 Op 2 februari 2011 heeft Consument, omdat het loondienstverband eindigde, opnieuw een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Verzekeraar aangevraagd en daartoe een aanvraag-formulier ingevuld en ondertekend. Hierin is onder meer opgenomen:

(…)
3. Uw gezondheidstoestand
Lijdt u of hebt u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

Let op
U moet ook een rubriek aankruisen als u:
- een huisarts, hulpverlener of arts hebt geraadpleegd
- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting
- geopereerd bent
- nog medicatie gebruikt of medicatie hebt gebruikt
- nog onder controle staat

☐ A (…)
☐ B Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out.
☐ C (…)

Hebt u een of meer categorieën aangekruist?
☒ Nee ☐ Ja. Vul voor elke aandoening, ziekte of gebrek een aparte bijlage in.
(…)

De verzekering is hierna met ingang van 23 februari 2011 tot stand gekomen.

3.5 In 2013 heeft Consument verzocht om verhoging van de verzekerde som en daartoe opnieuw een gezondheidsverklaring ingevuld. Op deze gezondheidsverklaring heeft zij het hokje bij "B Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burn-out" niet aangekruist.

3.6 Met ingang van 14 januari 2016 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid een beroep op deze verzekering gedaan. Consument heeft hiertoe een door Verzekeraar op

21 januari 2016 ontvangen schademeldingsformulier met de hand (hierna cursief weergegeven) ingevuld. Hierin is onder meer opgenomen:

> **Melding van ziekte of ongeval (medisch)**
> 1. Welke belemmeringen ervaart u in werk en privé als gevolg van deze klachten?
> *Sinds enkele maanden weet ik dat ik dyslexie heb en ik loop vast op de hooggevoeligheid die daarbij hoort. Dat geeft mij het gevoel van enorme vermoeidheid, ik ervaar hoge werkdruk en loop op mijn tenen om alles te volbrengen.*
> 2. Hebt u ooit eerder deze klachten gehad?
> (…) ☒ Ja, namelijk:
> Wanneer? *Terugkijkend mn hele leven*
> Hoe vaak? *In periodes*
> Welke arts/specialist heeft u toen behandeld?
> Specialisme*: GGZ Centraal (2013?)*
> (…)

Verzekeraar heeft Consument hierna een uitkering toegekend.

3.7 Op 12 mei 2016 is in opdracht van Verzekeraar een psychiatrische expertise verricht door [naam expertiseburo]. In de daarover verschenen rapportage van 1 juli 2016 is opgenomen:

> (…)
> **Huidige klachten**
> (…)
> In de winter heeft zij meer last van stemmingswisselingen, waardoor zij een lichtlamp heeft.
> (…)
>
> **Psychiatrische voorgeschiedenis**
> (…)
> Onderzochte heeft in 2010 lichttherapie gevolgd bij een sociaal psychiatrisch verpleegkundige wegens een toename van klachten en spanningen in winterperioden.
> (…)

3.8 Bij brief van 15 juli 2016 heeft Verzekeraar aangekondigd een onderzoek te starten naar het eventueel niet nakomen door Consument van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering in 2011 en gewezen op de mogelijke gevolgen daarvan.

3.9 Bij brief van 23 augustus 2016 heeft Verzekeraar zich tegenover Consument op het standpunt gesteld dat deze haar mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden door in de gezondheidsverklaring van 2 februari 2011 geen melding te maken van sinds haar puberteit jaarlijks terugkerende stemmingsklachten en een duidelijke klachtbeleving en hulpvraag in november 2010. Verzekeraar heeft daarbij vermeld dat als haar medisch adviseur destijds over deze informatie had beschikt, een beperkende voorwaarde zou zijn geadviseerd. Verder deed Verzekeraar een beroep op de artikelen 7:928 tot 7:930 BW en deelde mee dat zij met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum van de verzekering, 23 februari 2011, de navolgende tekst als voorwaarde op de verzekering plaatste:

"Nader wordt bepaald dat van de verzekering is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard, waaronder surmenage (overspannenheid)."

Verzekeraar heeft Consument daarbij te kennen gegeven dat zij voor haar arbeidsongeschiktheid geen aanspraak kan maken op de verzekering omdat de beperkende voorwaarde op haar aanspraak van toepassing is.

3.10 De klinisch neuropsycholoog [naam] heeft in zijn brief van 17 oktober 2016 met betrekking tot Consument de diagnose gesteld van een "ongespecificeerde neurocognitieve stoornis" en dyslexie.

3.11 Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar is over de onder 3.9 genoemde besluiten van Verzekeraar een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

4. Klacht en advies Geschillencommissie

4.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog met ingang 24 augustus 2016 overgaat tot (verdere) uitkering uit hoofde van deze verzekering onder gelijktijdige doorhaling van de op de verzekering van toepassing verklaarde uitsluiting voor psychische klachten. Daarnaast vordert Consument vergoeding van door haar gemaakte kosten van rechtsbijstand en arbeidsdeskundige kosten. Ten slotte vordert Consument restitutie van premies voor de periode dat zij arbeidsongeschikt is geweest.

4.2 De Geschillencommissie heeft de vordering afgewezen.

5. Beoordeling van het beroep

5.1 Consument heeft in haar beroepschrift tegen de beslissing van de Geschillencommissie een zestal bezwaren (I tot en met VI) aangevoerd.

5.2 Bezwaar I houdt, samengevat, in dat Consument in 2011 bij het invullen van vraag 3 van de gezondheidsverklaring weliswaar onderdeel B (Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out) niet heeft aangekruist, maar dat zij daarmee beantwoording van dit onderdeel achterwege heeft gelaten en niet ontkennend heeft geantwoord. Verzekeraar kan zich er niet op beroepen dat zij een haar gestelde vraag niet heeft beantwoord (art. 7:928 lid 6 BW).

5.3 Dit standpunt van Consument heeft de Geschillencommissie reeds op goede gronden verworpen in 4.5 van haar uitspraak. De Commissie van Beroep onderschrijft dit oordeel en de gronden daarvoor.

5.4 Bezwaar II houdt in dat uit hoofde van beginselen van redelijkheid en billijkheid en proportionaliteit geen verschil kan en mag worden gemaakt tussen de dekking van de op

31 december 2010 geëindigde verzekering en de in februari 2011 tot stand gekomen verzekering.

5.5 Dit bezwaar treft geen doel, omdat in februari 2011 een nieuwe verzekering is tot stand gekomen, in verband waarmee toen op Consument de mededelingsplicht van art. 7:928 BW rustte. Door het invullen van de gezondheidsverklaring heeft Consument vragen beantwoord en heeft zij begrepen, althans behoren te begrijpen, dat de antwoorden op die vragen van belang waren voor de beslissing van Verzekeraar of en zo ja op welke voorwaarden zij een nieuwe verzekering met Consument wilde aangaan. Niet valt in te zien waarom Verzekeraar bij die beslissing geen gewicht zou mogen toekennen aan feiten betreffende de gezondheidstoestand van Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring, ook als die gezondheidstoestand op dat moment slechter was dan ten tijde van het aangaan van de oude verzekering in 2005. Noch de omstandigheid dat de periode tussen de beëindiging van de oude verzekering en het aangaan van de nieuwe verzekering slechts kort is geweest, noch de overige door Consument in dit verband genoemde omstandigheden, waaronder de ernst van de gevolgen voor haar, brengen mee dat het door Verzekeraar gedane beroep op schending van de mededelingsplicht naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

5.6 Bezwaar III houdt in dat er voor Verzekeraar 'geen aanleiding is' om een beperkende voorwaarde op de verzekering te plaatsen en daarbij arbeidsongeschiktheid als gevolg van klachten en aandoeningen van psychische aard uit te sluiten. Winterdepressie is een veelvoorkomende klacht, die kan worden bestreden met lichttherapie, zonder dat daarvoor bezoek aan een arts of verpleegkundige nodig is. Velen zullen bij het invullen van de gezondheidsverklaring niet beseffen dat zij dit moeten melden, zeker als zij geen hulpverlener hebben benaderd. Consument ondervond van de winterdepressie ook eigenlijk geen beperkingen. Verzekeraar heeft onvoldoende aangetoond dat winter-depressie leidt tot een verhoogde uitval op grond van een psychische oorzaak. Om deze redenen hoefde Consument niet te begrijpen dat Verzekeraar informatie wilde over haar winterdepressieklachten.

5.7 Voor zover Consument met dit bezwaar betoogt dat zij niet heeft hoeven begrijpen dat met vraag 3 onder B van de gezondheidsverklaring mede werd gevraagd naar klachten in verband met winterdepressie, treft het bezwaar geen doel, omdat de bewoordingen van de vraag naar – onder meer – 'klachten van psychische aard zoals depressie' redelijkerwijs geen ruimte lieten voor twijfel of de depressieve klachten van Consument, ook al waren die seizoensgebonden, daaronder moesten worden begrepen. Voor zover Consument daarover nog zou hebben kunnen twijfelen, had zij in elk geval moeten beseffen dat zij daarvan opgave had moeten doen nu zij zich in verband daarmee nog betrekkelijk kort daarvóór had gewend tot (eerst de huisarts en vervolgens) een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Of Consument van de winterdepressie beperkingen ondervond, doet daarom niet ter zake. Overigens heeft Consument ter zitting verklaard dat zij achteraf

verbaasd was dat zij haar winterdepressieklachten niet had opgegeven, omdat zij meende dat zij die klachten wel had vermeld.

5.8 Voor zover Consument met bezwaar III betoogt dat Verzekeraar gelet op de volgens Consument geringe ernst van de winterdepressieklachten bij kennis van die klachten niet kon komen tot een algemene uitsluiting van dekking voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard, overlapt het met bezwaar IV, inhoudende dat de door Verzekeraar opgelegde voorwaarde veel te verstrekkend is in verhouding tot de vastgestelde klacht bij Consument en dat dit in strijd komt met hetgeen van een redelijk handelend verzekeraar mag worden verwacht.

5.9 Uit de toelichting op bezwaar IV blijkt dat Consument van mening is dat het Verzekeraar niet vrijstaat om aan een aspirant-verzekeringnemer die opgave doet van een bepaald gezondheidsrisico bij het aangaan van de verzekering, beperkende voorwaarden te stellen die niet in verhouding staan tot het hogere risico als gevolg van de opgegeven feiten. Dit standpunt is evenwel niet juist. Het is aan Verzekeraar om te bepalen welke risico's zij wil dekken en op welke voorwaarden. In het kader van de beoordeling van de gevolgen van een schending van de in artikel 7:928 BW omschreven mededelingsplicht, kan de Verzekeraar zich dan ook beroepen op de omstandigheid dat hij bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld en is Verzekeraar slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen (artikel 7:930 lid 3 tweede zin BW). Dit geldt – behoudens de hierna te bespreken beperking – ook als daardoor meer risico's worden uitgesloten dan alleen het extra risico dat gelegen is in de niet opgegeven omstandigheden.

5.10 Een beperking op het voorgaande kan slechts worden aangenomen wanneer Verzekeraar een acceptatiebeleid hanteert dat afwijkt van dat van een redelijk handelend verzekeraar. Deze norm van een 'redelijk handelend verzekeraar', die is ontleend aan het arrest HR 19 mei 1978, NJ 1978/607 (Hotel Wilhelmina), brengt evenwel niet mee dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar volledig wordt getoetst op redelijkheid, maar slechts dat een zekere correctie kan worden aangebracht in gevallen dat de aspirant-verzekeringnemer niet behoefde te begrijpen dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar afwijkt van dat van andere verzekeraars. Dat valt af te leiden uit de opmerking van de minister van Justitie over de betekenis van dit arrest bij de parlementaire behandeling van de wettelijke regeling van het verzekeringsrecht (Kamerstukken I, vergaderjaar 2005-2006, 30137, C, p. 5-6). Volgens de minister brengt zowel het arrest uit 1978 als de nieuwe wettelijke regeling mee dat "buiten de mededelingsplicht [zal] vallen hetgeen een verzekeraar, anders dan andere verzekeraars, relevant acht". Zie ook Hof Amsterdam 4 april 2017, ECLI:NL:GHAMS: 2017:1195, in welke uitspraak het hof benadrukt dat er geen reden is om bij toepassing van de norm van 'de redelijk handelend verzekeraar' geheel of gedeeltelijk te abstraheren van de concrete acceptatiecriteria van de desbetreffende verzekeraar.

5.11 Dat Verzekeraar voor de beoordeling van het te verzekeren risico de winterdepressie-klachten van Consument van belang achtte, moet Consument duidelijk zijn geweest op grond van de formulering van vraag 3, onderdeel B, van de door haar ingevulde gezondheidsverklaring. Reeds daarom kan Consument niet worden gevolgd in haar stelling

dat Verzekeraar als redelijk handelend verzekeraar geen gevolgen mocht verbinden aan het niet meedelen van deze klachten. Overigens is gesteld noch gebleken dat andere verzekeraars op dit punt een ander acceptatiebeleid voeren.

5.12 Verzekeraar heeft haar standpunt dat zij bij kennis van de ware stand van zaken van meet af aan de clausule zou hebben gehanteerd die zij thans achteraf met terugwerkende kracht op de polis heeft geplaatst, toegelicht aan de hand van de in 2011 geldende Acceptatie-richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging van medisch adviseurs. Zij heeft gemotiveerd betoogd dat uit deze richtlijnen voortvloeit dat in geval van een depressieve episode met een terugkerend (recidief) karakter de medisch adviseur hetzij zal adviseren tot afwijzing van de aanvraag van verzekering hetzij tot acceptatie met een 'clausule psychische aandoeningen' zonder recht op herbeoordeling. In dit geval zou de medisch adviseur volgens Verzekeraar niet tot afwijzing hebben geadviseerd, omdat de winterdepressie-klachten van Consument niet tot uitval hadden geleid. Consument heeft dit een en ander niet, althans onvoldoende gemotiveerd, weersproken. Zo baseert Consument zich kennelijk op een onjuiste lezing van de richtlijnen waar zij betoogt dat de kolom 'Hoe lang geleden' in de 'adviestabel' in de richtlijnen niet gaat over de vraag hoe lang geleden de te beoordelen klachten of stoornissen zich *laatstelijk* hebben voorgedaan maar over de vraag hoe lang geleden de klachten/aandoeningen zich *voor het eerst* hebben voorgedaan. De Commissie van Beroep gaat er daarom van uit dat de medisch adviseur van Verzekeraar inderdaad zou hebben geadviseerd tot het opnemen van een clausule op de polis en dat deze clausule overeenkomt met de door Verzekeraar in 2016 met terugwerkende kracht gehanteerde clausule. Dat Verzekeraar door aanvaarding van dit advies anders zou hebben gehandeld dan andere verzekeraars, is gesteld noch gebleken. Derhalve treft bezwaar III ook in zoverre geen doel, evenmin als bezwaar IV.

5.13 De Commissie van Beroep zal thans bezwaar VI beoordelen. Dit bezwaar houdt in dat de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals zich dat heeft verwezenlijkt. Om die reden dient de bedongen uitkering volgens Consument op grond van artikel 7:930 lid 2 BW onverkort te geschieden. Volgens Consument geeft het lijden of geleden hebben aan winterdepressie niet een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid als gevolg van een niet gespecificeerde neurocognitieve stoornis en dyslexie en evenmin op burn-out of PTSS.

5.14 De omstandigheid dat Verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluiting zou hebben toegepast voor arbeidsongeschiktheid door psychische klachten, is – zoals Consument terecht heeft betoogd – op zichzelf onvoldoende om ervan uit te gaan dat Consument niet op grond van artikel 7:930 lid 2 BW aanspraak kan maken op onverkorte uitkering. Verzekeraar mag immers op grond van art. 7:930 lid 3 BW slechts uitkering weigeren op grond van een dergelijke uitsluiting "indien aan lid 2 niet is voldaan", met andere woorden slechts indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor "de beoordeling van het risico, zoals zich dat heeft verwezenlijkt". Om op grond hiervan aanspraak te kunnen maken op onverkorte uitkering, dient voldaan te zijn aan twee cumulatieve voorwaarden. In de eerste plaats mag het niet-opgegeven feit geen enkele rol hebben gespeeld bij de *daadwerkelijke verwezenlijking* van het risico. In de tweede plaats mag het niet zo zijn dat Verzekeraar bij bekendheid met het niet-opgegeven feit tot een

ongunstiger oordeel zou zijn gekomen over de *kans* dat het risico zich op deze wijze zou verwezenlijken. Dit laatste kan zich bijvoorbeeld voordoen wanneer bij het sluiten van een autoverzekering tegen eigen schade vorige aanrijdingen niet zijn opgegeven en opnieuw door eigen schuld een aanrijding ontstaat (Parl. Gesch. titel 7.17 BW, p. 36). Als de verzekeraar het risico van aanrijdingen bij kennis van de eerdere aanrijdingen hoger zou hebben ingeschat, bestaat geen recht op onverkorte uitkering.

5.15 De argumenten van Consument beperken zich in feite tot het eerste aspect: de vraag of er bij winterdepressieklachten *daadwerkelijk* een verhoogd risico bestaat op de stoornis die bij haar uiteindelijk is vastgesteld. Verzekeraar benadrukt evenwel het tweede aspect, door erop te wijzen dat zij (net als andere verzekeraars) bij de *beoordeling* van psychische klachten rekening houdt met overlap tussen verschillende ziektebeelden en met gecombineerde dan wel elkaar opvolgende ziektebeelden en het feit dat verschillende zorgverleners bij eenzelfde patiënt soms tot verschillende diagnoses kunnen komen. Verder betoogt Verzekeraar dat uit de literatuur bekend is dat bij stemmingsstoornissen met een seizoenspatroon bij minder dan 50% van de mensen deze aandoening seizoensgebonden persisteert, bij ongeveer 40% depressieve periodes zullen terugkeren zonder seizoens-patroon en dat bij ongeveer 15% geen recidive meer zal voorkomen. Ook stelt Verzekeraar dat het milde beloop in de loop der jaren kan wijzigen en dat, samengevat, in de groep van mensen met seizoensgebonden stemmingswisselingen een meer dan gemiddelde kans op arbeidsongeschiktheid als gevolg van een psychische stoornis kan worden verwacht.
In het licht van deze gemotiveerde uiteenzetting door Verzekeraar van de redenen waarom zij bij de beoordeling van psychische aandoeningen en klachten geen specifieke uitsluiting voor depressie hanteert maar een brede uitsluiting voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard, is Consument er naar het oordeel van de Commissie van Beroep niet in geslaagd duidelijk te maken dat de door haar niet-vermelde winterdepressieklachten van geen belang zouden zijn geweest voor de beoordeling van het risico zoals zich dat heeft verwezenlijkt. Of de winterdepressieklachten daadwerkelijk een verhoogd risico meebrachten op de stoornis van Consument, behoeft niet te worden vastgesteld, nu Verzekeraar bij de beoordeling van psychische klachten en aandoeningen is uitgegaan en naar het oordeel van de Commissie van Beroep redelijkerwijs heeft mogen uitgaan van een 'grofmaziger' benadering van de uiteenlopende mogelijke oorzaken voor arbeidsongeschiktheid. Bezwaar VI faalt derhalve.

5.16 Bezwaar V houdt in dat Verzekeraar ten onrechte uitkering heeft geweigerd, nu niet vaststaat of de bij Consument vastgestelde ongespecificeerde neurocognitieve stoornis een psychische of neurologische grondslag heeft.

5.17 Ook dit bezwaar faalt. Uit hetgeen hiervoor is overwogen vloeit voort dat de Commissie van Beroep ervan uitgaat dat Verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken in 2011 van dekking zou hebben uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard, waaronder surmenage (overspannenheid). Consument bestrijdt niet dat haar arbeidsongeschiktheid het gevolg is van psychische klachten.

Consument heeft geen overtuigende gronden aangevoerd voor haar stelling dat het voor de toepassing van de door Verzekeraar gehanteerde clausule ter zake doet of die psychische klachten hun oorsprong vinden in een stoornis van psychische dan wel neurologische aard. Daarom moet ervan worden uitgegaan dat de arbeidsongeschiktheid van Consument bij toepassing van de clausule buiten de dekking valt.

5.18 Ter zitting van de Commissie van Beroep is nog gesproken over de vraag of Verzekeraar door de melding van de arbeidsongeschiktheid op 21 januari 2016 in combinatie met de daarna ontvangen medische informatie niet al op 25 april 2016, toen zij nader onderzoek door [naam expertiseburo] aankondigde, geacht moet worden te hebben ontdekt dat Consument niet aan haar mededelingsplicht had voldaan. In dat geval had Verzekeraar daarop op grond van art. 7:929 lid 1 BW binnen twee maanden nadien een beroep moeten doen en niet pas op 15 juli 2016. Nu op dit punt in het beroepschrift van Consument geen bezwaar is geformuleerd, kan dit reeds om die reden geen grond opleveren voor vernietiging van de bestreden uitspraak van de Geschillencommissie.
Ten overvloede merkt de Commissie van Beroep nog het volgende op. Op het hiervoor in 3.6 aangehaalde schademeldingsformulier heeft Consument geen informatie vermeld waaruit Verzekeraar heeft moeten afleiden dat Consument bij het aangaan van de verzekering in 2011 niet aan haar mededelingsplicht had voldaan, ook niet in het licht van de medische stukken waarover hij bij het aanvragen van medisch onderzoek door [naam expertiseburo] de beschikking had. Consument wijst er evenwel op dat zij op 4 december 2013 nog een gezondheidsverklaring heeft ingevuld in verband met een door haar gewenste verhoging van de verzekerde som, die met ingang van 1 januari 2014 is gerealiseerd. Naar het oordeel van de Commissie van Beroep bevat het schademeldingsformulier ook geen informatie waaruit Verzekeraar had moeten begrijpen dat Consument in 2013 niet aan haar mededelingsplicht had voldaan. Dat geldt ook voor het antwoord op de vraag welke arts/ specialist Consument eerder heeft behandeld: “GGZ Centraal (2013?)”. Uit dit antwoord volgt immers niet zonder meer dat de eerdere behandeling van Consument had plaatsgevonden in 2013 en ook niet dat deze was voorafgegaan aan de invulling van de gezondheidsverklaring op 4 december 2013. Maar ook als dit anders zou zijn, doet dat er niet aan af dat Verzekeraar pas na ontvangst van de rapportage van [naam expertiseburo] ervan op de hoogte raakte dat Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring in 2011 geen melding had gemaakt van haar winterdepressieklachten en Verzekeraar derhalve in ieder geval met betrekking tot die schending van de mededelingsplicht Consument tijdig op de mogelijke gevolgen heeft gewezen.

5.19 Consument heeft ten slotte aanspraak gemaakt op gedeeltelijke restitutie van de door haar betaalde premie, naar evenredigheid van het lagere risico dat Verzekeraar loopt door de gehanteerde uitsluiting (Beroepschrift, onder 25).

5.20 Ook dit bezwaar slaagt niet, aangezien er geen grond is om Verzekeraar tot zodanige gedeeltelijke restitutie te verplichten. Een recht op teruggave van premie bestaat op grond

van art. 7:938 lid 1 BW slechts indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien Consument het arbeidsongeschiktheidsrisico elders tegen gunstiger voorwaarden kon laten verzekeren, kon zij gebruik maken van het recht om de verzekering tussentijds op te zeggen (artikel 7:929 lid 3 BW).

5.21 De slotsom is dat de bezwaren van Consument tegen de bestreden beslissing niet slagen, zodat de bestreden beslissing zal worden gehandhaafd.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep handhaaft de bestreden beslissing.