

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-650
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, drs. J.H. Paulusma-de Waal,
leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 22 augustus 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 18 oktober 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheid. Consument heeft bij de aanvraag van zijn inkomensbeschermingsverzekering de vraag of hij ooit voor psychische klachten een arts of specialist heeft geraadpleegd ten onrechte negatief beantwoord en daarmee de precontractuele mededelingsplicht geschonden. De Commissie heeft geoordeeld dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de aanvraag niet geaccepteerd zou hebben. Omdat bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor psychische klachten zou zijn opgenomen en de klachten waarvoor Consument een beroep op de verzekering heeft gedaan onder die clausule vallen, is Verzekeraar geen uitkering aan Consument verschuldigd, aldus de Commissie. De klachten van Consument over het handelen van Verzekeraar naar aanleiding van de door hem ingediende schadeclaim heeft de Commissie eveneens afgewezen.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken met bijlagen:

- de namens Consument ingediende klachtbrief;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de ter zitting namens Consument overgelegde pleitnotities.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 27 augustus 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1968, heeft op 30 augustus 2004 bij Verzekeraar een verzekering 'Woongarant Plan Inkomensbescherming' (hierna: 'de Verzekering') met dekking bij werkloosheid en arbeidsongeschiktheid aangevraagd.

- 2.2 Consument heeft in de verkorte gezondheidsverklaring in het aanvraagformulier de vraag: ‘Heeft u voor hart-en/of vaatziekten of enige vorm van kanker of psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor: (chronische) luchtwegaandoeningen, bloeddruk, bloedonderzoek, epilepsie, leverklachten, nierklachten, (chronische) spieren/of gewrichtsaandoeningen, suikerziekte of een andere ernstige ziekte?’ met ‘Nee’ beantwoord.
- 2.3 De Verzekering is ingegaan op 18 oktober 2004. Looptijd: 240 maanden. Totale koopsom: € 4.090,80. Verzekerde maandlasten bij arbeidsongeschiktheid en werkloosheid: € 250,-. Op de Verzekering zijn de Voorwaarden WPI-501w (hierna: ‘de Voorwaarden’) van toepassing.
- 2.4 In de Voorwaarden staat, voor zover hier relevant, het volgende:

“(…)

Algemene bepalingen

Art. 1 Begripsomschrijvingen:

(…)

g) Ziekte: een lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor hij zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt, alsmede een zich tijdens de looptijd van de verzekering openbarende lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich vóór aanvang van de verzekering reeds geopenbaard had, mits, gedurende 60 maanden voor aanvang van de verzekering, er geen openbaring en/of recidive van deze aandoening heeft plaatsgehad en verzekerde voor deze aandoening geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Ook voor de laatstgenoemde aandoening dient verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts te stellen.

(…)

Art. 5 Algemene uitsluitingen:

Voor elke module in deze verzekering geldt dat geen recht op uitkering bestaat indien:

(…)

e) het schadegeval (mede) kan worden toegerekend aan gebruik door verzekerde van alcohol, verdovende middelen, bedwelmende, opwekkende en soortgelijke middelen of het gebruik door verzekerde van niet door een arts voorgeschreven geneesmiddelen of niet voorgeschreven doses van geneesmiddelen.

Bijzondere bepalingen inzake module I: arbeidsongeschiktheid

Art. 1 Verzekerde dekking:

Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid (inclusief het eerste jaar van ziekte bij een eigen risicoperiode van 30dagen) van verzekerde.. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectieve maatstaven gemeten gevolgen van een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, mits verzekerde op de dag van de vaststelling van arbeidsongeschiktheid voor ten minste 18 uren per week bezoldigd en actief aan het arbeidsproces deelnam. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.

(...)

Art. 5: uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid:

Geen recht op uitkering bestaat indien:

(...)

c) de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van psychologische, psychosociale of neuropsychiatrische aandoeningen, behalve het begin van belangrijke psychiatrische ziektebeelden zoals geestesstoornissen (psychosen exclusief randpsychotische beelden of borderline problematiek) en stemmingsstoornissen met uitgesproken op een psychose berustende kenmerken (...).”

- 2.5 Consument heeft op 13 oktober 2015 verzocht om uitkering onder de Verzekering in verband met arbeidsongeschiktheid per 29 augustus 2013 vanwege psychische klachten. In het schadeaangifteformulier heeft Consument vermeld dat hij in 2011 opgenomen is geweest in een herstellingsoord in verband met angststoornissen, stemmingswisselingen en zware depressiviteit en dat daarna de problemen zijn verergerd door onder meer baanverlies en echtscheiding.
- 2.6 Bij brief van 8 december 2015 heeft Verzekeraar het door Consument gedane verzoek om uitkering afgewezen. Verzekeraar heeft zich daarbij op het standpunt gesteld dat de psychische klachten van Consument niet vallen onder het dekkingbereik van de Verzekering omdat van de in artikel 5 onder c van de bijzondere bepalingen van de Voorwaarden bedoelde psychische klachten geen sprake is. Voorts heeft Verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de arbeidsongeschiktheid (mede) wordt veroorzaakt door het gebruik van verdovende middelen zodat ingevolge artikel 5 sub e van de algemene bepalingen van de Voorwaarden ook geen recht op uitkering bestaat.
- 2.7 Namens Consument is bij brief van 16 december 2015 bezwaar gemaakt tegen de afwijzende beslissing van Verzekeraar. Bij brief van 17 december 2015 heeft Verzekeraar verzocht een medische machtiging te overleggen, omdat nog aanvullende documenten nodig waren. Bij brief van 16 oktober 2016 is namens Consument aanvullende medische informatie overgelegd. Hierbij bevindt zich onder meer de brief van 18 augustus 2016 van de psychiater die Consument sinds 11 augustus 2016 in behandeling heeft. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende:

“(...)

Er is sprake van een psychotisch toestandbeeld vanaf jonge leeftijd (van rond de 11- 12 jaar) die niet door het gebruik van drugs lijkt te zijn verergerd. (...) De laatste twaalf maanden gebruikt hij geen drugs meer. Dit heeft geen effect gehad op zijn psychotische klachten die bestaan uit zowel auditieve, tactiele als ernstige visuele hallucinaties, paranoïde- en betrekkingswanen (...). Diagnostisch is er sprake van schizofrenie van het paranoïde type. (...) Tevens is er sprake van een chronische PTSS waarvoor verschillende middelen en therapieën geprobeerd zijn zonder goed effect. (...)

Er is sprake van een belaste familie anamnese voor psychotische klachten, zijn vader is daar destijds langdurig voor opgenomen geweest (...). Ook een jongere broer heeft last van psychotische klachten. Er is verder sprake van langdurige en ernstige traumatisatie in zijn jeugd en affectieve verwaarlozing.

*Mogelijk hebben genoemde factoren bijgedragen aan het ontstaan van de psychose, waarbij de erfelijke belasting het belangrijkste is.
(...)"*

Voorts is bij de aanvullende stukken een brief van de behandelend GGZ-psycholoog van 5 september 2016 gevoegd waarin deze verklaart dat er ten aanzien van het gebruik van drugs en verdovende middelen sprake is van volledige abstinentie en dat het middelengebruik geen enkele invloed op de psychotische klachten van Consument heeft gehad. Op basis van voornoemde aanvullende informatie stelt de gemachtigde van Consument zich op het standpunt dat Consument recht heeft op een uitkering onder de Verzekering.

- 2.8 Bij brief van 16 november 2016 heeft Verzekeraar op het bezwaarschrift van Consument gereageerd. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft geconcludeerd dat sprake is van een psychose die het gevolg is van de ziekte schizofrenie waarbij drugsgebruik geen rol heeft gespeeld. In de door Consument overgelegde aanvullende medische informatie zijn volgens de medisch adviseur evenwel aanwijzingen te vinden dat sprake is van pre-existente psychose. Verzekeraar concludeert op basis van het advies van zijn medisch adviseur dat sprake is van pre-existente klachten die op grond van artikel I onder g van de algemene bepalingen van de Voorwaarden niet onder de dekking van de Verzekering vallen. Om de eventuele gevolgen voor de acceptatie van de Verzekering te onderzoeken, heeft Verzekeraar Consument verzocht een medische machtiging in te vullen.
- 2.9 De gemachtigde van Consument heeft zich bij brief van 10 januari 2017 op het standpunt gesteld dat de aandoening van Consument zich pas in 2009 heeft geopenbaard en dat Verzekeraar in lijn met artikel I onder g van de algemene bepalingen van de Voorwaarden de claim van Consument dan ook in behandeling moet nemen. Bij brief van 17 januari 2017 heeft Verzekeraar zijn standpunt herhaald en Consument wederom verzocht om een medische machtiging.
- 2.10 Bij brief van 26 januari 2017 heeft de gemachtigde van Consument Verzekeraar bericht dat Consument in de vijf jaar voorafgaand aan het afsluiten van de Verzekering geen arts heeft geraadpleegd in verband met psychische klachten en dat Consument dit bij het aangaan van de Verzekering ook op de verstrekte vragenlijst heeft ingevuld.
- 2.11 Vervolgens is tussen de gemachtigde van Consument en Verzekeraar discussie ontstaan over het invullen van de medische machtiging. Uiteindelijk heeft Consument de medische machtiging – zonder voorbehoud – ondertekend.
- 2.12 Verzekeraar heeft daarna aanvullende informatie opgevraagd bij de huisarts en de behandelend psychiater van Consument.

Als reactie op het verzoek om informatie ten aanzien van de psychische en/of psychiatrische problematiek van Consument over de periode 1979 – 2003 heeft de huisarts van Consument in zijn brief van 9 mei 2017 verwezen naar de volgende brieven:

- (1) de brief van de [naam zorginstelling] aan de bedrijfsarts van Consument d.d. 21 april 2000, waarin, voor zover hier relevant, het volgende staat:

“(…)

Op 13 april jl. zagen wij (...) [naam Consument].

Reden van komst

Cliënt is door u verwezen op grond van de volgende door cliënt genoemde klachten/problemen: teveel druk vanuit onverwerkte situaties in het verleden.

Relevante gegevens anamnese

Cliënt rapporteert desgevraagd de volgende klachten: slecht slapen, zweten, piekeren, verminderd geheugen, interesseverlies en tintelingen in handen en voeten. Het zweten en de tintelingen in handen en voeten treden aanvalsgewijs op en zijn overwegend situatiegebonden. Het betreft situaties met veel mensen (...). De klachten ontstonden vier jaar geleden en zijn sinds de aanvang wisselend verlopen.

(…)

Diagnostische classificatie volgens DSM-IV:

As I: (...) paniekstoornis met agorafobie

As II: Dwangmatige en afhankelijke trekken

(…)

Therapieplan:

- Relaxatietraining
- Interoceptieve exposure
- Cognitieve therapie
- Exposure in vivo.

Op basis van bovenbeschreven problematiek van cliënt en het therapieplan wordt ingeschat dat de behandeling 20 zittingen zal beslaan

(…)”

- (2) de brief van de [naam zorginstelling] aan de bedrijfsarts van Consument d.d. 13 april 2001 waarin, voor zover hier relevant, het volgende staat vermeld:

“(…)

Van 13 april 2000 tot 10 april 2001 was bij ons in behandeling (...) [naam Consument].

Cliënt meldde zich aan in verband met slecht slapen, zweten, piekeren, verminderd geheugen, interesseverlies en tintelingen in handen en voeten.

Behandelingsverloop (...)

De behandeling omvatte vier sessies in de periode van 12 mei 2000 tot 23 juni 2001

(…)

Wijze van ontslag:

Weggebleven zonder bericht

(…)”

2.13 De behandelend psychiater heeft bij brief van 11 juni 2017, voor zover hier relevant, het volgende medegedeeld:

“(…)

Ik heb navraag gedaan bij collega [naam psychiater die Consument in 2016 in behandeling had] die eerder rapporteerde over deze patiënt. Met terugwerkende kracht was hem gebleken dat patiënt al eerder psychotische verschijnselen had gehad. Patiënt was zich dit destijds niet als zodanig bewust en heeft dit derhalve ook niet kunnen benoemen.

Bij mijn weten zijn er geen psychiatrische bemoeienissen geweest in de periode 1979 – 2003.

“(…)”

2.14 Verzekeraar heeft Consument bij brief van 22 augustus 2017 bericht dat zijn medisch adviseur uit de verkregen aanvullende medische informatie was gebleken dat Consument in 2000 de huisarts heeft geraadpleegd in verband met psychische klachten en dat hij in de periode van 2000 tot en met 2001 is behandeld door een psycholoog. Door dit bij het aangaan van de Verzekering niet aan Verzekeraar te melden heeft Consument zijn mededelingsplicht geschonden, aldus Verzekeraar. Daarnaast heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hij, indien hij bij het aangaan van de Verzekering op de hoogte was geweest van de behandelingen uit 2000/2001, destijds een clause op de polis zou hebben geplaatst waarbij alle psychopathologie zou zijn uitgesloten van dekking zodat er nu geen recht op uitkering onder de Verzekering zou zijn. Verzekeraar heeft bij brief van 22 augustus 2017 deze clause alsnog op de polis van Consument geplaatst en dekking onder de Verzekering geweigerd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering van een bedrag van € 250,- per maand vanaf 2 oktober 2015, zijnde op 1 februari 2018 een totaalbedrag van € 6.750,-. Daarnaast vordert Consument een verklaring voor recht dat Verzekeraar de uitkering vanaf 1 februari 2018 uitbetaalt zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt en Consument aan de voorwaarden voor uitkering voldoet. Daarnaast maakt Consument aanspraak op wettelijke rente vanaf 2 oktober 2015 en op een vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten van € 712,50.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst door alsnog een clause voor psychische klachten op de polis van Consument te plaatsen en Consument geen uitkering te verstrekken onder de Verzekering. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument heeft bij het aangaan van de Verzekering zijn mededelingsplicht niet geschonden. Hij heeft de (verkorte) gezondheidsverklaring juist ingevuld. Hij had voor het aangaan van de Verzekering geen psychische klachten waarvoor hij een arts of specialist heeft geraadpleegd.

De klachten van Consument waren niet van zodanige aard dat hij ze aan Verzekeraar had moeten melden (Uitspraak Geschillencommissie Kifid 2016-547). Consument heeft zich in 2000 ziek gemeld bij zijn werkgever. Naar aanleiding van deze ziekmelding is hij opgeroepen door de arbodienst, die hem heeft doorverwezen voor gesprekken van therapeutische aard. Consument dacht dat hij met een maatschappelijk werker te doen had. Het betrof een korte periode van 'overspannenheid' die het gevolg was van sociaal-culturele problemen en de behandeling was vanuit de werkgever geïnitieerd en vond korter dan een jaar plaats.

- Conform artikel I onder g van de algemene bepalingen van de Voorwaarden is sprake van een situatie die onder de dekking van de Verzekering valt. Indien al sprake zou zijn van pre-existente klachten, dan zijn deze klachten op grond van de Voorwaarden niet uitgesloten van dekking. Pas in 2009 is Consument bekend geworden met psychische klachten. Consument was zich niet eerder bewust van een jeugdtrauma op zijn 11 en 12-jarige leeftijd en heeft dit ook niet eerder kunnen benoemen.
- Mocht de beantwoording van de vraag in de (verkorte) gezondheidsverklaring door Consument foutief zijn geweest – hetgeen hij betwist - dan is dit niet bewust gebeurd. De vraagstelling was voor Consument niet helder en de begrippen 'psychische klachten' en 'arts/specialist' worden nergens toegelicht.
- Een redelijk handelend verzekeraar had in 2004 als hij op de hoogte was geweest van (de aard van) het bezoek van Consument aan de therapeut in de periode 2000 tot en met 2001 niet een uitsluitingsclausule voor alle psychopathologie geplaatst, maar had eventueel een tijdelijke uitsluitingsclausule geplaatst. Consument had dan het recht gehad om na vijf jaar om een herbeoordeling te vragen waarna, bij geen klachten in die periode, de uitsluitingsclausule weer van de polis zou worden gehaald. Consument had dan na vijf jaar de uitsluitingsclausule met succes van de polis kunnen laten verwijderen.
- Verzekeraar heeft de twee maanden-termijn van artikel 7:929 BW overschreden zodat hij jegens Consument geen beroep meer kan doen op schending van de mededelingsplicht. De huisarts heeft op 9 mei 2017 gerapporteerd aan Verzekeraar en de behandelend psychiater heeft dat op 20 mei 2017 gedaan. Verzekeraar heeft vervolgens tot 22 augustus 2017 gewacht met het invoeren van de rechtsgevolgen verbonden aan de schending van de mededelingsplicht.
- Verzekeraar heeft niet zorgvuldig gehandeld bij het afwickelen van de schadeclaim van Consument:
 - (i) Verzekeraar heeft zich aanvankelijk ten onrechte op het standpunt gesteld dat de verslavingsproblematiek aan uitkering in de weg zou staan, hetgeen een aanmerkelijke vertraging heeft opgeleverd in de behandeling van de zaak;
 - (ii) Verzekeraar heeft niet duidelijk over het door hem ingenomen standpunt gecommuniceerd en heeft zijn conclusies ook niet of nauwelijks onderbouwd;
 - (iii) Verzekeraar heeft het verzoek om uitkering onvoldoende voortvarend in behandeling genomen;
 - (iv) Verzekeraar heeft bij het opvragen van de nieuwe medische machtiging verzuimd te handelen in lijn met Protocol Bij Claims Op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van het Verbond van Verzekeraars.

Het was voor Consument volstrekt onduidelijk waarom Verzekeraar in januari 2017 om een nieuwe medische machtiging verzocht in verband met aanvullend onderzoek. Consument kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de nieuwe machtiging is gebruikt voor een “fishing expedition”. De verklaring van de psychiater van 18 augustus 2016 was onvoldoende grond voor nader onderzoek. Bovendien was een veel minder ingrijpend onderzoek mogelijk, namelijk door voornoemde psycholoog gerichte vragen te stellen. Daarnaast was de vraagstelling in de brief van de medisch adviseur van Verzekeraar aan de huisarts van Consument d.d. 25 april 2017 onnodig sturend, tendentius en in strijd met de beginselen en uitgangspunten van de PIV-gedragscode. Over de uitkomsten van het aanvullend onderzoek is Consument ten slotte ook niet geïnformeerd.

Verweer Verzekeraar

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

- Consument heeft bij het aangaan van de Verzekering zijn mededelingsplicht geschonden door geen melding te maken van het feit dat hij in de periode 2000 tot en met 2001 onder behandeling is geweest bij een psycholoog van [naam zorginstelling]. [Naam zorginstelling] betreft een zorginstelling die gespecialiseerd is in de behandeling van psychische klachten. Indien een aspirant-verzekeringnemer bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering reeds onder behandeling is geweest vanwege psychische klachten, zal een redelijk handelend verzekeraar – en dus ook Verzekeraar – alle psychopathologie voor de gehele looptijd van de Verzekering uitsluiten vanwege het risico op recidive van deze klachten. Verzekeraar heeft na ontdekking van de behandeling wegens psychische klachten dan ook alsnog voornoemde clause op de polis mogen plaatsen. De claim van Consument is derhalve (mede om die reden) terecht afgewezen.
- Verzekeraar heeft tijdig de rechtsgevolgen van de schending van de mededelingsplicht ingeroepen. Op 6 juli 2017 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar een medisch advies afgegeven waaruit volgt dat Consument al voor aanvang van de Verzekering onder behandeling was voor psychische klachten en Verzekeraar heeft bij brief van 22 augustus 2017 – dus binnen twee maanden na de ontdekte schending van de mededelingsplicht – rechtsgevolgen verbonden aan die schending.
- Verzekeraar heeft niet steeds met nieuwe argumenten de claim van Consument afgewezen. Op basis van de opgevraagde medische informatie is Verzekeraar in eerste instantie tot de conclusie gekomen dat de claim van Consument niet onder het dekkingsbereik viel van artikel 5 onder c van de bijzondere bepalingen van de Voorwaarden en artikel 5 onder e van de algemene bepalingen van de Voorwaarden. Op grond van de namens Consument nadien verstrekte aanvullende medische informatie is Verzekeraar tot de conclusie gekomen dat de psychische klachten van Consument wel onder het dekkingsbereik vallen en dat vanaf 2 oktober 2015 geen sprake meer was van drugsgebruik. Echter uit de aanvullende medische informatie bleek ook dat er al vanaf de jeugdijaren bij Consument sprake was van een psychotisch toestandbeeld zodat Verzekeraar dit nadien heeft onderzocht.

Uit dit onderzoek bleek dat Consument in de periode 2000 tot en met 2001 voor ongeveer een jaar in behandeling is geweest voor psychische klachten, zodat sprake is van pre-existente psychische klachten.

- Verzekeraar heeft niet op onrechtmatige wijze gebruik gemaakt van de medische machtigingen. Verzekeraar heeft zorgvuldig gehandeld door aanvullende medische informatie op te vragen toen hij kennis kreeg van mogelijke pre-existente klachten. Verzekeraar heeft bij het opvragen van de medische informatie proportioneel gehandeld en niet meer informatie opgevraagd dan nodig was in het kader van de behandeling van de claim. Verzekeraar herkent zich ook niet in het standpunt dat Consument niet zou zijn geïnformeerd over de uitkomst van het aanvullende medisch onderzoek. Verzekeraar verwijst in dit kader naar de brief van 22 augustus 2017 waarin zijn standpunt naar aanleiding van het medisch onderzoek is opgenomen.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is allereerst de vraag of Verzekeraar heeft voldaan aan de in artikel 7:929 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna: “BW”) neergelegde verplichting om binnen een termijn van twee maanden na ontdekking van de (beweerdelijke) schending van de mededelingsplicht Consument op de niet-nakoming te wijzen onder vermelding van de mogelijke gevolgen daarvan.
- 4.2 Ten aanzien van het aanvangsmoment van de twee maandentermijn heeft het Hof Arnhem in een arrest van 12 juni 2012 (ECLI: NL: GJHARN: 2012: BW7904) geoordeeld dat doorslaggevend is het moment waarop de dossierbehandelaar vaststelt dat discrepantie bestaat tussen de bij het aangaan van de verzekering gemelde medische gegevens en de nadien gebleken werkelijke gegevens. Uit de door partijen overgelegde stukken volgt dat de medisch adviseur bij verschillende medici, onder wie de huisarts en de behandelend psychiater van Consument, informatie heeft opgevraagd. De laatste informatie werd door de medisch adviseur van Verzekeraar – blijkens de overgelegde (medische) stukken – ontvangen op 20 juni 2017. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft vervolgens op 6 juli 2017 advies aan Verzekeraar uitgebracht. Naar aanleiding van dit advies heeft de dossierbehandelaar de hiervoor bedoelde discrepantie vastgesteld en Consument vervolgens bij brief van 22 augustus 2017 geïnformeerd. Dit is ruim binnen de hiervoor vermelde termijn van twee maanden, zodat van schending van die termijn geen sprake is.
- 4.3 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door in de door hem ondertekende verkorte gezondheidsverklaring van 30 augustus 2004 de vraag zoals hierboven onder 2.2 weergegeven, in ontkenkende zin te beantwoorden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.4 Ingevolge artikel 7:928 lid 1 BW is de 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 hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar 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 verzekeringnemer 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 van de vragenlijst kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium, bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, 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, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW. Bij de beantwoording van zowel de vraag of de mededelingsplicht is geschonden als de vraag welke consequenties daaraan moeten worden verbonden, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het (acceptatie)beleid van een redelijk handelend verzekeraar. Vgl. Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39, HR 19 mei 1978, NJ 1978, 607 en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073 r.o. 3.27.

- 4.5 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand het volgende aan. In april 2000 is Consument op instigatie van zijn bedrijfsarts bij een psycholoog van [naam zorginstelling] geweest naar aanleiding van psychische klachten. Er was bij Consument sprake van teveel druk vanuit onverwerkte situaties in het verleden waardoor hij slecht sliep, last had van piekeren, interesseverlies, een verminderd geheugen, zweten en tintelingen. De klachten zouden vier jaar geleden zijn ontstaan en sindsdien wisselend verlopen. De diagnose werd gesteld op een paniekstoornis met agorafobie. Er werd een behandelplan voorgesteld met 20 behandelsessies. Consument heeft vier behandelsessies gehad en is vervolgens, na de zomer van 2000, ondanks herhaalde uitnodigingen, weggebleven. Deze behandeling door een psycholoog van de [naam zorginstelling] heeft Consument bij de aanvraag onvermeld gelaten.
- 4.6 Daarvan uitgaande kan de Commissie niet anders dan vaststellen dat Consument in ieder geval de hierboven onder 2.2 geciteerde (deel) vraag in de (verkorte) gezondheidsverklaring “heeft u ooit voor psychische klachten een arts/specialist geraadpleegd” ten onrechte in negatieve zin heeft beantwoord terwijl hij had kunnen en moeten begrijpen dat het antwoord op deze vraag voor Verzekeraar van belang zou zijn voor beoordeling van het aangeboden risico. De daartegen door Consument aangevoerde stelling dat geen sprake was van psychische klachten maar slechts van een korte periode van overspannenheid die het gevolg was van sociaal-culturele problemen, is in strijd met de feiten zoals die blijken uit het medisch dossier van Consument en kan de Commissie dan ook niet onderschrijven. Ook het feit dat de behandeling niet door de huisarts werd voorgesteld maar door de bedrijfsarts maakt niet dat Consument deze behandeling niet had hoeven melden.
- 4.7 Consument heeft nog aangevoerd dat de vraagstelling in de (verkorte) gezondheidsverklaring niet helder was en de begrippen ‘psychische klachten’ en ‘arts/specialist’ nergens werden toegelicht. De Commissie kan hierin niet meegaan. In duidelijke en expliciete bewoordingen wordt gevraagd of Consument ooit voor psychische klachten een arts/specialist heeft geraadpleegd. Deze vraagstelling is naar het oordeel van de Commissie helder, duidelijk en niet voor meerdere lezingen vatbaar.

Gelet hierop had het voor Consument redelijkerwijs duidelijk kunnen, dan wel moeten zijn dat hij de behandeling door een psycholoog van de [naam zorginstelling] had moeten vermelden.

- 4.8 Gelet op het voorgaande is de conclusie dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen. Dat Consument de verkorte gezondheidsverklaring te goeder trouw heeft ingevuld, wil de Commissie van hem aannemen maar dient zij toch als niet relevant te passeren. Voor de vraag of Consument zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de Verzekering heeft geschonden is immers slechts van belang of Consument de hiervoor onder 2.2. genoemde vraag uit de (verkorte) gezondheidsverklaring onjuist heeft beantwoord. Ook in dat onderdeel van zijn klacht kan de Commissie Consument mitsdien niet volgen.
- 4.9 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar zonder beperkingen zou zijn geaccepteerd, althans een tijdelijke uitsluitingsclausule zou zijn geplaatst. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Indien Consument melding zou hebben gemaakt van de behandeling door een psycholoog bij [naam zorginstelling] in de periode 2000-2001 zou een redelijk handelend verzekeraar geen tijdelijke maar een definitieve uitsluitingsclausule voor psychische klachten hebben opgenomen. Dit geldt temeer nu in de onder 2.12 genoemde brief van [naam zorginstelling] van 21 april 2000 melding wordt gemaakt van dan al vier jaar bestaande klachten, dat Consument de behandeling door [naam zorginstelling] zelf voortijdig heeft afgebroken, dat de door [naam zorginstelling] genoemde stressoren die de klachten mede zouden hebben veroorzaakt nooit zijn verdwenen en voorts sprake was van cocaïnegebruik in het verleden.
- 4.10 Omdat bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor psychische klachten zou zijn opgenomen en de huidige klachten van Consument onder deze clausule vallen, is Verzekeraar geen uitkering aan Consument verschuldigd.
- 4.11 Met betrekking tot de klachten van Consument over het handelen van Verzekeraar naar aanleiding van de door Consument ingediende schadeclaim, overweegt de Commissie als volgt.
- 4.12 Consument heeft allereerst aangevoerd dat Verzekeraar zich in eerste instantie op het standpunt heeft gesteld dat verslavingsproblematiek aan uitkering in de weg zou staan en dat dit standpunt een aanmerkelijke vertraging opleverde in de behandeling van de zaak. De Commissie overweegt dat Verzekeraar zich in december 2015, op basis van de opgevraagde informatie, inderdaad op het standpunt heeft gesteld dat de arbeidsongeschiktheid (mede) werd veroorzaakt door het gebruik van verdovende middelen, zodat geen recht op uitkering bestond. Hoewel de gemachtigde van Consument diezelfde maand formeel bezwaar heeft gemaakt tegen de afwijzende beslissing van Verzekeraar, heeft hij evenwel pas in oktober 2016 de inhoudelijke gronden van dit bezwaar en aanvullende medische informatie aan Verzekeraar toegestuurd.

Pas vanaf dat moment heeft Verzekeraar het bezwaarschrift in behandeling kunnen nemen en op grond van de, namens Consument, verstrekte aanvullende medische informatie zijn standpunt herzien. De vertraging in de behandeling van de zaak is derhalve niet veroorzaakt door Verzekeraar, maar is (mede) een gevolg van het pas na geruime tijd kunnen aanleveren van de aanvullende medische informatie door de gemachtigde van Consument.

- 4.13 Consument heeft daarnaast aangevoerd dat Verzekeraar niet duidelijk heeft gecommuniceerd over zijn standpunten en zijn conclusies niet of nauwelijks heeft toegelicht. Consument heeft zijn stelling(en) op dit punt evenwel onvoldoende onderbouwd. Zonder een nadere toelichting – die ontbreekt – kan op basis van de overgelegde stukken niet aangenomen worden dat Verzekeraar niet duidelijk heeft gecommuniceerd over zijn standpunten dan wel zijn conclusies niet of nauwelijks heeft toegelicht.
- 4.14 Hetzelfde geldt voor de stelling van Consument dat Verzekeraar het verzoek om uitkering onvoldoende voortvarend in behandeling heeft genomen waardoor aanzienlijke tijd verloren is gegaan. Ook deze stelling heeft Consument niet onderbouwd of aannemelijk gemaakt, zodat de Commissie ook deze stelling als onvoldoende onderbouwd terzijde moet stellen.
- 4.15 Consument heeft ten slotte een aantal klachtonderdelen gericht tegen het opvragen van de aanvullende medische machtiging door Verzekeraar. Consument stelt allereerst dat Verzekeraar bij het opvragen van de aanvullende medische machtiging heeft verzuimd te handelen in lijn met Protocol Bij Claims Op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van het Verbond van Verzekeraars doordat hij Consument niet heeft duidelijk gemaakt waarom een nieuwe medische machtiging nodig was. Dit klachtonderdeel faalt. Verzekeraar heeft in zijn brief van 16 november 2017 uitgelegd dat hij om de eventuele gevolgen voor de acceptatie van de Verzekering te kunnen beoordelen, dient te beschikken over aanvullende medische informatie over het psychotisch toestandbeeld vanaf het 11^e – 12^e levensjaar van Consument. Hij heeft Consument daarom verzocht de bijgesloten medische machtiging in te vullen. Naar het oordeel van de Commissie heeft Verzekeraar Consument daarmee voldoende duidelijk gemaakt waarom hij een nieuwe medische machtiging nodig had.
- 4.16 Consument verwijt Verzekeraar voorts dat de nieuwe machtiging is gebruikt voor een “fishing expedition”. Ook dit klachtonderdeel faalt. De verklaring van de psychiater van 18 augustus 2016 bood voldoende grond voor Verzekeraar om nader onderzoek te doen naar pre-existente klachten.
- 4.17 Voor zover Consument Verzekeraar nog verwijt dat hij geen gebruik heeft gemaakt van een minder ingrijpend middel, te weten het stellen van gerichte vragen aan de psychiater, overweegt de Commissie dat het door Verzekeraar geïnitieerde onderzoek niet als buitenproportioneel kan worden aangemerkt. Consument is hierdoor niet onevenredig belast.
- 4.18 Ook de stelling van Consument dat de vraagstelling in de brief van de medisch adviseur van Verzekeraar aan de huisarts van Consument d.d. 25 april 2017 onnodig sturend, tendentius en in strijd met de beginselen en uitgangspunten van de PIV-gedragscode is, gaat niet op.

Van de door Consument gestelde onwaarheden in de brief en het bewust in een verkeerd daglicht stellen van Consument is de Commissie uit de overgelegde stukken niet gebleken.

- 4.19 Ten slotte verwijt Consument Verzekeraar dat deze hem over de uitkomsten van het aanvullend onderzoek niet heeft geïnformeerd. Hieromtrent overweegt de Commissie als volgt. In zijn brief van 22 augustus 2017 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hem uit de aanvullende medische informatie was gebleken dat Consument in 2000 de huisarts had geraadpleegd in verband met psychische klachten en dat hij daarvoor is behandeld door een psycholoog. Daarnaast heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hij hiervan melding had moeten maken bij het aangaan van de Verzekering en heeft toegelicht wat de gevolgen zijn van het niet-mededelen daarvan. Consument is daarmee naar het oordeel van de Commissie voldoende geïnformeerd over de uitkomsten van het aanvullende onderzoek.
- 4.20 De conclusie is dat Verzekeraar niet tekort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument 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 40 van het Reglement.