Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0987

(mr. A.J.J. le Poole, voorzitter, mr. A.W.H. Vink, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. S.M. Oei, secretaris)

Datum uitspraak	2 oktober 2026
Klacht van	De consument
Tegen	TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen de gevolmachtigde
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen gedeeltelijk toegewezen

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de gevolmachtigde; 3) de aanvullende reactie van de consument; 4) het verweerschrift van de gevolmachtigde; 5) de repliek van de consument en 6) de dupliek van de gevolmachtigde.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 september 2026. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar partner de heer [naam 1]. Namens de gevolmachtigde waren aanwezig mevrouw [naam 2], jurist, mevrouw [naam 3], jurist, en de heer [naam 4], medisch adviseur.

1.3 De consument en de gevolmachtigde hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. De kern

De consument heeft op 13 februari 2024 een claim ingediend onder haar arbeids-ongeschiktheidsverzekering (een maandlastenbeschermer) bij de gevolmachtigde vanwege ernstige astmaklachten. De gevolmachtigde heeft deze claim afgewezen en de verzekering opgezegd met een beroep op opzettelijke verzwijging van meerdere klachten uit het verleden bij het aangaan van de verzekering. Ook stelt de gevolmachtigde dat hij de aanvraag van de consument niet had geaccepteerd als hij op de hoogte was geweest van de verzwegen klachten van de consument. De consument is het hiermee niet eens. Zij vordert herstel van de verzekering, uitkering voor haar claim vermeerderd met wettelijke rente vanaf 22 oktober 2024 en excuses van de gevolmachtigde. De commissie oordeelt dat de gevolmachtigde niet heeft bewezen dat sprake is van (opzettelijke) schending van de mededelingsplicht (oftewel verzwijging). De klacht is gegrond en de vorderingen worden gedeeltelijk toegewezen.

3. De beoordeling

De gevolmachtigde heeft onvoldoende onderbouwd dat de consument haar mededelingsplicht heeft geschonden

3.1 De gevolmachtigde stelt dat de consument haar mededelingsplicht heeft geschonden door bij het aanvragen van de verzekering een gezondheidsverklaring onjuist in te vullen. Het gaat om vragen over astma-, long-, darm-, neusklachten en psychische klachten. De consument heeft dit gemotiveerd weersproken. Dit betekent dat de gevolmachtigde moet bewijzen dat aan de vereisten van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) is voldaan.[1] Dit heeft hij onvoldoende gedaan en wordt hierna per klacht toegelicht, waardoor de commissie niet kan vaststellen dat sprake is van verzwijging. Omdat geen sprake is van verzwijging, kan er ook geen opzet zijn ten aanzien van die verzwijging.

Psychische klachten

3.2 De gevolmachtigde stelt dat uit de medische informatie blijkt dat de consument in 2018 onder behandeling stond van de POH-GGZ wegens paniekaanvallen en benauwdheidsklachten. De consument had daarom vraag B in de gezondheidsverklaring van 4 maart 2022, waar gevraagd wordt naar aandoening, ziekte of klachten van psychische aard, met 'Ja' moeten beantwoorden.

3.3 De commissie concludeert dat uit de medische informatie niet volgt dat de consument de POH-GGZ in 2018 heeft bezocht. Wel blijkt hieruit dat zij op consult is geweest bij de long-verpleegkundige van een POH, maar niet bij een POH-GGZ. Bij deze stand van zaken kan de commissie niet concluderen dat de consument vraag B onjuist heeft beantwoord. Het is namelijk niet aan de commissie om op basis van de medische informatie nader invulling te geven aan het standpunt van de gevolmachtigde.

Darmklachten

3.4 Volgens de gevolmachtigde had de consument melding moeten maken van haar chronische darmklachten in 2003 bij vraag F waar gevraagd wordt naar aandoening, ziekte of klachten van onder andere darmen. Enige nadere onderbouwing van de gevolmachtigde ontbreekt. Hierdoor kan de commissie niet vaststellen of onder meer voldaan is aan het zogenoemde kennisvereiste van artikel 7:928 lid 1 BW. Dit vereiste houdt in of de consument haar darmklachten uit 2003 wist of behoorde te kennen.

[1] Dit volgt uit artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en geldt voor het zogenoemde kennis-, kenbaarheids- en relevantievereiste, niet voor het verschoonbaarheidsvereiste (7:928 lid 4 BW). De bewijslast daarvan rust bij de verzekeringsnemer. Zie Groene Serie Bijzondere overeenkomsten, art. 7:928 BW, aant. 10.

De vraag is of dit het geval is, omdat deze klachten bijna 20 jaar geleden speelden ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring. Ook heeft de gevolmachtigde niet onderbouwd dat de darmklachten na 2003 nog aanwezig zouden zijn.

Neusklachten

3.5 Verder stelt de gevolmachtigde dat de consument haar neusklachten had moeten melden bij vraag L waar gevraagd wordt naar aandoening, ziekte of klachten van onder andere de neus. Volgens de consument waren haar neusklachten te relateren aan haar allergisch astma en hoefde zij niet te begrijpen dat zij haar neusklachten apart had moeten melden bij vraag L, omdat zij al haar allergisch astma had gemeld bij vraag E.

3.6 De commissie oordeelt dat de gevolmachtigde ook hier onvoldoende heeft onderbouwd waarom het voor de consument kenbaar had moeten zijn dat zij haar neusklachten apart bij vraag L had moeten melden, terwijl zij deze klachten in relatie zag met allergisch astma en hiervan wel melding heeft gemaakt bij vraag E.

Astma- en longklachten

3.7 De consument heeft vraag E, waar gevraagd wordt naar aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen zoals astma, met “Ja” beantwoord. Als gevolg daarvan zijn extra vragen gesteld. Hierbij heeft de consument bij de vraag wat de officiële diagnose is “Allergisch astma” ingevuld en bij de vraag wanneer de meest recente aanval was “12-10-2015”. De gevolmachtigde stelt dat dit niet klopt, omdat uit de medische informatie blijkt dat zij in 2018 nog een exacerbatie (verergering) van allergische astma heeft doorgemaakt. Ook blijkt hieruit dat zij in de jaren 2017, 2018, 2019, 2021 en 2022 longklachten heeft ondervonden en daarvoor de huisarts heeft bezocht. Verder volgt uit de medische informatie dat de consument in maart 2022 is verwezen naar een longarts naar aanleiding van een doorgemaakte longontsteking en dat de behandelend arts onder andere spreekt van slecht gereguleerd allergisch astma en het op eigen initiatief staken van antihistaminicumgebruik. De gevolmachtigde meent dat de consument deze medische voorgeschiedenis had moeten melden.

3.8 De commissie kan de gevolmachtigde in haar standpunt volgen dat de consument de vraag wanneer de meest recente aanval was van allergisch astma onjuist heeft ingevuld door “12-10-2025” te vermelden. Uit de medische informatie blijkt namelijk dat zij in 2018 de huisarts heeft bezocht vanwege exacerbatie (verergering) van allergische astma. Gelet hierop had de consument in ieder geval behoren te begrijpen dat zij bij de vraag wanneer de meest recente aanval was van allergisch astma “2018” had moeten invullen. Dat de consument alleen haar allergisch astma op 12 oktober 2015 als ‘aanval’ heeft ervaren en daarom niet 2018 heeft ingevuld, maakt dit niet anders. Uit artikel 7:928 lid 1 BW volgt namelijk dat het niet alleen gaat om wat de verzekeringsnemer daadwerkelijk weet, maar ook wat hij *behoort* te weten/begrijpen.

3.9 Maar de gevolmachtigde heeft onvoldoende onderbouwd dat de consument in de gezondheidsverklaring ook had moeten melden dat zij in 2017, 2019, 2021 en 2022 de huisarts heeft bezocht vanwege longklachten en dat zij in maart 2022 is doorverwezen naar de longarts. De gevolmachtigde heeft niet concreet gemaakt bij welke onderdelen van vraag E in de gezondheidsverklaring[2] de consument deze informatie had moeten invullen en of het ook redelijkerwijs voor de consument kenbaar was dat zij die informatie bij vraag E moest invullen. De gevolmachtigde heeft een en ander niet verder toegelicht ondanks dat de consument expliciet heeft verzocht om nadere concretisering. Het is dan niet aan de commissie om zelf nader in te vullen op welke specifieke punten sprake zou kunnen zijn van een onjuiste beantwoording van de in het gezondheidsformulier gestelde vragen en/of waarom dat voor de consument al dan niet kenbaar had moeten zijn. Overigens blijkt uit de medische informatie dat de consument pas *na* het invullen van de gezondheidsverklaring is doorverwezen naar de longarts en ziet de commissie ook om die reden niet in waarom ze op de gezondheidsverklaring melding had moeten maken van dit bezoek. De gevolmachtigde heeft ook hier niet nader onderbouwd waarom er na het invullen van de gezondheidsverklaring nog een mededelingsplicht geldt. Dit lag wel op zijn weg en het is opnieuw niet aan de commissie om zelf te onderzoeken waarop een dergelijke verplichting zou kunnen berusten.

Niet voldaan aan het relevantievereiste

3.10 Om aan te kunnen nemen dat daadwerkelijk sprake is van verzwijging ten aanzien van de opgave dat de laatste allergisch astma aanval in 2015 was terwijl dit 2018 was, moet de gevolmachtigde ook onderbouwen dat dit verschil relevant zou zijn voor de acceptatiebeslissing van de achterliggende verzekeraar en dat die beslissing overeenstemt met hetgeen verwacht kan worden van een redelijk handelend verzekeraar.[3] Hij heeft dit niet gedaan.

3.11 De gevolmachtigde heeft gesteld dat als hij op de hoogte was geweest van de ernstig allergisch astma en de overige klachten de verzekering niet tot stand was gekomen. Enkel een clausule voor long- en luchtwegklachten, zelfs met (mogelijk) nog een clausule voor psychische klachten zou namelijk het risico op arbeidsongeschiktheid onvoldoende normaliseren. Dit vanwege veel aspecifieke klachten, stressgerelateerde klachten en zeer waarschijnlijk doorlopende kwetsbaarheid vanaf 2018.

3.12 Deze stelling van de gevolmachtigde gaat over alle klachten, dus over zowel de astma- en longklachten, als de darm- en neusklachten en psychische klachten. Maar hiervoor is geoordeeld dat de consument alleen onjuist heeft geantwoord over wanneer de laatste allergisch astma aanval was. De gevolmachtigde heeft niet onderbouwd wat hij, of de achterliggende verzekeraar, zou hebben gedaan als hij wist dat de laatste allergisch astma aanval in 2018 in plaats van 2015 was geweest.

---

[2] Vraag E en de aanvullende vragen daarbij zijn opgenomen in de bijlage.
[3] Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Hierdoor kan de commissie niet vaststellen dat het onjuiste meegedeelde feit relevant zou zijn geweest voor de acceptatiebeslissing van de achterliggende verzekeraar. Dit betekent dat ervan moet worden uitgegaan dat niet is voldaan aan het relevantievereiste en dat de gevolmachtigde zich daarom ook niet kan beroepen op verzwijging ten aanzien van de astmaklachten.

Hoe dan ook niet voldaan aan het redelijk handelend verzekeraar vereiste

3.13 Dat laatste geldt ook als, naast de astmaklachten, toch sprake was van een onjuiste en/of onvolledige melding ten aanzien van darm-, neusklachten en psychische klachten. De gevolmachtigde heeft ook dan onvoldoende onderbouwd dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van deze klachten de verzekering niet zou hebben afgesloten.

3.14 De gevolmachtigde heeft zijn stelling onder 3.11 onderbouwd met een medisch advies van zijn medisch adviseur. Daarnaast heeft hij gesteld dat een andere ingeschakelde medisch adviseur tot dezelfde conclusie is gekomen. Maar het medisch advies van die tweede medisch adviseur ontbreekt in het dossier. Ook heeft de gevolmachtigde aangevoerd dat is gehandeld volgens de richtlijnen uit de Handleiding Medische Acceptatie bij arbeidsongeschiktheids- en ongevallen-verzekeringen van de Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (hierna: GAV), en het acceptatiebeleid van de herverzekeraar. Maar de relevante passages uit het GAV en het acceptatiebeleid van de herverzekeraar zijn niet verstrekt door de gevolmachtigde. Ook niet nadat er voorafgaand aan de zitting expliciet om is verzocht door Kifid en de consument gedurende de schriftelijke procedure hier ook om heeft gevraagd. Door het ontbreken van het tweede medisch advies en de relevante passages uit het GAV en het acceptatiebeleid van de herverzekeraar kan de commissie niet vaststellen of een redelijk handelend verzekeraar ook de verzekering niet zou hebben geaccepteerd bij kennis van de ware stand van zaken.

De commissie kan niet beslissen over excuses

3.15 De commissie kan de gevolmachtigde niet verplichten om excuses te maken, omdat dit een gemoedstoestand veronderstelt die de commissie niet aan partijen kan opleggen.[4]

Conclusie

3.16 Omdat er geen sprake is van verzwijging, is er geen grondslag voor het opzeggen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en het afwijzen van de claim van 13 februari 2024 door de gevolmachtigde.

[4] Zie o.a. GC Kifid 2024-0931 en 2025-0575.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de gevolmachtigde:

- de arbeidsongeschiktheidsverzekering in kracht moet herstellen;
- de claim van de consument van 13 februari 2024 alsnog in behandeling neemt;
- bij een recht op uitkering de wettelijke rente betaalt over iedere vervallen maandtermijn tot aan de dag van algehele voldoening,

binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd.

Alle overige vorderingen worden afgewezen.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/in-beroep-gaan-bij-kifid/.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het reglement van de geschillencommissie te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de gezondheidsverklaring en wet- en regelgeving

Gezondheidsverklaring
(...)
Specifieke medische historie
Heeft u één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken, of heeft u deze gehad?
Let op! Selecteer ook Ja als u:
In het verleden deze klachten heeft gehad, bij een huisarts, hulpverlener, of arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld, bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting, geopereerd bent, nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt, nog onder controle staat.
(...)
B. Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, alcoholisme, ADHD, ADD, autisme spectrum stoornis, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burn-out, eetstoornis?
(...)
E. Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma (...)?
Wanneer kreeg u voor het eerst klachten/symptomen?
Wat is de officiële diagnose?
Wanneer had u de meest recente aanval?
Wat zijn de symptomen?
Hoe vaak treden die gemiddeld per maand op?
Hoe lang duren de symptomen/aanvullen gemiddeld?
Zijn uw symptomen gebonden aan seizoenen, sport, infecties, etc?
Gebruikt u momenteel medicatie voor uw ademhalingsstoornis of heeft u deze gebruikt in het verleden?
Is er wel eens longfunctieonderzoek en/of peakflow meting uitgevoerd?
Zijn er vervolgeonderzoeken gepland voor uw ademhalingsstoornis?
Staat u nog onder controle?
Heeft u ooit problemen ondervonden bij de uitoefening van uw werkzaamheden of uw werkzaamheden niet kunnen uitoefenen als gevolg hiervan?

F. Aandoening, ziekte of klachten van (...) darmen (...)?
(...)
L. Aandoening, ziekte of klachten van neus (...)?

Burgerlijk Wetboek

Artikel 7:928 BW

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.

(...)

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 3 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.

(...)