Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-742
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, drs. M.L.A. Schotel, arts, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 9 oktober 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. Loyalis, gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 9 september 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft een beroep gedaan op zijn verzekering wegens chronische overbelasting en burn-out. Verzekeraar heeft de claim afgewezen en zich op het standpunt gesteld dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht. Bij kennis van de ware stand van zaken had Verzekeraar een wachttermijn van 48 maanden en 10 clausules op de verzekering geplaatst, aldus Verzekeraar. De gezondheidsverklaring is onjuist ingevuld. De Commissie acht het aannemelijk dat Consument de gezondheidsverklaring heeft ingevuld. Vanwege het afwijkende beleid van Verzekeraar en het medische dossier is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar op basis van het medische dossier een wachttermijn van 48 maanden en 20 clausules op de verzekering van toepassing heeft mogen verklaren. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- de door Verzekeraar op 4 december 2019 ingezonden stukken;
- de door Consument op 14 januari 2020 ingezonden stukken;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de na de zitting door Verzekeraar op 22 juni 2020 ingezonden stukken;
- de reactie daarop van Consument van 8 juli 2020.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een videozitting op 10 juni 2020 en zijn aldaar verschenen.

Na de videozitting heeft de Commissie Verzekeraar verzocht rapportages van het UWV aan te leveren waaruit zou blijken dat Consument bij de aanvraag van de verzekering 15-25% arbeidsongeschikt was. Consument heeft op die stukken vervolgens gereageerd.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1962, heeft met ingang van 1 februari 2014 via haar werkgever [naam Werkgever] (een stichting voor openbaar onderwijs) een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Verzekerd zijn de rubrieken 'arbeidsongeschiktheid minder dan 35%, 'gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid' en 'volledige arbeidsongeschiktheid, vaste aanvulling'. Er zijn geen bijzondere bepalingen van toepassing verklaard.

2.2 Voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering is op 13 januari 2014 een aanvraagformulier met een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld. De verkorte gezondheidsverklaring bevat twee vragen:

1. "*Hebt u in de afgelopen 36 maanden een bezoek gebracht aan of contact gehad met een huisarts, bedrijfsarts, psycholoog of een andere hulpverlener in de gezondheidszorg?*"
2. "Gebruikt u medicijnen op voorschrift van een arts?"

Deze twee vragen zijn met "Nee" beantwoord.

2.3 Op 5 april 2018 heeft Consument zich per 29 januari 2016 bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens chronische overbelasting en burn-out. In een bij de arbeidsongeschiktheidsmelding gevoegde brief van haar werkgever van 6 april 2018 staat dat Consument een WAO-uitkering ontvangt. Zij is dan twee jaar arbeidsongeschikt. Ook staat in deze brief dat herstel binnen zes maanden na deze twee jaar niet is te verwachten, dat zij niet meer binnen haar eigen functie of een passende functie kan worden ingezet en dat besloten is om haar dienstverband met ingang van 1 mei 2018 te beëindigen wegens twee jaar arbeidsongeschiktheid.

2.4 Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding van Consument en de brief van haar werkgever van 6 april 2018 informatie opgevraagd.

Uit de ontvangen informatie heeft Verzekeraar geconcludeerd dat Consument vanaf 31 mei 1998 doorlopend arbeidsongeschikt is geweest en dat zij ook ten tijde van de aanvraag van de verzekering (13 januari 2014) arbeidsongeschikt was.

2.5 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft vervolgens medische informatie opgevraagd. Daaruit heeft hij geconcludeerd dat Consument niet heeft voldaan aan haar precontractuele mededelingsplicht. Had zij dat wel gedaan dan zou zij, aldus de medisch adviseur, een uitgebreide gezondheidsverklaring hebben moeten invullen (hetgeen Consument op verzoek van de medisch adviseur later alsnog heeft gedaan) en zou op basis daarvan een wachttermijn van 48 maanden zijn geadviseerd. Tevens zouden clausules zijn geadviseerd voor:
- Psychische klachten;
- Vermoeidheidsklachten/energetische beperkingen;
- Gynaecologische klachten, inclusief endometriose en hormonale stoornissen;
- Obesitas;
- Hart- en bloedvaten;
- Handen;
- Reumatische klachten/aandoeningen;
- Gewrichtsklachten;
- Nekklachten;
- Hoofdpijnklachten.

2.6 Verzekeraar heeft de claim van Consument afgewezen met een beroep op verzwijging (artikel 7:928 e.v. Burgerlijk Wetboek (BW)). Hij heeft zich daarbij op het standpunt gesteld dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de door zijn medisch adviseur geadviseerde wachttermijn van 48 maanden en de geadviseerde clausules van toepassing zou hebben verklaard en dat de klachten/aandoeningen waarvoor Consument claimt onder deze clausules vallen.

2.7 De verzekering is beëindigd per de ontslagdatum (1 mei 2018).

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 grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument is in het verleden arbeidsongeschikt geweest maar is na haar herstel weer gewoon aan het werk gegaan. Ten tijde van de aanvraag van de verzekering was zij niet arbeidsongeschikt. Zij werkte ongeveer 34 uur per week en er was niets mis met haar gezondheid. Haar werkgever heeft ook nooit iets aan haar gemerkt. Het UWV heeft haar pas in april 2018 (geruime tijd na de eerdere arbeidsongeschiktheid) afgekeurd. Het UWV heeft een overzicht van het verloop van de arbeidsongeschiktheid vanaf 31 mei 1989 opgesteld waaruit blijkt dat de arbeidsongeschiktheid van 1 februari 2011 tot 26 januari 2018 nihil was. Van 26 januari 2018 tot april 2018 was dit 35-45%.
- Consument participeert via haar werkgever in een collectief contract tegen de gevolgen van arbeidsongeschiktheid. Het gaat om een toen nieuw contract, waarvoor honderden collega's zich tegelijk hebben aangemeld. Zij heeft voor deze verzekering jarenlang premie betaald, maar Verzekeraar blijft maar zoeken naar mogelijkheden om niet tot uitbetaling te hoeven overgaan. Hij vraagt ook steeds om nieuwe informatie terwijl alle informatie van het UWV (dikke pakken met stukken) al lang aan Verzekeraar is opgestuurd. Bij brief van 25 april 2019 heeft hij zelfs nog een uitgebreide gezondheidsverklaring gestuurd met het verzoek deze in te vullen om te kunnen toetsen aan de informatie die Consument bij het afsluiten van de verzekering heeft verstrekt. Dit is jaren na dato, jaren na de aanvraag van de verzekering.
- Als een UWV-arts een beslissing neemt, mag Verzekeraar die beslissing niet in twijfel trekken. Consument heeft ten tijde van de acceptatie of daarna nooit een medisch adviseur of andere dokter gezien maar wel vaak telefonisch contact gezocht met Verzekeraar. Er is bijna nooit iemand bereikbaar. Als Consument al wordt teruggebeld, verschuilt men zich achter de medische dienst, wordt Consument arrogant te woord gestaan en worden steeds weer opnieuw vragen gesteld. Sinds de schademelding (april 2018) sleept de zaak. Verzekeraar traineert. Zelfs het UWV vindt dat Verzekeraar wel heel vervelend doet.
- Verzekeraar heeft Consument beticht van verzwijging. Zij heeft bij de aanvraag van de verzekering echter alleen een aanmeldkaartje ingevuld. Geen gezondheidsverklaring. Dat Verzekeraar nu een verkorte gezondheidsverklaring overlegt, bewijst niets. Wie zegt dat zij deze verkorte gezondheidsverklaring heeft ingevuld? Dat de antwoorden van haar zijn? Er is geen enkel bewijs dat zij gelogen heeft. Zij heeft in ieder geval nooit ingevuld dat zij niet bij de huisarts is geweest. Zij zou overigens nooit informatie achterhouden. Dat zou toch altijd uitkomen.
- Verzekeraar heeft een lijst met clausules opgesteld. Deze lijst vermeldt precies alle klachten die Consument in de afgelopen jaren heeft gehad. Alles wordt vermeld, ook zaken die totaal niet relevant zijn. Zo heeft Consument geen reuma en geen alzheimer. Zij heeft nooit een bedrijfsarts, een psycholoog of andere hulpverlener bezocht. Wel af en toe de huisarts, maar dat is niet meer dan normaal. Medicijnen gebruikt zij ook niet. Alleen een hormoonpilletje tegen opvliegers, verder niets.
- Als Consument had geweten dat zij zou worden afgewezen op haar eerdere klachten zou zij de verzekering nooit hebben afgesloten.

- Verzekeraar heeft bij de behandeling van de claim van Consument niet de benodigde zorgvuldigheid betracht en in strijd gehandeld met allerlei codes.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Consument heeft op 13 januari 2014 online een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheids-verzekering ingediend. Daarbij heeft zij ook twee korte gezondheidsvragen moeten beantwoorden. Omdat beide vragen met "Nee" zijn beantwoord is zij zonder voorbehouden of medische uitsluitingen geaccepteerd. Op het polisblad zijn dan ook geen bijzondere bepalingen opgenomen.
- Uit de gegevens van de huisarts en de antwoorden van Consument op de vragen in de uitgebreide gezondheidsverklaring van 27 mei 2019 blijkt dat in ieder geval vraag 1 van de verkorte gezondheidsverklaring niet correct is beantwoord. In de 36 maanden voorafgaand aan de aanvraag is veelvuldig sprake geweest van huisartsbezoek, zelfs in de week van de aanvraag. Consument weet of behoort te weten dat het volledig en correct beantwoorden van de vragen voor Verzekeraar van belang is voor de acceptatie van en de voorwaarden waarop de verzekering tot stand komt.
- Uit het besluit tot ontslag van 6 april 2018 blijkt dat sprake is van een WAO-uitkering. Dit was voor Verzekeraar nieuwe informatie en aanleiding om verder onderzoek te verrichten. Vervolgens is aanvullende informatie opgevraagd. Voor de beoordeling van het recht op uitkering zijn onder andere de eerste toekenningsbeslissing en alle wijzigingsbeslissingen van de WAO van belang. Consument kon deze stukken ondanks meerdere schriftelijke verzoeken niet compleet aanleveren en heeft diverse malen contact moeten opnemen met het UWV. Mede daardoor heeft het lang geduurd voordat alle informatie beschikbaar was om tot een juiste beoordeling te kunnen komen. Daarbij komt dat ook bij Verzekeraar een aantal keren sprake is geweest van een langere doorlooptijd dan gebruikelijk, waardoor het gehele beoordelingstraject langer heeft geduurd.
- De uitkering op grond van de WAO was ten tijde van de aanvraag van de verzekering nihil in verband met inkomsten uit een nieuw dienstverband per 1 februari 2011. Vanaf die datum is de WAO-uitkering verrekend met de inkomsten uit arbeid en komt die niet meer tot uitbetaling. Er is dan nog steeds sprake van 15-25% arbeidsongeschiktheid. Consument is vanaf 31 mei 1998 doorlopend arbeidsongeschikt geweest, ook ten tijde van de aanvraag. Dit blijkt uit het feit dat Consument na twee jaar ziekte per 26 januari 2018 een verhoogde WAO-uitkering ontvangt op grond van 80-100% arbeidsongeschiktheid. Als er in de periode van 1 februari 2011 tot 29 januari 2016 sprake was geweest van volledig herstel, zou op 26 januari 2018 immers een WIA-uitkering zijn toegekend.
- Bij brief van 25 april 2019 is aan Consument meegedeeld dat uit de ontvangen medische informatie gebleken is dat Consument mogelijk de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en is zij gewezen op de mogelijke consequenties daarvan.

Bij brief van 27 juni 2019 is Consument vervolgens geïnformeerd over het advies van de medisch adviseur van Verzekeraar waarin hij op grond van de uitgebreide gezondheids-verklaring van 27 mei 2019 en de gegevens van de huisarts heeft geconcludeerd dat de precontractuele mededelingsplicht is geschonden en dat, als Consument de verkorte gezondheidsverklaring correct had ingevuld, zij een uitgebreide gezondheidsverklaring had moeten invullen – hetgeen zij alsnog heeft gedaan – en dat er dan naast een wachttermijn van 48 maanden een tiental, door de medisch adviseur met name genoemde clausules op de polis zouden zijn geplaatst. Verzekeraar heeft deze clausules alsnog, met terugwerkende kracht van toepassing verklaard.

- De wachttermijn en de clausules zijn tot stand gekomen in lijn met wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken op het moment van de aanvraag van de verzekering zou hebben gedaan. De verzekering zou op andere voor-waarden zijn gesloten. Omdat de wachttermijn en de clausules met terugwerkende kracht van toepassing zijn op de verzekering, en dus van kracht waren op het moment van de ziekmelding van Consument, komt de verzekering niet tot uitkering.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en zo ja, wat de consequenties daarvan zijn.

Met betrekking tot het recht

4.2 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 om de verzekering te sluiten afhangt of kan afhangen.

4.3 De mededelingsplicht waarop art. 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. De Commissie wijst in dit verband op de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl.

4.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt hetgeen bepaald is in lid 6 van artikel 7:928 BW.

4.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Zie de volgende 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.

4.6 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

4.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende 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. Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

4.8 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 slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (art. 7:930 lid 3 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.

4.9 Het is de verzekeraar die een beroep toekomt op art. 7:930 lid 3 BW toegestaan om de voorwaarde(n) die hij zou hebben bedongen met kennis van de ware stand van zaken, alsnog in de verzekering op te nemen. Zie Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (Kifid) 30 januari 2014, nr. 2014-53, r.o. 5.7 en 5.8. De verzekeringnemer heeft in dat geval het recht de verzekering op te zeggen (art. 7:929 lid 3 BW).

4.10 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen, 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. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, gepubliceerd op rechtspraak.nl.

4.11 Met inachtneming van het voorgaande, overweegt de Commissie als volgt.

Heeft Consument de precontractuele mededelingsplicht geschonden?

4.12 Op grond van het medisch dossier (waarin met name het huisartsjournaal) neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in de periode van 36 maanden voorafgaand aan het invullen van de verkorte gezondheidsverklaring ruim 30 maal bij de huisarts is geweest. De eerste vraag van de verkorte gezondheidsverklaring (zie hierboven onder 2.2.) had derhalve met "Ja" in plaats van "Nee" moeten worden beantwoord. Consument stelt dat deze vraag niet door haar is beantwoord, dat zij nooit heeft ingevuld dat zij niet bij de huisarts is geweest, maar feit is dat er in de verkorte gezondheidsverklaring een "Nee'" staat. De aanvraag is zo bij Verzekeraar aangeleverd. De Commissie acht het aannemelijk dat Consument dat antwoord zelf heeft gegeven. Elke aanvraag - zo heeft Verzekeraar ter zitting verklaard - gaat via de digitale aanvraagstaat. De aanvraag bevat twee gezondheidsvragen. Daarnaast wordt onder meer ook gevraagd naar het Burgerservicenummer en naar kennis en ervaring (een kennistoets). Gevraagd wordt onder andere naar eerder gekregen adviezen over arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, het al eens eerder afgesloten hebben van een financieel product, kennis omtrent de gevolgen van arbeidsongeschiktheid voor de eigen financiële situatie, etc. De antwoorden op deze vragen kunnen alleen door Consument zelf zijn gegeven. Alleen Consument zelf beschikt immers over deze (persoonsgebonden) gegevens.

4.13 Nu Consument in de door haar gevoerde correspondentie en ook ter zitting heeft verklaard dat zij vóór de aanvraag meerdere keren naar de huisarts is geweest, had de betreffende vraag met "Ja" moeten worden beantwoord. De Commissie concludeert dan ook dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.

Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan?

4.14 Als Consument de vraag over haar huisartsbezoek met "Ja" had beantwoord, zou zij een uitgebreide gezondheidsverklaring hebben moeten invullen. Zonder die uitgebreide gezondheidsverklaring zou de verzekering niet tot stand zijn gekomen. Op basis van de via de uitgebreide gezondheidsverklaring verkregen informatie in combinatie met de van de behandelend arts(en) en het UW ontvangen informatie, zou gebleken zijn van op het moment van de aanvraag al bestaande klachten, die al dan niet met elkaar in relatie staan en die tijdens de acceptatieprocedure voor een deel persisteerden. Deze klachten hebben zich met name voorgedaan sinds februari 2012. In het kader van een risico-inschatting kan ten aanzien van deze klachten gesproken worden van verzekeringsgeneeskundig recente, gedeeltelijk nog actuele en in ieder geval relevante problematiek.

4.15 Nadat Consument op verzoek van Verzekeraar de uitgebreide gezondheidsverklaring alsnog heeft ingevuld, heeft Verzekeraar op 27 juni 2019 met terugwerkende kracht een wachttermijn van 48 maanden en 10 clausules op de verzekering van toepassing verklaard, zulks op basis van het advies van zijn medisch adviseur van 6 juni 2019.

4.16 Voor een redelijk handelend verzekeraar zouden de klachten van Consument aanleiding hebben gegeven om de verzekeringsaanvraag af te wijzen, of op zijn minst aan te houden totdat voldoende duidelijk is geworden wat de aard, de ernst en de consequenties zijn van de ten tijde van de aanvraag spelende gezondheidsproblemen. Bij 10 clausules mag een aspirant-verzekeringnemer door een redelijk handelend verzekeraar niet verzekerbaar geacht worden en hoeft zo'n verzekeraar de aspirant-verzekeringnemer niet te accepteren. Het is de Commissie bekend dat Verzekeraar, die een aparte positie binnen de arbeidsongeschiktheidsbranche inneemt, een afwijkend acceptatiebeleid hanteert, in die zin dat hij niet iedere aspirant-verzekeringnemer met een grotere kans op arbeidsongeschiktheid afwijst, en dat hij het risico tracht te normaliseren door wachttermijnen en medische uitsluitingsclausules te hanteren in plaats van premie-opslagen. De positie van Verzekeraar is niet te vergelijken met die van de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsverzekeraar, maar gegeven het beleid van Verzekeraar heeft deze in dit geval redelijk gehandeld, mede omdat zijn acceptatiebeleid tot minder verstrekkende gevolgen leidt dan afwijzing van het risico dat een redelijk handelend verzekeraar zou hebben kunnen verbinden aan de gezondheidsproblematiek van Consument.

4.17 Het is bij een collectief contract als het onderhavige, waarbij de werkgever de verzekeringnemer is, aan de werkgever om zijn werknemers, de aspirant-verzekerden, te informeren over onder andere het afwijkende acceptatiebeleid van de verzekeraar. Als de werkgever dit nalaat – Consument stelt dat zij niet met het afwijkende beleid van Verzekeraar bekend was en dat zij de verzekering nooit zou hebben afgesloten als zij geweten had dat zij op haar eerdere klachten zou worden afgewezen – is dat niet aan Verzekeraar toe te rekenen.

4.18 In het licht van het vorenstaande acht de Commissie een wachttermijn van 48 maanden verdedigbaar. Wat betreft de clausules: de Commissie heeft de 10 clausules ieder afzonderlijk beoordeeld en heeft daarbij geconcludeerd dat deze, gezien de medische voorgeschiedenis van Consument, eveneens verdedigbaar zijn. Een redelijk handelend verzekeraar had ook tot algehele afwijzing van het risico kunnen overgaan (zie onder 4.16).
De clausule voor psychische klachten is verdedigbaar omdat Consument in het verleden jarenlang afgekeurd is geweest wegens psychische klachten (burn-out). In 2005 is Consument weer gaan werken totdat zij na 5 jaar wederom is afgekeurd (voor 80-100%).
De clausule voor vermoeidheidsklachten/energetische beperkingen is verdedigbaar omdat Consument minder dan een maand voor de aanvraag vermoeidheidsklachten had en daarvoor de huisarts heeft geconsulteerd, hetgeen zij ook in februari 2012 heeft gedaan.

De clausule voor gynaecologische klachten is verdedigbaar omdat Consument op 15 januari 2014 is doorverwezen naar de gynaecoloog wegens klachten. Zij is in 1988 geopereerd (endometriose) en in 1989 is een eierstok verwijderd.
De clausule wegens obesitas is gerechtvaardigd omdat Consument in 2013 de huisarts heeft geconsulteerd en een medicatiewens in verband met haar gewicht heeft geuit.
De clausule voor hart- en bloedvaten is gerechtvaardigd vanwege de hoogte van de bloeddruk en het cholesterolgehalte, zulks in combinatie met het gewicht en de gezondheidsklachten die reden waren haar huisarts te consulteren op 11 februari 2013.
De clausules voor de handen, de reumatische- en gewrichtsklachten en de nekklachten zijn gerechtvaardigd omdat Consument in verband met klachten van pijn aan de handen en polsen, bil, schouders, nek en rug de huisarts heeft geconsulteerd, daarvoor is behandeld (fysiotherapie, mensendieck therapie) en uiteindelijk in januari 2014 is verwezen naar de reumatoloog.
De clausule voor hoofdpijnklachten ten slotte is gerechtvaardigd omdat Consument daarvoor is behandeld (fysiotherapie, mensendieck therapie).

4.19 De bovenstaande overwegingen leiden tot het oordeel dat Verzekeraar de clausules op grond van artikel 7:930 lid 3 BW heeft mogen plaatsen en de claim van Consument vanwege die clausules heeft mogen afwijzen.

4.20 De Commissie merkt nog op dat er wel heel veel clausules van toepassing zijn verklaard, maar dat deze clausules onvermijdelijk zijn om het onderhavige risico te normaliseren. Overigens is het niet zo dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering met al die clausules geen reële dekking meer zou bieden. Consument had nog voor tal van aandoeningen en ziekten in voorkomend geval kunnen claimen, bijvoorbeeld voor infectieziektes, ongevalsgevolgen, nieuwvormingen, bloedziekten, immuniteitsproblemen, multiple sclerose, etc.

Slotsom

4.21 De slotsom is dat Consument haar huisartsbezoeken had moeten melden, dat zij bij melding een uitgebreide gezondheidsverklaring had moeten invullen en dat Verzekeraar op grond van de dan verkregen informatie een wachttermijn van 48 maanden en 10 clausules van toepassing heeft mogen verklaren. De klachten waarvoor Consument heeft geclaimd vallen onder die clausules. Zij heeft om die reden geen recht op uitkering onder de verzekering. 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.

In artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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.