# Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0551

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

| | |
|---|---|
| Datum uitspraak | 2 juli 2024 |
| Klacht van | De consument |
| Tegen | RheinLand Versicherungs A.G., h.o.d.n. Credit Life International Schade, gevestigd te Amstelveen verder te noemen de verzekeraar |
| Aard uitspraak | Bindend advies |
| Uitkomst | Vordering afgewezen |
| Bijlage | Relevante bepalingen uit de wetgeving |

## Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering, schending precontractuele mededelingsplicht. De consument heeft in verband met haar arbeidsongeschiktheid na een ongeval, uitkering verzocht op grond van de bij de verzekeraar afgesloten inkomensgarantieverzekering. De verzekeraar heeft een beroep gedaan op het niet nakomen van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering en op grond daarvan uitkering geweigerd en de verzekering beëindigd met restitutie van de door de consument betaalde premies. De commissie oordeelt dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar uitkering in verband met de arbeidsongeschiktheidsclaim mocht weigeren en de verzekering mocht opzeggen. De vorderingen van de consument worden afgewezen.

## 1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) 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 en 6) de verklaring die de consument bij de hoorzitting heeft voorgelezen.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 11 maart 2024. De consument nam deel aan de hoorzitting, samen met haar vertegenwoordiger mr. W.G. ten Have, advocaat te Winschoten. Namens de verzekeraar namen deel: mr. [naam 1], legal & compliance officer en drs. [naam 2], medisch adviseur.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

## 2. Het geschil

*Wat is er gebeurd?*

2.1 De consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij de verzekeraar ingaande 1 juli 2019, genoemd Callas inkomensgarantieverzekering, hierna te noemen: de verzekering. De verzekering voorziet in een aanvulling van de WIA-uitkering tot 89,59% van het laatstverdiende inkomen. Het gegarandeerde maandinkomen is maximaal € 1.850,-.

2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 10 mei 2019 een gezondheidsverklaring ingevuld. Op dit formulier staat onder meer het volgende:

> "*Uw Gezondheid*
> *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."*

De consument heeft "Ja' geantwoord bij rubriek J waarin gevraagd is naar klachten met betrekking tot:

> "*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)."*

De consument heeft vervolgens de in de bijlage gestelde vragen beantwoord:

> *"Letter van de vraag waar u Ja aankruiste* *J*
> *Welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht heeft u? Of heeft u gehad?* *Hernia*
> *Vanaf wanneer heeft u dit of van wanneer tot wanneer had u dit?* *van 2008 tot 2009"*

De consument heeft alle andere rubrieken met "Nee" beantwoord, waaronder rubriek B en L:

> *"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.*
>
> *L - Klacht, ziekte of aandoening aan neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis) of oorsuizen?"*

2.3 Op grond van deze gezondheidsverklaring is de verzekering tot stand gekomen, zij het met een uitsluitingsclausule in verband met het antwoord van de consument op rubriek J:

> *" Er bestaat geen recht op uitkering wanneer de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, dan wel verband houdt met: aandoeningen van de lumbale (=lenden) en sacrale (heiligbeen) wervelkolom en gevolgen met uitzondering van nieuwvormingen (tumoren) of fracturen."*

2.4 Op 21 januari 2022 heeft de verzekeraar een melding van de consument ontvangen dat zij arbeidsongeschikt is als gevolg van een duik in ondiep water op 13 juli 2020 in Spanje, hierna te noemen: het ongeval. De consument heeft gemeld dat zij per 31 augustus 2020 arbeidsongeschikt is.

2.5 Op 10 december 2022 heeft de medisch adviseur van de verzekeraar op grond van de ontvangen medische informatie advies uitgebracht, hierna te noemen: het rapport van de medisch adviseur.

2.6 Per brief van 17 januari 2023 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat uit het rapport van de medisch adviseur naar voren is gekomen dat er sinds 1982 sprake is van ernstige psychische problematiek en dat de verzekering niet tot stand zou zijn gekomen als hij voor de aanvraag de beschikking had gehad over deze informatie. De verzekeraar heeft de consument in deze brief gemeld dat zij geen recht heeft op uitkering, dat de verzekering per ingangsdatum wordt beëindigd en dat de betaalde premies worden teruggestort.

2.7 Per brief van 8 februari 2023 heeft de advocaat van de consument bij de verzekeraar bezwaar ingediend tegen het door de verzekeraar ingenomen standpunt. Hij heeft de verzekeraar verzocht de claim toe te wijzen en de verzekering te continueren.

2.8 Per brief van 1 mei 2023 heeft de verzekeraar een nadere toelichting gegeven op het ingenomen standpunt over de psychische klachten. Namelijk dat uit het medisch advies-rapport blijkt dat PTSS- klachten bestaan vanaf 1982 tot heden, dat de consument vanaf haar twaalfde is begonnen met automutilatie en dat zij tot op heden de neiging heeft om zichzelf te beschadigen wanneer zij het zwaar heeft. Ook blijkt uit de stukken dat zij drie zelfmoordpogingen heeft gedaan. De medisch adviseur heeft volgens de verzekeraar aangegeven dat als deze voorgeschiedenis bij aanvraag van de verzekering bekend zou zijn geweest, hij zou hebben geadviseerd om de aanvraag af te wijzen.

2.9 De verzekeraar heeft in de brief van 1 mei 2023 ook laten weten dat de consument heeft verzuimd om rubriek L bevestigend te beantwoorden, omdat zij in 2018 de huisarts meerdere malen heeft geraadpleegd wegens draaiduizeligheid/gehoorklachten door acute ontsteking van het evenwichtsorgaan en daarvoor is verwezen naar een neuroloog. De verzekeraar heeft daarbij vermeld dat als de consument deze klachten had gemeld, dit volgens het advies van de medisch adviseur tot een extra uitsluitingsclausule zou hebben geleid of anders zou de aanvraag zijn aangehouden, omdat deze klachten korte tijd voor het afsluiten van de verzekering speelden.

2.10 De verzekeraar heeft zich in zijn brief van 1 mei 2023 op het standpunt gesteld dat de verzekering alleen al door de ernst van de psychische klachten en recidiverende zelfmoordpogingen van de consument niet tot stand zou zijn gekomen, maar zeker niet in combinatie met de wel opgegeven klachten aan de wervelkolom (waarvoor een uitsluitings-clausule is geplaatst) en een eventuele extra uitsluitingsclausule voor de gehoorklachten.

2.11 Per brief van 7 augustus 2024 heeft de advocaat van de consument een klacht ingediend bij Kifid over het door de verzekeraar ingenomen standpunt.

*De klacht en vordering*

2.12 De consument heeft de commissie bij de digitale hoorzitting in een door haar voorgelezen verklaring toegelicht dat zij in haar jeugd seksueel is misbruikt, maar dat haar verleden voor haar nooit een probleem was en zij er geen last van had. Toen zij de verzekering aanvroeg, was zij gelukkig met haar kinderen, huis, leven, nieuwe liefde en werk. Zij is ervan overtuigd dat ze nu nog steeds zo in het leven had gestaan wanneer ze het ongeval niet had gehad. Pas in februari 2022 kwamen de emoties uit het verleden naar boven in therapeutische gesprekken die zij volgde om te leren omgaan met haar niet aangeboren hersenletsel (NAH). Pas in 2022 is de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) vastgesteld. Verder heeft de consument toegelicht dat zij in 2003/2004 psychiatrische hulpverlening heeft gehad en tijdelijk antidepressiva heeft gekregen in verband met het overlijden van haar ex-schoonvader (die voor haar een plaatsvervangend vader was), vlak voor haar huwelijk. Zij heeft toen een aantal spoedgesprekken gevolgd en een korte periode medicatie gebruikt om haar huwelijksdag nog zo goed als dat kon door te laten gaan. Er is voor het ongeval nooit sprake geweest van een psychiatrische stoornis, deze is ook nooit bij haar gediagnostiseerd. De gezondheidsverklaring heeft zij naar eer en geweten ingevuld. Ten slotte heeft de consument aangevoerd dat haar NAH en whiplash door het ongeval de redenen zijn dat zij niet meer kan en mag werken en dat dit niets met de PTTS te maken heeft die zij later heeft ontwikkeld.

2.13 De advocaat van de consument heeft in de stukken en op de hoorzitting de klacht van de consument vanuit een juridisch perspectief toegelicht. De consument betwist dat de verzekeraar de verzekering op grond van haar psychische voorgeschiedenis niet zou hebben geaccepteerd. De verzekeraar heeft volgens de consument niet voldaan aan de op hem rustende bewijslast dat een redelijk handelend verzekeraar bij bekendheid met de ware stand van zaken, de verzekering niet zou hebben gesloten. Er is door de verzekeraar alleen verwezen naar het rapport van de medisch adviseur, er zijn geen objectieve bewijsstukken meegezonden waaruit blijkt dat er sinds 1982 sprake is van ernstige psychische problematiek. Het gaat om een jeugdtrauma dat op het moment van de aanvraag geen rol speelde in het leven van de consument. Dat de klachten nog doorlopen tot het moment van de aanvraag blijkt niet uit de medisch stukken. De verzekeraar had op zijn minst nader onderzoek moeten doen om te beoordelen of de psychische klachten nog aanwezig waren, wat wellicht tot een uitsluiting zou hebben geleid, maar niet tot een volledige afwijzing van de aanvraag.

Er is door de verzekeraar ook niet verwezen naar een acceptatiebeleid waaruit volgt dat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet tot stand zou zijn gekomen. Op de website van de verzekeraar staat dat de verzekeraar bij het afsluiten van een verzekering, in het geval van een bestaande aandoening, de keuze biedt om dit risico tegen een hogere premie mee te verzekeren of om dit niet mee te verzekeren.

2.14 Volgens de consument volgt uit het rapport van de medisch adviseur dat de klachten van draaiduizeligheid/gehoorklachten 'mogelijk' tot een uitsluiting zou hebben geleid. Of dit werkelijk tot een uitsluiting zou hebben geleid, is dus niet zeker. Het staat daarom niet vast dat mededeling van de klachten van draaiduizeligheid/gehoorklachten tot meer dan twee uitsluitingsclausules zou hebben geleid, zeker met het gegeven dat de consument op het moment van de aanvraag van de verzekering geen klachten meer van draaiduizeligheid ondervond.

2.15 Ten slotte stelt de consument dat haar een beroep op artikel 7:930 lid 2 Burgerlijk Wetboek (BW) toekomt omdat de door haar niet meegedeelde feiten van geen belang zijn voor het risico dat zich heeft verwezenlijkt. Uit het rapport van de medisch adviseur blijkt volgens haar dat er geen relevante voorgeschiedenis is van de klachten die zijn ontstaan na het ongeval. Zij kon voor het ongeval nog gewoon haar werkzaamheden uitvoeren. Haar voorgeschiedenis van psychische klachten staat in geen enkel verband met haar arbeidsongeschiktheid.

2.16 De consument vordert voortzetting van de verzekering en uitkering onder de verzekering in verband met haar arbeidsongeschiktheid.

*Het verweer*

2.17 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

## 3. De beoordeling

*Inleiding*

1. Heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden?
2. Mocht de verzekeraar de uitkering in verband met de arbeidsongeschiktheidsclaim van de consument weigeren en de verzekering opzeggen?
De commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en licht hierna haar oordeel toe.

*Precontractuele mededelingsplicht – het juridisch kader*

3.1 Op grond van artikel 7:928 lid 1 BW is een verzekeringnemer (in dit geval de consument) verplicht om bij het sluiten van een verzekering aan de verzekeraar mede te delen:

- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar);
- die hij kent of behoort te kennen;
- en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen.

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

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

3.3 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[2]

3.4 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.

3.5 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering slechts onder andere voorwaarden (artikel 7:930 lid 3 BW) of niet (artikel 7:930 lid 4 BW) zou hebben gesloten. Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde (artikel 7:930 BW) en voor de voortzetting van de verzekering (artikel 7:929 lid 2 BW).

3.6 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de aanvraag niet had geaccepteerd, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.[3]

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

---

[1] Hoge Raad 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[2] Hoge Raad 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3., te vinden op www.rechtspraak.nl.
[3] Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

*De consument heeft haar precontractuele mededelingsplicht geschonden*

3.8 De commissie volgt de verzekeraar in zijn oordeel dat uit de beschikbare medische informatie blijkt dat de consument voor het afsluiten van de verzekering een voorgeschiedenis had van aanzienlijke psychische problematiek. In een verklaring die de consument na het ongeval heeft opgesteld in het kader van een eerste opzet voor het stellen van de diagnose PTSS heeft zij onder meer genoteerd dat zij vanaf 1982 tot nu PTSS- klachten heeft. Daarbij noemt de consument onder meer automutilatie waarmee zij op haar twaalfde begon en dat zij nog steeds de neiging heeft om zichzelf te beschadigen als zij het zwaar heeft. Zij noemt drie zelfmoordpogingen, twee keer door op de rails te gaan staan voor een naderende trein en de laatst keer op 31-jarige leeftijd door een overdosis medicatie te nemen. De consument noemt ook een gewelddadige overval in 2016 op haar werk door een cliënt die alcohol- en drugsverslaafd was. Hierbij is zij tegen de muur gedrukt en met een mes bedreigd. Als gevolg hiervan kreeg zij een burn-out, is zij twee jaar thuis geweest en heeft zij haar baan verloren.

3.9 De consument stelt dat zij op het moment van de aanvraag van de verzekering in 2019 geen last meer van had van deze ernstige voorgeschiedenis. De commissie volgt echter de verzekeraar in zijn verweer dat op de gezondheidsverklaring óók gevraagd is naar klachten die de consument *had*, en wel *vanaf haar geboorte. In* de uitleg bij deze vraag staat ook: omdat het niet alleen gaat om de huidige klachten, maar ook om de inschatting van het arbeidsongeschiktheidsrisico op basis van het verleden van de persoon die zich wil verzekeren. Zoals hiervoor onder randnummer 3.4 is overwogen heeft de verzekeraar door de vraag onder rubriek B waarin onder meer depressie, overspannenheid en angststoornis worden genoemd, duidelijk gemaakt dat hij (eventuele) informatie hierover wilde ontvangen van de consument. De consument had daarom de recidiverende episoden van psychische klachten moeten melden bij rubriek B van de gezondheidsverklaring zoals zij wel melding heeft gemaakt van haar rugklachten in de periode van 2008 tot 2009.

3.10 Gelet op het voorgaande neemt de commissie als vaststaand aan dat de consument haar mededelingsplicht heeft geschonden.

*Een redelijk handelend verzekeraar zou de verzekering niet hebben geaccepteerd*

3.11 De verzekeraar heeft gesteld dat hij met kennis van de ware feiten de verzekering niet zou hebben geaccepteerd. Op de verzekeraar rust de bewijslast dat een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan (zie randnummer 3.6 hiervoor).

3.12 De verzekeraar heeft erop gewezen dat hij ten tijde van de aanvraag van de consument voor de beoordeling van de acceptatie van de verzekering gebruik maakte van de advies-regels ‘MIRA’ van zijn herverzekeraar Munich Re. Volgens deze adviesregels zou voor een verzekering als door de consument is afgesloten, bij kennis van de psychische klachten van de consument uit het verleden, de verzekering niet zijn geaccepteerd. Bij meerdere pogingen tot zelfdoding is het advies om de verzekering af te wijzen.

Hetzelfde geldt bij “PTSS severe”. Bij de consument is sprake van een combinatie van deze twee, waardoor er dus meerdere redenen zijn om, de adviesregels volgend, de aanvraag af te wijzen.

3.13 Ter verdere onderbouwing van zijn standpunt dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet zou hebben geaccepteerd, heeft de verzekeraar gewezen op de adviesregels van Scor (een andere herverzekeraar), op basis waarvan de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken, ook niet zou zijn geaccepteerd.

3.14 Daarnaast heeft de verzekeraar betoogd dat Munich Re sinds 2021 niet meer zijn herverzekeraar is. Hij gaat volgens zijn eigen adviesregels nog steeds uit van de adviesregels van Munich Re, genaamd MIRA, maar voor sommige aandoeningen wordt daarvan afgeweken, door de verzekerde de keuze te bieden om in te stemmen met een premieopslag, als alternatief voor een uitsluitingsclausule. Volgens de verzekeraar zou het huidige acceptatiebeleid van de verzekeraar, aangeduid met MyCreditLife, óók hebben geleid tot een afwijzing van de aanvraag.

3.15 De commissie oordeelt dat de verzekeraar, met zijn gemotiveerde onderbouwing aan de hand van het destijds op basis van de adviesregels van zijn herverzekeraar gehanteerde acceptatiebeleid, de adviesregels van een andere wereldwijde herverzekeraar en zijn huidige acceptatieregels, voldoende heeft aangetoond dat hij volgens zijn eigen beleid dat in overeenstemming is met dat van een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten.

*Het beroep van de consument op een gebrek aan causaal verband (artikel 7:930 lid 2 BW) gaat niet op*

3.16 De commissie volgt de verzekeraar ook in zijn verweer dat, nu zijn beroep op artikel 7:930 lid 4 BW doel treft, het niet van belang is dat de oorzaak van de huidige arbeidsongeschiktheid van de consument in geen causaal verband staat met haar psychische voorgeschiedenis. In artikel 7:930 lid 4 BW staat ‘In afwijking van de leden 2 en 3 (...)’. Dit betekent dat het slagende beroep van de verzekeraar op artikel 7:930 lid 4 BW meebrengt dat de consument geen beroep toekomt op lid 2 van diezelfde bepaling.

*De verzekeraar mocht de verzekering opzeggen*

3.17 De consument heeft de mededelingsplicht geschonden. De verzekeraar zou als redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet hebben gesloten met kennis van de ware stand van zaken. Dit betekent dat de verzekeraar de verzekering mocht opzeggen, op grond van artikel 7:929 lid 2 BW.

*Goede trouw en premierestitutie*

3.18 Dat de consument de gezondheidsverklaring naar eer en geweten heeft ingevuld staat tussen partijen niet ter discussie.

De verzekeraar heeft in zijn brief van 1 mei 2023 aangeven dat hij niet uitgaat van de kwade trouw van de consument. Het siert de verzekeraar dat hij de door de consument betaalde premies heeft gerestitueerd, hoewel dat bij de beëindiging van de verzekering volgens de wet nog niet verplicht was.[4]

*Slotsom*

3.19 De slotsom is dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar uitkering in verband met de arbeidsongeschiktheidsclaim mocht weigeren en de verzekering mocht opzeggen. De klacht van de consument is ongegrond. Haar vorderingen worden daarom afgewezen.

## 4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

*Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.*

*Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.*

## Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

[4] Per 1 juli 2023 is aan artikel 7:930 lid 4 BW toegevoegd: "'*De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.*'

## Bijlage - Relevante bepalingen uit de wetgeving

**Artikelen uit het Burgerlijk Wetboek**

**Artikel 7:928**

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
(...)
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. (...).

**Artikel 7: 929**

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

**Artikel 7:930**

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.

4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.