Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0329
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, mr. dr. K. Engel, leden en mr. S. Rutten, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 15 juli 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: De Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 9 april 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlage	: Relevante wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering en WIA-Excedent-verzekering. De consument heeft zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege stressgerelateerde klachten. De verzekeraar heeft de claim afgewezen en zich op het standpunt gesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekeringen zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie komt tot het oordeel dat uit verschillende informatiebronnen kan worden afgeleid dat de consument voor de ingangsdatum stressgerelateerde klachten heeft ervaren. Door deze niet in de gezondheidsverklaring te vermelden heeft hij zijn mededelingsplicht geschonden. Verder heeft de verzekeraar in voldoende mate aangetoond dat hij met kennis van de ware stand van zaken de verzekeringen niet zou zijn aangegaan. De vorderingen van de consument worden dan ook 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; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 19 februari 2021. De consument nam deel aan de hoorzitting, samen met zijn vertegenwoordiger mevrouw mr. D.A.M. van Steensel, jurist. Ook de verzekeraar heeft deelgenomen.

1.3 De consument en 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, werkzaam als directeur en senior projectmanager huisvesting, heeft bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering en een WIA-Excedent verzekering (hierna 'de verzekeringen') aangevraagd.

2.2 De consument heeft in verband met deze aanvraag op 22 oktober 2019 een gezondheids-verklaring ingevuld en ondertekend. Voor zover relevant werd in die gezondheidsverklaring het volgende gevraagd:

"3A Uw gezondheidstoestand

Hebt u hieronder een of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen bij vraag 3B in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.

Hebt u of hebt u ooit een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) gehad?
Let op!
U moet ook een rubriek aankruisen als u:
• een huisarts, hulpverlener of arts hebt geraadpleegd;
• opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting,
• geopereerd bent;
• nog medicatie gebruikt of medicatie hebt gebruikt;
• nog onder controle staat.

(…)

□ B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout?"

2.3 In de gezondheidsverklaring is ook nog de volgende tekst opgenomen:

"***Invullen van de vragen***
Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt of in vraag 3A een categorie aankruist, moet u altijd een toelichting geven. Hebt u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort.

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts hebt bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van het niet voldoen aan uw wettelijke mededelingsplicht. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat De Amersfoortse een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert
Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar voordat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan De Amersfoortse doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van De Amersfoortse of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd.
Lees verder de Toelichting bij de gezondheidsverklaring onder het kopje Als uw gezondheidstoestand verandert."

2.4 De toelichting op de gezondheidsverklaring bevat de volgende passage:

"Wat moet u vertellen?
Heeft of had u een bepaalde klacht, ziekte of aandoening? Meld dit dan altijd. Ook als dit lang geleden was. Of als niet duidelijk is waardoor dit veroorzaakt wordt. Het kan belangrijk zijn voor uw aanvraag. Niet elke doorgemaakte klacht, ziekte of aandoening betekent dat u geen verzekering krijgt of een hogere premie moet betalen.

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.

Wat is een aandoening? Een aandoening is een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand. 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."

2.5 De verzekeringen zijn ingegaan op 1 januari 2020. Op deze verzekeringen zijn de Voorwaarden AOV 2.5 van toepassing.

2.6 De consument heeft zich op 6 januari 2020 telefonisch bij de verzekeraar ziekgemeld vanwege overspannenheid. Op 8 januari 2020 heeft de verzekeraar het door de consument ingestuurde meldingsformulier voor beide verzekeringen ontvangen.

2.7 Naar aanleiding van de ziekmelding heeft een claimbeheerder van verzekeraar op 14 januari 2020 telefonisch contact gehad met de consument.

Uit de gespreksnotities van dit telefoongesprek blijkt dat de consument daarin heeft aangegeven dat "*hij zich de laatste maanden door de dagen heen sleept*" en dat hij zijn huisarts op 6 januari 2020 heeft bezocht in verband met psychische klachten. De verzekeraar heeft vervolgens de claim doorgestuurd naar zijn medisch adviseur voor een medische beoordeling. In dat kader werd op 18 februari 2020 een eerste controle uitgevoerd door de controlerend arts. Naar aanleiding hiervan is een rapport opgesteld. Hierin wordt onder het kopje 'Anamnese' vermeld: "*Verzekerde vertelt dat er een lang traject is geweest voordat hij zich arbeidsongeschikt heeft gemeld. Hij heeft een zware rugzak vanwege zakelijke en privé factoren. (…). In 2013 heeft verzekerde een bedrijf overgenomen. Door de crisis is het bedrijf in 2015 failliet gegaan. Er is een doorstart geweest. In het werk ontstonden spanningen vanwege nieuwe rollen. (…)*". De consument heeft aan de controlerend arts verteld dat hij vanaf september/oktober 2019 klachten van spanning, vermoeidheid en *slaapproblematiek* ervaarde: "*Hij voelde zich toenemend gespannen, slecht en moe. Hij was moedeloos van veel dingen en sliep ook slechter. Voor de kerstvakantie was er een moment van spanning. (…) Na de kerstvakantie raakt hij geblokkeerd en werken lukte niet.*"

2.8 Vervolgens heeft de medisch adviseur van de verzekeraar medische informatie van de huisarts van de consument ontvangen. De huisarts bericht op 24 februari 2020 dat de consument de volgende klachten heeft: sombere stemming, vermoeidheidsklachten, concentratie en geheugenvermindering, slaapklachten, klachten van spanning en daaraan gerelateerde lichamelijke klachten. Daarbij heeft de huisarts vermeld dat deze klachten al maanden bestaan en ongeveer een half jaar geleden zijn begonnen.

2.9 Op 25 maart 2020 heeft de verzekeraar aan de consument bericht dat uit het ingestelde medische onderzoek is gebleken dat hij zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat hij geen uitkering is verschuldigd, omdat hij met kennis van de ware stand van zaken de verzekeringen niet zou hebben gesloten. De verzekeraar heeft daarom ook de verzekeringen opgezegd, zulks met terugwerkende kracht op 1 januari 2020. De verzekeraar heeft de door de consument betaalde premies terug-betaald.

2.10 De consument is het hier niet mee eens en heeft bezwaar gemaakt. De huisarts van de consument heeft op 7 april 2020 aanvullend verklaard dat de consument zich in 2019 vóór het aanvragen van de verzekeringen en het invullen van de gezondheidsverklaring niet tot hem heeft gewend met klachten van stress of spanning. In verklaringen van 27 mei 2020 en 18 november 2020 heeft de huisarts dit nog nader toegelicht.

2.11 De verzekeraar heeft hierin geen aanleiding gezien zijn standpunt te herzien.

De klacht en vordering

2.12 De consument is het niet eens met het standpunt van de verzekeraar dat hij bij het aangaan van de verzekeringen zijn mededelingsplicht heeft geschonden. Hij vordert dan ook dat de verzekeraar alsnog overgaat tot betaling van een bedrag van € 24.442,00, met daarbovenop de wettelijke rente. Hij vordert ook dat de opzegging van de verzekeringen wordt terug-gedraaid en dat zijn mate van arbeidsongeschiktheid per 1 augustus 2020 opnieuw wordt bepaald.

2.13 De consument is in de eerste plaats van mening dat de verzekeraar niet heeft voldaan aan zijn waarschuwingsplicht die is neergelegd in artikel 7:929 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna 'BW'). Hij is pas op 25 maart 2020 door de verzekeraar over de eventuele schending van de mededelingsplicht geïnformeerd, terwijl de gezondheidsverklaring dateert van 22 oktober 2019.

2.14 De consument vindt verder hij zijn mededelingsplicht niet heeft geschonden. Er is volgens de consument niet voldaan aan het kennisvereiste. In dit verband voert hij aan dat als achteraf vast komt te staan dat iemand ziek was bij het afsluiten van de verzekering, maar dat zelf niet wist en ook niet behoorde te weten, er geen sprake is van schending van de mededelings-plicht. Bij of voor het invullen van de gezondheidsverklaring ervaarde de consument geen klachten, en zeker geen gerelateerd aan een eventuele burn-out zoals waarnaar gevraagd wordt onder B in de gezondheidsverklaring. Hij heeft dus oprecht en naar waarheid de verklaring ingevuld en wist niet en behoorde ook niet te weten dat sprake was van gezondheidsproblematiek. De gezondheidsverklaring is ingediend op 22 oktober 2019. Op 24 oktober 2019 heeft een gesprek plaatsgevonden met de praktijkondersteuner van de huisarts van de consument. Ook uit dit gesprek volgt dat hij destijds geen klachten heeft ervaren.

2.15 De consument voert verder nog het volgende aan. De verhoogde bloeddruk die hij had, en die nu in verband wordt gebracht met stressklachten waarmee hij aldus bekend had moeten zijn, heeft hij absoluut niet als een teken van stress kunnen of moeten duiden. Hij heeft in 2004 nierkanker gehad ten gevolge waarvan een nier is verwijderd. Met dit in het achterhoofd heeft de consument zich in 2019 gemeld bij de huisarts met een licht verhoogde bloeddruk. De klachten die stress gerelateerd zijn, ontstonden op of na 6 januari 2020 en toen heeft hij zich tot zijn huisarts gewend. Een en ander blijkt ook uit de aanvullende verklaringen van zijn huisarts. De verklaring die de consument heeft afgelegd bij de claim-beheerder van de verzekeraar, was een verklaring in retrospectie en zegt niets over de wetenschap ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring.

2.16 Volgens de consument is het in het hypothetische geval dat hij stress gerelateerde klachten had ervaren welke hij niet heeft gemeld, niet voorstelbaar dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekeringen in het geheel niet had gesloten. De consument heeft namelijk een volledig schoon medisch verleden als het gaat om stress gerelateerde klachten. Ten eerste is het de vraag of de verzekeraar was overgegaan tot nader onderzoek en vervolgens is het dan ook nog de vraag of de uitkomst van dit onderzoek had geleid tot het niet afsluiten van de verzekeringen. Veel meer ligt het voor de hand in dat geval de verzekeringen tegen een andere premie en wellicht met een uitsluitingsclausule aan te gaan.

Het verweer

2.17 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie zal de vraag beantwoorden of de consument de op hem rustende mededelingsplicht heeft geschonden en in het verlengde daarvan of de verzekeraar de door hem ingeroepen gevolgen mocht inroepen.

Juridisch kader met betrekking tot de mededelingsplicht bij het sluiten van een verzekering

3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 BW is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:

- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar);
- die hij kent of behoort te kennen;
- en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen;

aan de verzekeraar mede te delen. Men spreekt in dit verband van het relevantievereiste, het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste.

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]

3.4 Bij de beoordeling welke betekenis de verzekeringnemer mocht toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[2]

---

[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.

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

3.5 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft hij 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 Als de verzekeringnemer de op hem rustende mededelingsplicht heeft geschonden, kan dat ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij de verzekering niet zou hebben gesloten als hij op de hoogte was geweest van de ware stand van zaken. De verzekeraar kan – wanneer dit beroep slaagt – uitkering weigeren (artikel 7:930 lid 4 BW) en de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).

3.7 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dat ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar. Uit een arrest van de Hoge Raad uit 2018[4] volgt dat bij het beantwoorden van de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan, groot gewicht kan toekomen aan het acceptatiebeleid van andere verzekeraars. Voor het oordeel dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering in een bepaald geval niet zou zijn aangegaan is niet steeds noodzakelijk dat het acceptatiebeleid van andere verzekeraars wordt onderzocht. Het zal van het verweer van de verzekeringnemer afhangen of het acceptatiebeleid van andere verzekeraars in de beoordeling moet worden betrokken.[5]

3.8 Verder is hetgeen in artikel 7:929 lid 1 BW is bepaald nog van belang. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer niet aan de mededelingsplicht van artikel 7:928 BW heeft voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming van de mededelingsplicht heeft gewezen en de mogelijke gevolgen daarvan heeft vermeld. Op de verzekeraar rust dus een 'waarschuwingsplicht', waaraan hij moet voldoen binnen twee maanden nadat hij ontdekt dat de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden.

---

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

4 Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841 (te vinden op www.rechtspraak.nl), vanaf overweging 3.4.1.

5 De commissie verwijst in dat kader naar Hoge Raad 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, overweging 3.4.8.

Houdt de verzekeraar zich niet aan deze waarschuwingsplicht, of houdt hij zich niet aan de termijn van twee maanden, dan verliest hij het recht om gevolgen te verbinden aan de schending van de mededelingsplicht. De verzekeraar is degene die moet stellen en bewijzen dat hij zich aan de twee maanden-termijn heeft gehouden.[6]

3.9 De termijn van twee maanden begint te lopen op het moment dat de verzekeraar 'ontdekt' dat aan de in artikel 7:928 BW omschreven mededelingsplicht niet is voldaan. Uit de wetsgeschiedenis blijkt dat een vermoeden van schending van de mededelingsplicht niet voldoende is en dat nodig is dat de verzekeraar daaromtrent een voldoende mate van zekerheid heeft.

De consument heeft de mededelingsplicht geschonden

3.10 De consument vindt dat hij zijn mededelingsplicht niet heeft geschonden. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat uit meerdere objectieve informatiebronnen blijkt dat de consument al langere tijd voor de aanvraag van de verzekeringen klachten had. De verzekeraar verwijst daarbij naar het telefoongesprek dat op 14 januari 2020 heeft plaatsgevonden met de claimbeheerder, de informatie van de huisarts van 24 februari 2020 en het rapport van de controlerend arts van 18 februari 2020. Naar de mening van de verzekeraar blijkt uit de brief van de huisarts van 24 februari 2020 dat de klachten ongeveer een half jaar bestaan. De consument heeft zelf bij de controlerend arts vermeld dat hij vanaf september/oktober 2019 klachten ontwikkelde. Daarnaast heeft de consument aangegeven dat er voor de kerstvakantie ook nog een specifiek moment van spanning bestond.

3.11 De commissie is van oordeel dat uit de door de verzekeraar genoemde informatiebronnen inderdaad kan worden afgeleid dat de consument in de maanden vóór de ingangsdatum van de verzekeringen verschillende spanningsklachten heeft ervaren en zich daarvan ook bewust is geweest. De aanvullende verklaringen van de huisarts uit april, mei en november 2020 en het standpunt van de consument dat hij op 14 januari 2020 zijn eigen verklaring heeft gegeven nadat hij bij de huisarts een diagnose te horen had gekregen, met andere woorden in retrospectie, vindt de commissie niet zwaarwegend genoeg om tot een andere conclusie te komen. Dat de consument niet eerder bij de huisarts is geweest met deze klachten, betekent niet per definitie dat hij ze niet heeft ervaren, zich er niet bewust van is geweest en niet heeft moeten melden. Gelet op de definitie van *klacht* als omschreven in de toelichting bij de gezondheidsverklaring en alle andere informatie die de verzekeraar bij het aangaan van de verzekeringen heeft verschaft (zie onder ander de randnummers 2.2 t/m 2.4), had de consument behoren te begrijpen dat hij deze klachten had moeten melden. Door dit niet te doen heeft hij naar het oordeel van de commissie zijn mededelingsplicht geschonden.

[6] Zie overweging 3.3.2 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 5 februari 2021, ECLI:NL:HR:2021:178. Deze uitspraak is te vinden op rechtspraak.nl.

Het beroep van de verzekeraar op artikel 7:930 lid 4 BW en het criterium van de redelijk handelend verzekeraar

3.12 Vervolgens is aan de orde de vraag of de verzekeraar geen verzekering zou hebben gesloten met kennis van de ware stand van zaken. De verzekeraar doet immers een beroep op artikel 7:930 lid 4 BW (randnummer 3.6 hiervoor). Hier doet het criterium van de redelijk handelend verzekeraar zijn intrede (randnummer 3.7 hiervoor).

3.13 De verzekeraar onderbouwt zijn standpunt met het advies dat zijn medisch adviseur met kennis van de ware stand van zaken zou hebben gegeven. Dit advies is door de verzekeraar in de procedure bij Kifid ook overgelegd en houdt in het aangaan van de verzekeringen voorlopig uit te stellen of af te wijzen. Reden daarvoor is dat het beloop bij actuele klachten en daarmee het risico op arbeidsongeschiktheid in de toekomst niet goed valt in te schatten. Wanneer de gemelde klachten onduidelijk zijn of een onbekende oorzaak hebben is het risico voor medische adviseurs niet in te schatten. De medisch adviseur heeft zich gebaseerd op consensus binnen de medische dienst (dat wil zeggen collega medisch adviseurs) dat wanneer sprake is van actuele klachten zonder een bekende diagnose/onderliggende ziekte, er in principe redelijkerwijs geen acceptatievoorstel gedaan kan worden. Meer specifiek voor deze kwestie geeft de medisch adviseur in haar advies het volgende aan:

"In deze casus gaat het om een scala aan klachten welke op het moment van het aangaan van de verzekering invloed hadden op het dagelijks leven en functioneren van betrokkene, waarbij een duidelijke diagnose nog niet was gesteld. Juist vanwege de diversiteit aan klachten zonder duidelijke oorzaak, was het op het moment van het aangaan van de verzekering niet mogelijk om een adequate risico-inschatting te maken ten aanzien van het toekomstig (verhoogde) risico op arbeidsongeschiktheid. Een premietoeslag was daarom niet aan de orde. Tevens was er onvoldoende grond voor het stellen van een gerichte uitsluitingsclausule (bijv. psychische klachten en/of aandoeningen uitsluiten), omdat er ten tijde van de aanvraag nog geen sprake was van een bekende diagnose van psychische aard. Al met al was het de enige redelijke mogelijkheid om, als een redelijk handelend verzekeraar, te adviseren de aanvraag af te wijzen."

3.14 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hiermee voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij met kennis van de ware stand van zaken, dus als de mededelingsplicht niet geschonden zou zijn, geen verzekering zou hebben gesloten met de consument én dat ook een redelijk handelend verzekeraar dat niet zou hebben gedaan. De consument heeft hier onvoldoende tegenin gebracht. De commissie verwijst in dit verband naar rov. 3.4.8, tweede alinea, van de in randnummer 3.7 hiervoor genoemde uitspraak van de Hoge Raad.

Hieruit volgt dat het beredeneerde betoog van een verzekeraar dat een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken, de verzekering niet zou hebben gesloten, – afhankelijk van de door de verzekeraar daartoe aangevoerde argumenten en de omstandigheden van het geval – tot het oordeel kan leiden dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering in dat geval niet zou zijn aangegaan.

De verzekeraar heeft zich aan de waarschuwingsplicht gehouden

3.15 De consument vindt dat de verzekeraar zijn waarschuwingsplicht ex artikel 7:929 lid 1 BW heeft geschonden. Hij gaat er vanuit dat de termijn uit voornoemd artikel is gaan lopen toen hij de gezondheidsverklaring ondertekende (22 oktober 2019). Dat is niet waar het bij artikel 7:929 lid 1 BW om gaat. Zoals uit randnummers 3.8 en 3.9 blijkt, begint de twee maanden-termijn te lopen op het moment dat de verzekeraar ontdekt dat de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft zich in deze zaak aan de twee maandentermijn gehouden. De verzekeraar heeft namelijk op grond van het medisch controlerapport van 18 februari 2020 en de informatie van de huisarts van 24 februari 2020 ontdekt dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden, waarvan hij op 25 maart 2020 melding bij de consument heeft gemaakt. De commissie stelt vast dat de verzekeraar binnen twee maanden na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht hiervan bij de consument melding heeft gemaakt.

Slotsom

3.16 Nu de consument niet heeft voldaan aan zijn mededelingsplicht en aannemelijk is dat de verzekeringen bij juiste beantwoording van de bij de aanvraag gestelde gezondheidsvragen niet zouden zijn geaccepteerd, is de verzekeraar geen uitkering verschuldigd ter zake van de gemelde arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar heeft ook mogen overgaan tot het opzeggen van de verzekeringen (op grond van artikel 7:929 lid 2 BW, zie randnummer 3.6 hiervoor).

Conclusie

3.17 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat de verzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst.

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

Artikel 7:928 BW

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 BW

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 beeindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 7:930 BW

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.