Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-001
(mr. C.E. du Perron, voorzitter, mr. M.L. Hendrikse en J.H. Paulusma-de Waal RGA, leden en mr. M. van Pelt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 3 februari 2015
Ingesteld door	: Consument
Tegen	: Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 4 januari 2016
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft in 2009 een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. Op de gezondheidsverklaring beantwoordt hij de vraag of hij in de 36 daaraan voorafgaande maanden bij een arts is geweest ontkennend. Hij was echter wel bij de huisarts geweest. Gelet op de duidelijke en expliciete bewoordingen van de vraag op de gezondheidsverklaring, had Consument ten tijde van de aanvraag van de Verzekering kunnen en moeten begrijpen dat hij had moeten invullen dat hij in 2006 bij de huisarts was geweest, omdat hij er rekening mee moest houden dat het huisartsenbezoek voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant was voor de beoordeling van het risico.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument ondertekende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar d.d. 14 april 2015 met bijlage;
- de brief van Consument d.d. 11 mei 2015;
- de brief van Verzekeraar d.d. 1 juni 2015;
- de brief van Consument d.d. 23 juli 2015 met bijlage;
- de brief van Verzekeraar d.d. 26 augustus 2015 met bijlagen;
- de brief van Consument d.d. 9 september 2015.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden en dat het geschil zich leent voor afdoening op stukken, nu voor mondelinge behandeling als bedoeld in artikel 40.1 van haar reglement geen aanleiding bestaat.

2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende feiten.

2.1 Op 30 januari 2009 en 20 februari 2009 heeft Consument van Verzekeraar een uitnodiging ontvangen tot het aanvragen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

2.2 Consument heeft op 20 februari 2009 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de Verzekering) aangevraagd bij Verzekeraar.

2.3 Op het op 5 maart 2009 ondertekende aanvraagformulier heeft Consument onder het kopje 'Gezondheidsvragen' het volgende ingevuld.

"*Als u bij een van de vragen ja invult, vragen wij u dit zo duidelijk mogelijk toe te lichten. Wij kunnen dan beoordelen of aanvullende informatie nodig is. In dat geval sturen wij u een uitgebreide gezondheidsverklaring toe.*

1. Bent u de laatste 36 maanden onder behandeling of controle geweest van een huisarts, bedrijfsarts, specialist, psycholoog of andere paramedisch hulpverlener?
(…)
X nee"

2.4 De Verzekering is ingegaan op 1 april 2009.

2.5 Op 2 april 2014 maakt Consument bij Verzekeraar melding van arbeidsongeschiktheid. Als eerste verzuimdag is opgenomen: 27 september 2011. Verder is vermeld dat Consument een lopende uitkering ontvangt op grond van WAO of WIA vanaf 24 september 2013.

2.6 Op 10 april 2014 heeft Verzekeraar onder meer het volgende aan Consument geschreven.
"*Wij hebben de medisch adviseur gevraagd de door u verstrekte informatie bij het afsluiten van deze verzekering te toetsen aan de medische gegevens die ten grondslag liggen aan uw huidige arbeidsongeschiktheid.*
Wettelijke verplichting
De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst al die vragen met betrekking tot zijn gezondheid, die gesteld zijn in de korte en/of uitgebreide gezondheidsverklaring, volledig en juist te beantwoorden.
Gevolgen
De wet verplicht ons u nu al te wijzen op de mogelijke gevolgen van het verstrekken van onvolledige of onjuiste informatie bij het afsluiten van de verzekering. Hebt u niet voldaan aan de mededelingsplicht, dan kan dit betekenen dat de aangevraagde uitkering niet wordt toegekend. Zodra wij het advies van de medisch adviseur ontvangen hebben zullen wij u per brief hierover nader informeren."

2.7 Op 6 juni 2014 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar van het UWV een medische rapportage d.d. 13-03-2014 ontvangen. Daarin staat onder meer het volgende.
"*Belanghebbende meldde zich arbeidsongeschikt met fysieke klachten, die volgens hem komen door elektro hypersensitiviteit (EHS). (…)*
In de bijgevoegde Verzekeringsgeneeskundige rapportage van 19 september 2013 staat onder meer het volgende.
"*Samengevat: betrokkene wijt zijn lichamelijke klachten en belemmeringen aan elektro hyper sensiviteit (EHS), die ontstaat door blootstelling aan allerlei elektronische apparatuur en elektrische velden. (…)*
Betrokkene heeft al langer vage lichamelijke klachten, maar ontdekte in 2006 dat zijn klachten passen bij EHS. Zijn moeder is er ook van overtuigd dat haar zoon hieraan lijdt."

2.8 Op 26 september 2014 heeft de huisarts van Consument aan de medisch adviseur een overzicht van het medisch journaal tussen 2006 en 2011 verstrekt. In de brief staat onder meer het volgende.
"*De diagnose electrohypersensitiviteit is mij niet bekend.*
(…)

Episode	*Datum*	*S*	*Journaalregels*
(…)			
Paniekaanval	*16-12-2011*	*S*	*Nerveus, overspannen.*
		S	*Erg draaierig wakker geworden. Denkt last te*
		S	*hebben van elektromagnetische straling, mijdt*
		S	*apparaten (computers etc) zoveel mogelijk.*
(…)			
Duizeligheid	*10-03-2006*	*S*	*Nog altijd af en toe duizelig, ook regelmatig diarree,*
	S	*m.n. na werken achter computerscherm (?!) (…)*	
	E	*Postviraal beeld (…)*	
	26-01-2006	*S*	*Gaat iets beter, uitslagen besproken*
	24-01-2006	*S*	*Weinig verbetering. (…)*
	16-01-2006	*S*	*Nog erg duizelig, hoofdpijn. (…)*
		E	*Virale labyrinthitis.*
	13-01-2006	*S*	*Moeder belt: van de week flauwgevallen in de klas,*
	S	*is leraar, nog erg duizelig, was wat griepperig.*	
		P	*Bedrust, z.n. spreekuur.*"

2.9 Op 10 november 2014 heeft Verzekeraar de claim van Consument afgewezen. In de brief schrijft Verzekeraar onder meer het volgende.
"*De klachten waarmee u bent afgekeurd manifesteerden zich in 2006. U hebt naar aanleiding van deze klachten de huisarts bezocht. Uit de gegevens van uw huisarts blijkt dat hij op 10 maart 2006 hierover contact had met u, terwijl u op het aanmeldformulier op 5 maart 2009 bij de korte gezondheidsverklaring hebt ingevuld dat u in de afgelopen 36 maanden geen contact hebt gehad met uw huisarts. Indien u de vragen correct had beantwoord dan was er verdergaand onderzoek verricht en zou u voor de verzekering zijn geaccepteerd onder andere voorwaarden, waarbij duizeligheidsklachten en psychische klachten zondermeer zouden zijn geclausuleerd.*"

2.10 Op 29 december 2014 maakt Consument bezwaar tegen de afwijzing. Hij schrijft onder meer het volgende.
"*Hartelijk dank voor het toezenden van mijn medisch dossier. Hieruit blijkt dat ik inderdaad op 10 maart 2006 de huisarts heb bezocht. Dit was weliswaar net binnen 5 dagen van de gestelde 36 maanden, maar een artsenbezoek van zo'n geringe importantie kan toch geen rol spelen. Het betrof namelijk de nasleep van een virale infectie (labyrinthitis). Hierop ben ik niet afgekeurd. Ook ging dit huisartsenbezoek niet over psychische klachten. Dan was ik wel doorverwezen naar een psycholoog. Hiervan is in de drie jaar daarna (2006-2009) ook geen sprake geweest. Ik heb toen normaal gewerkt en geen arts of specialist bezocht. Pas in oktober 2011 heb ik de huisarts weer geconsulteerd. Psychische klachten waren dus niet aan de orde. Er is geen diagnose gesteld op grond waarvan ik zou moeten weten over een aantal jaren arbeidsongeschikt te worden.*
Hieruit concludeer ik dat uw vermoeden van verzwijging onterecht is omdat elke grond mist."

2.11 Op 8 januari 2015 heeft Verzekeraar aan Consument onder meer het volgende geschreven.
"*De AOV is niet zozeer een ziektenverzekering, alswel een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering, die uitkeert bovenop een WAO/WIA-uitkering.*
Risicobepaling
Dit betekent dat bij het bepalen van het verzekeringsrisico aansluiting moet worden gezocht bij de beoordelingsmethodiek die bij een mogelijk in de toekomst door de UWV te verrichten arbeidsongeschiktheidskeuring gehanteerd gaat worden.
De arbeidsongeschiktheidskeuringen door de UWV zijn direct gericht op het vaststellen van de resterende functionaliteiten. Weliswaar moeten de daarbij vastgestelde gebreken een uiting van ziekte zijn, maar de exacte diagnose is daarbij van ondergeschikt belang en wordt in voorkomend geval derhalve vrij algemeen geformuleerd.
Het gegeven dus dat er ten tijde van de manifestatie van de klachten nog geen duidelijke diagnose was is dan ook niet relevant.
Gezondheidsverklaring
In de bij uw aanvraagformulier voor de AOV gevoegde gezondheidsverklaring beantwoordt u de vraag 'Bent u de laatste 36 maanden onder behandeling of controle geweest van een huisarts, bedrijfsarts, specialist, psycholoog of andere paramedisch hulpverlener' met 'nee'.
Dit terwijl er wel degelijk sprake is geweest van een bezoek aan de huisarts met nota bene de klachten waarmee u later uiteindelijk bent afgekeurd.
Weliswaar valt slechts het bezoek aan de huisarts van 10 maart 2006 binnen de referteperiode van 36 maanden, maar dit was wel het sluitstuk van een hele serie consulten over deze zelfde klachten, startend op 13 januari 2006, vervolgens op 16 januari 2006, 24 januari 2006, 26 januari 2006 en tenslotte dus op 10 maart 2006. Al met al hebben wij het hier over een klachtenperiode van tenminste ruim 3 maanden. Bovendien vermeldt u later zelf al in 2006 ontdekt te hebben, dat uw klachten passen bij EHS en zelfs ook uw moeder er in die tijd al van overtuigd was dat u daaraan leed. Los van het enkelvoudige feit dat u het bezoek aan uw huisarts, zoals expliciet gevraagd in de gezondheidsverklaring, zondermeer had moeten vermelden, moet dan ook geconcludeerd worden dat ook u op dat moment ook zelf al wist dat dit niet over een onschuldig klachtenpatroon ging.
Ik zie dan ook geen enkele reden om terug te komen op mijn eerder afgegeven advies."

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering
3.1 Consument vordert uitkering op grond van de Verzekering en dat geen clausule op de polis wordt geplaatst.

Grondslagen en argumenten daarvoor
3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.

- Consument is arbeidsongeschikt en heeft daarom recht op uitkering.
- Consument heeft in alle redelijkheid niets verzwegen en niemand kon vermoeden dat hij later arbeidsongeschikt zou worden. Het huisartsbezoek op 10 maart 2006 was voor de zekerheid naar aanleiding van een eerdere virale infectie. Tussen 10 maart 2006 en 31 oktober 2011 staat er geen bezoek in het journaal van de huisarts.

Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument bij het aangaan van de Verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden en zo ja, of Verzekeraar een uitsluitingsclausule op het polisblad mag opnemen.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 lid 1 BW is de verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of en, zo ja, op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of aan Consument een uitkering is verschuldigd, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en 4 BW, op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar.

4.3 Consument heeft naar het oordeel van de Commissie de onder 2.3 geciteerde vraag in de gezondheidsverklaring onvolledig beantwoord. Consument erkent dat hij op 5 maart 2006 naar de huisarts is geweest. In het journaal staat dat Consument nog altijd af en toe duizelig is, ook regelmatig diarree, heeft met name na werken achter computerscherm. In het rapport van de verzekeringsgeneeskundige staat bovendien dat Consument al langer vage lichamelijke klachten heeft en in 2006 ontdekte dat zijn klachten passen bij EHS.

4.4 Consument had naar het oordeel van de Commissie ten tijde van de aanvraag van de Verzekering kunnen en moeten begrijpen dat hij had moeten invullen dat hij op 5 maart 2006 bij de huisarts was geweest en dat zijn klachten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het risico. Dat het gaat om een bezoek dat op 5 dagen na binnen de termijn valt, doet daaraan niet af. Het valt immers binnen de termijn. Bovendien volgt uit de verzekeringsgeneeskundige rapportage van het UWV dat Consument van mening is vanaf 2006 te lijden aan EHS. Dit betekent dat Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring in 2009 ook al klachten had en kon weten dat het vermelden van de huisartsenconsultatie in 2006 voor Verzekeraar relevant was, immers toen had Consument reeds diverse lichamelijke klachten na het werken achter een computerscherm. De Commissie concludeert dan ook dat Consument bij het aanvragen van de Verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden.

4.5 De volgende vraag is of Verzekeraar de Verzekering had mogen voortzetten met toepassing van de onder 2.9 geciteerde clausule. Artikel 7:930 lid 3 BW bepaalt onder andere dat als de verzekeraar *in de precontractuele fase* bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld, een uitkering slechts verschuldigd is als waren deze voorwaarden in de verzekeringsovereenkomst opgenomen. Uit de overwegingen in 5.7-5.9 van de uitspraak van de Geschillencommissie Kifid nr. 2014-53 volgt dat opname in de polis van een uitsluitingsclausule *tijdens de looptijd* mogelijk is indien is komen vast te staan dat de verzekeraar een dekkingsbeperking in de polis zou hebben opgenomen als hij in de precontractuele fase door de aspirant-verzekeringnemer op een correcte wijze zou zijn geïnformeerd over de stand van zaken.

Verzekeraar heeft voldoende feiten gesteld ter onderbouwing van de stelling dat hij bij kennis van de ware stand van zaken als een redelijk handelend verzekeraar de verzekeringsaanvraag niet zou hebben geaccepteerd zonder een uitsluiting voor arbeidsongeschiktheid als deze ontstaat door of te maken heeft met duizeligheidsklachten en psychische klachten. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt immers de medische voorgeschiedenis van Consument de opname in de polis van de uitsluitingsclausule.

4.6 De slotsom is dat Consument zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de Verzekering niet is nagekomen en dat Verzekeraar gerechtigd was de Verzekering voort te zetten met toepassing van de clausule. De vordering van Consument dient derhalve te worden afgewezen.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 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/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.