Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-097
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, drs J.H. Paulusma – de Waal en
mr. dr. S.O.H. Bakkerus, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 27 februari 2017
Ingediend door	: Consument
Tegen	: BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 15 februari 2018
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

In april 2012 heeft Consument bij Verzekeraar een Hypotheek Opvang Polis aangevraagd en daarbij diverse relevante medische feiten onvermeld gelaten. De Commissie heeft geoordeeld dat Consument bij het aangaan van de verzekering haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen. Verzekeraar is Consument dan ook geen uitkering verschuldigd en mocht na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht de verzekeringsovereenkomst opzeggen. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:
- de klachtbrief met bijlagen van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 30 augustus 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft in verband met arbeidsongeschiktheid als gevolg van darmklachten over de periode van 1 augustus 2007 tot 16 juli 2009 een WIA-uitkering ontvangen.

2.2 Op 18 april 2012 heeft Consument bij Verzekeraar een Hypotheek Opvang Polis aangevraagd in welk kader zij een aanvraagformulier en een door haar op 18 april 2012 ondertekende uitgebreide gezondheidsverklaring heeft ingevuld. De in deze formulieren opgenomen vragen heeft Consument voor zover relevant als volgt beantwoord:
(…)

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

4 Uw werk

a. Heeft u door ziekte of ongeval de laatste vijf jaar twee weken of langer niet gewerkt? Of maar een deel van de dag gewerkt?

[X] Nee
[ ] Ja Vul dan hier in:

Hoe lang heeft u niet gewerkt?

Waarom heeft u niet gewerkt?

Wanneer heeft u niet gewerkt? Van tot

Werkt u nu wel? [ ] Nee [ ] Ja

b. Werkt u nu volledig?

[X] Ja
[ ] Nee Komt dit door een klacht, ziekte, gebrek of aandoening?

[ ] Nee [ ] Ja

Heeft u een aandoening, ziekte, klacht of gebrek aangekruist bij vraag 3? Vul dan de volgende vraag in.

c. Kon of kunt u onderdelen van uw werk niet doen? En komt dit door de aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek die u aankruiste bij vraag 3?

[X] Nee
[ ] Ja

Welk onderdeel van uw werk kon/kunt u niet meer doen?

Sinds wanneer?

Is dit nu nog steeds zo? [ ] Nee [ ] Ja

(...)

3 Uw gezondheid

Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? *Kruis dan het hokje voor de letter aan.*

Let op!
Kruis ook Ja aan als u:
- *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*

[ ] A Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, hoofdpijn, duizeligheid.

[ ] B Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.

[ ] C Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten. Zoals hartinfarct, beklemming of pijn op de borst, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, vernauwing of ontsteking van bloedvaten, embolie.

[ ] D Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen.

[ ] E Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, embolie.

[ ] F Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier.

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

gebruikt;
nog onder controle staat.

☐ G Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.

☐ H Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten.

☐ I Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.

☒ J Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad.

☐ K Aandoening, ziekte of klachten van huid, spataderen, open been, fistels, trombose.

☐ L Aandoening, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis).

☐ M Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.

Heeft u hierboven Ja aangekruist bij een of meer vragen?

☐ Nee

☒ Ja *Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek een aparte bijlage bij vraag 3 in. Dit is belangrijk.*

UGV AO 0212

[redacted]

(…)

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Kruiste u bij vraag 3 Ja aan? Vul dan deze bijlage in. Vul voor elke aandoening een aparte bijlage in. U kunt daarvoor meer bijlagen bij ons aanvragen. Zoveel u nodig heeft. Deze vraagt u aan door te bellen met uw verzekeraar of tussenpersoon. U kunt ook zelf een kopie maken van de bijlage.

Aandoening

Letter bij vraag 3 waar u Ja aankruiste: [J]

Welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

middenhandsbeentje

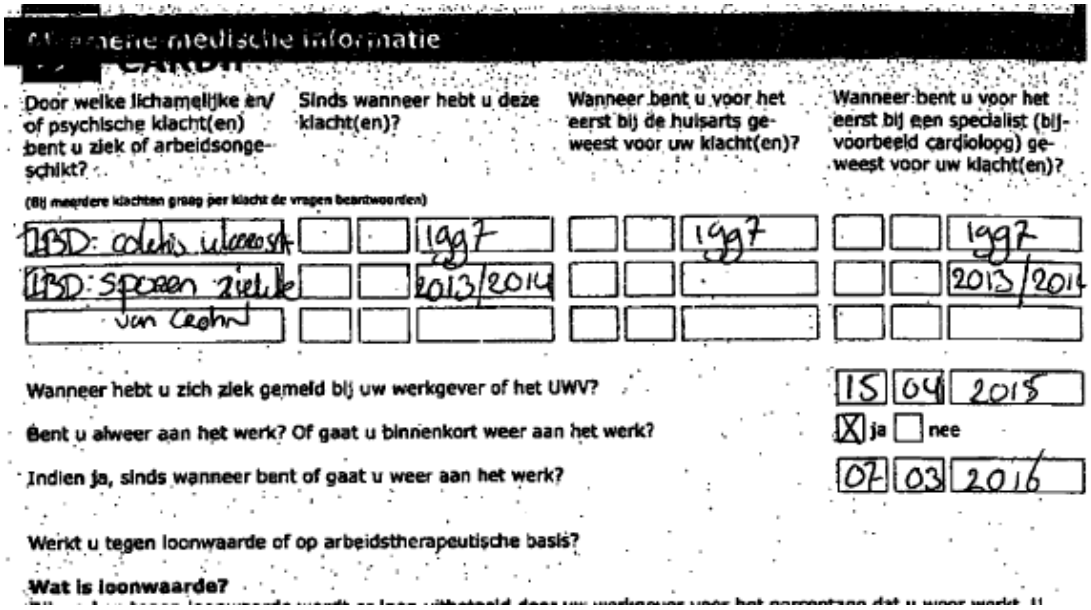
Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van 1990 tot 1990

(…)

2.3 De verzekering is vervolgens ingegaan op 1 juni 2012. Op de verzekering zijn van toepassing de algemene voorwaarden HOP0212.

2.4 Op 18 april 2016 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid een beroep gedaan op deze verzekering in het kader waarvan Consument een claimformulier heeft ingediend. Hierin is het navolgende opgenomen:



Algemene medische informatie

Door welke lichamelijke en/of psychische klacht(en) bent u ziek of arbeidsongeschikt?	Sinds wanneer hebt u deze klacht(en)?	Wanneer bent u voor het eerst bij de huisarts geweest voor uw klacht(en)?	Wanneer bent u voor het eerst bij een specialist (bijvoorbeeld cardioloog) geweest voor uw klacht(en)?
(Bij meerdere klachten graag per klacht de vragen beantwoorden)			
IBSD: colitis ulcerosa	1997	1997	1997
IBSD: spoken zieke van Crohn	2013/2014		2013/2014

Wanneer hebt u zich ziek gemeld bij uw werkgever of het UWV? 15 04 2015

Bent u alweer aan het werk? Of gaat u binnenkort weer aan het werk? [X] ja [ ] nee

Indien ja, sinds wanneer bent of gaat u weer aan het werk? 07 03 2016

Werkt u tegen loonwaarde of op arbeidstherapeutische basis?

Wat is loonwaarde?

(…)

2.5 Verzekeraar heeft naar aanleiding van het indienen van de claim medische informatie opgevraagd bij de behandelaars van Consument en op grond van de in dat kader ontvangen informatie geconcludeerd dat Consument reeds vanaf 1997 bekend was met de diagnose colitis ulcerosa en dat zij voorafgaand aan het sluiten van de verzekering diverse malen voor deze aandoening is geopereerd. Ook dat Consument in 2006 een periode van psychische klachten heeft ervaren.

2.6 Verzekeraar heeft zich hierna jegens Consument op het standpunt gesteld dat zij geen rechten aan deze verzekering kan ontlenen omdat Consument haar mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden en de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken, niet tot stand gekomen zou zijn omdat hij de aanvraag had afgewezen.

2.7 Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar is het over dat standpunt dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

3. Vordering, klacht en verweer

3.1 *Vordering Consument*
Consument vordert dat Verzekeraar de verzekering in kracht herstelt met ingang van 23 augustus 2016 en alsnog overgaat tot uitkering uit hoofde van deze verzekering.

3.2 *Grondslagen en argumenten daarvoor*
Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door zich jegens Consument op het standpunt te stellen dat zij haar mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden en haar een uitkering uit hoofde van deze verzekering te onthouden.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument erkent dat zij vanaf 1997 colitis ulcerosa-klachten heeft gehad. Na een operatie in 2006 hebben de artsen haar echter beter verklaard. De ziektebron was immers weg. Consument is er in 2012 bij het invullen van de formulieren afgegaan op de mededeling van haar tussenpersoon - in wiens bijzijn zij de vragen heeft beantwoord, dat zij de vijf jaar voorafgaand aan het invullen van het vragenformulier, als referentiekader mocht aanhouden. Nu de gezondheid van Consument in die periode altijd prima is geweest kon zij het vragenformulier ook invullen op de manier zoals zij dat heeft gedaan.
- Consument is in 2006 gaan praten met een psycholoog over het leren omgaan met haar ziekte en het verwerken en accepteren van haar stoma. Dat waren geen psychische klachten. Voor die klachten is bovendien nooit een DSM IV code gesteld en deze kunnen ook daarom niet worden aangemerkt als psychisch. De in het aanvraagformulier opgenomen vraag naar psychische aandoeningen, ziekte of klachten kon Consument dan ook in ontkennende zin beantwoorden.
- Consument erkent dat zij vanaf 1-8-2007 tot 15-7-2008 een WIA-uitkering heeft ontvangen. In het aanvraagformulier wordt daarnaar echter niet gevraagd. Dat kan zij dus ook niet verzwegen hebben. De in het aanvraagformulier opgenomen vraag of Consument de laatste 5 jaar door ziekte of een ongeval 2 weken of langer niet heeft gewerkt of een deel van de dag heeft gewerkt, heeft Consument in ontkennende zin kunnen beantwoorden omdat zij vanaf 2007 tot haar dienstverband dat begon in juli 2008, 32 uur per week vrijwilligerswerk heeft gedaan in de kinderopvang. Vrijwilligerswerk is immers ook arbeid en Consument had niet begrepen dat de vraag in het aanvraagformulier slechts betrekking had op betaalde arbeid. Dat hoefde zij ook niet te begrijpen.

3.3 *Verweer Verzekeraar*

Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Verzekeraar heeft naar aanleiding van de door Consument voorgelegde klacht opnieuw medische informatie opgevraagd bij de behandelaars van Consument en opnieuw advies ingewonnen van zijn medisch adviseur. Alle verkregen medische informatie en de daarop gebaseerde adviezen van zijn medisch adviseur heeft hij hier overgelegd. Daaruit blijkt dat Consument al vanaf 1997 bekend was met de diagnose Colitis Ulcerosa en dat zij voorafgaand aan de totstandkoming van de verzekering diverse malen voor deze aandoening is geopereerd. Ook dat Consument in 2006 een periode van psychische klachten heeft gehad. Dit zijn pre-existente klachten die gemeld hadden moeten worden bij het aanvragen van de verzekering. Ook had Consument moeten opgeven dat zij van 2007 tot 2010 een WIA-uitkering ontving op grond van arbeidsongeschiktheid. Verzekeraar zou bij kennis van de ware stand van zaken dan ook geen verzekering afgesloten zou hebben. Hij heeft dan ook terecht de claim kunnen afwijzen en over kunnen gaan tot beëindiging van de verzekering.

4. Beoordeling

4.1 De Commissie komt eerst toe aan de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door bij het aangaan van de verzekering én diverse relevante medische feiten niet te vermelden én niet aan te geven dat zij van 2007 tot en met 15 juli 2009 een WIA-uitkering kreeg. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 BW is de aspirant-verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekeringnemer in beginsel moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium 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 (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39 en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073 r.o. 3.27.

4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument reeds vanaf 1997 bekend was met colitis ulcerosa – een chronische ontsteking van de darmen – en deze aandoening niet met medicatie onder controle was te krijgen. Daarom was de dikke darm, afgezien van het laatste stuk in 2006 operatief verwijderd en was een stoma aangelegd. In april 2007 heeft Consument nogmaals een operatie ondergaan waarbij de stoma is opgeheven, ook het laatste stuk dikke darm subtotaal is verwijderd en een pouch is aangelegd. Daarna heeft Consument in 2010 en 2011 een maagdarmleverarts bezocht wegens ontlastings-problemen. De Commissie stelt daarnaast vast dat Consument in 2006 een periode van psychische klachten heeft gehad terwijl zij in 2011 is verwezen naar een eerstelijns psycholoog. Consument heeft bovendien in 2002, 2003, 2004, 2005 en in 2006 rug- en gewrichtsklachten ervaren waarvoor zij behandeld is door de fysiotherapeut.

4.4 De Commissie is van oordeel dat Consument bij de aanvraag van deze verzekering melding had moeten maken van deze klachten. Gelet op de - bijzonder- expliciete vragen hierover in de uitgebreide door Consument ingevulde gezondheidsverklaring had Consument er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het te verzekeren risico. De stelling van Consument dat zij de dikke darmklachten niet hoefde te melden omdat door de ingreep van 2006 de ziekte oorzaak was weggenomen, acht de Commissie een te simpele benadering van de (medische) werkelijkheid.

Consument ondervond en ondervindt immers nog steeds blijvende beperkingen door het verlies van de dikke darm functie en heeft de rest van haar leven Vitamine B12 nodig omdat de opname hiervan door de operatieve ingreep sterk verminderd is.
Consument bleef bovendien onder specialistische controle staan waarbij zij in 2010 nog een behandeling onderging wegens darmklachten en in 2011 - opnieuw in verband met darmklachten - het opheffen van de pouch ter sprake heeft gebracht. Dat Consument zoals zij heeft aangevoerd deze feiten niet hoefde te vermelden omdat deze vielen buiten een door haarzelf aangehouden periode van vijf jaar vóór de aanvraag van de verzekering, kan haar niet baten. Nergens uit het aanvraagformulier blijkt dat de gestelde vragen zien op de afgelopen vijf jaar terwijl, voor zover Consument daarbij zou zijn afgegaan op het advies van haar tussenpersoon, een door deze gegeven advies Verzekeraar niet kan worden toegerekend. De uitlatingen van de tussenpersoon over de invulling van de gezondheidsverklaring komen immers voor rekening en risico van Consument.
Consument heeft daarnaast aangevoerd dat zij de psychische klachten niet behoefde te vermelden omdat deze te licht waren om te voldoen aan de DSM criteria. Consument was in 2006 slechts gaan praten met een psycholoog om te leren omgaan met haar ziekte en het verwerken en accepteren van haar stoma. Ook dat beeld behoeft naar het oordeel van de Commissie nuancering. Het kan naar het oordeel van de Commissie goed zijn dat iemand met een serieuze ziekte als de onderhavige, psychologische begeleiding zoekt. Dat geldt zeker voor een jong iemand die in de adolescentie met dergelijke problemen wordt geconfronteerd. Dat wordt echter anders als dat niet één keer maar veel vaker gebeurt waarbij wordt gesproken over tandenknarsen, hyperventilatie, angstklachten en relatieproblematiek. Consument heeft diverse malen hulp gezocht bij de Riagg en in 2011 bij een eerstelijns psycholoog. Nu in de uitgebreide gezondheidsverklaring uitdrukkelijk wordt gevraagd naar psychische klachten en consultatie van hulpverleners terwijl nergens wordt gevraagd naar een DSM diagnose of de oorzaak, had Consument deze klachten moeten melden. Gelet op het voorgaande is de conclusie dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht reeds op grond hiervan niet is nagekomen. De vraag of zij ook had moeten opgeven dat haar in de periode van 1 augustus 2007 tot 16 juli 2009 een WIA-uitkering was toegekend, is mitsdien niet meer relevant voor de beoordeling en kan verder onbesproken blijven.

4.5 De Commissie dient voorts te beoordelen of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Een relatief jong persoon met een zodanige medische consumptie als Consument vormt voor een redelijk handelend verzekeraar een te groot risico. De combinatie van factoren, hoe invoelbaar vervelend dat voor Consument ook moet zijn geweest, maakt op zijn minst aannemelijk dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet was aangegaan als hij op de hoogte was geweest van deze niet door Consument opgegeven klachten.

4.6 Nu bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar geen uitkering verschuldigd en mocht hij na ontdekking van de schending van de precontractuele mededelingsplicht de verzekeringsovereenkomst opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).

4.7 De conclusie is dat Verzekeraar niet is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering daarom af.

5 Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.