Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-075
(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	: 30 april 2015
Ingesteld door	: Consument
Tegen	: Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 12 februari 2016
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft in 2012 een woonlastenverzekering aangevraagd. Op de gezondheidsverklaring beantwoordt hij de vraag of hij voor psychische klachten ooit een arts/specialist heeft geraadpleegd en/of hij in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd heeft voor: (…) (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten) ontkennend. Hij was echter in 2010 voor psychische klachten behandeld en sinds een maand voor de aanvraag stond hij onder behandeling voor nekklachten. 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 deze medische voorgeschiedenis had moeten invullen, omdat hij er rekening mee moest houden dat het huisartsenbezoek voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant was voor de beoordeling van het risico. Bij kennis van de ware stand van zaken zou Verzekeraar als een redelijk handelend verzekeraar de verzekeringsaanvraag niet hebben geaccepteerd, omdat minimaal twee grote clausules zouden zijn geplaatst. Een beroep op artikel 7:930 lid 4 BW slaagt. Verzekeraar heeft Consument bovendien tijdig geïnformeerd conform artikel 7:929 lid 1 BW. Van een onaanvaardbaar trage behandeling door de verzekeraar is niet gebleken. De vordering wordt afgewezen.

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 met bijlagen;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de verklaring voor bindend advies van Consument.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 29 januari 2016 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

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

2.1 Consument heeft op 29 mei 2012 een woonlastenverzekering aangevraagd bij Verzekeraar. Op het door Consument ondertekende aanvraagformulier staat onder meer het volgende.

> "*MEDISCHE VERKLARING*
> *Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?* *Nee*
> *Heeft u voor (…) of psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor: (…) (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), (…) of een andere ernstige ziekte?* *Nee*
> *Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?* *Nee*
> *(…)*
> *VERKLARING*
> *Verzekeringnemer(s) verklaart/verklaren:*
> *(…)*
> *- dat hij verder niets heeft mede te delen over het te verzekeren risico of over zijn persoon en/of de persoon van een eventuele andere belanghebbende, dat voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang zou kunnen zijn.*
> *- de brochure, verzekeringstoelichting client en algemene verzekeringsvoorwaarden te hebben ontvangen, hiervan kennis te hebben genomen en akkoord te gaan met de inhoud en toepassing hiervan. (…)*
> *- dat de gegeven antwoorden en verklaringen juist en volledig zijn. Geen omstandigheden die voor de verzekeraar(s) van belang kunnen zijn voor het beoordelen van het te verzekeren risico zijn niet juist of niet volledig medegedeeld.*"

2.2 Op 2 oktober 2013 heeft Consument een aangifteformulier arbeidsongeschiktheid ingediend bij Verzekeraar. Op dat formulier heeft hij onder meer het volgende ingevuld.

> "*Sinds wanneer heeft u de klachten waar u nu last van heeft? Vanaf april 2013*
> *Wanneer heeft u voor deze klachten voor het eerst uw huisarts bezocht? April 2013*
> *(…)*
> *Datum waarop u zich bij de werkgever ziek heeft gemeld voor deze klachten 19/08/13*
> *(…)*
> *Om alle relevante inlichtingen over de ziektegeschiedenis, waaronder de precieze aanvang, de verrichte onderzoeken en bevindingen, de gestelde diagnose, de ingestelde behandeling(en) en het verloop van de ziekte, aandoening, gebreken dan wel klachten met betrekking tot:*
> *(ziekte invullen:) nek + bekken + psyche.*"

2.3 Op 10 oktober 2013 heeft Verzekeraar aan Consument geschreven dat een eigen risicoperiode van 90 dagen tot 19 december 2013 van toepassing is.

2.4 Op 30 december 2013 heeft de partner van Consument aan Verzekeraar onder meer het volgende geschreven.

> "*Bij deze wil ik laten weten dat [Consument] nog steeds ziek is.*
> *Momenteel loopt hij onder behandeling bij (…) voor zijn nek en schouder klachten.*
> *Hij heeft de laatste tijd steeds niersteen aanvallen (…)*
> *Hart / stress problemen waarvoor hij is opgenomen geweest (…)*
> *Stress / Psychische problemen waarvoor we op zoek zijn naar een goede behandelaar. (…)*"

2.5 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft in januari 2014 aan Consument verzocht een medische machtiging te ondertekenen. Op 5 februari 2014 is de medische machtiging ontvangen door de medisch adviseur van Verzekeraar.

2.6 Naar aanleiding van een brief van 5 februari 2014 van de medisch adviseur van Verzekeraar aan de huisarts van Consument heeft de huisarts met betrekking tot nekklachten onder meer het volgende geschreven.

> "*Is eerder sprake geweest van dergelijke klachten? Zo ja, welke en sinds wanneer? Sinds 2012.*"

2.7 Op 7 maart 2014 heeft de psycholoog van Vitaal Mensenwerk aan de medisch adviseur van Verzekeraar onder meer het volgende geschreven.

> "*9. Was er eerder sprake van soortgelijke klachten? Zo ja, welke en sinds wanneer? Cliënt heeft in 2010 bij onze organisatie hulp gezocht in verband met depressieve klachten omdat hij veel onvrede ervoer over zijn persoonlijke situatie.*"

2.8 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft op 17 maart 2014 aan Consument verzocht een nieuwe medische machtiging te ondertekenen zodat de medisch adviseur nadere informatie kon opvragen bij Vitaal Mensenwerk.

2.9 Op 19 maart 2015 heeft de Fysiotherapeut aan de medisch adviseur van Verzekeraar onder meer het volgende geschreven.

> "*Cervico brachialgie klachten (…)*
> *Continue pijnklachten Vas 70. En snel vermoeid in net/schouderregio (…)*
> *Behandeling heeft bestaan uit Manueel Therapie en houdingsadviezen.*
> *Van april tot juli 2012 is dhr. onder behandeling geweest.*"

2.10 Op 31 maart en 25 april 2014 zijn door Verzekeraar aan Consument herinneringen gestuurd ten aanzien van de medische machtiging. Op 16 mei 2014 werd de medische machtiging ontvangen. Op 31 juli 2014 meldde Vitaal Mensenwerk dat zij wachtten op de goedkeuring van Consument. Op 1 september 2014 wachtten zij nog steeds. Op 4 september 2014 heeft Verzekeraar gebeld naar Consument over de benodigde reactie.

2.11 Op 31 oktober 2014 heeft de psycholoog van Vitaal Mensenwerk aan de medisch adviseur van Verzekeraar onder meer het volgende geschreven.

> *"1 . Van wanneer dateren de eerste klachten?*
> *Cliënt is op 19-04-2010 bij onze instelling aangemeld en heeft op 20-04-2010 een intakegesprek gehad.*
> *2. Waaruit bestaan de klachten?*
> *In het dossier staat beschreven dat er bij cliënt sprake was van een depressie (ernstig). Er was sprake van een verminderde interesse, lusteloosheid, stress, prikkelbaarheid en slaapproblemen.*
> *3. Wanneer zag u verzekerde voor het eerst?*
> *Dhr. [z] zag cliënt op 20-04-2010 voor het eerst voor een intakegesprek.*
> *4. Welke diagnose is gesteld (DSM classificatie en GAF score) en wanneer?*
> *Na het intakegesprek op 20-04-2010 is de volgende diagnose gesteld:*
> *Depressieve stoornis, ernstig (code 296.23). Er is geen GAF score gerapporteerd.*
> *5. Welke behandeling is ingesteld en met welk resultaat?*
> *Cliënt is behandeld met cognitieve gedragstherapie. Cliënt heeft tussen 20 04-2010 en 15-09-2010 een 9-tal gesprekken gehad. Op het moment van afronding was er nog weinig vooruitgang geconstateerd en is cliënt doorverwezen naar de specialistische GGZ (GGZ Meerkanten).*"

2.12 Op 1 december 2014 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar een rapport uitgebracht aan Verzekeraar waarin hij schrijft dat Consument de mededelingsplicht heeft geschonden omdat Consument al in 2010 bekend was met klachten van een depressie waarvoor hij behandeld is en Consument op 29 mei 2012 nog onder behandeling van een fysiotherapeut stond wegens nek- en schouderklachten welke aan de psychische klachten te relateren zijn.

2.13 Bij brief van 5 december 2014 heeft Verzekeraar onder meer het volgende aan Consument geschreven.

> *"Door het niet correct beantwoorden van de gezondheidsvragen heeft u uw mededelingsplicht geschonden. Hierdoor vervalt in deze uw recht op uitkering. Dit is vastgelegd in de artikelen 7:928-930 van het Burgerlijk Wetboek.*
> *Op basis van bovengenoemde informatie kunnen wij de woonlastenverzekering beëindigen. De reden hiervoor is omdat bij de totstandkoming van deze verzekering niet is voldaan aan de mededelingsplicht.*"

2.14 Consument heeft deze brief in ieder geval bij een e-mail van Verzekeraar van 30 januari 2015 ontvangen.

2.15 Consument heeft tegen de afwijzing bezwaar gemaakt. Verzekeraar handhaaft zijn standpunt.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

3.1 Consument vordert een vergoeding voor de misgelopen uitkering en uitkering voor de komende periode. De uitkering bedraagt € 1991,- per maand vanaf 19 december 2013.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen.

- De algemene voorwaarden zijn nooit ter hand gesteld.
- De mededelingsplicht is niet geschonden. Consument had slechts inleidende gesprekken en geen daadwerkelijk behandelplan gericht op het bestrijden van psychische klachten. Er was geen opzet op het verzwijgen van die feiten, hoogstens betreft het een misinterpretatie van de zeer algemene en ruim gestelde vraag.
- Verzekeraar heeft niet binnen twee maanden na bekendheid met schending van de mededelingsplicht Consument op de hoogte gesteld, zoals vereist in artikel 7:929 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW). De communicatie was sowieso zeer slecht. Pas op 30 januari 2015 is de afwijzing door Verzekeraar gemeld, terwijl uiterlijk per 4 oktober 2014 dit al bekend had moeten zijn bij Verzekeraar. Verzekeraar had toen al lang het relevante dossier kunnen en moeten opvragen.

Verweer Verzekeraar

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

- De algemene voorwaarden zijn Consument wel tijdig ter hand gesteld. Consument heeft de verklaring op het aanvraagformulier ondertekend.
- Consument is sinds 2010 bekend met psychische klachten en was sinds april 2012 onder behandeling voor nekklachten. Indien hij het aanvraagformulier op 29 april 2012 juist had ingevuld had hij die medische voorgeschiedenis moeten vermelden. Indien Verzekeraar op de hoogte was geweest van de medische voorgeschiedenis dan zouden de volgende clausules van toepassing zijn geweest:
  -"Er bestaat geen recht op uitkering wanneer de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, dan wel verband houdt met aandoeningen van psychische aard en gevolgen."
  - "Er bestaat geen recht op uitkering wanneer de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, dan wel verband houdt met aandoeningen van de schoudergewrichten en gevolgen met uitzondering van nieuwvormingen (tumoren) of fracturen."
  - "Er bestaat geen recht op uitkering wanneer de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, bevorderd of verergerd, dan wel verband houdt met aandoeningen van de gehele wervelkolom en gevolgen met uitzondering van nieuwvormingen (tumoren) of fracturen.".
  Omdat Verzekeraar als algemene acceptatie richtlijn hanteert dat een aspirant verzekerde niet meer dan twee clausules mag hebben zou de aanvraag van Consument voor deze verzekering zijn afgewezen.

- Pas op 1 december 2014 werd Verzekeraar bekend met het oordeel van de medisch adviseur waarin stond dat Consument medische voorgeschiedenis had moeten vermelden bij het aangaan van de overeenkomst. De gevolgen van dit medisch oordeel zijn in de brief van 5 december 2014 aan Consument gezonden. Consument heeft die brief in ieder geval binnen twee maanden en dus tijdig, namelijk bij e-mail van 30 januari 2015, ontvangen. De lange behandelingsduur van de schademelding is niet aan Verzekeraar te wijten. Er is veelvuldig gecorrespondeerd en gerappelleerd met Consument en de medische instanties. De grootste vertraging werd veroorzaakt door Vitaal Mensenwerk die niet bereid was om, ondanks de medische machtiging van Consument, informatie te verstrekken zonder nogmaals de uitdrukkelijke toestemming van Consument. Het heeft geruime tijd geduurd voordat Consument Vitaal Mensenwerk deze toestemming heft verleend en de gevraagde informatie aan de medisch adviseur van Verzekeraar ter beschikking werd gesteld.

4. Beoordeling

Mededelingsplicht (artikel 7:928 juncto 7:930 lid 4 BW)

4.1 Aan de orde is allereerst de vraag of Consument bij het aangaan van de Verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden en zo ja, of Verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen overeenkomst met hem zou hebben gesloten.

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 4 BW, op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet 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. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW (Verzekering), Deventer: Kluwer 2007, p. 39.

4.3 Consument heeft naar het oordeel van de Commissie de onder 2.1 geciteerde vragen in de gezondheidsverklaring onjuist beantwoord. Uit de medische informatie volgt dat Consument vanaf april 2012 werd behandeld voor nekklachten en dat hij in 2010 is behandeld voor psychische klachten.

4.4 Bij aanvraag van de verzekering en vóór het ingaan van de verzekering was Consument onder behandeling voor nek /rugklachten. Dit blijkt uit de berichtgeving van de huisarts en de fysiotherapeut. Consument werd van april tot en met juli 2012 behandeld voor nekklachten. Deze klachten en behandeling heeft Consument niet gemeld.

4.5 Uit informatie van de psychologen komt naar voren dat betrokkene in 2010 voor gelijksoortige psychische /depressieve klachten zou zijn behandeld als in 2013. De in 2013 gestelde diagnose 'recidiverende depressie' past in dat beeld. Consument heeft in 2010 psychische /depressieve klachten gehad, met een recidief in 2013. Deze klachten en behandeling van april tot september 2010 en later heeft Consument ten onrechte niet vermeld bij de aanvraag van de verzekering.

4.6 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 onder behandeling stond voor nekklachten en onder behandeling was geweest voor psychische klachten en dat zijn klachten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het risico. De Commissie concludeert dan ook dat Consument bij het aanvragen van de Verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden.

4.7 De volgende vraag is of Verzekeraar de Verzekering niet zou hebben gesloten bij kennis van ware stand van zaken. Artikel 7:930 lid 4 BW bepaalt onder andere dat als de verzekeraar *in de precontractuele fase* bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten, geen uitkering verschuldigd is. 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. De Commissie onderschrijft op basis van de expertise van haar medisch lid dat de verzekering dan zou zijn geweigerd, omdat – naar haar oordeel – minimaal twee grote clausules zouden zijn geplaatst, te weten een clausule psyche en een clausule totale wervelkolom inclusief nekschoudergordel. Dit komt overeen met de drie clausules waarvan Verzekeraar stelt dat hij die zou hebben opgenomen. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de medische voorgeschiedenis van Consument een beroep op artikel 7:930 lid 4 BW.

Melding binnen twee maanden (artikel 7:929 lid 1 BW)

4.8 De Commissie overweegt vervolgens dat aan de wettelijke regeling van de artikelen 7:929 en 7:930 BW de gedachte ten grondslag ligt dat het voor de verzekeringnemer van belang is om spoedig te weten welke gevolgen de verzekeraar aan de niet-nakoming van de mededelingsplicht wil verbinden. De verzekeraar dient daarover binnen twee maanden na ontdekking duidelijkheid te verschaffen op straffe van het verval van de mogelijkheid zich te beroepen op onder andere de sancties ex art. 7:930 BW.

4.9 Consument heeft zich op het standpunt gesteld dat Verzekeraar aan de voorwaarden die artikel 7:929 lid 1 BW stelt niet heeft voldaan. Hij stelt dat Verzekeraar na ontvangst van de informatie van Vitaal Mensenwerk eind oktober 2014 niet voortvarend heeft gehandeld en hem daardoor niet binnen twee maanden na ontdekking heeft geïnformeerd.

4.10 De Commissie overweegt dat het moment van ontdekking als regel niet bij binnenkomst van de medische informatie zal liggen, maar bij of na een vergelijking tussen de opgave en de ware stand van zaken door de dossierbehandelaar (vgl. Hof Arnhem van 12 juni 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BW7904, r.o. 4.8-4.11).

Een vermoeden van schending van de mededelingsplicht is niet voldoende. Nodig is dat de verzekeraar daaromtrent een voldoende mate van zekerheid heeft. Aldus wordt ook voorkomen dat de verzekeringnemer al te snel wordt gesteld voor de vraag of hij de verzekering moet opzeggen. Het moet dus in beginsel gaan om het moment van de *subjectieve* ontdekking door de verzekeraar van het verschil tussen de opgave en de ware stand van zaken.

Er kunnen redenen bestaan om de datum van de ontdekking te *objectiveren* naar een eerder moment door aan te nemen dat de verzekeraar een en ander redelijkerwijs eerder had kunnen en behoren te ontdekken, maar daarvoor acht de Commissie in deze zaak geen feiten en omstandigheden aanwezig. Tussen de laatste brief van Vitaal Mensenwerk van 31 oktober 2014 en het rapport van de medisch adviseur van 1 december 2014 zit één maand. Verzekeraar heeft pas door kennisname van de rapportage van zijn medisch adviseur d.d. 1 december 2014 ontdekt dat Consument zijn mededelingsplicht niet is nagekomen. Bij brief van 5 december 2014 (welke brief Consument in ieder geval op 30 januari 2015 heeft bereikt) heeft Verzekeraar aan Consument laten weten dat hij zich beroept op schending van de mededelingsplicht. Consument is derhalve binnen de wettelijke termijn van twee maanden op de hoogte gesteld. Ook van een onaanvaardbaar trage behandeling door de verzekeraar is niet gebleken. Uit de beschikbare correspondentie blijkt niet dat Verzekeraar of diens medisch adviseur traag hebben gewerkt. De procesgang lijkt normaal te zijn verlopen. De vertraging heeft gezeten bij de psycholoog: deze wilde pas informatie verstrekken als hij deze informatie zelf met Consument had besproken. Verzekeraar (en zijn medisch adviseur namens hem) heeft zowel Consument als de psycholoog diverse malen gerappelleerd. De psycholoog zelf deelde in september 2014 mede dat Consument niet reageerde op diens verzoek tot contact opnemen. Verzekeraar heeft zich derhalve voldoende ingespannen om binnen een redelijke termijn vast te stellen of Consument zijn mededelingsplicht is nagekomen. Verzekeraar heeft naar het oordeel van de Commissie voldaan aan de verplichting van artikel 7:929 lid 1 BW.

Overige klachten

4.11 Nu zoals hierboven is geoordeeld aan Verzekeraar een beroep toekomt op artikel 7:930 lid 4 BW zou bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering tot stand zijn gekomen. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af. De klachten van Consument over de algemene voorwaarden en over de andere aandoeningen (nierstenen en hartklachten) kunnen onbesproken blijven.

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