

Uitspraak Commissie van Beroep 2018-054 d.d. 11 september 2018

(mr. C.A. Joustra, voorzitter, prof. mr. D. Busch, mr. E.E. van Tuyll van Serooskerken-Röell, J.C.H. Kars AAG CERA en F.R. Valkenburg AAG RBA, leden, en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeringnemer heeft bij het aangaan van de verzekering de gezondheidsverklaring onjuist ingevuld. Hij heeft over zijn gezondheid niet alle feiten meegedeeld die hij kende of behoorde te kennen. Verzekeringnemer wist of behoorde te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar om de verzekering af te sluiten van deze feiten kon afhangen. Verzekeraar mocht daarom met terugwerkende kracht een tweetal uitsluitingsclausules op de polis plaatsen ter zake van gezondheidsproblemen die verzekeringnemer niet heeft gemeld. Verzekeringnemer heeft nog aangevoerd dat hij lijdt aan een stoornis in het autistisch spectrum, waardoor hij volgens hem de bedoeling van de vragen niet goed begrepen heeft. Die omstandigheid komt in dit geval voor rekening van verzekeringnemer.

[Klik hier voor de uitspraak in eerste aanleg.](#)

1. De procedure in beroep

- 1.1 De Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) heeft op 31 januari 2018 een bindend advies gegeven op een klacht van Belanghebbende tegen Verzekeraar (dossiernr. [nummer]).
- 1.2 Bij een op 15 maart 2018 door de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (verder: Commissie van Beroep) ontvangen beroepschrift met bijlagen heeft Belanghebbende de uitspraak van de Geschillencommissie ter toetsing voorgelegd.
- 1.3 Verzekeraar heeft een op 6 april 2018 gedateerd verweerschrift ingediend.
- 1.4 De Commissie van Beroep heeft het beroep mondeling behandeld op 25 juni 2018. Partijen zijn aldaar verschenen.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop van de procedure in eerste aanleg verwijst de Commissie van Beroep naar de aan deze uitspraak gehechte uitspraak van de Geschillencommissie.

3. Inleiding op de beoordeling van het beroep

3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in het bindend advies onder 2.1 tot en met 2.5. De feiten zijn niet betwist. Kort gezegd gaat het om het volgende.

- (i) Belanghebbende heeft op 5 augustus 2008 een aanvraagformulier voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering (een zogenoemde woonlastenverzekering) bij Verzekeraar ingevuld. Bij het aanvraagformulier hoorde een gezondheidsverklaring die hij eveneens heeft ingevuld.
- (ii) In de gezondheidsverklaring heeft hij (voor zover relevant) vermeld dat hij problemen met zijn schildklier had en dat hij daarvoor medicijnen krijgt en onder controle staat.
- (iii) De verzekering is op 6 maart 2009 ingegaan. De verzekering bevat een uitsluitingsclausule voor schildklierpathologie, heeft een looptijd van twintig jaar en kent een wachttijd van 365 dagen. Het verzekerd beroep onder de polis is “verkoopmedewerker”.
- (iv) Op de verzekering zijn de “Woongarant Hypotheekbescherming Algemene Verzekeringsvoorwaarden IBP 0107” (hierna: de Voorwaarden) van toepassing. Hierin is bepaald dat Belanghebbende een uitkering zal ontvangen vanaf 35% arbeidsongeschiktheid. Art. 20 lid b en c van de Voorwaarden bepalen verder (onder meer) het volgende over de vraag wanneer sprake is van arbeidsongeschiktheid in het kader van de verzekering:

“b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.

c. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de DSM-VI TR en dienen hun oorzaak te hebben in de periode na de ingangsdatum van deze module.”

- (v) Belanghebbende is op 7 juli 2014 arbeidsongeschikt geraakt wegens lichamelijke en psychische klachten. Hij heeft op 15 juni 2015 een beroep op de arbeidsongeschiktheidsverzekering gedaan.
- (vi) Verzekeraar heeft bij brief van 1 september 2015 met terugwerkende kracht twee uitsluitingsclausules op de verzekering geplaatst: één voor gewrichtspathologie en één voor hoofdpijnklaften. De reden hiervoor was dat Belanghebbende voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering al werd behandeld voor hoofdpijnklaften (in 2007) en voor gewrichtsklaften (in 2007 en in juni 2008).

Verzekeraar had dit opgemaakt uit de medische informatie die zij van Belanghebbende had ontvangen naar aanleiding van zijn verzekeringsclaim.

- (vii) Verzekeraar heeft de claim van Belanghebbende afgewezen omdat hij – kort gezegd – voor minder dan 35% arbeidsongeschikt was (in aanmerking genomen dat de hoofdpijnlachten en de gewrichtsklachten niet onder de dekking vielen) en een GAF score had van 55-60.

3.2 Belanghebbende is het oneens met de afwijzing door Verzekeraar en vordert in deze procedure uitkering onder de verzekering. Verzekeraar heeft de vordering betwist.

3.3 De Geschillencommissie heeft de vordering van Belanghebbende afgewezen. Zij heeft dit (voor zover in beroep nog relevant) als volgt gemotiveerd.

- De Geschillencommissie is van oordeel dat Belanghebbende bij het aangaan van de verzekering zijn mededelingsplicht niet is nagekomen (art. 7:928 BW). Belanghebbende heeft ruim voor de ingangsdatum van de verzekering bij herhaling zowel de huisarts als een specialist geconsulteerd voor hoofdpijn- en wisselende gewrichtsklachten. Hij heeft voor zijn hoofdpijnlachten, die al vele jaren bestonden, een neuroloog geconsulteerd en in 2007 is de diagnose migraine gesteld. Ook de pijnklachten in diverse gewrichten bestonden al vele jaren voorafgaand aan de aanvraag van de verzekering. Nog vlak voor de aanvraag is Belanghebbende naar een reumatoloog verwezen. Het aanvraagformulier bevatte expliciete vragen over dergelijke klachten en Belanghebbende had er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Dat Verzekeraar op de wijze van invulling van het formulier niet adequaat heeft gereageerd valt niet in te zien.

- De Geschillencommissie verwierpt de stelling van Belanghebbende dat hij vanwege een stoornis in het autistisch spectrum (ASS) het belang van de vragen en de gedachte achter de vragen niet goed heeft kunnen inschatten. Belanghebbende heeft die stelling niet aannemelijk gemaakt en bovendien moet deze omstandigheid voor rekening van Belanghebbende blijven.

- De Geschillencommissie heeft verder geoordeeld dat het niet duidelijk is op basis van welke antwoorden in de vragenlijst Verzekeraar nader onderzoek had moeten uitvoeren, omdat de vragenlijst alleen klachten met de schildklier vermeldde en Verzekeraar daarvoor een uitzondering op de polis had geplaatst.

- De Geschillencommissie is van oordeel dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken met betrekking tot de hoofdpijn- en gewrichtsklachten de verzekering niet zonder uitsluitingsclausules zou hebben geaccepteerd. Verzekeraar is daarom geen uitkering verschuldigd voor zover de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt door deze klachten.

- Wat betreft de psychische klachten neemt de Geschillencommissie als vaststaand aan dat de curatieve sector bij herhaling heeft vastgesteld dat bij Belanghebbende sprake is van een GAF score van meer dan 50 vanwege een matige depressie bij ASS. De stelling van

Belanghebbende dat zijn werkelijke leefsituatie in een GAF score van 50 resulteert wordt niet door enige medische beoordeling gedragen. Voor zover sprake is van arbeidsongeschiktheid vanwege ASS en de depressieve stoornis, is deze dan ook niet gedekt onder de verzekering, aldus de Geschillencommissie.

4. Beoordeling van het beroep

- 4.1 De eerste klacht van Belanghebbende is dat hij de gezondheidsverklaring destijds naar waarheid heeft ingevuld, dat wil zeggen zoals hij de vragen begreep. Hij heeft ASS waardoor hij de vragen die hem gesteld werden niet volledig doorzag en de achterliggende gedachten van de vragen en de reikwijdte daarvan niet overzag. De diagnose ASS is pas voor het eerst in 2015 gesteld, hoewel (naar achteraf moet worden aangenomen) Belanghebbende al zijn hele leven in meerdere of mindere mate te kampen heeft gehad met ASS. Hij heeft echter tot 2015 niet willen accepteren dat er iets met hem aan de hand was en dat hij daarvoor hulp nodig had. Belanghebbende heeft een verklaring d.d. 12 maart 2018 van zijn psycholoog overgelegd, waarin is te lezen hoe ASS zich bij Belanghebbende openbaart en met welke problemen hij in het dagelijks leven heeft te kampen. Volgens Belanghebbende heeft hij, gezien zijn (ernstige) beperkingen, zijn mededelingsplicht als bedoeld in art. 7:928 BW niet geschonden.
- 4.2 De Commissie van Beroep overweegt als volgt. Ingevolge art. 7:928 lid I BW is een verzekeringnemer verplicht 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 afhangt of kan afhangen of hij de verzekering zal willen sluiten, en zo ja, op welke voorwaarden. In de wetstekst ligt besloten dat het gaat om de kennis van een “behoorlijk en zorgvuldig verzekeringnemer”. Het gaat er niet om of een verzekeringnemer met ASS de vragen heeft kunnen begrijpen en of Belanghebbende als gevolg van die aandoening heeft nagelaten te vermelden dat hij onder behandeling stond of had gestaan voor hoofdpijn- en gewrichtsklachten. Partijen zijn het erover eens dat de vragenlijst voor een behoorlijk en zorgvuldig verzekeringnemer begrijpelijk was. De Commissie van Beroep verwerpt dus de stelling van Belanghebbende dat het voor risico van Verzekeraar moet komen dat hij de vragenlijst niet begreep als gevolg van ASS.
- 4.3 Naar de Commissie van Beroep begrijpt, klaagt Belanghebbende in dit verband ook dat de polis voor de verzekering zeer snel is afgesloten tijdens een bezoek aan zijn verzekeringstussenpersoon. Belanghebbende stelt dat hem een gezondheidsverklaring is voorgelegd die hij meteen diende in te vullen en dat hij geen hulp heeft kunnen vragen of rustig vragen heeft kunnen doornemen om te bedenken welke antwoorden hij moest geven. Deze klacht faalt. Belanghebbende is – naar de Commissie van Beroep begrijpt – van mening dat hij onder (te) grote druk is gezet door zijn tussenpersoon met als gevolg dat hij de vragenlijst niet juist heeft ingevuld. Hij heeft echter niet toegelicht waarom de handelwijze van de tussenpersoon in dit geval aan Verzekeraar kan worden toegerekend en waarom dit ertoe zou moeten leiden dat Verzekeraar niet met terugwerkende kracht twee uitsluitingsclausules op de polis mocht plaatsen.

- 4.4 De tweede klacht van Belanghebbende is dat hij de gewrichtsklachten in de vragenlijst niet hoefde te noemen omdat zij samenhangen met de medicatie die Belanghebbende slikte voor zijn schildklier. De klachten werden volgens Belanghebbende allemaal veroorzaakt door de traag, dan wel niet goed werkende schildklier. Nadat hij de medicatie was gaan gebruiken en deze ook goed was afgesteld, verdwenen de gewrichtsklachten, aldus Belanghebbende.
- 4.5 De Commissie van Beroep is van oordeel dat Belanghebbende zijn stelling dat zijn gewrichtsklachten (volledig) werden veroorzaakt door (de medicatie ter zake van) de schildklierproblemen, niet heeft onderbouwd. Uit de overgelegde brief d.d. 28 juli 2015 van de huisarts van Belanghebbende blijkt het volgende. Belanghebbende heeft in 2004 de huisarts geraadpleegd in verband met pijn in zijn rechtersvoet. In de jaren daarop heeft de huisarts hem nog enkele keren gezien in verband met pijn-/gewrichtsklachten in beide voeten, knieën, handen en schouders. In juni 2008 heeft de huisarts Belanghebbende doorverwezen naar een reumatoloog. De huisarts schrijft:

“Ik heb pat toen verwezen naar een reumatoloog, omdat hij toen al bekend was met een schildklierprobleem, en vooral ook omdat pat vertelde dat zijn moeder ernstig reuma had.”

In een brief van 10 oktober 2010 schrijft de reumatoloog dat hij Belanghebbende in 2009 heeft gezien en voor het laatst in juni 2009. De reumatoloog heeft in deze brief over klachten van Belanghebbende de volgende conclusie getrokken:

“Deels inflammatoire artralgieën, seronegatief, geen aanwijzing op inflammatoir reumatisch lijden, echter wel belastte familie anamnese. Gezien de pijn ter hoogte van CMC en geringe artrose hallux werd gedacht aan een beginnende artrose als oorzaak van de klachten. Daarnaast kon een bijdrage van het schildklier lijden aan de klachten niet worden uitgesloten. Patiënt werd naar de reumaconsulente verwezen voor doornemen van gewricht beschermende principes. Bij een laatste contact op 3/6/2009 was het beeld ongewijzigd, en meldde hij milde klachten bij gebruik van naproxen.”

Uit deze stukken blijkt dat ten tijde van het sluiten van de verzekering nog niet duidelijk was wat de oorzaak was van de gewrichtspijn waaraan Belanghebbende leed. Zowel de huisarts als de neuroloog vermelden de mogelijkheid dat de pijn te maken heeft met het schildklierprobleem van Belanghebbende, maar noemen ook de mogelijkheid van reuma (en artrose). Belanghebbende heeft dus niet aannemelijk gemaakt dat de gewrichtsklachten het gevolg waren van zijn schildklierprobleem, laat staan dat hij in 2008 (ten tijde van het invullen van de vragenlijst) daarvan uitging.

- 4.6 Belanghebbende heeft nog aangevoerd dat Verzekeraar had moeten begrijpen dat hij mogelijk in het verleden gewrichtspijn had ervaren omdat gewrichtspijn een bijkomende klacht kan zijn van een te langzaam werkende schildklier. Volgens Belanghebbende komt het voor risico van Verzekeraar dat zij hierover geen nadere vragen heeft gesteld. De Commissie van Beroep verwerpt deze stelling. Belanghebbende heeft informatie van de “Schildklier Organisatie Nederland” overgelegd, waarin is vermeld wat de meest voorkomende klachten en symptomen zijn van een langzaam werkende schildklier.

Het betreft een opsomming van ruim twintig klachten en symptomen waarin ook “gewrichtspijn” wordt vermeld. Belanghebbende heeft niet voldoende toegelicht waarom van Verzekeraar kan worden verwacht dat naar de klachten en symptomen op deze lijst had moeten worden doorgevraagd, nog daargelaten dat Belanghebbende in dat geval niet met zekerheid had kunnen zeggen dat de gewrichtspijn samenhang met zijn schildklierprobleem.

- 4.7 De derde klacht van Belanghebbende ziet op de hoofdpijnlachten. Belanghebbende voert aan dat hij weliswaar hoofdpijnlachten heeft ervaren in de periode voor het afsluiten van de verzekering, maar dat deze werden veroorzaakt door overmatige koffieconsumptie en overgevoeligheid voor cafeïne. Toen Belanghebbende minder koffie ging drinken zijn de hoofdpijnlachten afgenomen. De klachten hadden dan ook geen medische oorzaak en Verzekeraar is niet in haar belangen geschaad doordat hij deze klachten niet heeft gemeld.
- 4.8 De Commissie van Beroep verwerpt ook deze klacht. Belanghebbende heeft geen stukken overgelegd waaruit volgt dat zijn hoofdpijnlachten (voornamelijk) werden veroorzaakt door overmatig koffiegebruik. Belanghebbende is voor deze klachten onder behandeling van een neuroloog geweest. In de stukken bevindt zich een brief d.d. 7 januari 2008 van de neuroloog aan de huisarts van Belanghebbende. Zij schrijft:

“MRI hersenen: normaal

EEG: normaal

Conclusie: migraine

Beloop: patiënt heeft meerdere malen bij een hoofdpijnaanval Naproxen gebruikt met uitstekend resultaat. Slechts 1 maal heeft hij Primperan nodig gehad voor de misselijkheid. Naar mate de schildklier beter wordt behandeld gaat hij geleidelijk ook beter functioneren. Behalve de migraine lijkt er dan ook geen sprake van andere primaire neurologische problematiek. I.v.m. de goede reactie op Naproxen werd voorsnog afgezien van het geven van een triplaan of van onderhoudsbehandeling. Bij aanhouden van zeer frequente hoofdpijn aanvallen kan een migraineproylacticum worden overwogen (...).”

Uit deze brief volgt dat er eind 2007/begin 2008 geenszins werd gedacht aan overmatig koffiegebruik als oorzaak van de hoofdpijnlachten en evenmin dat er geen “medische oorzaak” voor de hoofdpijnlachten was. De neuroloog kwalificeerde de klachten immers als migraine en schrijft dat Belanghebbende daarvoor – met succes – medicatie heeft gebruikt.

- 4.9 De vierde klacht van Belanghebbende houdt in dat Verzekeraar is uitgegaan van een te hoge GAF-score. Volgens hem is die score (relatief) hoog uitgevallen omdat hij veel ondersteuning krijgt vanuit hulpverlening en van zijn vrouw. Zonder deze hulp zou de score veel lager zijn uitgevallen en zou hij wél in aanmerking komen voor een uitkering op grond van de polis. Belanghebbende verwijst in dit verband ook naar de verklaring van zijn psycholoog, waaruit volgens hem blijkt dat hij ernstig is beperkt in zijn functioneren.

- 4.10 De Commissie van Beroep overweegt als volgt. Op grond van de polisvoorwaarden valt slechts een beperkt aantal psychische aandoeningen onder de dekking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en is bovendien vereist dat een verzekerde in verband daarmee “een GAF score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR” heeft. De Geschillencommissie heeft vastgesteld dat de curatieve sector bij herhaling heeft vastgesteld dat Belanghebbende een GAF score van meer dan 50 had vanwege een matige depressie bij ASS. Naar de Commissie van Beroep begrijpt, is Belanghebbende van mening dat de score van 55-60 (die dus bij herhaling is vastgesteld) op onjuiste wijze tot stand is gekomen. Deze stelling heeft Belanghebbende echter niet onderbouwd, bijvoorbeeld door het overleggen van een deskundigenrapport waaruit blijkt de GAF score van Belanghebbende in werkelijkheid 50 of lager is. De Commissie van Beroep beschikt ook niet over de benodigde informatie om te kunnen vaststellen dat de score bij Belanghebbende hoger dan 50 is, enkel omdat hij wordt ondersteund door hulpverlening en zijn vrouw.
- De Commissie van Beroep beschikt ook niet over de benodigde informatie om te kunnen vaststellen dat bij het bepalen van een GAF score zou moeten worden geabstraheerd van de aanwezigheid van dergelijke ondersteuning en/of hulpverlening. Deze klacht kan reeds hierom niet slagen.
- 4.11 De conclusie is dat het beroep van Belanghebbende ongegrond is. De Commissie van Beroep zal de uitspraak van de Geschillencommissie handhaven.

5. Beslissing

De Commissie van Beroep handhaaft het bindend advies van de Geschillencommissie.