Mondelinge uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0399 (prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A. Westerveld, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts M&G RGA, leden en mr. S.M. Oei, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 23 september 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Nationale-Nederlanden Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. Movir N.V., gevestigd te 's- Gravenhage, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 23 april 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument vordert herstel van de verzekering en uitkering in verband met zijn arbeidsongeschiktheidsclaim. De commissie oordeelt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeraar heeft de verzekering mogen beëindigen en is geen uitkering aan de consument verschuldigd. De vordering wordt afgewezen.

1. Mondelinge behandeling

De zaak is op 23 april 2021 behandeld op een digitale hoorzitting. Aan de digitale hoorzitting nam de vertegenwoordigster van de consument, mevrouw mr. L.I. Olivier, jurist, deel. De verzekeraar nam eveneens deel.

Tijdens de hoorzitting hebben beide partijen verklaard ermee in te stemmen dat de commissie mondeling uitspraak doet.

2. Klacht

De consument was van 1 april 2017 tot 4 april 2019 bij de (voorganger van) verzekeraar (hierna: 'de verzekeraar') verzekerd voor arbeidsongeschiktheid met als verzekerd beroep 'melkveehouder'. Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 15 februari 2017 een gezondheidsverklaring (hierna: 'de gezondheidsverklaring') ingevuld. In de gezondheidsverklaring heeft de consument melding gemaakt van een overbelaste ellenboog na het leggen van klinkers waarvoor fysiotherapie in 2012 en van een bezoek aan de huisarts in 2016 vanwege een zware verkoudheid. De verzekering is vervolgens zonder uitsluitingsclausules tot stand gekomen.

In juni 2018 heeft de consument zich via zijn tussenpersoon arbeidsongeschiktheid gemeld. Op 18 juni 2018 heeft de consument in een telefonisch contact met een claimbehandelaar van de verzekeraar meegedeeld dat hij al ongeveer anderhalf tot twee jaar schouderklachten en jicht heeft. Naar aanleiding van deze mededeling is de medisch adviseur van de verzekeraar een onderzoek gestart naar medische klachten vóór ingang van de verzekering door het opvragen van medische informatie. Uit de ontvangen medische informatie heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat de consument vóór ingang van de verzekering ook nek-, rug- en voetklachten had. De medisch adviseur heeft vervolgens hierover aanvullende medische informatie opgevraagd. Daarnaast heeft de verzekeraar door middel van een vragenlijst (hierna: 'de vragenlijst') nadere vragen gesteld aan de consument over de niet-vermelde klachten vóór 1 april 2017. In maart 2019 heeft de medisch adviseur advies uitgebracht aan de verzekeraar. Op basis van het medisch advies heeft de verzekeraar geconcludeerd dat de consument niet heeft voldaan aan zijn precontractuele mededelingsplicht. De verzekeraar heeft vervolgens per brief van 10 april 2019 meegedeeld dat de aanvraag voor de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou zijn geaccepteerd en er daarom geen recht is op uitkering. Bovendien heeft de verzekeraar de verzekering per 4 april 2019 beëindigd.

De consument vordert herstel van de verzekering en uitkering in verband met zijn arbeids-ongeschiktheidsclaim. De consument betwist dat hij zijn mededelingsplicht geschonden zou hebben en dat een redelijk handelend verzekeraar bij de ware stand van zaken hem niet zou hebben geaccepteerd.

3. Beslissing

De verzekeraar hoeft de verzekering niet in kracht te herstellen en hoeft ook geen uitkering te verstrekken aan de consument. De vordering wordt afgewezen.

4. Gronden voor de beslissing

Op grond van het medisch dossier en de vragenlijst neemt de commissie als vaststaand aan dat de consument in 2015 enkele maanden schouder- en voetklachten had waarvoor hij de huisarts heeft geconsulteerd en meerdere fysiotherapiebehandelingen heeft gehad (in ieder geval voor de voetklachten). Daarnaast staat vast dat de consument in 2016 nek- en rugklachten had waarvoor in vier maanden tijd negen fysiotherapiebehandelingen. In de gezondheidsverklaring wordt bij rubriek J van vraag 3 expliciet gevraagd of de consument "*Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), (…). Rugklachten, rugpijn, (…), nekklachten. (…).*" heeft of heeft gehad.

Bovendien staat in de toelichting bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring het volgende:

"*Kruist u hieronder een letter aan? Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in (…).*
Let op! Kruis ook Ja aan als u:

- *bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. (…).*"

In de gezondheidsverklaring heeft de consument rubriek J van vraag 3 aangekruist en heeft in de bijlage bij vraag 3 alleen melding gemaakt van een overbelaste ellenboog na het leggen van klinkers waarvoor fysiotherapie in 2012. Gelet op de hiervoor geciteerde vraagstelling had de consument moeten begrijpen dat ook zijn schouder-, voet-, nek- en rugklachten voor de verzekeraar van belang waren en dat hij deze klachten had moeten melden.[1] Dat er ten aanzien van die klachten voor de invulling van de gezondheidsverklaring nog geen diagnose was gesteld, is gezien de vraagstelling in de gezondheidsverklaring niet relevant. Daar wordt immers niet naar gevraagd. Ook het argument dat de klachten kortstondig en incidenteel waren en voor de consument daarom niet van belang om te melden, is niet relevant. Nu de verzekeraar naar de schouder-, voet-, nek- en rugklachten heeft gevraagd, behoorde de consument deze klachten te melden. Zeker gelet op het feit de consument wel melding heeft gemaakt van een overbelaste linker ellenboog in 2012 en een zware verkoudheid in 2016. De commissie concludeert dan ook dat de consument niet aan zijn mededelingsplicht op grond van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: 'BW') heeft voldaan.

Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar voldoende onderbouwd dat, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de aanvraag niet zou zijn geaccepteerd.[2] De recente verzwegen schouderklachten, voetklachten en nek- en schouderklachten waarvoor fysiotherapie, in combinatie met de jonge leeftijd en het zware beroep van de consument, is een sterk verhoogd risico voor de verzekeraar. Dit rechtvaardigt het standpunt van de verzekeraar dat deze klachten elk tot een uitsluitingsclausule zouden hebben geleid. In de arbeidsongeschiktheidsbranche is het niet gangbaar om een verzekeringsovereenkomst met drie of meer clausules aan te bieden. Dat de verzwegen klachten een andere oorzaak zouden hebben dan de klachten bij ziekmelding is niet relevant. Artikel 7:930 lid 2 BW is niet aan de orde nu artikel 7:930 lid 4 BW van toepassing is. Artikel 7:930 lid 4 bepaalt immers dat in afwijking van de leden 2 en 3 geen uitkering verschuldigd is indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten.

---

[1] De verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar. Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.
[2] Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar. Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Op grond van artikel 7:929 lid 2 BW kan de verzekeraar de verzekering meteen opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken.

Gelet op het voorgaande heeft de verzekeraar de verzekering mogen beëindigen en is hij geen uitkering aan de consument verschuldigd.

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.