Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-125
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, J.H. Paulusma-de Waal (medisch lid),
mr. A.M.T. Wigger leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 10 mei 2017
Ingediend door	: Consument
Tegen	: BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 21 februari 2018
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Consument is zijn precontractuele mededelingsplicht niet nagekomen door bij de aanvraag van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering de vraag naar rugklachten niet volledig te beantwoorden en door in het geheel geen melding te maken van een doorgemaakt CVA. De Commissie heeft geconcludeerd dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten. 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 namens Consument ingediende klachtformulier;
- de namens Consument ingezonden medische stukken;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 15 januari 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1957, van beroep projectleider, heeft op 28 januari 2002 bij Verzekeraar een verzekering Hypotheek Opvang Polis aangevraagd met dekking bij arbeidsongeschiktheid. Hij heeft daarbij een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld, bestaande uit drie vragen. Deze drie vragen heeft hij met 'nee' beantwoord:

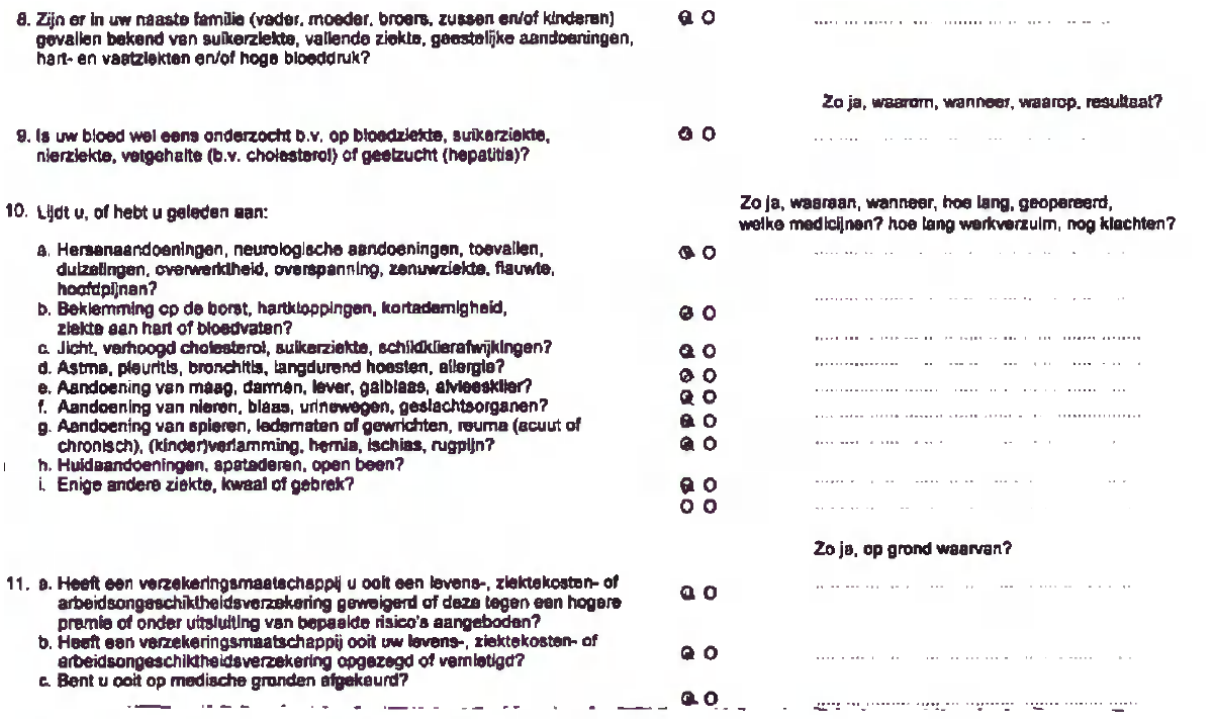
KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

Gezondheidsverklaring	Eerste verzekerde	Tweede verzekerde
1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?	● nee ○ ja	○ nee ○ ja
2. Heeft u voor hart- en/of vaatziekten of enige vorm van kanker ooit een arts geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts geraadpleegd voor: (chronische) luchtwegaandoeningen, bloeddruk, bloedonderzoek, epilepsie, leverklachten, nierklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsaandoeningen, psychische klachten, suikerziekte of een andere ernstige ziekte?	● nee ○ ja	○ nee ○ ja
3. Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?	● nee ○ ja	○ nee ○ ja

Als u één van de bovenstaande vragen met JA heeft beantwoord, dan verzoeken wij u ook een medische vragenlijst in te vullen.

De medische vragenlijst heeft hij ook ingevuld. In de vragenlijst heeft hij voor zover hier relevant melding gemaakt van ‘spierpijn rug 1995’:

Aankruisen wat van toepassing is	nee	ja	Toelichting Zo ja, welke, sinds wanneer?
1. a. Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk?	●	○	
b. Hebt u met betrekking tot uw gezondheid klachten?	●	○	
c. Hebt u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen?	●	○	
2. Is uw bloed ooit onderzocht op HIV? Zo ja, wat is de uitkomst van dit onderzoek	●	○	
			Zo ja, waarvoor, wanneer, wie?
3. a. Hebt u wel eens een medisch specialist geraadpleegd?	●	○	
b. Hebt u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog of een andere paramedicus geraadpleegd?	○	●	Spierpijn rug 1995 v. Pelt.
c. Hebt u nog klachten?	●	○	
d. Staat u nog onder controle?	●	○	
4. a. Hebt u de laatste 5 jaar medicijnen voorgeschreven gekregen? Zo ja, waarvoor, welke, hoeveel?	●	○	
b. Gebruikt u deze medicijnen nog steeds? Zo nee, sedert wanneer bent u gestopt?	●	○	
			Zo ja, waarvoor, wanneer, hoelang?
5. a. Heeft uw huisarts u de laatste 5 jaar behandeld?	●	○	
b. Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of een andere verpleeginrichting?	○	●	Stomlacahe.
c. Hebt u de laatste 5 jaar om gezondheidsredenen uw werk langer dan 30 dagen geheel of gedeeltelijk onderbroken?	●	○	
d. Bent u thans ziek of geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	●	○	
6. Lijdt u aan hypertensie (hoge bloeddruk)? Zo ja, sinds wanneer? Welke medicijnen gebruik u hiervoor? Wat is de uitslag van de meest recente bloeddrukmeting?	●	○	
7. a. Lijdt u aan enige vorm van hart- en/of vaatziekten? Zo ja, welke aandoening? Sinds wanneer? Welke medicijnen gebruikt u hiervoor?	●	○	
b. Staat u hiervoor onder controle van een specialist?	●	○	
c. Komen er hart- en/of vaatziekten voor bij familie voor de leeftijd van 60 jaar?	●	○	



8. Zijn er in uw naaste familie (vader, moeder, broers, zussen en/of kinderen) gevallen bekend van suikerziekte, vallende ziekte, geestelijke aandoeningen, hart- en vaatziekten en/of hoge bloeddruk? ○ ○

Zo ja, waarom, wanneer, waarop, resultaat?

9. Is uw bloed wel eens onderzocht b.v. op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (b.v. cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? ○ ○

10. Lijdt u, of hebt u geleden aan:

Zo ja, waaraan, wanneer, hoe lang, geopereerd, welke medicijnen? hoe lang werkverzuim, nog klachten?

a. Hersenaandoeningen, neurologische aandoeningen, toevallen, duizelingen, overwerktheid, overspanning, zenuwziekte, flauwte, hoofdpijnen? ○ ○
b. Beklemming op de borst, hartkloppingen, kortademigheid, ziekte aan hart of bloedvaten? ○ ○
c. Jicht, verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijkingen? ○ ○
d. Astma, pleuritis, bronchitis, langdurend hoesten, allergie? ○ ○
e. Aandoening van maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? ○ ○
f. Aandoening van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? ○ ○
g. Aandoening van spieren, ledematen of gewrichten, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, hernia, ischias, rugpijn? ○ ○
h. Huidaandoeningen, spataderen, open been? ○ ○
i. Enige andere ziekte, kwaal of gebrek? ○ ○

Zo ja, op grond waarvan?

11. a. Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering geweigerd of deze tegen een hogere premie of onder uitsluiting van bepaalde risico's aangeboden? ○ ○
b. Heeft een verzekeringsmaatschappij ooit uw levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering opgezegd of vernietigd? ○ ○
c. Bent u ooit op medische gronden afgekeurd? ○ ○

2.2 De aanvraag is geaccepteerd en de verzekering is ingegaan op 2 april 2002. Einddatum: 1 februari 2018. Premie: koopsom € 5.750,73. Dekking: arbeidsongeschiktheid, vaststelling UWV-keuring (gangbare arbeid). Eigen risicoperiode: 365 dagen. Verzekerd maandbedrag: € 950,-. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: HOP1101.

2.3 Op 18 mei 2015 heeft Consument zich per 3 mei 2013 arbeidsongeschikt gemeld wegens rugklachten, neurologische klachten en psychische klachten.

2.4 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft medische informatie opgevraagd en op grond daarvan advies uitgebracht. Naar aanleiding van dit advies heeft Verzekeraar de claim afgewezen en de verzekering beëindigd. In de afwijsbrief van 15 februari 2016 heeft Verzekeraar toegelicht dat het zijn medisch adviseur was gebleken dat Consument arbeidsongeschikt is geraakt als gevolg van een doorgemaakt CVA, rugklachten (gewrichtsklachten), psychische klachten en black-outs, en dat het doorgemaakte CVA en de rugklachten dateren van vóór de ingangsdatum van de verzekering. Verzekeraar heeft gesteld dat Consument voor de gevolgen van het CVA al sinds zijn 10e levensjaar onder behandeling stond en voor de rugklachten sinds 1999, en dat Consument hiervan bij de aanvraag van de verzekering geen melding heeft gemaakt en de gezondheidsverklaring dus onjuist heeft ingevuld. Indien Consument Verzekeraar juist zou hebben geïnformeerd, dan, zo vervolgde Verzekeraar zijn brief, zou de verzekering niet zijn afgesloten. Verzekeraar heeft zich daarbij beroepen op artikel 7:930 lid 4 en artikel 7:929 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW) en op artikel 1 lid g van de algemene bepalingen van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Dit artikellid bepaalt dat een lichamelijke of geestelijke aandoening zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst moet hebben geopenbaard.

Verder schreef Verzekeraar dat de psychische klachten van Consument (paniekstoornis met agorafobie) niet onder de dekking van de verzekering vallen omdat artikel 5 lid d van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid bepaalt dat alleen een manische depressie, een ernstige depressie of een psychose is gedekt. Tot slot schreef Verzekeraar dat de black-outklachten niet gedekt zijn omdat voor deze klachten geen medische verklaring is gevonden. Op grond van artikel 1 van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid dient arbeidsongeschiktheid het gevolg te zijn van op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende ziekte.

2.5 Op 14 juli 2016 is door de gemachtigde van Consument bij Verzekeraar een bezwaarschrift ingediend met als bijlage een advies van een door de gemachtigde ingeschakelde medisch adviseur. Op grond van dit advies is gemotiveerd betwist dat sprake is van verzwijging. Het bezwaarschrift heeft Verzekeraar niet tot een ander standpunt gebracht, net zo min als de daarop gevolgde correspondentie. De eerder genomen beslissing is door hem gehandhaafd.

2.6 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen voor zover relevant:

Artikel 1 lid g van de algemene bepalingen:
"*Ziekte: een lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor hij zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt, alsmede een zich tijdens de looptijd van de verzekering openbarende lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich vóór aanvang van de verzekering reeds geopenbaard had, mits gedurende 60 maanden voor aanvang van de verzekering, er geen openbaring en/of recidive van deze aandoening heeft plaatsgehad en verzekerde gedurende deze periode voor deze aandoening geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Ook voor de laatstgenoemde aandoening dient verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts te stellen.*"

Artikel 1 van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid:
"*Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid (inclusief het eerste jaar van ziekte bij een eigen risicoperiode van 30 dagen) van verzekerde. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, mits verzekerde op de dag van de vaststelling van arbeidsongeschiktheid voor ten minste 18 uren per week betaald en actief aan het arbeidsproces deelnam. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.*"

Artikel 5 lid d van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid:
"*Geen recht op uitkering bestaat indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van psychologische, psychosociale of neuropsychiatrische aandoeningen, behalve het begin van belangrijke psychiatrische ziektebeelden zoals geestesstoornissen (psychosen exclusief randpsychotische beelden of borderline problematiek) en stemmingsstoornissen met uitgesproken op een psychose berustende kenmerken (dus met uitzondering van de aanduidingen "atypisch" of "ernst: licht, matig" van DSM IV).*

Voor de genoemde ingesloten ziektebeelden dient de oorzaak te liggen in de periode na de ingangsdatum van deze module."

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert vanaf 3 mei 2014 uitkering van het verzekerde maandbedrag van € 950,-, te vermeerderen met de wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- De mededelingsplicht van de verzekeringnemer bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst ziet op feiten die hij kende of behoorde te kennen. Voor de vraag welke feiten de verzekeringnemer behoorde te kennen wordt, blijkens de parlementaire geschiedenis, uitgegaan van een behoorlijk en zorgvuldig verzekeringnemer, waarbij alle omstandigheden van het geval moeten worden meegewogen. Tevens dient rekening te worden gehouden met de persoon en de omstandigheden van de verzekeringnemer. Voorts ziet de mededelingsplicht uitsluitend op feiten waarvan de verzekeringnemer weet of behoort te begrijpen dat deze ook voor de verzekeraar van belang (kunnen) zijn. Aan de hand van de vragenlijst die door de verzekeraar wordt toegezonden, weet de verzekeringnemer welke punten de verzekeraar interesseren. Daarbij geldt dat de verzekeringnemer een voorgelegde vraag mag opvatten naar de zin die hij daaraan in de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mocht toekennen (HR 1 december 1995, LJN ZC1902, NJ 1996, 707).
- In de gezondheidsverklaring wordt de nadruk gelegd op ziekte/kwaal/gebrek en op behandeling door arts/specialist alsmede op medicatiegebruik. Hiermee wordt de indruk gewekt dat met name ernstige en/of intensief behandelde klachten/ziekte/aandoeningen relevant zijn voor de beoordeling. Dit wordt bevestigd in de cursief gedrukte zin onderaan de gezondheidsvragen: "Als u één van de bovenstaande vragen met JA heeft beantwoord, dan verzoeken wij u ook een medische vragenlijst in te vullen." Consument heeft, uitgaande van de indruk die bij hem is ontstaan dat gevraagd werd naar ernstige en/of intensief behandelde klachten, geen enkele vraag met JA beantwoord. Niettemin heeft hij vervolgens volledig te goeder trouw en totaal onverplicht de medische vragenlijst ingevuld, naar beste weten en kunnen. Deze vragenlijst is dus in het geheel niet relevant voor de beoordeling van het risico. Dit blijkt ook uit het feit dat Verzekeraar geen acht heeft geslagen op c.q. geen enkele actie heeft ondernomen naar aanleiding van de vermelding van de rugklachten van 1995. Dit doet de vraag rijzen of dit zoveel anders zou zijn geweest als de klachten van 1999 wel zouden zijn vermeld.
- Volgens Van Dale is de betekenis van aandoening: "ziekelijke toestand". Het kan Consument niet worden euvel geduid dat hij de kortdurende rugpijnklachten van 1999, die restloos genazen, niet heeft beschouwd als een "ziekelijke toestand" of aandoening die relevant zou kunnen zijn voor de dekkingsbeoordeling.

Consument heeft dit begrijpelijkerwijs ervaren als een lastig kwaaltje dat vlot verholpen werd en dat van generlei invloed was op zijn belastbaarheid voor werk. Hij heeft nimmer verzuimd vanwege rugklachten. Het is volstrekt onaannemelijk dat als de rugklachten van 1999 wél zouden zijn vermeld, uitsluiting of clausulering zou zijn gevolgd.

- Dat Consument het CVA dat hem op 10-jarige leeftijd is overkomen niet heeft gemeld, kan hem evenmin worden verweten. Consument was ten tijde van de aanvraag van de verzekering 45 jaar oud en had nauwelijks herinnering aan het CVA. Het speelde geen enkele rol in zijn leven. Hij heeft aan het CVA ook geen restklachten overgehouden. De neurologische klachten die Consument thans ondervindt zijn uitgebreid onderzocht en daarbij zijn door de neuroloog geen afwijkingen gevonden. Het CVA heeft geen blijvende schade aangericht, getuige het 'blanco' beeldvormend onderzoek.
- Consument kan geen verzwijging worden verweten. Zijn claim is op onterechte gronden afgewezen en de verzekering is op onterechte gronden beëindigd.

Verweer Verzekeraar

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

- Bij kennis van de ware stand van zaken zou de verzekering in 2002 niet zijn afgesloten vanwege de combinatie van de fysieke belasting in de beroepen van Consument (bouwopzichter, timmerman) en de restklachten van een beroerte en al jaren bestaande en behandelde gewrichtsklachten. Dat vormt een te groot risico voor het sluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Daarnaast vallen de psychische klachten (paniekstoornis en agorafobie) niet onder de reikwijdte van artikel 5 lid d van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid.
- Consument heeft in de medische vragenlijst vermeld dat hij in 1995 spierpijn aan de rug heeft gehad en daarvoor bij een fysiotherapeut is geweest. Vanwege het tijdsverloop van 7 jaar tussen de klachten en de aanvraag van de verzekering is geen reden aanwezig geweest om door te vragen. Consument heeft in 1999 een radiologisch onderzoek aan bekken, heup en rug gehad. Hij had hiervan ook melding moeten maken. Het ging immers om iets wezenlijk anders dan spierpijn in de rug.
- De stelling van Consument dat hij volledig hersteld is van de beroerte op 10-jarige leeftijd staat lijnrecht op de conclusies van de specialisten. Uit de medische informatie volgt onmiskenbaar dat Consument restklachten heeft behouden in de vorm van balansstoornissen en black-outs.
- Consument heeft de precontractuele mededelingsplicht geschonden. Hij heeft ten onrechte vraag 1 en 2 van de verkorte gezondheidsverklaring, en vraag 3.a en 10.1 van het medische vragenformulier met 'nee' beantwoord. Op grond van de acceptatierichtlijnen van zijn herverzekeraar zou Verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet hebben afgesloten. Het advies van de herverzekeraar is om in geval van een doorgemaakte beroerte nimmer te accepteren. Overigens is een kandidaat-verzekeringnemer met een doorgemaakte beroerte ook volgens de richtlijnen van Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) niet verzekerbaar. Gerechtvaardigd is dan de conclusie dat Verzekeraar zich heeft gedragen als een redelijk handelend verzekeraar.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 BW is de aspirant-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, 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. 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 afhangt of zou kunnen afhangen of hij de verzekering wil sluiten. En zo ja op welke voorwaarden. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, 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. Een verzekeraar handelt dan overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW. 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, Deventer: Kluwer 2007, p. 39 en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073 r.o. 3.27.

4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in 1995 en in 1999 rugklachten heeft gehad. Voor de klachten van 1999 is Consument onder behandeling geweest van een fysiotherapeut. Van de rug zijn toen ook foto's gemaakt. Gezien de berichtgeving van de huisarts en de terugkoppeling van de fysiotherapeut hebben de klachten in 1999 ongeveer vier maanden geduurd. De foto's zijn niet tot weinig afwijkend geweest, maar de Commissie acht deze feiten niettemin relevant voor de beoordeling van het risico. Gelet op de expliciete vraag in de verkorte gezondheidsverklaring naar '(chronische) spier- en/of gewrichtsaandoeningen' en de expliciete vraag in de medische vragenlijst naar gewrichtsklachten (rugpijn) had ook Consument er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor de beslissing van Verzekeraar of, en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wilde sluiten, relevant waren. Consument had dus ook de rugklachten van 1999 bij vraag 3.b van de medische vragenlijst moeten vermelden.

4.4 Gelet op het voorgaande concludeert de Commissie dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door geen melding te maken van de rugklachten van 1999.

4.5 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie tevens als vaststaand aan dat Consument op jonge leeftijd (in de stukken wordt wisselend over 10-jarige en 12-jarige leeftijd gesproken) een beroerte/CVA heeft doorgemaakt met als gevolg een (tijdelijke) linkszijdige verlamming. Hiervan is hij naar het oordeel van de Commissie niet volledig hersteld.

De huisarts schrijft op 11 februari 2014 dat sprake is van een status na CVA en multipele ongevallen, mogelijk na een black-out. Zo heeft patiënt in 2009 een spijker door zijn vinger geschoten tijdens een black-out. De huisarts heeft Consument doorverwezen naar een neuroloog, die op 1 april 2014 onder het kopje 'Anamnese' onder meer schrijft dat Consument al zijn hele leven klachten heeft van black-outs en last is blijven houden van balansstoornissen. De neuroloog stelt geen duidelijke afwijkingen vast, behalve een dysdiadochokinese van de linkerhand; bij een proef waarbij snelle tegengestelde draaibewegingen met de hand gemaakt moeten worden, reageert de linkerhand te traag. De Commissie merkt op dat dit een restverschijnsel kan zijn van de linkszijdige verlamming. De verzekeringsarts van het UWV schrijft op 7 maart 2014 in zijn 'Niet-medische rapportage Ziektewet' dat de medische voorgeschiedenis een neurologische aandoening vermeldt met linkszijdige uitval met tot op heden links altijd enig krachtsverlies, dat Consument nu ook onzeker is geworden met autorijden, dat hij dingen uit de handen laat vallen en dat sprake is van korte wegrakingen. In de rapportage van de arbeidsdeskundige van het UWV wordt eveneens anamnestisch melding gemaakt van een aandoening in de jeugd waardoor betrokkene tijdelijk halfzijdig verlamd raakte. De psycholoog die Consument heeft gezien vanwege een neuropsychologisch onderzoek schrijft op 20 januari 2015 dat Consument sinds zijn herseninfarct minder controle heeft over de linker lichaamshelft. Hoewel Consument stelt dat hij aan het CVA nauwelijks herinnering had en dat het CVA geen enkele rol in zijn leven speelde, blijkt uit het dossier dat Consument, ten tijde van het invullen van de verkorte gezondheidsverklaring en de medische vragenlijst, wist dat hij in zijn jeugd een beroerte heeft gehad – de diagnose CVA was toen nog niet gesteld - waarvoor hij, zo bevestigde Consument ter zitting, naar het ziekenhuis is geweest, alwaar hij één nacht ter observatie is gebleven. Dit brengt mee dat Consument vraag 2 van de verkorte gezondheidsverklaring en vraag 3.a en 10.a van de medische vragenlijst met 'ja' had moeten beantwoorden en bij vraag 5.b van de medische vragenlijst ook opname vanwege het CVA had moeten vermelden.

4.6 Gelet op het voorgaande concludeert de Commissie dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen door geen melding te maken van het doorgemaakte CVA.

4.7 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken omtrent de rugklachten en het CVA door een redelijk handelend verzekeraar zou zijn afgesloten. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Wat betreft de rugklachten: de Commissie acht het voldoende aannemelijk dat een redelijk handelend verzekeraar een uitsluitingsclausule voor de rug zou hebben opgenomen. Daarbij overweegt de Commissie dat Consument in 1995 en in 1999 klachten heeft gehad en dat de klachten van 1999 kennelijk zodanig ernstig waren dat röntgenonderzoek werd verricht. Voorts is ter zitting gebleken dat Consument projectleider was in de bouw, maar ook meewerkend was. Zo reed hij per dag een aantal projecten af om collega's te begeleiden en verrichtte hij daarbij ook voorbereidende werkzaamheden, waaronder zaagwerk. Consument heeft dus niet alleen leidinggevende werkzaamheden verricht maar ook uitvoerende, rugbelastende werkzaamheden. Op grond van de GAV-richtlijnen die in 2002 golden, is een uitsluitingsclausule voor de rug dan gerechtvaardigd.

Wat betreft het CVA: de richtlijnen van de GAV geven geen concreet advies aangaande een doorgemaakt CVA, maar de richtlijnen van de diverse herverzekeraars lijken in overwegende mate uit te gaan van een afwijzing na een CVA (al dan niet met restklachten). De Commissie acht het dan ook voldoende aannemelijk dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet zou hebben afgesloten als hij van het CVA had geweten, zeker in combinatie met een uitsluitingsclausule voor de rug. Dit betekent dat bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen. Verzekeraar is daarom geen uitkering verschuldigd. Verder mocht hij na ontdekking van de schending van de precontractuele mededelingsplicht de verzekeringsovereenkomst opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).

4.8 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar is 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 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.

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.