Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0250 (mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A. Westerveld, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 16 september 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 25 maart 2022
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Schending mededelingsplicht. De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend vanwege arbeidsongeschiktheid door psychische klachten. De verzekeraar heeft het uitkeringsverzoek afgewezen en de verzekering beëindigd, omdat de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende mededelingsplicht zou hebben geschonden. De consument vordert herstel van de verzekering en uitkering. De commissie oordeelt dat de consument de mededelingsplicht heeft geschonden bij het sluiten van de verzekering 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 van de consument wordt daarom afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument en de namens de consument ingediende klachtbrief; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 21 januari 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar vertegenwoordiger de heer mr. E. Bot. Namens de verzekeraar waren aanwezig de heer mr. [naam 1], legal counsel en de heer drs. [naam 2], medisch adviseur.

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft per 9 juni 2017 bij de verzekeraar een woonlastenverzekering afgesloten met dekking bij arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde beroep is 'jongerenwerker'. Het verzekerde bedrag is € 588,- per maand. Er geldt een eigen risicoperiode van 365 dagen.

2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 29 juni 2017 een gezondheidsverklaring (hierna: 'de gezondheidsverklaring') ingevuld. In de gezondheidsverklaring en de aanvulling daarop van 12 juli 2017, heeft de consument de vraag naar ziekte of klachten van psychische aard en de vraag naar ziekteverzuim met 'Ja' beantwoord. Zij geeft aan gediagnosticeerd te zijn met de ziekte van Hashimoto (een auto-immuunziekte) en heeft in 2010, toen zij nog niet wist wat zij had, een of twee maanden verzuimd. Zij maakt onder andere melding van een ziekte aan de schildklier en van knieklachten en geeft aan dat zij in 2003 een depressieve periode heeft gehad, veroorzaakt door de aanwezigheid van een spiraaltje (na verwijdering waren de klachten over), dat zij tussen 1 januari 2010 en 1 mei 2010 een depressieve fase heeft gehad na een verbroken liefdesrelatie (waarvoor zij alleen door de huisarts is behandeld), dat zij overspannen is geweest in de periode 1 januari 2013 tot 1 april 2013 in verband met een reorganisatie en dat zij daardoor drie maanden niet heeft gewerkt (alleen begeleiding door de bedrijfsarts). Vanaf 2012 wordt zij begeleid door een natuurarts. Zij meldt voorts dat zij in de periode 24 december 2012 tot 24 januari 2014 last heeft gehad van erge vermoeidheid ten gevolge van de ziekte van Pfeiffer.

2.3 De verzekering is vervolgens tot stand gekomen met een uitsluitingsclausule voor aandoeningen van de schildklier en een uitsluitingsclausule voor aandoeningen van de linker knie.

2.4 De verzekeraar heeft op 24 november 2017 de melding van de consument ontvangen waaruit volgt dat zij vanaf 23 oktober 2017 arbeidsongeschikt is vanwege psychische klachten. De verzekeraar heeft de claim alvast (tijdens de periode van eigen risico) in behandeling genomen, maar heeft de behandeling gestaakt na een e-mailbericht van 21 juni 2018 van het door hem ingeschakelde medisch adviesbureau. In dat bericht staat dat er diezelfde dag telefonisch contact is geweest met de consument over de financiering van een coachingstraject bij BoFit (een organisatie voor burn-outbegeleiding en stressmanagement). De consument heeft, zo vermeldt het e-mailbericht, haar claim ingetrokken omdat er nog geen diagnose was en zij eerst meer duidelijkheid wilde.

In een e-mailbericht van 9 juli 2018 bericht de consument het medisch adviesbureau dat zij voor de financiering van het coachingstraject een andere mogelijkheid heeft gevonden.

2.5 Eind februari 2019 heeft de consument zich opnieuw tot de verzekeraar gewend omdat de arbeidsongeschiktheid die op 23 oktober 2017 was aangevangen nog altijd bestond. Hierop heeft de verzekeraar op 26 februari 2019 de behandeling van de claim hervat.

2.6 De medisch adviseur van de verzekeraar (hierna 'de medisch adviseur') heeft op 4 november 2019 een adviesrapport aan de verzekeraar verstrekt waarin is opgenomen dat de weegschaal bij acceptatie destijds in het voordeel van verzekerde is uitgevallen. Dit vanwege verschillende externe factoren, de vermelde (milde) ernst van de klachten en behandelingen en het ontbreken van een aanwijzing voor trauma's of chronisch depressieve klachten in combinatie met de expliciete ontkenning van de consument met betrekking tot de eerdere episoden van psychische klachten.

Omdat uit nieuwe informatie was gebleken dat in 2016 mogelijk een periode van arbeidsongeschiktheid was voorgevallen heeft de medisch adviseur aanvullende informatie opgevraagd bij de bedrijfsarts van de consument. Op basis van die informatie heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat hij de verzekeraar indertijd zou hebben geadviseerd om de aanvraag van de consument niet te accepteren, omdat de informatie tot een derde uitsluitingsclausule zou hebben geleid en de aanvraag in dat geval wordt afgewezen.

De consument had namelijk niet naar waarheid opgegeven dat zij vanaf 6 oktober 2015 tot minimaal 24 februari 2016 (start opbouw) vanwege arbeidsongeschiktheid niet heeft gewerkt. Deze verzuimperiode had de consument naast de wél door haar opgegeven periode in 2013 op de gezondheidsverklaring moeten melden. Zowel de bedrijfsarts als De Gezonde Zaak (een GGZ-instelling) dachten iets voor de consument en de toen aanwezige chronische vermoeidheidsklachten te kunnen betekenen, maar de consument stond niet open voor psychosomatiek. De overbelasting zich uitend in onder andere chronische vermoeidheid gedurende een periode van meerdere maanden had bij melding daarvan in combinatie met de reeds bekende klachten tot een uitsluitingsclausule voor psychische klachten geleid.

2.7 Bij brief van 9 juli 2020 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij zich op het standpunt stelt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht, omdat de consument bij het aangaan van de verzekering geen melding heeft gemaakt van de ziekteverzuimperiode in 2015/2016. Op basis van de verkregen medische informatie is de conclusie dat in aanvulling op de twee reeds geplaatste clausules een clausule voor psychische klachten aan de orde zou zijn geweest. De verzekering was met drie clausules niet geaccepteerd en daarom heeft de consument geen recht op uitkering. Daarnaast heeft de verzekeraar de verzekering per direct beëindigd.

2.8 De consument heeft via haar vertegenwoordiger bezwaar ingediend bij de verzekeraar. De vertegenwoordiger heeft de verzekeraar er in het bezwaar onder andere op gewezen dat zowel volgens de consument als haar huisarts in de periode 2015/2016 geen sprake was van psychische klachten. De vertegenwoordiger heeft ter ondersteuning hiervan verwezen naar het huisartsenjournaal van 12 februari 2016 waarin staat dat door de bedrijfsarts is voorgesteld om naar De Gezonde Zaak te gaan, dat de consument hier wel voor open staat maar dat ze zich eigenlijk al wel beter voelt, en dat het volgens haar niet om een psychische klacht maar om een arbeidsgeschil gaat. Het huisartsenjournaal vermeldt ook "*Als er voor de verwijzing naar de gezonde zaak een DSM stoornis benoemd kan worden dan kan dat niet want die is er naar haar idee niet.*" In een bericht van februari 2016 aan (naar de commissie begrijpt) de bedrijfsarts schrijft de huisarts voorts dat hij akkoord is met een verwijzing maar dat voor een verwijzing naar een specialistische GGZ-instelling sprake moet zijn van een verdenking op een psychiatrische diagnose "welke zij (bij mijn weten) niet heeft".

2.9 De verzekeraar is na het bezwaar van de consument bij zijn standpunt gebleven. De verzekeraar heeft de door de consument betaalde premie terugbetaald.

De klacht en vordering

2.10 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte beweert dat in de periode 2015/2016 sprake was van psychische klachten en dat hij bij een ware stand van zaken de verzekering niet had gesloten. De consument vordert voortzetting van de verzekering en uitkering met terugwerkende kracht. De consument motiveert haar vorderingen als volgt.

2.11 In de periode 2015/2016 had de consument geen psychische klachten. Dit blijkt uit het huisartsenjournaal. De oorzaak van de klachten was destijds gelegen in een arbeidsconflict. De consument is door de bedrijfsarts naar De Gezonde Zaak verwezen om daar een coachingstraject te volgen.

De consument heeft niet aan de bedrijfsarts gemeld dat sprake was van een arbeidsconflict omdat zij geen vertrouwen had in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Voor de behandeling bij De Gezonde Zaak was een doorverwijzing nodig door de huisarts en diende er sprake te zijn van psychische klachten. Daarvan was volgens de consument en haar huisarts geen sprake en zij is dan ook niet doorverwezen. Als de verzekeraar bij het aangaan van de verzekering bekend was geweest met de klachten in de periode 2015/2016, dan had dit niet tot een derde clausule geleid.

2.12 De verzekeraar heeft onnodig lang gedaan over de beoordeling van de claim. Hij stelt voorts ten onrechte dat de consument op 9 juli 2018 heeft verzocht haar aanvraag voor vergoeding te staken. Zij heeft toen alleen aangegeven niet langer te rekenen op een vergoeding voor een coachingstraject.

Het verweer

2.13 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.14 De consument heeft op de gezondheidsverklaring twee fysieke klachten gemeld, waarvoor twee clausules zijn geplaatst. De consument had ook opgegeven dat zij in 2013 een periode van verzuim had meegemaakt. Deze periode van verzuim was onvoldoende om een derde clausule te rechtvaardigen. De consument heeft de periode van arbeidsongeschiktheid van begin oktober 2015 tot in ieder geval februari 2016 echter ten onrechte niet gemeld. Als zij dit wel had gedaan, dan had dit tot gevolg gehad dat een clausule psychische klachten van toepassing was geweest vanwege de verzuimperiode in 2013 in combinatie met de bij de aanvraag nog recente en langdurige verzuimperiode in 2015/2016. Bij de consument was veel meer aan de hand dan alleen een arbeidsconflict. Bovendien is de diagnose of oorzaak van de psychische klachten minder van belang dan de ernst en de omvang daarvan.

2.15 Omdat bij kennis van de ware stand van zaken sprake was geweest van meer dan twee clausules en het beleid is om in dat geval niet te accepteren, zou de derde clausule hebben geleid tot een afwijzing van de aanvraag van de verzekering.

2.16 Het beleid van de verzekeraar is dat van een redelijk handelend verzekeraar. De medisch adviseur is bij zijn beoordeling uitgegaan van de richtlijnen van zijn (her)-verzekeraar Munich Re (MIRA). Op grond van dat beleid zou bij kennis van de ware stand van zaken tevens een uitsluitingsclausule psyche van toepassing zijn. De verzekeraar heeft als onderdeel van zijn acceptatiebeleid dat er niet meer dan twee uitsluitingsclausules worden geaccepteerd.

Van een redelijk handelend verzekeraar mag worden verwacht dat hij geen verzekering aangaat waarvan de dekking in die mate is beperkt.

2.17 Gelet op de berichtgeving van het door de verzekeraar ingeschakelde medisch adviesbureau van 21 juni 2018 en het bericht van de consument van 9 juli 2018 dat zij een andere financiering voor het coachingstraject bij BoFit had gevonden, is de (versnelde) beoordeling van de claim gestaakt tot na het verstrijken van de eigen risicotermijn. Op 22 februari 2019 is het schadeformulier ontvangen en is de beoordeling hervat. Na het medisch advies van 4 november 2019 bleek het voor een grondige onderbouwing noodzakelijk om informatie van de bedrijfsarts op te vragen. Helaas heeft het lang geduurd voordat deze informatie werd ontvangen.

3. De beoordeling

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en of de verzekeraar uitkering mocht weigeren en de verzekering mocht beëindigen. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en licht dit hierna toe door eerst het juridisch kader te schetsen en dit kader daarna toe te passen op de situatie van de consument.

Juridisch kader – de mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering

3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: 'BW') rust er bij het sluiten van een verzekering een mededelingsplicht op de verzekeringnemer. Hij is verplicht om relevante feiten, die hij kent of behoort te kennen, aan de verzekeraar mede te delen. Onder 'relevant' wordt verstaan: relevant voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar. Hierbij geldt dat de verzekeringnemer alleen feiten hoeft mede te delen, waarvan hij de relevantie inziet of behoort te begrijpen.

3.3 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[1]

[1] Dit volgt uit uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.

3.4 Bij de beoordeling 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.[2]

3.5 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.[3]

3.6 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst bij het sluiten van de verzekering kan ertoe 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 gesloten zou hebben (artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, hoeft de verzekeraar niet uit te keren.

3.7 Op grond van artikel 7:929 lid 2 BW kan de verzekeraar de verzekering per direct opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.

3.8 Als de verzekeraar aanvoert dat hij de verzekering niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.[4]

Toepassing van het kader – de consument heeft de precontractuele mededelingsplicht geschonden

3.9 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie het volgende als vaststaand aan.

3.10 De consument heeft in oktober 2015 de huisarts bezocht vanwege vermoeidheid en keelpijn. Zij wilde dat de huisarts bloedonderzoek zou verrichten, zodat zij de uitslagen met haar natuurarts kon delen. Meteen daarna heeft de bedrijfsarts gemeld dat de consument is uitgevallen wegens schildkier- en spanningsklachten.

---

[2] Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

[3] Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

[4] Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

De consument wist haar grenzen niet te stellen, waarbij wordt genoemd dat sprake was van werkdruk, dat onduidelijkheid bestond over de functie en dat de consument zich niet gehoord voelde. De consument heeft van haar natuurarts een bijnier-concentraat gekregen omdat haar bijnieren uitgeput waren. Daarnaast heeft de consument coaching gekregen en bleek de schildklier goed te zijn ingesteld.
In februari 2016 was de consument nog steeds moe en mat en waren er problemen op de werkvloer waardoor zij over haar grenzen heen ging. De bedrijfsarts dacht op 1 februari 2016 dat bij de consument sprake was van somatisch onvoldoende verklaarde klachten ('Solk'). Op 16 februari 2016 vond op verwijzing van de bedrijfs-arts, een intake plaats bij De Gezonde Zaak, een gespecialiseerde GGZ instelling. Daar is vastgesteld dat bij de consument sprake is van chronische vermoeidheidsklachten, maar dat de consument niet openstond voor psychosomatiek. De Goede Zaak dacht wat voor de consument en haar vermoeidheidsklachten te kunnen betekenen. De consument dacht evenwel dat haar problemen niet hierdoor werden veroorzaakt, maar door een virus dat haar schildklier beïnvloedde.

3.11 De consument heeft op de gezondheidsverklaring bij "*B – Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie schizofrenie, psychose ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.*" "*Ja*" ingevuld. Bij de vervolgvragen hierover heeft de consument gemeld dat zij in de periode 1 januari 2013 tot 1 april 2013 overspannen was vanwege een reorganisatie en dat door bezuinigingen steeds meer mensen weg moesten waardoor het werk toenam. Ook heeft de consument gemeld dat zij in de periode 1 januari 2010 tot 1 mei 2010 een depressieve fase heeft doorgemaakt na het verbreken van een liefdesrelatie.
Bij het deel "*Uw werk*" op de gezondheidsverklaring en de vraag over "*Heeft u door ziekte of een ongeval de laatste vijf jaar twee weken of langer niet gewerkt? Of maar een deel van de dag gewerkt?*", heeft de consument ook bevestigend geantwoord met daarbij de vermelding dat zij in de periode van 1 januari 2013 tot 1 april 2013 overspannen is geweest.

3.12 De medisch adviseur van verzekeraar heeft in verband met de door de consument gemelde depressie in de periode 1 januari 2010 tot 1 mei 2010 aanvullende gezondheidsvragen gesteld. Ter beantwoording van die vragen heeft de consument gemeld dat zij verdrietig, boos, in rouw en lusteloos was, dat zij een deuk in haar eigenwaarde had opgelopen en dat haar gevoel van richting en zingeving was weggevallen. Dit werd veroorzaakt doordat haar toenmalige vriend de relatie had verbroken, terwijl zij net samen waren gaan wonen, zouden trouwen en een gezin zouden stichten. De consument heeft daarbij ook de vraag beantwoord dat zij eerder last heeft gehad van een depressieve periode.

Volgens de consument voelde zij zich door een Mirena spiraal die zij in 23 oktober 2001 had laten plaatsen steeds minder goed en heeft zij zich op 9 januari 2003 tot de huisarts gewend met depressieve en sombere klachten. Nadat de consument de spiraal heeft laten verwijderen waren haar klachten verdwenen.

3.13 Daarnaast heeft de medisch adviseur van de verzekeraar aanvullende gezondheids-vragen gesteld in verband met de door de consument vermelde overspanning in de periode 1 januari 2013 tot 1 april 2013. Volgens de consument werden de klachten veroorzaakt door een reorganisatie op haar werk. Doordat er steeds meer werd bezuinigd, moest het werk met minder mensen worden gedaan. De klachten bestonden uit snel geprikkeld zijn, concentratie problemen, weinig energie en repeterende gedachtes over wat nog gedaan moest worden en dat zij voor psychische klachten niet onder controle stond bij een arts of therapeut, maar dat zij bij de bedrijfsarts was geweest vanwege een reguliere oproep. Bij de vraag "*heeft u vaker/eerder last van perioden van psychische klachten gehad?*" heeft de consument vermeld "*Aha dit valt dus onder psychische klachten! Ik heb daar nooit eerder of vaker last van gehad*".

3.14 Gelet op de hiervoor geciteerde vragen had de consument in ieder geval moeten begrijpen dat haar verzuimperiode in 2015/2016 waarvoor zij de huisarts, de natuurarts, de bedrijfsarts en De Gezonde Zaak bezocht, voor de verzekeraar van belang was bij de beoordeling van het risico. De consument had de verzuimperiode in ieder geval moeten melden bij het deel over "*Uw werk*" waarbij zij ook een verzuim-periode van eerdere datum noemde. Daarnaast had de consument de spannings-klachten die zij tijdens die periode had, moeten invullen bij de vraag over psychische klachten. Zeker gezien de interpretatie van de consument bij overspanning en te meer vanwege de intake die de consument bij De Gezonde Zaak had gehad. Dat de consument destijds dacht dat de klachten door een virus werden veroorzaakt, of door uitputting van haar bijnieren, zoals zij aan de bedrijfsarts meldde, doet hier niets aan af. Ook dan had de consument haar verzuimperiode moeten melden. Zij meldde immers wel haar verzuimperiode van eerdere datum, namelijk van 2013, terwijl zowel in 2013 als 2015/2016 volgens de consument sprake zou zijn van problemen met haar werk. Daarnaast speelt de periode 2010-2011. De consument geeft over deze periode aan dat zij na een depressieve fase, een of twee maanden haar werk had gestaakt wegens moeheid door schildklier problemen. Uit het medisch dossier blijkt dat ondanks normalisatie van de schildklierfunctie de klachten van moeheid en uitputting in juni 2011 nog aanwezig waren en zij maar 30 uur kon werken.
Het standpunt van de consument dat ook haar huisarts destijds geen psychische klachten heeft vastgesteld kan de commissie niet onderschrijven.

Uit de berichtgeving van de huisarts valt alleen op te maken dat hij akkoord was met een verwijzing naar de Gezonde Zaak maar dat daarvoor een psychiatrische diagnose is vereist, die de consument bij zijn weten niet had.

3.15 De overwegingen 3.10 tot en met 3.14 leiden tot het oordeel dat de consument niet aan haar mededelingsplicht heeft voldaan door geen melding te maken van haar verzuimperiode in de periode 2015/2016 en de spanningsklachten in die periode.

Redelijk handelend verzekeraar

3.16 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken had gedaan. Zie overweging 3.8 hiervoor.

3.17 Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar voldoende onderbouwd dat een redelijk handelend (arbeidsongeschiktheids)verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten. De commissie is met de medisch adviseur van de verzekeraar van oordeel dat de 'weegschaal' naar de afwijzingskant zou zijn doorgeslagen als de verzekeraar en zijn medisch adviseur bij de aanvraag van de verzekering op de hoogte waren geweest van de verzuimperiode 2015/2016, de spanningsklachten, de uitgeputte bijnieren en de verwijzing naar De Gezonde Zaak. Te meer daar chronische vermoeidheidsklachten niet vallen te clausuleren en leiden alleen die klachten in de regel al tot afwijzing van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat geldt nog eerder door de combinatie met de uitsluitingsclausules voor arbeidsongeschiktheid ontstaan door de linker knie en stoornissen van de schildklier. De verzekeraar heeft uitgelegd dat op basis van zijn acceptatiebeleid geen verzekeringsovereenkomst met drie of meer uitsluitingsclausules wordt gesloten en dat dit gangbaar beleid in de arbeidsongeschiktheidsbranche is. Dit rechtvaardigt het standpunt van de verzekeraar dat hij bij een juiste beantwoording van de vragen in de gezondheidsverklaring de verzekering niet had willen sluiten.

3.18 Omdat de consument niet voldaan heeft aan haar mededelingsplicht en aangenomen mag worden dat de verzekering bij juiste beantwoording van de bij de aanvraag gestelde gezondheidsvragen niet tot stand zou zijn gekomen, is de verzekeraar gelet op artikel 7:930 lid 4 BW geen uitkering verschuldigd.

Terechte beëindiging van de verzekering

3.19 Uit artikel 7:929 lid 2 BW volgt dat de verzekeraar bij schending van de mededelingsplicht de verzekering meteen kan opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken. Dit betekent dat de verzekeraar de verzekering terecht heeft beëindigd.

3.20 De commissie merkt nog op dat de staking van de behandeling van de claim in juni 2018 lijkt te berusten op een misverstand. In ieder geval is de behandeling na de nieuwe schademelding in januari 2019 voortvarend opgepakt. Dat de verzekeraar pas in juli 2020 een definitief (afwijzend) standpunt heeft ingenomen, is laat te noemen, maar komt doordat voor de beoordeling van het recht op uitkering nadere informatie van de bedrijfsarts nodig was en de bedrijfsarts lang op zich heeft laten wachten.

Slotsom

3.21 De slotsom is dat de vorderingen van de consument zullen worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

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.

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.