**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0517**
**(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A. Westerveld, J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. E.C. van Roosmalen-Aarts, secretaris)**

| | |
|---|---|
| Klacht ontvangen op | : 26 juni 2020 |
| Ingediend door | : De consument |
| Tegen | : Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen de verzekeraar |
| Datum uitspraak | : 9 juni 2021 |
| Aard uitspraak | : Bindend advies |
| Uitkomst | : Vordering afgewezen |
| Bijlage | : Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving |

## Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft zich arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar als gevolg van oogklachten. De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden. Verzekeraar heeft de verzekering beëindigd en de verstrekte uitkeringen teruggevorderd. De commissie is van oordeel dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden en dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben geweigerd een verzekering aan te gaan. Verzekeraar heeft daarom de verzekering mogen beëindigen en de gedane uitkeringen mogen terugvorderen.

## 1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 maart 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mr. drs. M. Kiesbrink. Ook de verzekeraar was aanwezig.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies.

## 2. Het geschil

*Wat is er gebeurd?*

2.1 De consument heeft, via zijn assurantietussenpersoon, in 2009 een arbeidsongeschiktheids-verzekering (verder te noemen: 'de verzekering') bij de verzekeraar aangevraagd en daarbij een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. Deze gezondheidsverklaring komt overeen met de modelgezondheidsverklaring van het Verbond van Verzekeraars.

2.2 In de gezondheidsverklaring heeft de consument – voor zover hier van belang – het volgende ingevuld:

**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)?<br>*Hebt u hiernaast een of meer categorieën aangekruist?*<br>*Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage(n) in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.*<br><br>Let op!<br>U moet ook een rubriek aankruisen als u:<br>- een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd<br>- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting<br>- geopereerd bent<br>- nog medicatie gebruikt of medicatie hebt gebruikt<br>- nog onder controle staat. | ○ A ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid?<br>○ B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out?<br>○ C verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten?<br>○ D verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen?<br>⊗ E aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?<br>○ F aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier?<br>○ G aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?<br>○ H goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede?<br>○ I aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI?<br>○ J huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie?<br>○ K neusaandoeningen, bijholteontsteking, keel-aandoening, strottehoofd- of stemband aandoeningen?<br>⊗ L ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder boven genoemde categorieën kunnen worden geplaatst? |
| Hebt u hierboven een of meer categorieën aangekruist? | **nee / ja*** Zo ja, vul de bijlage(n) in. |

2.3 In de bijlage behorende bij de gezondheidsverklaring heeft de consument ingevuld dat hij rubriek E heeft aangekruist in verband met sarcoïdose en rubriek L in verband met strabismus.

Bij sarcoïdose (rubriek E) heeft de consument toegelicht dat hij deze aandoening had in de periode 1999 tot en met 2000, dat hij hiervoor een longarts heeft bezocht in 1999/2000 en dat prednison is voorgeschreven. Daarnaast heeft hij toegelicht dat hij niet meer onder controle stond en geen klachten meer had.

Bij strabismus (rubriek L) heeft de consument toegelicht dat hij deze aandoening had in de periode 2006 tot en met 2007, dat hij hiervoor een oogarts heeft bezocht in 2006, 2007 en vervolgens in 2007 is geopereerd. Daarnaast heeft hij toegelicht dat hij niet meer onder controle stond en geen klachten meer had.

2.4 De verzekering is ingegaan per 17 juni 2009. De eigen risicotermijn is 30 dagen.

2.5 De consument heeft zich per 17 september 2018 arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar als gevolg van oogklachten. De verzekeraar heeft met ingang van 18 oktober 2018 uitkeringen aan de consument verstrekt.

2.6 In verband met het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid heeft de medisch adviseur van de verzekeraar nadere informatie opgevraagd bij de behandelaars van de consument.

2.7 Bij brief van 23 april 2019 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat onderzoek zal worden gedaan of sprake is van schending van de mededelingsplicht. De verzekeraar heeft in dit kader nadere informatie opgevraagd bij (onder andere) de afdeling neurologie van Maastricht UMC en de afdeling oogheelkunde van Erasmus MC.

2.8 Bij brief van 17 juli 2019 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat uit het onderzoek van de medisch adviseur van de verzekeraar is gebleken dat de consument zich niet gehouden heeft aan zijn mededelingsplicht. Op basis van de juiste medische gegevens zou de verzekeringsaanvraag zijn afgewezen. Daarom heeft de verzekeraar de verzekering per 17 juli 2019 beëindigd en de verstrekte uitkeringen teruggevorderd.

2.9 Namens de consument is bezwaar gemaakt tegen het besluit van de verzekeraar. Hierop heeft de verzekeraar aan de consument laten weten zijn standpunt te handhaven. De verzekeraar heeft toegelicht dat uit de verzamelde medische informatie volgt dat: (i) voor ingang van de verzekering de diagnose ADHD bij de consument is gesteld; en (ii) bij de aanvraag nog steeds/opnieuw sprake was van oogklachten en van verschillende slepende klachten zonder diagnose, welke klachten niet in beperkende voorwaarden te vatten zijn. Het geheel aan medische feiten leidde tot een duidelijk verhoogd risico op toekomstige arbeidsongeschiktheid, die niet voldoende met beperkende voorwaarden is te normaliseren.

2.10 In afwachting van de uitkomst van de procedure bij Kifid heeft de verzekeraar de vordering tot terugbetaling van de gedane uitkeringen on-hold gezet.

*De klacht en vordering*

2.11 De consument vordert dat de verzekering in kracht wordt hersteld en dat de uitkeringen onder de verzekering worden hervat, vermeerderd met de wettelijke rente over de verschuldigd gebleven uitkeringen vanaf 17 juli 2019. Daarnaast vordert de consument dat de verzekeraar zijn vordering tot terugbetaling van de gedane uitkeringen intrekt. Als onderbouwing van zijn vordering voert de consument de volgende argumenten aan:

(1) De verzekeraar had met de niet gemelde klachten bekend kunnen zijn, als hij bij de aanvraag van de verzekering zorgvuldig onderzoek had gedaan naar de aard van de wel gemelde klachten en de medische voorgeschiedenis. Volgens het medisch dossier is sprake van samenhang tussen de niet gemelde en de wel gemelde klachten. Omdat de verzekeraar heeft nagelaten nader onderzoek te doen, staat dit een beroep op artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW) in de weg. De verzekeraar heeft aan zichzelf te wijten dat hij onder invloed van een verkeerde voorstelling van zaken de verzekering is aangegaan.

(2) De consument is het niet eens met de rechtsgevolgen die de verzekeraar verbindt aan de (vermeende) schending van de mededelingsplicht. Volgens de consument zijn de gevolgen niet passend. Hij stelt dat de verzekeraar onvoldoende heeft aangetoond dat sprake is van 'een samenloop van grotere uitsluitingsclausules' waardoor een beroep zou kunnen worden gedaan op beëindiging van de verzekering. Alleen bij de niet gemelde diagnose ADHD heeft de verzekeraar aangegeven dat dit zou hebben geleid tot een beperkende voorwaarde, bij de andere niet gemelde feiten suggereert de verzekeraar dat wel, maar is hij onvoldoende specifiek. Ook ontbreekt een duidelijke verwijzing naar de GAV-richtlijnen. Voorts stelt de consument dat de verzekeraar de verzekering niet heeft mogen beëindigen, omdat de verzekeraar niet heeft gehandeld zoals van een redelijk handelend verzekeraar mag worden verwachten. De verzekeraar heeft zowel bij aanvang van de verzekering als na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht onvoldoende onderzoek gedaan.

(3) Er is geen sprake van causaal verband tussen de niet of onjuist medegedeelde feiten en de beoordeling van het risico zoals zich dit heeft verwezenlijkt. De consument verwijst in dit kader naar artikel 7:930 lid 2 BW.

*Het verweer*

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

## 3. De beoordeling

*Inleiding*

3.1 Heeft de consument bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende mededelingsplicht – de 'precontractuele' mededelingsplicht – geschonden en mocht de verzekeraar de verzekering beëindigen en de gedane uitkeringen terugvorderen?

*Wat zijn de rechtsregels?*

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 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, zoals hier, geldt op grond van lid 6 van artikel 7:928 BW het volgende:

- heeft de verzekeringnemer een vraag op de vragenlijst van de verzekeraar onbeantwoord gelaten (de verzekeringnemer heeft bij een vraag niets ingevuld) en heeft de verzekeraar de verzekeringsaanvraag toch geaccepteerd, dan kan de verzekeraar niet later aanvoeren dat de vraag ten onrechte onbeantwoord is gebleven;
- heeft de verzekeraar op de vragenlijst niet naar bepaalde feiten gevraagd, dan kan de verzekeraar niet later aanvoeren dat de verzekeringnemer de desbetreffende feiten niet heeft medegedeeld;
- heeft de verzekeringnemer een open slotvraag op de vragenlijst (bijvoorbeeld: 'Heeft u verder nog iets mede te delen?') onjuist of onvolledig beantwoord, dan kan de verzekeraar zich daar niet op beroepen.

De in deze opsomming genoemde beperkingen voor de verzekeraar gelden echter niet als de verzekeringnemer bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden.

3.4 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 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.

3.5 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. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

3.6 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 gaan over informatie die van belang is voor de verzekeraar. Zie ook weer HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

3.7 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 (art. 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.

3.8 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken bij het sluiten van de verzekering de aanvraag niet zou hebben 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.
Zie HR 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, gepubliceerd op rechtspraak.nl.

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

3.9 Allereerst gaat de commissie in op de vraag of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

3.10 De commissie stelt vast dat uit de informatie van de afdeling neurologie van Maastricht UMC volgt dat de consument in 2001 en in 2006-2007 een neuroloog heeft geconsulteerd wegens spiertrekkingen in rust gepaard gaande met tintelingen in de onderbenen en vermoeidheids-klachten. Uit deze informatie volgt ook dat de diagnose ADHD is gesteld, waarvoor Ritalin is voorgeschreven. In de brief van 26 oktober 2006 van de afdeling neurologie is onder het kopje 'anamnese' – voor zover hier van belang – het volgende opgenomen: *"Patiënt heeft al jaren veel vermoeidheidsklachten en hem overvalt regelmatig een loom gevoel, met name in rust. Ook heeft hij al lange tijd last van fel licht zoals TL-buizen en, naar zijn idee daaraan gerelateerde, concentratieproblemen. Ook heeft hij episodes extreme vermoeidheid (…) Sinds enige tijd gebruikt hij speciale lenzen of glazen met UV-filter zodat hij minder last heeft van het licht. Hierdoor is het concentreren ook verbeterd."*

3.11 Vervolgens volgt uit de brieven van de afdeling oogheelkunde van Erasmus UMC van 21 november 2018 en 12 juni 2019 dat de consument in 2009 en 2014 opnieuw op de polikliniek oogheelkunde werd gezien met dezelfde klachten (focus klachten) als waarvoor hij in 2007 is geopereerd (strabismus) en dat de consument op dat moment een prisma bril draagt om de klachten te verlichten.

3.12 De consument had in de gezondheidsverklaring melding moeten maken van de hiervoor onder 3.10 vermelde klachten en de consultaties daarvoor bij de neuroloog. Hetzelfde geldt voor de ADHD diagnose en de persisterende (oog)klachten na de in principe geslaagde strabismus operatie.

3.13 De consument heeft aangevoerd dat de verzekeraar met de niet gemelde klachten bekend had kunnen zijn, als hij bij de aanvraag van de verzekering zorgvuldig onderzoek had gedaan naar de aard van de wel gemelde klachten en de medische voorgeschiedenis. Volgens de consument is sprake van samenhang tussen de niet gemelde en de wel gemelde klachten. De verzekeraar betwist dit en stelt dat de niet gemelde klachten niet (geheel) samenhangen met de wel gemelde klachten. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft de verzekeraar aangevoerd dat: (i) de neuroloog geen verband heeft gelegd tussen de klachten en de sarcoïdose en de verscheidenheid aan klachten niet kan duiden; (ii) de klachten waarvoor de consument in 2009 (en 2014) bij de orthoptist kwam dezelfde klachten waren als in 2007, te weten slecht samenwerkende ogen wat te maken kan hebben met strabismus, maar atypisch is; en (iii) sprake was van overgevoeligheid voor licht, wat niet hoort bij strabismus.

3.14 Zoals hierboven vermeld, heeft de consument in 2001 en 2006-2007 een neuroloog geconsulteerd. Uit de brieven van deze neuroloog van 26 oktober 2001, 26 oktober 2006 en 15 juni 2007 volgt dat een relatie tussen de klachten van de consument en sarcoïdose niet kan worden aangetoond/bevestigd. In de brief van de huisarts van 24 mei 2019 staat vervolgens het volgende: *"Verder is hij al langdurig niet meer onder controle voor sarcoïdose, omdat de laatste controles helemaal goed waren en hij geen gerelateerde klachten heeft".* De neuroloog die de consument in 2018 heeft gezien, schrijft in zijn brief van 27 februari 2019: *"(…) sinds 5 jaar (atypische) visusklachten. Anamnestisch zijn de visusklachten zeer atypisch en moeilijk te plaatsen."* Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de verzekeraar zich terecht op het standpunt stelt dat de niet gemelde klachten niet (zonder meer en duidelijk) samenhangen met de wel gemelde klachten.

3.15 De verzekeraar heeft verder aangevoerd dat bij het aangaan van de verzekering gebruik is gemaakt van een vragenlijst en dat geen sprake was van onduidelijke of inconsistente antwoorden. Ook uit de informatie die de verzekeraar ontving van de door de consument opgegeven specialisten bleken geen inconsistenties. De verzekeraar mocht er daarom op vertrouwen dat de gezondheidsverklaring correct en volledig was ingevuld.

Op de zitting heeft de verzekeraar nog aangevoerd dat ook gekeken is naar het 'algemene verloop' na een strabismusoperatie. Verzekeraar stelt dat wanneer sprake is van een geslaagde strabismusoperatie zonder bijkomende klachten, het resultaat over het algemeen goed is. Gelet op het voorgaande bestond er volgens de verzekeraar geen aanleiding tot het doen van nader onderzoek.

3.16 De commissie overweegt dat de consument op de gezondheidsverklaring heeft ingevuld dat hij twee specialisten heeft bezocht en verder geen klachten meer had. De verzekeraar heeft vervolgens informatie opgevraagd bij de twee artsen die de consument had opgegeven. De informatie die de verzekeraar ontving van deze artsen kwam overeen met de informatie van de consument. Dan bestaat er naar het oordeel van de commissie geen aanleiding tot het doen van nader onderzoek.

3.17 Ter zitting heeft de consument nog aangevoerd dat de verzekeraar bij aanvang van de verzekering (standaard) een ongerichte keuring zou moeten uitvoeren zodat op die manier alle relevante feiten naar voren komen. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar niet verweten kan worden dat hij een dergelijke keuring achterwege laat omdat wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat een dergelijke keuring niet zinvol is aangezien dit slechts een momentopname is en geen voorspellende waarde heeft.

3.18 Het voorgaande brengt mee dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

*Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan?*

3.19 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. De verzekeraar heeft toegelicht dat sprake was van vage klachten die niet te normaliseren zijn door middel van beperkende voorwaarden en dat, als dat wel mogelijk zou zijn, meer dan twee beperkende voorwaarden (te weten een beperkende voorwaarde voor psychische klachten, een beperkende voorwaarde voor oogklachten en een beperkende voorwaarde ten aanzien van vage klachten die niet te diagnosticeren zijn) in de regel ook leiden tot afwijzing bij een arbeidsongeschiktheids-verzekering. Naar het oordeel van de commissie zou een redelijk handelend verzekeraar bij deze stand van zaken hebben geweigerd een verzekering aan te gaan. De combinatie van ADHD en onbegrepen langdurige lichamelijke en cognitieve klachten ('functionele klachten') zijn niet zo te clausuleren dat hierdoor het risico op arbeidsongeschiktheid wordt genormaliseerd. Daarbij komt dan ook nog een clausule voor oogklachten. Daarom gaat de stelling van de consument dat de verzekeraar onvoldoende heeft aangetoond dat sprake is van 'een samenloop van grotere uitsluitingsclausules' niet op. Een redelijk handelend verzekeraar behoefde ook geen nader onderzoek te doen. De stelling van de consument hierover gaat niet op.

3.20 Aan de beantwoording van de vraag of de niet of onjuist meegedeelde feiten onbelangrijk zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt (artikel 7:930 lid 2 BW) – of er met andere woorden al dan niet causaal verband bestaat tussen de niet gemelde klachten en het uitvallen van de consument in 2018 – komt de commissie niet toe. Artikel 7:930 lid 4 BW bepaalt immers dat geen uitkering verschuldigd is als de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten.

*Conclusie*

3.21 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar de verzekering heeft mogen beëindigen en geen uitkering verschuldigd is. Ook mag de verzekeraar de reeds gedane uitkeringen terugvorderen.

## 4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

*Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.*

*Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.*

**Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving**

**Boek 7 Burgerlijk Wetboek**

Artikel 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.

2.
Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.

3.
Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar 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. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.

5.
De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.

6.
Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

(…)

Artikel 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.
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.