

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-735
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus en drs. A. Paulusma-
de Waal (medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 28 oktober 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 2 november 2017
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument heeft bij het aanvragen van een woonlastenverzekering diverse relevante medische feiten onvermeld gelaten en daardoor haar precontractuele mededelingsplicht geschonden. Bij kennis van de ware stand van zaken zou de verzekering naar het oordeel van de Commissie niet zijn afgesloten. Verzekeraar is geen uitkering verschuldigd en mocht de verzekeringsovereenkomst opzeggen. De Commissie heeft de vordering van Consument afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de klachtbrief van Consument van 27 oktober 2016;
- de verklaring van Consument met haar keuze voor niet-bindend advies.
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de brief van Consument van 17 februari 2017;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de brief van Consument van 19 mei 2017;
- de brief van Consument van 23 mei 2017;
- de brief van Verzekeraar van 30 mei 2017.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend. Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 7 juni 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1979, heeft in januari 2013 bij Verzekeraar een woonlastenverzekering (hierna: ‘de Verzekering’) met dekking bij arbeidsongeschiktheid aangevraagd. Daarbij heeft zij allereerst een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld. In de door Consument in januari 2013 ondertekende verkorte gezondheidsverklaring staat – voor zover relevant – het volgende:

“(....)

4) Heeft u in de laatste 5 jaar een arts/specialist/fysiotherapeut/manueel therapeut geraadpleegd voor:

- (chronische) luchtwegklachten,
- bloeddruk,
- bloedonderzoek (o.a. cholesterol),
- epilepsie,
- leverklachten,
- nierklachten,
- maag- en/of darmklachten,
- (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten),
- suikerziekte of
- een andere ernstige ziekte?

[] Nee ☒ Ja

5) Gebruikt u medicijnen die slechts op recept verkrijgbaar zijn? (m.u.v. anticonceptie)

[] Nee ☒ Ja

(...)

Als de ingangsdatum in de toekomst ligt, bent u verplicht om wijzigingen in uw gezondheidstoestand, die opgetreden zijn ná ondertekening van de gezondheidsverklaring, maar vóór de ingangsdatum van de verzekering, direct schriftelijk te melden aan de verzekeraar.

- 2.2 Consument heeft vervolgens een uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld. In deze door Consument in januari 2013 ondertekende uitgebreide gezondheidsverklaring staat – voor zover relevant – het volgende:

“(...)

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat de verzekeraar een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan de verzekeraar doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van de verzekeraar of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de Toelichting onder het kopje ‘Als uw gezondheidstoestand verandert’.

(...)

Verder heeft Consument bij vraag 3 en de bijlage daarbij melding gemaakt van de aanwezigheid van spastische darmen sinds 2010 en werkverzuim gedurende drie maanden in 2010 wegens overspannenheid.

- 2.3 Verzekeraar heeft na ontvangst van de gezondheidsverklaringen een nader onderzoek laten verrichten. In dat kader heeft Consument onder meer aanvullende vragenlijsten ontvangen. In de door Consument op 18 februari 2013 ingevulde en ondertekende aanvullende vragenlijsten heeft Consument ingevuld dat de overspannenheid werd veroorzaakt door een combinatie van werk, studie, huishouden en kind. De klachten zouden hebben geduurd van november 2009 tot juli 2011. Tevens maakt Consument melding van gebruik van medicatie wegens spastische darmen.

- 2.4 De Verzekering is ingegaan op 29 maart 2013. Looptijd: 10 jaar. Maandpremie: € 8,01. Verzekerd maandbedrag: € 400,-. Voorwaarden: Woonlastenverzekering TC-4003-S0000-NL-2012/01. Verzekeraar heeft een clause op de polis geplaatst waarbij aandoeningen van psychische aard zijn uitgesloten van dekking.
- 2.5 Consument heeft zich per 14 november 2014 arbeidsongeschikt gemeld wegens Acnes en een hernia en Verzekeraar verzocht om uitkering onder de Verzekering.
- 2.6 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding medische informatie opgevraagd bij de behandelend artsen van Consument.
- 2.7 In de journaalgegevens van de voormalig huisarts van Consument over de periode van december 2010 tot en met januari 2014 staat – voor zover relevant – het volgende:

“(…)

12-03-11 E Cholelithiasis zonder -itis waarvoor lap
E cholccyst ectomie
E Cholelithiasis zonder -itis

(…)

20-03-12 S last van de nek en re elleboog
O drukpijn op re trapezius en re epicondyl lat
P ft

(…)

20-04-12 E Vitaminedeficientie
S lab; vitD tekort
E Vitaminedeficientie vitD
P 3mnd vitD
S Uitslag lab op VM ingesproken
P DEVARON TABL 400IE, 120.0 ST, 1.2T
O LAB-uitslagen
O Brief : LAB, Laboratorium onderzoek
18-04-12 S Wilt graag bloedprikken ivm vermoeidheidsklachten.
E Moetheid/zwakte
P Lab mee

(…)

11-07-12 E Urolithiasis (alle vormen/lokalisaties)
E Urolithiasis (alle vormen/lokalisaties)
P verw. Uroloog gemaakt.
E Urolithiasis (alle vormen/lokalisaties)
P Poli urologie 11-7-2012rn
P IBUPROFEN BRUISGRAN 600MG, 20.0 ST, ?????
O Brief naar : URO, Poli urologie

(…)

25-09-12 O Urinë: Leu3+ BLD2+
S de laatste niersteen is los gegaan. pijnlijke re
S flank dysurie- 2 weken geleden bij uroloog

(…)

09-01-13 S Aan balie: Heeft last van de bovenrug, tussen de
S s choulderbladen. Bekend bij de fysio. Wil graag
S een nieuwe vwk hiervoor.
E Cervicobrachialgie re arm
P vwk FYS meegegeven

(…)”

2.8 In de visitegegevens van de opvolgend huisarts van Consument staat – voor zover relevant – het volgende:

“(…)

20-05-2014 S Vraagt via de webmail een verw. naar de ft. Is al jaren onder behandeling wegens rugklachten

20-05-2014 E Rug symptomen/klachten

(…)”

2.9 Bij brief van 2 augustus 2016 heeft Verzekeraar het door Consument gedane verzoek om uitkering afgewezen en medegedeeld de Verzekering te beëindigen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

2.10 Bij brief van 6 september 2016 is namens Consument bezwaar aangetekend tegen het standpunt van Verzekeraar. Verzekeraar heeft bij brief van 26 september 2016 aan de gemachtigde van Consument medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.

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 volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst door (i) Consument geen uitkering te verstrekken onder de Verzekering en (ii) de Verzekering op te zeggen. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Er is geen sprake van schending van de mededelingsplicht aan de zijde van Consument. Consument was slechts verplicht de relevante feiten te melden die zij kende of behoorde te kennen en waarbij zij het belang voor de acceptatiebeslissing van Verzekeraar inzag of behoorde in te zien. Dat heeft zij gedaan. Op het aanvraagformulier heeft zij aangevinkt dat zij in de afgelopen vijf jaar een arts of therapeut heeft bezocht voor bijvoorbeeld nierklachten, leverklachten, darmklachten en rugklachten. Bij het invullen van het aanvraagformulier heeft Consument bovendien advies ingewonnen bij [Naam] Administratie Services (hierna: '[naam administratiekantoor]') en haar tussenpersoon. Omdat Consument geen last meer had van nierstenen en evenmin van haar galblaas was deze informatie volgens [naam administratiekantoor] en haar tussenpersoon niet relevant. Consument wist niet en kon ook niet weten dat de klachten die zij in het verleden had en die volledig waren opgelost, relevant konden zijn bij de aanvraag van de Verzekering.
- Ook bij kennis van de ware stand van zaken zou een verzekeringsovereenkomst tot stand zijn gekomen. Er waren in het laatste kwartaal van 2012 nog wel darmklachten, maar begin 2013 was de situatie gestabiliseerd en dat was voldoende om geen uitsluitingsclausule aan te nemen. Indien Consument de overige klachten had opgenomen, was de conclusie van Verzekeraar ook geweest dat de situatie stabiel was en er dus geen uitsluitingen aangenomen hoefden te worden.

Ook uit de stukken van het door Verzekeraar gehanteerde MIRA-systeem blijkt niet dat Verzekeraar de aanvraag niet zou hebben geaccepteerd. Bovendien is het Consument gelukt om ook na vermelding van alle medische informatie bij een andere verzekeraar een overlijdensrisicoverzekering af te sluiten.

- Op basis van de Handleiding Medische Acceptatie bij arbeidsongeschiktheids- en ongevallenverzekeringen van de vereniging van geneeskundige adviseurs in particuliere verzekeringszaken (GAV) zouden de nierstenen, galblaasoperatie en rugklachten niet tot gevolg hebben gehad dat er geen verzekering zou zijn afgesloten. Er zou hooguit (nog) een uitsluitingsclausule zijn opgenomen. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat het bij zijn organisatie beleid is dat bij meer dan drie uitsluitingsgronden geen verzekering zou zijn gesloten. Verzekeraar heeft echter nagelaten om aan te tonen dat dit inderdaad het beleid is.
- Consument heeft een uitkering gevraagd omdat sprake is van een zenuwbeknelling en dat staat volledig los van de rugklachten, nierstenen en galblaas. Ook al zouden er uitsluitingsclausules zijn opgenomen, dan nog moet Verzekeraar voor de zenuwbeknelling betalen.
- Verzekeraar heeft de Verzekering ten onrechte meer dan twee maanden nadat zij wist dat sprake was van schending van de mededelingsplicht opgezegd. Er is reeds op 25 mei 2016 door de huisarts een uitgebreid medisch verslag naar de medisch adviseur van Verzekeraar gestuurd. Het feit dat de medisch adviseur de medische informatie en de beoordeling ervan pas op 26 juli 2016 aan Verzekeraar heeft doorgestuurd is niet relevant.

Verweer Verzekeraar

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

- o Consument heeft bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst haar mededelingsplicht geschonden. Zij heeft slechts gedeeltelijk opgave gedaan van haar gezondheidstoestand. Op basis hiervan is indertijd alleen de uitsluiting voor psychische klachten opgenomen. Naar later is gebleken heeft Consument verzwegen dat zij daarnaast nog tal van andere klachten had of heeft gehad, te weten de galbaas-, maag- en nierklachten waarvoor zij in de periode 2010 - 2012 is behandeld, de rug-, zij- en nekklachten waarvoor zij in 2012 de huisarts heeft geraadpleegd, en de klachten aan de bovenrug, nek en uitstralende pijn naar de arm waarvoor zij op 9 januari 2013 naar de huisarts is geweest en is doorverwezen naar de fysiotherapeut. Indien Consument bij de aanvraag van de Verzekering een volledige opgave had gedaan van haar gezondheidstoestand zou Verzekeraar haar niet als verzekerde hebben geaccepteerd. Verzekeraar verwijst in dit kader naar het Audit rapport van Munich Re met betrekking tot het Woonlastenprogramma waarin het beleid van Verzekeraar om maximaal twee uitsluitingen te accepteren is opgenomen.
- o Op de gezondheidsverklaring wordt de aspirant-verzekeringnemer er duidelijk op gewezen dat alle klachten vermeld moeten worden, ook als de aspirant-verzekeringnemer denkt dat deze niet belangrijk zijn of als de aspirant-verzekeringnemer geen arts heeft bezocht. Tevens wordt de aspirant-verzekeringnemer gewezen op de verplichting om indien de ingangsdatum in de toekomst ligt, wijzigingen in de gezondheidstoestand na ondertekening van de verkorte gezondheidsverklaring maar vóór de ingangsdatum van de verzekeringsovereenkomst te melden.

Uit navraag bij [naam administratiekantoor] is niet gebleken dat Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring telefonisch contact met haar heeft gehad. De verantwoordelijkheid van een eventueel door de tussenpersoon gegeven (onjuist) advies ligt niet bij Verzekeraar.

- o Er zijn niet meer dan twee maanden verstreken tussen het moment dat Verzekeraar bekend werd met de verzwijging en het beroep van Verzekeraar daarop. Het uitgebreide medisch verslag van de huisarts van Consument is pas op 11 juni 2016 ontvangen. Daarnaast heeft de medisch adviseur van Verzekeraar ook nog van andere medici informatie opgevraagd en verkregen om tot zijn oordeel te komen. De laatste informatie werd door de medisch adviseur van Verzekeraar op 24 juni 2016 ontvangen.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is allereerst de vraag of Verzekeraar heeft voldaan aan de in artikel 7:929 lid 2 Burgerlijk Wetboek (hierna: 'BW') neergelegde verplichting om binnen twee maanden na ontdekking van de (beweerdelijke) schending van de mededelingsplicht de Verzekering op te zeggen.
- 4.2 Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de medisch adviseur van Verzekeraar bij verschillende medici, onder wie de huisarts van Consument, informatie heeft opgevraagd. Daartoe was Verzekeraar bevoegd. De laatste informatie werd door de medisch adviseur van Verzekeraar ontvangen op 24 juni 2016. Vervolgens heeft Verzekeraar Consument bij brief van 2 augustus 2016 geïnformeerd over de beëindiging van de Verzekering. Dit is ruim binnen de hiervoor vermelde termijn van twee maanden, zodat Verzekeraar de Verzekering tijdig heeft opgezegd.
- 4.3 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door bij het aangaan van de Verzekering diverse relevante medische feiten niet te vermelden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.4 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 in beginsel 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 er recht op uitkering bestaat, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 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. 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.

- 4.5 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand het volgende aan. De galblaas van Consument is in 2011 verwijderd. In 2012 heeft Consument klachten gehad aan haar nek en rechterelleboog waarvoor zij onder behandeling is geweest bij een fysiotherapeut. Ten tijde van de aanvraag van de Verzekering zijn deze klachten opnieuw opgetreden. Ook heeft Consument in 2012 haar huisarts geconsulteerd vanwege moeheidsklachten, waarna aan de hand van bloedonderzoek een Vitamine D tekort is geconstateerd. Daarnaast heeft zij in 2012 last gehad van nierstenen waarvoor zij onder behandeling is geweest bij een uroloog. Drie maanden voor de aanvraag van de Verzekering heeft zij hiervoor nog de huisarts geconsulteerd. Tevens heeft Consument in het verleden psychotherapie gehad wegens een psychotrauma. Ook is zij jaren onder behandeling van een fysiotherapeut geweest wegens rugklachten. Al deze feiten heeft Consument bij de aanvraag onvermeld gelaten.
- 4.6 De Commissie is van oordeel dat Consument bij de aanvraag van de Verzekering melding had moeten maken van voornoemde recidiverende nek- en schouderklachten, de jarenlang bestaande rugklachten waarvoor zij fysiotherapie heeft gehad, haar moeheidsklachten, de nierstenen en de eerder ondergane psychotherapeutische behandeling. De Commissie acht deze feiten relevant voor de beoordeling van het risico. Gelet op de merendeels expliciete vragen hierover in de gezondheidsverklaring had Consument er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Gelet op het voorgaande is de conclusie dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.
- 4.7 Voor zover Consument heeft gesteld dat zij bij het invullen van het aanvraagformulier advies heeft ingewonnen bij [naam administratiekantoor] en haar tussenpersoon en dat zij haar hebben medegedeeld dat de hierboven genoemde medische feiten niet relevant waren, overweegt de Commissie als volgt. Gezien de gemotiveerde betwisting door Verzekeraar van de stelling van Consument dat zij advies heeft ingewonnen bij [naam administratiekantoor], lag het op de weg van Consument concreter bewijs voor die stelling te leveren dan wel aan te bieden. Nu zij dit niet heeft gedaan, is niet komen vast te staan dat Consument advies heeft ingewonnen bij [naam administratiekantoor]. Een eventueel door de tussenpersoon gegeven advies kan Verzekeraar niet worden toegerekend. Voor de gedragingen van de tussenpersoon is Consument, en niet Verzekeraar, verantwoordelijk.
- 4.8 Voorts dient te worden beoordeeld of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Indien Consument melding zou hebben gemaakt van de recidiverende nek- en schouderklachten, de jarenlang bestaande rugklachten, de moeheidsklachten, de nierstenen en de eerdere psychotherapeutische behandeling zou een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag hebben afgewezen.

Er is immers sprake van een combinatie van rug- en psychische klachten waarvoor twee grote clausules geplaatst zouden worden en er zijn verzwarende factoren aanwezig, te weten (i) moeheidsklachten in het jaar voor aanvang van de Verzekering, (ii) recidief psychische klachten en (iii) de zeer recente nierstenen waarvoor een specialist geconsulteerd moest worden. Van een redelijk handelend verzekeraar kan niet worden verwacht dat hij onder deze omstandigheden de Verzekering had geaccepteerd. Het feit dat met betrekking tot bepaalde klachten de situatie volgens Consument stabiel was, maakt dit niet anders. Ook de stelling van Consument dat de Acnes los staat van de klachten uit het verleden, is voor de beantwoording van voornoemde vraag niet relevant. Er zou bij kennis van de ware stand van zaken, anders dan Consument suggereert, geen sprake zijn geweest van uitsluitingsclausules, maar de verzekeringsovereenkomst zou in het geheel niet zijn gesloten. Het beroep van Consument erop neerkomende dat volgens de GAV richtlijnen Verzekeraar de overeenkomst niet had geweigerd gaat, gelet op de reeds vermelde combinatie van rug- en psychische klachten (waarvoor twee grote clausules geplaatst zouden worden) en de aanwezige verzwarende factoren, niet op.

- 4.9 Tot slot heeft Consument nog aangevoerd dat bij kennis van de ware stand van zaken een redelijk handelend verzekeraar de aanvraag wel zou hebben geaccepteerd. Zij beroept zich daarbij op het feit dat een andere verzekeraar haar aanvraag na vermelding van alle medische informatie heeft geaccepteerd. De Commissie overweegt dienaangaande dat het enkele feit dat een individuele verzekeraar bereid is gebleken de aanvraag van Consument te accepteren niet betekent dat Verzekeraar in dit geval de Verzekering had moeten accepteren. Bovendien betrof deze aanvraag een overlijdensrisicoverzekering, waarvoor andere acceptatierichtlijnen gelden dan voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering.
- 4.10 Nu bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar geen uitkering verschuldigd en mocht hij na ontdekking van de schending van de precontractuele mededelingsplicht de verzekeringsovereenkomst opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).
- 4.11 De conclusie is dat Verzekeraar niet is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 46 van het Reglement.