Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-160 d.d. 1 juni 2015
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop en dr. B.C. de Vries, leden en mr. F.E. Uijleman, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Beantwoording van twee verkorte gezondheidsvragen. Contra proferentemregel. De commissie oordeelt dat de door de verzekeraar gehanteerde begrippen 'gezondheidsklachten', 'vervolgbehandeling' en 'noodzakelijk' onduidelijk zijn en dat consument de gezondheidsvragen onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs met 'nee' heeft kunnen beantwoorden. De klacht wordt toegewezen.

Consument,

tegen

AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende klachtformulier Geschillencommissie;
- de brief van Consument van 27 juli 2014 met bijlagen;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.
Tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid. Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 31 maart 2015 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1. Consument heeft met ingang van 1 juni 2012 bij Aangeslotene een verzekering gesloten die dekking biedt voor het risico van arbeidsongeschiktheid (hierna: de Verzekering). Consument heeft daartoe op 10 mei 2012 een verkorte gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. De vragen "*Heeft u op dit moment gezondheidsklachten*" en "*Als u in het laatste jaar bij de huisarts bent geweest, was een vervolgbehandeling dan noodzakelijk*" heeft zij met "*nee*" beantwoord.

3.2. Op het polisblad is vermeld dat het verzekerd bedrag € 30.000,- is en de eigen risico periode voor het eerstejaarsrisico 30 dagen. Verder zijn op de Verzekering van toepassing de Polisvoorwaarden AOV 20120106 (hierna: de verzekeringsvoorwaarden). In artikel 1 van deze verzekeringsvoorwaarden is onder meer het volgende bepaald:

"**Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen?**
(…)
- als u bij het afsluiten van de verzekering opzettelijk informatie heeft achtergehouden en wij met kennis van deze informatie de verzekering niet hadden geaccepteerd."

3.3. Met ingang van 14 december 2012 heeft Consument zich bij Aangeslotene voor 100% arbeidsongeschikt gemeld als gevolg van kanker in haar linker arm. Consument heeft hiertoe op 8 januari 2013 een schadeaangifteformulier ingevuld en ondertekend.

3.4. Bij brief van 11 januari 2013 heeft Aangeslotene Consument bericht dat zij besloten heeft de uitkering alvast op te starten met ingang van 14 december 2012 en dat bij de berekening van de uitkering rekening zal worden gehouden met de eigen risicotermijn van 30 dagen. Hiernaast heeft zij Consument bericht dat de mate van arbeidsongeschiktheid is ingedeeld in de klasse 80-100% en dat het bruto maandbedrag € 1.561,64 bedraagt.

3.5. Bij brief van 26 februari 2013 heeft Aangeslotene Consument bericht dat de uitkering per 1 maart 2013 wordt opgeschort omdat zij nader onderzoek wil doen naar de malaise- en vermoeidheidsklachten die Consument had voorafgaand aan de ingangsdatum van de Verzekering.

3.6. Aangeslotene heeft Consument er bij brief van 22 augustus 2013 over geïnformeerd dat haar is gebleken dat de mededelingsplicht ex artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) niet is nagekomen en dat dit meebrengt dat Consument geen recht heeft op een uitkering. In de brief wordt, voor zover relevant, de volgende toelichting gegeven:

"Uit het opgevraagde huisartsenjournaal bleek dat u in het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekeringsovereenkomst meerdere malen bij de huisarts was geweest voor diverse specifieke en aspecifieke klachten. De medisch adviseur (…) heeft beoordeeld welke consulten onder de formulering van de gezondheidsvragen op het aanvraagformulier vallen.

Hieruit volgt dat u zich in augustus 2011 bij uw huisarts meldde vanwege keelklachten en afwijkingen in de mond. Hiervoor bent u door de huisarts verwezen naar de dermatoloog. Vanwege de malaiseklachten is tevens laboratoriumonderzoek gedaan op onder andere vitaminegebrek. Dit werd niet aangetoond maar er worden wel vervolgafspraken met u gemaakt. Voor klachten van gynaecologische aard krijgt u in oktober 2011 medicatie voorgeschreven. Dit wordt ook in de maanden erna gedaan. In de loop van 2012 komen klachten van gezwollen lymfklieren en darmklachten meer op de voorgrond te staan. Er wordt gedacht aan een spastisch colon en u kreeg voorlichting hierover en er is overwogen om medicatie voor te schrijven. Na een aantal consulten werd voor de gezwollen lymfklieren een afwachtende houding aangenomen na geruststelling.

De conclusie van het bovenstaande is dat u de vraag of u in het laatste jaar bij de huisarts bent geweest en een vervolgbehandeling noodzakelijk was, met ja had moeten beantwoorden. (…).

(…)
Indien vervolgens de informatie van de huisarts beschikbaar was gekomen had dit geleid tot een medische afwijzing. De reden is dat het onduidelijk was geweest wat de exacte diagnoses waren geweest. (…)."

Verder vermeldt Aangeslotene in de brief dat zij van Consument terugbetaling verlangt van een bedrag € 1.552,40 wegens onterecht ontvangen uitkeringen, dat zij de Verzekering met terugwerkende kracht per 1 juni 2012 beëindigt en dat zij de persoonsgegevens van Consument heeft opgenomen in de gebeurtenissen-administratie en het interne verwijzingsregister (hierna: IVR).

4. De vordering en grondslagen

4.1. Consument vordert dat Aangeslotene (i) de Verzekering ongewijzigd in kracht herstelt, (ii) overgaat tot betaling van de verzekerde uitkeringen en (iii) de persoonsgegevens van Consument uit de gebeurtenissenadministratie en het IVR verwijdert.

4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:
- De vragen op de gezondheidsverklaring zijn naar beste weten beantwoord.
Van schending van de mededelingsplicht is geen sprake.
- De begrippen 'gezondheidsklachten' en 'vervolgbehandeling' in de onder 3.1. vermelde vragen zijn voor meerdere uitleg vatbaar en daarmee onduidelijk. Het lag op de weg van Aangeslotene om of de begrippen toe te lichten of de vragen anders te formuleren. Zij kan zich er achteraf dan ook niet op beroepen dat de vragen onjuist zijn beantwoord. Verder waren de behandelingen die wel hebben plaatsgevonden niet noodzakelijk.

4.3. Aangeslotene voert tegen de stellingen van Consument verweer en verzoekt afwijzing van de vordering. Op de stellingen die Aangeslotene aan haar verweer ten grondslag legt, wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

5. Beoordeling

5.1. Uitgangspunt bij de beoordeling van deze zaak is de in artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Deze houdt onder meer in dat de aspirant-verzekeringnemer vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten meedeelt die relevant (kunnen) zijn voor de beoordeling door de verzekeraar of hij het aangeboden risico kan en/of wil accepteren. Indien de verzekeraar daarbij gebruik maakt van een door hem opgestelde vragenlijst, mag en moet de aspirant-verzekeringnemer ervan uitgaan dat een correcte invulling van de daarop vermelde vragen voor de verzekeraar niet alleen afdoende maar ook noodzakelijk is om tot een zorgvuldige beoordeling te kunnen komen.

Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium, 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.

5.2. Bij de beantwoording van de vraag of Consument haar mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW heeft geschonden, komt het in deze zaak aan op de vraag hoe Consument bij het invullen van de gezondheidsverklaring de vragen "*Heeft u op dit moment gezondheidsklachten*" en "*Als u het laatste jaar bij de huisarts bent geweest, was een vervolgbehandeling dan noodzakelijk*?" mocht interpreteren en – in het verlengde hiervan – of zij deze vragen met "*nee*" mocht beantwoorden. Hierbij heeft te gelden dat indien achteraf redelijkerwijze twijfel zou bestaan omtrent de betekenis van de begrippen "gezondheidsklachten" en "vervolgbehandeling", de uitleg contra-proferentem geschiedt waarbij de voor de verzekerde meest gunstige interpretatie prevaleert.

5.3. Aangeslotene stelt zich op het standpunt dat beide vragen voldoende duidelijk zijn geformuleerd. Ten aanzien van het begrip 'gezondheidsklachten' heeft zij aangevoerd dat hiermee de klachten worden bedoeld waarvoor je een bezoek brengt aan de huisarts. Volgens Aangeslotene had Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring gezondheidsklachten. Zij wijst er daarbij op dat uit het medisch dossier volgt dat Consument de huisarts dezelfde dag heeft bezocht voor buikklachten. Daarnaast stelt Aangeslotene dat Consument last had van malaiseklachten en vermoeidheid. Volgens Aangeslotene heeft Consument bij het invullen van de vraag "*Heeft u op dit moment gezondheidsklachten*" dan ook niet kunnen verklaren dat zij op dat moment geen gezondheidsklachten had. Consument daarentegen betwist dat zij gezondheidsklachten had en heeft ter zitting aangevoerd dat zij het begrip 'gezondheidsklachten' aldus heeft opgevat dat Aangeslotene daarmee doelde op een ziekte of aandoening.

5.4. Vaststaat dat de gezondheidsverklaring is gedateerd op 10 mei 2012. Nu Consument het tegendeel niet aannemelijk heeft gemaakt, gaat de Commissie ervan uit dat de gezondheidsverklaring ook op deze datum door Consument is ingevuld. Uit het huisartsjournaal volgt dat Consument last had van buikklachten op de dag dat zij de gezondheidsverklaring invulde en dat zij die dag ook haar huisarts voor deze klachten heeft bezocht. De stelling van Aangeslotene dat Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring ook kampte met malaiseklachten en vermoeidheid wordt door de Commissie verworpen. Hiervoor zijn naar het oordeel van de Commissie onvoldoende aanwijzingen te vinden in het medisch dossier. Dat Consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring last had van buikklachten betekent echter niet dat Consument er ook een verwijt van kan worden gemaakt dat zij deze klachten niet als gezondheidsklacht heeft aangemerkt. In de eerste plaats acht de Commissie van belang dat Aangeslotene het begrip 'gezondheidsklachten' niet nader heeft toegelicht in de gezondheidsverklaring. Zij heeft hier naar het oordeel van de Commissie een zeker risico mee aanvaard dat de term "gezondheidsklachten" door de aspirant-verzekeringnemer niet op de door haar beoogde wijze zou worden geïnterpreteerd.

Verder is de Commissie met Consument van oordeel dat de buikklachten, zoals omschreven in het huisartsjournaal, in het onderhavige geval niet van dien aard waren dat zij door Consument als gezondheidsklacht hadden moeten worden beschouwd. De vraag "*Heeft u op dit moment gezondheidsklachten*" heeft Consument dan ook redelijkerwijs ontkennend kunnen beantwoorden.

5.5. Ten aanzien van het begrip 'vervolgbehandeling' voert Aangeslotene aan dat hiermee wordt bedoeld de behandeling die volgt op het eerste consult. Volgens Aangeslotene volgt uit het medisch dossier dat Consument in de 12 maanden voorafgaand aan de verzekeringsaanvraag meerdere vervolgbehandelingen heeft ondergaan die bovendien noodzakelijk waren. Verder doet Aangeslotene in dit verband een beroep op de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 7 november 2013 in zaak nr. C/09/451706/KG ZA 13-1114. Consument stelt daarentegen dat zij het begrip 'vervolgbehandeling' heeft opgevat als een behandeling die volgt op een eerdere behandeling ten aanzien van dezelfde klacht. Hiervan is volgens Consument geen sprake geweest. Daarnaast voert Consument aan dat de behandelingen die wel hebben plaatsgevonden niet noodzakelijk waren. Zij wijst in dit verband onder meer op een (ongedateerde) brief van haar huisarts.

5.6. De Commissie stelt aan de hand van het huisartsjournaal vast dat Consument haar huisarts in de 12 maanden voorafgaand aan de verzekeringsaanvraag meer dan eens heeft bezocht in verband met keel-, buik-, vermoeidheids- en vaginale klachten. De huisarts heeft voor de vaginale klachten medicatie voorgeschreven op 25 oktober en 28 november 2011. Hiernaast heeft hij ter zake van de keelklachten op 7 oktober 2011 een verwijzingsbrief opgesteld voor de dermatoloog en heeft hij met het oog op de vermoeidheidsklachten op verzoek van Consument een bloedonderzoek laten plaatsvinden in augustus 2011. De huisarts heeft het huisartsjournaal bij ongedateerde brief toegelicht en verklaard dat behandeling van de keel-, buik- en vermoeidheidsklachten niet noodzakelijk was. Gegeven deze omstandigheden is de Commissie van oordeel dat de vraag "*Als u het laatste jaar bij de huisarts bent geweest, was een vervolgbehandeling dan noodzakelijk*?" Consument er niet op behoefde te attenderen dat ook bedoeld was de bezoeken aan de huisarts op 25 oktober en 28 november 2011 te beschouwen als "vervolgbehandeling" en "noodzakelijk". Er was sprake van één en dezelfde klacht waarvoor Consument een behandeling van haar huisarts heeft ontvangen waarbij gebruik is gemaakt van medicatie. Evenmin valt uit de vraagstelling af te leiden dat Consument het bloedonderzoek en de doorverwijzing naar de dermatoloog slechts kon aanmerken als "noodzakelijk". Dit in aanmerking nemende, alsmede het feit dat Aangeslotene in de gezondheidsverklaring niet heeft verduidelijkt hoe de begrippen 'vervolgbehandeling' en 'noodzakelijk' moeten worden opgevat, was het naar het oordeel van de Commissie voor Consument redelijkerwijs niet duidelijk dat zij de consulten voor genoemde klachten als "vervolgbehandeling" en als "noodzakelijk" had moeten beschouwen en had moeten melden. Het beroep door Aangeslotene op de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 7 november 2013 maakt dit oordeel niet anders. De Commissie volgt in dit verband het verweer van Consument dat de feiten in de onderhavige procedure anders zijn dan in de procedure waarin de voorzieningenrechter uitspraak heeft gedaan.

5.7. Het voorgaande brengt mee dat Aangeslotene geen beroep toekomt op schending van de mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW. De klacht van Consument wordt dan ook toegewezen. Dit brengt mee dat Aangeslotene de Verzekering met terugwerkende kracht vanaf de royementsdatum ongewijzigd in kracht herstelt, de door Consument op 8 januari 2013 ingediende claim alsnog in behandeling neemt en de persoonsgegevens van Consument uit de gebeurtenissenadministratie en het IVR dient te verwijderen. Nu Consument in het gelijk wordt gesteld, dient Aangeslotene tevens het door Consument betaalde klachtgeld ad € 50,- voor de behandeling van dit geschil aan Consument te vergoeden.

6. Beslissing

De Commissie beslist bij wege van bindend advies dat Aangeslotene binnen de termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd (i) de Verzekering met terugwerkende kracht vanaf de royementsdatum ongewijzigd in kracht herstelt (ii) de door Consument op 8 januari 2013 ingediende claim alsnog in behandeling neemt, (iii) de persoonsgegevens van Consument uit de gebeurtenissenadministratie en uit het IVR dient te verwijderen en (iv) het door Consument voor de behandeling van dit geschil bij de Commissie betaalde klachtgeld van € 50,- vergoedt.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1-4#stappen-plan.