Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0008

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.G. van der Jagt, arts, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	5 januari 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzwijging. De consument heeft een beroep gedaan op zijn verzekering nadat hij arbeidsongeschikt is geworden door een herseninfarct. De verzekeraar heeft uitkering geweigerd en twee clausules op de polis geplaatst omdat volgens de verzekeraar de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie oordeelt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht en dat bij kennis van de ware stand van zaken twee clausules waren geplaatst. Verder oordeelt de commissie dat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid onder één van de clausules valt en dat de verzekeraar daarom geen uitkering hoeft te verstrekken. De commissie volgt niet het standpunt van de consument dat hij er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat hij de uitkering over de maanden januari en februari 2022 niet zou hoeven terugbetalen. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

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) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument; 4) de aanvullende informatie van de consument van 30 april 2023 en 9 mei 2023 en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 november 2023. Op de hoorzitting waren de consument en zijn partner aanwezig. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mr. [naam 1], jurist, [naam 2], medisch adviseur en [naam 3], klachtbehandelaar.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar aangevraagd. De verzekering is tot stand gekomen nadat de consument op 29 maart 2021 een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. De aanvraag is geaccepteerd en de ingangsdatum van de verzekering is 31 mei 2021.

2.2 De gezondheidsverklaring begint met een toelichting met daarin onder andere de tekst:

> *"Wat moet u melden?*
> *Heeft u gezondheidsklachten of heeft u deze gehad? Of heeft u zich eerder ziek gemeld? Dan moet u dit zo volledig mogelijk invullen op de gezondheidsverklaring. Ook als u denkt dat het minder belangrijk is, of als uw arts geen afwijking zag of geen behandeling nodig vond. Twijfelt u of weet u iets niet zeker, dan kunt u dit aan het einde van elke bijlage invullen bij aanvullende opmerkingen.*
>
> *Klikt u in ieder geval op 'ja' als u:*
> *- een huisarts, medisch specialist of andere hulpverlener sprak of daarmee schriftelijk contact had. Bijvoorbeeld een consult, controle, behandeling, huisbezoek of doorverwijzing.*
>
> *(...)*
>
> *Uw gezondheidstoestand tot en met heden*
> ***Wat is een klacht?***
> *Lichamelijk of geestelijk ongemak of pijn noemen we een klacht. Bij een klacht is niet altijd duidelijk waardoor deze veroorzaakt wordt. Een voorbeeld van een klacht is rugpijn.*
>
> ***Wat is een ziekte?***
> *Ook een ziekte is een aandoening. Bij ziekte denken we dikwijls aan een lichamelijke afwijking, maar ook een geestelijke afwijking wordt een ziekte genoemd. Door een ziekte kan iemand beperkt zijn of worden in zijn of haar functioneren. Of eerder overlijden. Een voorbeeld van een ziekte is suikerziekte.*
>
> ***Wat is een aandoening?***
> *Een aandoening is een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand. Een voorbeeld van een aandoening is een gebroken been."*

2.3 De consument heeft onder andere de volgende vragen op de gezondheidsverklaring met 'nee' beantwoord:

> *"Hart en bloedvaten*
> *3.3 Had of heeft u een verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, hartritmestoornissen, vernauwing of ontsteking van de bloedvaten, beklemming of pijn op de borst, embolie, trombose, hartinfarct, of spataderen.*
>
> *Of een andere klacht, ziekte of aandoening van hart- of bloedvaten?"*
>
> *(...)*
>
> *Afsluitende vragen*
>
> ***"Beantwoordt u één of meerdere van de vragen met ja? Vink dan onderaan de tweede keuze aan***
> *U meldt daar de klacht, aandoening of ziekte alsnog. Dit doet u alleen als u deze nog niet in de gezondheidsverklaring heeft ingevuld.*
> *(....)*
> *Bent u ooit door een van de volgende zorgverleners behandeld?*
> *- Een medisch specialist (bijvoorbeeld een internist, neuroloog of (orthopedisch) chirurg"*

2.4 De consument is op 11 september 2021 arbeidsongeschikt geraakt door een herseninfarct en heeft vervolgens op 27 september 2021 een claim ingediend bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en medisch advies gevraagd bij zijn medisch adviseur.

2.5 Bij brief van 15 oktober 2021 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat vanwege de korte looptijd tussen het afsluiten van de verzekering en de arbeidsongeschiktheids-melding nader onderzoek wordt gedaan door de medisch adviseur of bij de aanvraag van de verzekering alle informatie op de gezondheidsverklaring juist is.

2.6 Bij brief van 10 december 2021 heeft de verzekeraar de consument als volgt geïnformeerd:

> ***"U bent de mededelingsplicht niet nagekomen***
> *Bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2021 heeft u ons niet alles verteld over uw gezondheid. Dit blijkt uit een advies dat ik heb gekregen van de Medische Dienst en de gegevens die nu bij ons bekend zijn (...)*
>
> ***U krijgt een brief van mijn collega van de Medische Dienst***
> *in deze brief leest u meer over het aanvullend onderzoek. De uitkomst van dat onderzoek heeft mogelijk gevolgen voor uw verzekering en/of uitkering.*

Hieronder zet ik de mogelijke gevolgen voor u op een rij
(...)
Uw uitkering kan veranderen of kunnen wij terugvorderen"

2.7 Bij brief van 21 januari 2022 heeft de verzekeraar de consument als volgt geïnformeerd:

> *"**Eind januari ontvangt u een uitkering over de periode 12 december tot 22 januari***
> *Deze uitkering is, zoals besproken, gebaseerd op 50% van het verzekerde inkomen. Op dit moment is namelijk nog niet duidelijk is wat de gevolgen zijn van het lopende onderzoek naar het 'niet nakomen van de mededelingsplicht'. Wanneer er geen gevolgen zijn voor uw claim ontvangt u een nabetaling met terugwerkende kracht."*

2.8 De medisch adviseur heeft op 16 maart 2022 geconcludeerd dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden door de afwijkingen aan het hart, het onderzoek door een cardioloog in 2007 en de onderzoeken aan het hart in 2009 en 2011 niet op de gezondheidsverklaring te vermelden en dat deze klachten bij kennis van de ware stand van zaken zouden zijn geclausuleerd. De clausules die worden geadviseerd zijn:

> *"1. geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met klachten, aandoeningen en/of afwijkingen van het hart, inclusief de complicaties zoals hartritmestoornissen. Als u arbeidsongeschikt raakt als gevolg van een nieuwvorming (tumor) bent u wel verzekerd.*
>
> *De beperkende bepaling komt niet voor een herbeoordeling in aanmerking.*
>
> *2. Geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met trombotische en embolische processen.*
>
> *De beperkende bepaling komt niet voor een herbeoordeling in aanmerking"*

2.9 Bij brieven van 25 maart 2022 heeft de verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat geen recht op uitkering bestaat omdat bij kennis van de ware stand van zaken twee clausules op de polis waren geplaatst en de oorzaak van arbeidsongeschiktheid onder de clausules valt. Verder heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat de reeds gedane uitkeringen, een totaalbedrag van € 6.832,29, worden teruggevorderd en de verzekering wordt voortgezet met de twee door de medische adviseur geadviseerde clausules. Ook heeft de verzekeraar vermeld dat de gegevens van de consument voor de duur van 8 jaar in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister zijn opgenomen.

2.10 Bij brief van 8 april 2022 heeft de consument kenbaar gemaakt het oneens te zijn met het standpunt van de verzekeraar. Bij brief van 21 april 2022 heeft de verzekeraar de consument als volgt geïnformeerd:

> *"Advies [naam 2]:*
> *Brief betrokkene dd 08-04-2022.*
> *Een aandoening is een verzamelnaam voor alle afwijkingen aan lichaam of geest.*
> *Nagenoeg iedere medische afwijking valt onder de noemer aandoening.*
>
> *Bij betrokkene was bij aanvang van de verzekering sprake van een afwijking van de gezonde toestand, immers de bevindingen bij onderzoek destijds zijn afwijkend van die van een normaal/gezond hart.*
>
> *Het gegeven dat betrokkene tijdens de aanvraag van de verzekering geen last had van de geconstateerde afwijkingen/ aandoeningen betekent niet dat hij het niet had hoeven melden op de gezondheidsverklaring."*

2.11 De consument is sinds 1 mei 2022 weer 100% aan het werk.

2.12 De consument heeft bezwaar gemaakt tegen het standpunt van de verzekeraar. Partijen zijn er onderling niet uitgekomen, waarop de consument een klacht bij Kifid heeft ingediend.

De klacht en vordering

2.13 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte geen dekking verleent voor zijn arbeidsongeschiktheid. Hij vordert uitkering onder de verzekering. Daarnaast vordert hij dat de verzekeraar de reeds gedane uitkeringen niet terugvordert en verwijdering van de clausules op de polis. Ter onderbouwing van zijn vordering voert de consument de volgende argumenten aan.

2.14 Hij heeft zijn mededelingsplicht niet geschonden, maar is vergeten de onderzoeken te melden. In 2007 is tijdens een sportkeuring een ECG, hartfilmpje, gemaakt. Het ECG was licht afwijkend en daarom is de consument voor verder onderzoek doorverwezen. In 2009 is verder onderzoek, onder andere een MRI, aan het hart verricht. In het ziekenhuis heeft de arts een hartafwijking geconstateerd, maar geen aandoening of ziektebeeld. In 2011 heeft opnieuw onderzoek plaatsgevonden en is een MRI gemaakt. De arts heeft bevestigd dat sprake is van een afwijking zonder ziektebeeld. Hij is daardoor vergeten dat hij deze onderzoeken heeft ondergaan en heeft zich dit pas weer herinnerd toen hij in september 2021 in het ziekenhuis lag.

2.15 Hij heeft zijn mededelingsplicht niet geschonden want hij mocht de vraag met 'nee' beantwoorden omdat geen sprake is van een klacht, ziekte of aandoening van hart- of bloedvaten of andere in de vraag genoemde voorbeelden. Dat de afwijkingen volgens de verzekeraar onder de definitie *aandoening* vallen, volgt de consument niet.

Ten eerste omdat de door de verzekeraar gehanteerde definitie voor aandoening afwijkt van de definitie in het maatschappelijk verkeer. Ten tweede omdat geen sprake is van een afwijking van de *gezonde toestand* zoals opgenomen in de definitie van de verzekeraar. Immers, de arts heeft verklaard dat het hart als een variant op normaal is. Er is ook geen enkel ziektebeeld of aandoening vastgesteld.

2.16 Voor zover de verzekeraar stelt dat de consument op basis van de inleidende tekst had moeten weten dat ook melding moest worden gemaakt van onderzoeken bij artsen of specialisten waarbij geen afwijking is gevonden, stelt de consument dat dit niet van hem kan worden verwacht. Wanneer dit voor de verzekeraar belangrijke informatie is, had de verzekeraar dit moeten opnemen in de vraagstelling zelf en niet in de inleidende tekst. Nu heeft de consument de tekst niet zo nauwkeurig gelezen dat hij begreep dat hij dit bij de vraag met betrekking tot klacht, ziekte of aandoening van hart of bloedvaten had moeten melden.

2.17 Ten aanzien van de clausules vindt de consument dat de tweede clausule over trombotische en embolische processen te ruim is geformuleerd. Hij wil dat de clausule minder ruim wordt geformuleerd dan wel dat de clausule wordt verwijderd van de polis. In het geval de clausule wordt beperkt of verwijderd valt de oorzaak van arbeidsongeschiktheid niet langer onder een uitsluitingsclausule en heeft hij recht op uitkering.

Het verweer

2.18 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.19 In 2007 is de consument onderzocht door een cardioloog nadat op een ECG een afwijking was gezien. Vervolgens hebben in 2009 en 2011, dus voor het sluiten van de verzekering, vervolgonderzoeken plaatsgevonden waarbij onder andere MRI's zijn gemaakt. Bij deze onderzoeken zijn afwijkingen aan het hart gevonden. De vragen in de gezondheidsverklaring over het hart en bloedvaten en of hij ooit door een medisch specialist is gezien, had de consument daarom met 'ja' moeten beantwoorden.

2.20 De vragen op de gezondheidsverklaring zijn voldoende duidelijk. Voorafgaand aan het invullen van de verklaring wordt duidelijk aangegeven welke informatie belangrijk is. Daarbij wordt expliciet aangegeven dat ook melding moet worden gemaakt van onderzoeken waarbij geen afwijkingen zijn geconstateerd of als een arts geen behandeling nodig vond. Ook in de vragenlijst zelf is aan het slot nog gevraagd of de consument ooit is behandeld door een medisch specialist. Voor de consument was dus voldoende duidelijk dat hij vanwege een afwijkende toestand van het hart, ondanks het ontbreken van een ziektebeeld, de vraag op het gezondheidsformulier over hart en bloedvaten met 'ja' had moeten beantwoorden. En dat hij de vraag of hij ooit een medisch specialist had bezocht met 'ja' had moeten beantwoorden omdat hij in 2009 en 2011 door een cardioloog is onderzocht. Dat de consument nooit eerder last heeft gehad van de aandoening, maakt dit niet anders.

2.21 Door geen melding te maken is de verzekeraar de kans ontnomen om ten tijde van de acceptatie een risico-inschatting te maken. Een redelijk handelend verzekeraar had bij kennis van de ware stand van zaken twee clausules op het polisblad geplaatst. Nu de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid valt onder deze clausules is er geen recht op uitkering. Op de eerder ontvangen uitkeringen had de consument ook geen recht en hij dient deze terug te betalen.

3. De beoordeling

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en of de verzekeraar als redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken twee uitsluitingsclausules op de polis had mogen plaatsen en de gevraagde uitkering mocht weigeren. Tot slot behandelt de commissie de vraag of, als de verzekeraar uitkering mocht weigeren, hij de reeds gedane uitkeringen mag terugvorderen bij de consument.

Juridisch kader

3.2 In artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek ('BW') staat dat de verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekering aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen om de verzekering te sluiten.

3.3 De mededelingsplicht waarop artikel 7:928 lid 1 BW betrekking heeft, geldt tot het moment dat de verzekering is gesloten. De precontractuele mededelingsplicht houdt dus niet op te bestaan na het ondertekenen en verzenden van het aanvraagformulier en/of de medische vragenlijst door de aspirant-verzekeringnemer, maar blijft bestaan totdat de verzekering daadwerkelijk is gesloten.[1]

3.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt dat de verzekeraar zich er niet op kan beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld en ook niet dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit staat in lid 6 van artikel 7:928 BW.

3.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[2]

[1] Zie ook Hoge Raad van 22 september 2017 ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl.
[2] Zie de uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.

3.6 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[3]

3.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in dat feit is geïnteresseerd. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet dan aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.[4]

3.8 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst kan er (onder meer) toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Als de verzekeraar dit aanvoert, komt het aan op de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar in die situatie zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.[5] Een succesvol beroep hierop kan nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.

3.9 De commissie neemt het voorgaande als uitgangspunt bij haar volgende overwegingen.

Heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden bij het invullen van de gezondheidsverklaring?

3.10 Tussen partijen staat vast dat de consument een hart heeft dat afwijkingen vertoont van de gezonde toestand en dat hij daarvoor geen medicatie of behandelingen voorgeschreven heeft gekregen. De consument stelt dat hij was vergeten dat hij afwijkingen aan het hart had dan wel dat hij de afwijkingen niet hoefde te melden omdat geen sprake is van een aandoening of ziekte volgens de voorwaarden. De commissie volgt hem daarin niet. De vragen in de gezondheidsverklaring dienen te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[6] De gezondheidsverklaring begint met een uitleg over wat een verzekering-nemer wel en niet moet melden en daarbij wordt duidelijk vermeld dat je ook melding moet doen *"als u denkt dat het minder belangrijk is, of als uw arts geen afwijking zag of geen behandeling nodig vond"*. Verder wordt in de inleiding aangegeven dat in ieder geval melding moet worden gedaan van een bezoek aan een medisch specialist. Vervolgens wordt gevraagd naar klachten aan het hart zoals hartritmestoornissen of een andere klacht, ziekte of aandoening van hart- of bloedvaten. De gezondheidsverklaring eindigt met de vraag of de verzekeringnemer ooit is behandeld door een medisch specialist.

[3] Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
[4] Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.
[5] Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.
[6] Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

Op basis van de inleidende tekst van de gezondheidsverklaring had de consument behoren te begrijpen dat hij melding had moeten maken van zijn bezoek aan de medisch specialist, een cardioloog. Ook nu de medisch specialist verdere behandeling niet nodig vond nu juist expliciet in de inleidende tekst wordt aangegeven dat ook melding moet worden gemaakt als een arts geen behandeling nodig vond. Bovendien had hij uit de passage dat *"als een arts geen afwijking zag"* moeten begrijpen dat nu de medisch specialist bij hem wel een afwijking van de gezonde toestand heeft geconstateerd, hij die afwijking moest melden. De verklaring van de consument dat hij vergeten was melding te maken op de gezondheidsverklaring omdat hij het onderzoek was vergeten, acht de commissie onwaarschijnlijk. De gezondheidsverklaring vraagt immers tot twee keer toe, in de inleiding en aan het slot, of hij een medisch specialist heeft bezocht. Hij heeft andere bezoeken aan artsen wel gemeld, maar niet de twee bezoeken aan de cardioloog. Verder is expliciet gevraagd naar hartritmestoornissen en tijdens het onderzoek in 2007 is via een ECG een hartritmestoornis geconstateerd en is dat ook de aanleiding geweest voor de doorverwijzing naar de medisch specialist. Ook is gevraagd naar klachten, aandoeningen of ziekte aan het hart. De consument had toen moeten begrijpen dat hij de onderzoeken aan zijn hart in ieder geval moest melden.

3.11 Het voorgaande brengt mee dat de consument niet aan zijn precontractuele mededelingsplicht heeft voldaan door de medische onderzoeken aan zijn hart door de cardioloog onvermeld te laten.

Redelijk handelend verzekeraar

3.12 Vervolgens is de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij een juiste kennis van zaken had gedaan.

3.13 De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken onder beperkende voorwaarden, met twee uitsluitingsclausules, tot stand zou zijn gekomen. De verzekeraar heeft toegelicht dat de casus intern is besproken met alle medisch adviseurs, waarvan er twee ook buiten de groep van de verzekeraar adviseren over de medische acceptatie, en dat de medisch adviseurs met elkaar eens zijn dat er twee clausules waren geplaatst als de verzekeraar over de juiste informatie had beschikt bij de acceptatiebeslissing. Volgens de medisch adviseur van de verzekeraar is voor de tweede clausule gekozen omdat hartafwijkingen behalve een verhoogd risico op functiestoornissen van het hart ook een verhoogd risico op klachten buiten het hart geven. Bijvoorbeeld een in het hart ontstaan bloedstolsel (trombus) kan loslaten en via de bloedbaan elders in het lichaam een vaatafsluiting (embolie) veroorzaken. Afsluiting van een hersenbloedvat kan een herseninfarct veroorzaken, wat het ziektebeeld geeft van een beroerte. Ter zitting heeft de medisch adviseur verder toegelicht dat bij een herseninfarct achteraf moeilijk is aan te tonen wat de exacte oorzaak is van een trombus of embolus, het hart of een andere plek.

De verzekeraar wil met de tweede clausule het risico op discussie hierover bij arbeidsongeschiktheid voorkomen. Uit intern overleg met de twee medisch adviseurs is bevestigd dat dit ook bij andere verzekeraars het beleid is in het geval van bestaande afwijkingen aan het hart.

3.14 De consument heeft aangevoerd dat de clausule voor trombotische en embolische processen te ruim is geformuleerd. Ter zitting heeft hij toegelicht dat veel aandoeningen kunnen ontstaan door trombotische of embolische processen zonder dat deze aandoeningen samenhangen met hartklachten. Doordat de clausule ruim is geformuleerd bestaat er veel onzekerheid over of toekomstige arbeidsongeschiktheid wel wordt gedekt, terwijl hij wel een forse premie betaalt voor zijn verzekering.

3.15 De commissie is op basis van hetgeen partijen hebben aangevoerd van oordeel dat voldoende is komen vast te staan dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de hartaandoening van de consument zou hebben geclausuleerd en ook een clausule voor de trombotische en embolische processen op de polis zou hebben geplaatst. Hiervoor acht de commissie relevant dat uit de medische informatie blijkt dat bij de consument sprake is van afwijkingen aan het hart in die zin dat het hart afwijkt van een normale toestand en dat de consument daardoor een groter risico op arbeidsongeschiktheid vanwege hartklachten heeft dan personen met een normaal gezond hart. En dat hierdoor ook een groter risico bestaat op aandoeningen buiten het hart zoals verstoppingen van de aders door bloedpropjes of bloedstolsels (trombose of embolie). Dit in combinatie met het intern overleg van de medisch adviseurs, waaraan ook twee medisch adviseurs deelnamen die adviseren over de acceptatiebeslissing bij andere verzekeraars, waarbij aan de verzekeraar is geadviseerd om deze hartaandoening van dekking uit te sluiten door twee clausules te plaatsen. De stelling van de consument dat de clausule over de trombotische en embolische processen té ruim is geformuleerd, maakt het oordeel van de commissie niet anders omdat de medisch adviseur ter zitting heeft toegelicht dat dit een weloverwogen keuze is. Met hartafwijkingen die de consument heeft, is er een grote kans op een hersen- of hartinfarct, maar is vaak lastig te achterhalen of de embolie ook daadwerkelijk door het hart is veroorzaakt of door een ander orgaan. Om deze discussie te voorkomen, is een clausule geadviseerd en dit is gangbaar onder medisch adviseurs. De commissie oordeelt op basis van de toelichting van de verzekeraar in de procedure en tijdens de hoorzitting dat de verzekeraar voldoende heeft onderbouwd dat een redelijk handelend verzekeraar zowel de hartaandoening als de trombotische en embolische processen zou hebben geclausuleerd.

3.16 Hiermee heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering alleen zou hebben geaccepteerd met de clausules zoals verwoord onder 2.8. Dit brengt mee dat de verzekeraar de clausules niet hoeft te verwijderen.

De consument heeft geen recht op uitkering

3.17 Vervolgens is het de vraag of de oorzaak van arbeidsongeschiktheid valt onder een van de clausules waardoor geen recht op uitkering bestaat. De commissie oordeelt dat de verzekeraar zich terecht op het punt gesteld dat geen recht op uitkering bestaat en licht dit oordeel toe.

3.18 In overweging 3.15 en 3.16 is geoordeeld dat er twee clausules op de polis mochten worden geplaatst. Een van de clausules sluit arbeidsongeschiktheid als gevolg van een embolisch proces van dekking uit. De verzekeraar heeft uitgebreid toegelicht dat de consument een herseninfarct heeft gehad dat is veroorzaakt door het verstopt raken van een bloedvat met een embolie tot gevolg. Op grond van de tweede clausule heeft de verzekeraar dan ook uitkering kunnen weigeren. De consument heeft verder geen argumenten aangedragen waaruit de commissie opmaakt dat de arbeidsongeschiktheid als gevolg van het herseninfarct niet onder die clausule valt.

De consument dient de reeds betaalde uitkeringen terug te betalen aan de verzekeraar

3.19 Tot slot dient de commissie een oordeel te geven over de vraag of de verzekeraar bij de consument het gerechtvaardigd vertrouwen heeft gewekt dat de reeds gedane uitkeringen van in totaal € 6.832,29 niet zouden worden teruggevorderd als zou blijken dat hij zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie oordeelt dat geen sprake is van gerechtvaardigd vertrouwen.

3.20 De consument stelt dat hij op basis van de communicatie met de verzekeraar erop heeft vertrouwd dat de uitkeringen niet zouden worden teruggevorderd. Hij geeft aan dat de verzekeraar hem er wel op gewezen heeft dat de uitkeringen onder voorbehoud waren, maar dat hij op dat moment financieel onder druk stond en er vanuit ging dat de verzekeraar geen uitkeringen zou verstrekken als de verwachting was dat uit onderzoek zou blijken dat hij zijn precontractuele mededelingsplicht had geschonden. De verzekeraar stelt dat hij altijd duidelijk is geweest dat de uitkeringen onder voorbehoud waren en dat als sprake was van schending van de precontractuele mededelingsplicht de uitkeringen zouden worden teruggevorderd.

3.21 De commissie oordeelt dat de verzekeraar op geen enkele wijze het vertrouwen bij de consument heeft gewekt dat hij de uitkeringen niet zou hoeven terugbetalen. In de schriftelijke communicatie aan de consument over zijn uitkeringen zoals verwoord onder 2.6 en 2.7 is aangegeven dat de uitkomst van het onderzoek naar schending van zijn precontractuele mededelingsplicht gevolgen kan hebben voor zijn uitkering.

3.22 De verzekeraar mag de reeds gedane uitkeringen terugvorderen van de consument. De vordering van de consument om deze terugvordering in te trekken wordt afgewezen. De commissie vertrouwt erop dat de verzekeraar de tijdens de hoorzitting gedane toezegging bereid te zijn tot een betalingsregeling gestand doet.

Slotsom

3.23 De commissie oordeelt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft als redelijk handelend verzekeraar twee uitsluitings-clausules op de polis mogen plaatsen. Omdat de oorzaak van arbeidsongeschiktheid onder één van de clausules valt, hoeft de verzekeraar geen uitkering te verstrekken en mag de verzekeraar de reeds gedane uitkeringen terugvorderen. De klacht is ongegrond en de vorderingen worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek

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.
2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.
3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar 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 4 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.
5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.
6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Artikel 7:929 Burgerlijk Wetboek

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.

3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 7:930 Burgerlijk Wetboek

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.
3.Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4.In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
5.In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.