Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0642

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. D. van der Linden, mr. drs. E.G. van der Jagt, arts, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	21 augustus 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering gedeeltelijk toegewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een beroep gedaan op haar verzekering wegens psychische, nek- en rugklachten. De verzekeraar heeft uitkering geweigerd en de verzekering beëindigd omdat de consument haar precontractuele mededelingsplicht zou hebben geschonden. De verzekeraar stelt dat hij bij kennis van de juiste stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, omdat hij dan drie clausules had geplaatst en het gebruikelijk is dat een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij drie clausules niet wordt geaccepteerd. De commissie oordeelt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht, maar dat de verzekering niet zou zijn geweigerd omdat sprake was van twee en niet drie clausules. De vordering van de consument wordt in die zin toegewezen dat de verzekeraar de verzekering in kracht moet herstellen en de claim van de consument ten aanzien van de nek- en rugklachten alsnog in behandeling moet nemen.

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) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de reactie daarop van de consument; 7) het namens de consument ter zitting overhandigde artikel en 8) de uitleg van de vordering van de consument.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 26 mei 2023. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar vertegenwoordiger [naam 1]. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mr. [naam 2], legal counsel. Drs. [naam 3], medisch adviseur van de verzekeraar, heeft digitaal aan de zitting deelgenomen. Na de zitting heeft de commissie de consument in de gelegenheid gesteld haar vordering te verduidelijken.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft een woonlastenverzekering bij de verzekeraar aangevraagd met dekking tegen arbeidsongeschiktheid. De verzekering is tot stand gekomen nadat de consument op 4 januari 2018 een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. De aanvraag is geaccepteerd en de ingangsdatum van de verzekering is 29 maart 2018. Het polisblad vermeldt als verzekerd beroep kostuumontwerper. Daarnaast staat onder meer op het polisblad dat een eigen risicotermijn van één jaar en een verzekerd maandbedrag van € 500,00 geldt en dat sprake dient te zijn van minimaal 35% arbeidsongeschiktheid. De verzekering is door partijen geaccepteerd met een clausule waarin recht op uitkering is uitgesloten als de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, dan wel verband houdt met verlies van creativiteit (waaronder begrepen inspiratie-verlies, writers block) en gevolgen.

2.2 De gezondheidsverklaring begint met een toelichting met daarin onder andere de tekst '*Noem al uw klachten. Oók als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest*'. Op de gezondheidsverklaring staan bij deel 3 rubrieken over de gezondheid. De rubrieken worden voorafgegaan met de volgende tekst:

> *'In de rubrieken A tot en met M moet u aangeven of u één of meer van de genoemde klachten, ziekten of aandoeningen had of heeft. U moet hier alles melden sinds uw geboorte.*
>
> *Let op! Kruis ook ja aan als u:*
>
> *- Bij een huisarts, hulpverlener, alternatief zorgverlener of medisch specialist bent geweest. Of als u hier contact mee heeft opgenomen;*
> *- Was opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere instelling;*
> *- Geopereerd bent of geopereerd wordt;*
> *- Medicijnen gebruikt of medicijnen heeft gebruikt;*
> *- Onder controle of onder behandeling bent.*
>
> *Het is belangrijk dat u deze vragen juist en volledig beantwoordt. Twijfelt u of weet u iets niet zeker. Geef dit dan aan.'*

Voor zover relevant heeft de consument 'nee' aangekruist bij de volgende rubrieken:

> *'B Depressie, schizofrenie, psychose, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) en/of ADD (Attention Deficit Disorder). ASS (Autisme Spectrum Stoornis), overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout, alcoholisme, verslaving.*
>
> (…)
>
> *J Rugpijn, rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug, nekklachten, botbreuk, KANS (dit heet RSI), bekkeninstabiliteit, fibromyalgie, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming. Of een andere klacht ziekte of aandoening aan spieren, armen, benen of gewrichten (zoals heupen, schouders en knieën).*
>
> (…)
>
> *L Klacht, ziekte of aandoening aan neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornissen) of oorsuizen?'*

2.3 De consument is per 21 februari 2021 arbeidsongeschikt geraakt door psychische klachten en nek- en rugklachten. Daarvoor heeft de consument op 17 januari 2022 een claim ingediend bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en door zijn medisch adviseur laten onderzoeken.

2.4 De medisch adviseur heeft op 5 mei 2022 geconcludeerd dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden door psychische klachten, tinnitusklachten en recidiverende klachten van de wervelkolom niet op de gezondheidsverklaring te vermelden en dat deze klachten bij een juiste stand van zaken zouden zijn geclausuleerd. De verzekeraar heeft zich daarom op het standpunt gesteld dat de verzekering bij een juiste stand van zaken niet tot stand was gekomen en dat de verzekering per 11 mei 2022 wordt beëindigd. De verzekeraar heeft de consument hierover bij brief van 11 mei 2022 geïnformeerd.

2.5 De consument heeft bezwaar gemaakt tegen het standpunt van de verzekeraar. Partijen zijn er onderling niet uitgekomen, waarop de consument een klacht bij Kifid heeft ingediend.

Niet langer gehandhaafd standpunt

2.6 In de schriftelijke procedure bij Kifid heeft de verzekeraar aangegeven dat hij zich niet langer op het standpunt stelt dat de rugklachten van de consument hadden geleid tot een clausule voor de gehele wervelkolom. Deze clausule is hierdoor niet meer aan de orde.

De klacht en vordering

2.7 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte geen dekking verleent voor haar arbeidsongeschiktheid. Zij vordert uitkering onder de verzekering, namelijk € 500,- per maand vanaf 26 februari 2022. Daarnaast vordert zij dat de verzekering wordt voortgezet en dat de clausules worden verwijderd. Ter onderbouwing van haar vordering voert de consument de volgende argumenten aan.

2.8 De verzekeraar stelt ten onrechte dat zij haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Zij heeft de gezondheidsverklaring naar eer en geweten en zo volledig mogelijk ingevuld. Voor hulp heeft zij voorafgaand aan het invullen van de gezondheids-verklaring Re Medical Group (RMG), het medisch adviesbureau van de verzekeraar, gebeld. Het is logisch dat de consument niet alles wat zij medisch heeft meegemaakt heeft gemeld, omdat zij dan elke verkoudheid of geschaafde knie sinds haar kindertijd had moeten benoemen.

2.9 De consument heeft de tinnitusklachten niet gemeld, omdat deze niet relevant waren. Deze klachten zijn na korte tijd verdwenen en niet meer teruggekomen. De verzekeraar heeft nagelaten te bewijzen dat de kans op recidive van tinnitusklachten groot is of dat deze klachten stress-gerelateerd zijn. Wat betreft de psychische klachten ontbreekt het relevantie- en het kennisvereiste. De consument wist niet dat haar huisarts sommige klachten om administratieve en niet om medische redenen heeft samengevat onder de noemer burn-out. Dit heeft de huisarts per brief bevestigd. In de jaren vóór het afsluiten van de verzekering heeft de consument fulltime gewerkt en had zij dus geen burn-out. De consument heeft hulp gezocht op het gebied van werk, familie en haarzelf. De huisarts heeft haar doorverwezen naar een psycholoog, maar die heeft telefonisch in het eerste gesprek aangegeven de consument niet te kunnen helpen. Er heeft dan ook geen behandeling plaatsgevonden. Zij heeft enkel verschillende keren met een leefstijlcoach gesproken. Zij had dus geen psychische klachten.

Het verweer

2.10 De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat de verzekering bij kennis van de juiste stand van zaken niet tot stand was gekomen vanwege de uitsluitingsclausules voor psychische klachten en voor tinnitus in combinatie met de bij aanvang van de verzekering reeds geplaatste clausule inspiratieverlies. Bij drie clausules wordt geen verzekering afgesloten. Volgens de verzekeraar is dit acceptatiebeleid gebaseerd op dat van een redelijk handelend verzekeraar. Het is immers in de markt gebruikelijk dat een verzekering bij meer dan twee clausules niet tot stand komt.

2.11 De verzekeraar vindt dat de consument had moeten weten dat zij voorafgaand aan het sluiten van de verzekering psychische klachten had. Zij is in de periode 2012/2013 namelijk bij de huisarts geweest voor psychische klachten.

Bovendien werd vanwege slaapproblemen medicatie voorgeschreven en is zij verwezen naar en behandeld door eerst een psycholoog en daarna een coach.

2.12 Daarnaast vindt de verzekeraar dat de consument de tinnitusklachten had moeten melden. In de gezondheidsverklaring wordt ook naar klachten gevraagd die de aspirant verzekerde heeft gehad. De klachten hoeven dus niet actueel te zijn. Zij had de tinnitusklachten bovendien moeten melden, omdat zij voor deze klachten ook specialisten heeft bezocht. Ook is niet aannemelijk dat RMG haar heeft geadviseerd die klachten niet te melden.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en of de verzekeraar uitkering mocht weigeren en de verzekering mocht beëindigen. De commissie vindt dat de consument wel haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden, maar dat de verzekering niet had mogen worden beëindigd. De claim ten aanzien van de nek- en rugklachten moet alsnog worden onderzocht. Zij zal haar oordeel hierna toelichten door eerst het juridisch kader te schetsen en dit kader daarna toe te passen op de situatie van de consument.

Juridisch kader

3.2 In artikel 7:928 lid 1 BW staat dat de verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekering aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen om de verzekering te sluiten.

3.3 De mededelingsplicht waarop artikel 7:928 lid 1 BW betrekking heeft, geldt tot het moment dat de verzekering is gesloten. De precontractuele mededelingsplicht houdt dus niet op te bestaan na het ondertekenen en verzenden van het aanvraagformulier en/of de medische vragenlijst door de aspirant-verzekeringnemer, maar blijft bestaan totdat de verzekering daadwerkelijk is gesloten.[1]

3.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt dat de verzekeraar zich er niet op kan beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld en ook niet dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit staat in lid 6 van artikel 7:928 BW.

[1] Zie ook Hoge Raad van 22 september 2017 ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl.

3.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[2]

3.6 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[3]

3.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in dat feit is geïnteresseerd. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet dan aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.[4]

3.8 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst kan er (onder meer) toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Een succesvol beroep hierop kan nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.

3.9 Op grond van artikel 7:929 lid 2 BW kan de verzekeraar de verzekering per direct opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.

3.10 Als de verzekeraar aanvoert dat hij de verzekering niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.[5]

3.11 De commissie neemt het voorgaande als uitgangspunt bij haar volgende overwegingen.

Heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden bij het invullen van de gezondheidsverklaring?

3.12 De commissie zal deze vraag beantwoorden door eerst de tinnitusklachten te bespreken en daarna de psychische klachten.

[2] Zie de uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.
[3] Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
[4] Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.
[5] Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

3.13 Tussen partijen staat vast dat de consument voorafgaand aan de het invullen van de gezondheidsverklaring oorsuizen oftewel tinnitusklachten heeft gehad. De consument ontkent dit ook niet. Zij stelt evenwel dat de klachten niet relevant waren om te vermelden. De commissie volgt haar hierin niet. De verzekeraar heeft bij deel 3 onder L van de gezondheidsverklaring namelijk expliciet gevraagd om aan te geven of de consument last had of heeft van oorsuizen en daarmee was het duidelijk dat de verzekeraar geïnteresseerd was in deze klachten. Bovendien was de consument in verband met tinnitusklachten door haar huisarts verwezen naar een keel-, neus- en oorarts waardoor kan worden gesproken van een bepaalde ernst van de klachten, die zij bovendien slechts enkele jaren vóór het invullen van de gezondheidsverklaring had, namelijk in 2015 en 2016. Dat de klachten reeds waren verdwenen en na 2016 niet meer zijn teruggekomen maakt dit niet anders. Uit de ter zitting gegeven uitleg van de consument over het contact met RMG blijkt bovendien niet dat over tinnitusklachten daadwerkelijk is gesproken en dus ook niet dat RMG heeft geadviseerd die niet te vermelden. Daarvoor was het door haar geschetste gesprek te algemeen.

3.14 Ten aanzien van de psychische klachten stelt de consument dat zij deze niet had en dat zij enkel hulp heeft gezocht op het gebied van familie, werk en haarzelf. Daarnaast wist zij niet dat de huisarts haar hulpvraag van destijds later om administratieve redenen heeft geclusterd onder de noemer burn-out en is zij niet door een psycholoog behandeld. De commissie is van oordeel dat het in dit geval niet relevant is of haar huisarts destijds burn-out als diagnose heeft genoteerd of pas later om administratieve redenen en of zij de consument destijds heeft laten weten dat zij psychische klachten had. Op basis van het medische dossier oordeelt de commissie dat de consument in 2013 en 2015, dus voorafgaand aan het invullen van de gezondheidsverklaring, klachten had die zij bij de vraag over psychische klachten had moeten invullen. De problemen die zij ervoer op verschillende vlakken in haar leven hebben haar destijds dusdanig aangegrepen dat zij hierdoor last kreeg van slapeloosheid. In de vraag van de verzekeraar over psychische klachten wordt niet alleen naar stoornissen en ziektes gevraagd, maar ook naar slapeloosheid. De consument had daarom moeten begrijpen dat zij voorafgaand aan het invullen van de gezondheidsverklaring klachten heeft gehad die zij bij de vraag over psychische klachten moest vermelden. Ook omdat haar huisarts medicijnen voorgeschreven heeft tegen slapeloosheid en hier op de gezondheidsverklaring eveneens naar wordt gevraagd. Bovendien is de consument, hoewel niet behandeld, wel doorverwezen naar een psycholoog.

3.15 Het voorgaande brengt mee dat de consument niet aan haar precontractuele mededelingsplicht heeft voldaan door de tinnitus- en psychische klachten onvermeld te laten. Vervolgens is de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij een juiste kennis van zaken had gedaan. Zie overweging 3.10.

Redelijk handelend verzekeraar

3.16 De verzekeraar heeft steeds betoogd dat de verzekering bij een juiste stand van zaken niet tot stand was gekomen, omdat sprake zou zijn van drie clausules, namelijk de reeds bestaande clausule voor verlies aan creativiteit en de aanvullende clausules voor psychische, nek- en rugklachten. Ter zitting is echter naar voren gekomen dat het beroep van de consument geen kostuumontwerper maar kostuummaker is en dat haar beroep technisch en niet creatief is. Op het aanvraagformulier was echter geen mogelijkheid om kostuummaker in te vullen. De verzekeraar heeft ter zitting bevestigd dat voor technische beroepen, zoals kostuummaker, geen clausule voor verlies aan creativiteit geldt en daarom is de commissie van oordeel dat deze clausule ten onrechte op de polis is geplaatst en moet worden verwijderd. De verzekeraar heeft wel voldoende aannemelijk gemaakt dat hij bij kennis van de juiste stand van zaken clausules had geplaatst voor tinnitus- en psychische klachten. Naar het oordeel van de commissie is dat terecht met de kanttekening dat een redelijk handelend verzekeraar in het onderhavige geval een recht op herbeoordeling na vijf jaar had aangeboden voor de psychische klachten. De tinnitusklachten gaven geen aanleiding voor een recht op herbeoordeling vanwege het risico op recidive. Omdat de huidige psychische klachten van de consument zich binnen vijf jaar na aanvang van de verzekering hebben geopenbaard, zou dit ertoe hebben geleid dat de clausule voor psychische klachten was gehandhaafd.

3.17 Dit brengt mee dat bij kennis van de juiste stand van zaken de verzekering zou zijn geaccepteerd met een clausule voor tinnitusklachten en een clausule voor psychische klachten met een recht op herbeoordeling na vijf jaar. Gesteld noch gebleken is dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering bij deze twee clausules zou hebben afgewezen.

Slotsom

3.18 De slotsom is dat de verzekeraar de verzekering van de consument ten onrechte heeft beëindigd. De verzekeraar moet de verzekering daarom per 1 mei 2022 herstellen en de clausule voor verlies aan creativiteit verwijderen. De verzekeraar heeft wel voldoende aannemelijk gemaakt dat bij kennis van de juiste stand van zaken clausules voor tinnitus- en psychische klachten hadden gegolden. Bij het herstel van de verzekering mogen deze twee clausules dus worden geplaatst met werking vanaf het sluiten van de verzekeringsovereenkomst. Omdat de consument zich behalve door psychische klachten ook arbeidsongeschikt heeft gemeld vanwege nek- en rugklachten dient de verzekeraar de claim in verband met nek- en rugklachten alsnog te beoordelen.

4. De beslissing

De commissie:

- bepaalt dat de verzekering per 11 mei 2022 in kracht moet worden hersteld, waarbij de verzekeraar clausules mag plaatsen voor tinnitusklachten en voor psychische klachten en waarbij de verzekeraar de clausule voor verlies aan creativiteit verwijdert,
- bepaalt dat de claim van de consument inzake de rug- en nekklachten alsnog in behandeling wordt genomen, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd,
- wijst de overige vorderingen verder af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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