Mondelinge uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0400 (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	: Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 23 april 2021
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

Woonlastenverzekering. 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 aan de consument geen uitkering 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 consument deel samen met zijn vertegenwoordigster mevrouw mr. J.E. de Glopper, advocaat. 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 had met ingang van 1 maart 2016 een woonlastenverzekering met dekking voor arbeidsongeschiktheid met als verzekerd beroep ‘schilder’ (hierna: ‘de verzekering’).

Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering had de consument op 12 februari 2016 een blanco gezondheidsverklaring (hierna: ‘de gezondheidsverklaring’) ingevuld. In maart 2019 heeft de consument zich arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten en hartklachten. Naar aanleiding van deze claim heeft de medisch adviseur van de verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de behandelaars van de consument en vervolgens 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.

Volgens de verzekeraar blijkt uit het medisch advies dat voor de ingangsdatum van de verzekering sprake is van een voorgeschiedenis van de geclaimde psychische klachten en hartklachten, maar ook van diverse andere klachten. De verzekeraar heeft vervolgens per brief van 31 juli 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 beëindigd. Uit coulance heeft de verzekeraar dit per ingangsdatum gedaan, zodat de consument de volledig betaalde premie heeft teruggekregen.

De consument vordert vernietiging van het besluit van de verzekeraar en daarmee in feite herstel van de verzekering en uitkering in verband met zijn arbeidsongeschiktheidsclaim. Volgens de consument is de gezondheidsverklaring naar waarheid ingevuld.

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 staat vast dat de consument recentelijk voor de ondertekening van de gezondheidsverklaring een hart infarct (2015) waarvoor dotterprocedure, psychische klachten (2014-2015) en diverse andere klachten (begin 2016) had, waarvoor hij een arts/ psycholoog/psychiater heeft geconsulteerd en is behandeld. Ten aanzien van de psychische klachten is in 2015 de diagnose 'ernstig herhaalde depressie, een angststoornis en een persoonlijkheidsstoornis' gesteld. In de gezondheidsverklaring wordt bij rubriek B en C van vraag 3 expliciet gevraagd of de consument "*Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard*" en "*Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten*" heeft of heeft gehad. Bovendien staat in de toelichting bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring het volgende:
"*Let op! Kruis ook Ja aan als u:*

- *bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. (…);*
- *bent opgenomen in het ziekenhuis (…);*
- *geopereerd bent;*
- *(…);*
- *nog onder controle staat.*"

Gelet op de hiervoor geciteerde vraagstelling had de consument moeten begrijpen dat zijn voorgeschiedenis aan psychische klachten en hartklachten voor de verzekeraar van belang waren en dat hij deze klachten had moeten melden.[1]

[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.

Of er ten aanzien van die klachten al dan niet een diagnose is gesteld, is gezien de vraagstelling in de gezondheidsverklaring niet relevant. Daar wordt immers niet naar gevraagd. Voor zover de tussenpersoon van de consument de vragen uit de gezondheidsverklaring niet juist aan de consument heeft gesteld en/of de tussenpersoon de gezondheidsverklaring niet juist voor de consument heeft ingevuld, komt dit voor rekening en risico van de consument. Immers, de tussenpersoon moet worden aangemerkt als hulppersoon van de consument. 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 rechtvaardigt de recent verzwegen voorgeschiedenis van psychische klachten en hartklachten op zichzelf, maar zeker tezamen, het standpunt dat de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar niet zou zijn geaccepteerd.[2] 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. 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 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.

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.

[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.