

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-008

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. A. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)

Klacht ontvangen op : 21 april 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 9 januari 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Bij het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering in februari 2011 heeft Consument geen melding gemaakt van sinds haar puberteit jaarlijks terugkerende stemmingsklachten en een duidelijke klachtbeleving en hulpvraag in november 2010. Nadat Consument in verband met arbeidsongeschiktheid een beroep op de verzekering heeft gedaan heeft Verzekeraar zich tegenover Consument op het standpunt gesteld dat deze haar pre-contractuele mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering heeft geschonden en met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule voor psychische klachten opgenomen. Verzekeraar heeft Consument uitkering onthouden omdat de huidige klachten onder de uitsluiting vallen. Commissie is van oordeel dat Consument de hierover in het aanvraagformulier opgenomen vraag had moeten aankruisen en een redelijk handelend deze uitsluiting had opgenomen. Niet gesteld kan worden dat verzekeraar zich schuldig heeft gemaakt aan schending van de tweemaandstermijn van artikel 7:929 lid 1 BW. Vordering wordt afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen waaronder de klachtbrief van 13 april 2017;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de brief met bijlagen van gemachtigde van Consument de dato 6 februari 2018;
- de brief van gemachtigde van Consument van 29 maart 2018.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 11 april 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

- 2.1 In 2005 heeft Consument een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten bij Verzekeraar. Die verzekering is in 2009 door Consument als ZZP-er voortgezet.
- 2.2 Op 27 oktober 2010 heeft Consument een intake-gesprek gevoerd met een sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige van het ambulatorium GGz Centraal in [Plaatsnaam 1]. Bij brief van 5 november 2010 heeft deze de huisarts van Consument bericht:
(...)

Reden aanmelding

Clïente is aangemeld met de vraag of er sprake is van seizoensgebonden depressieve klachten, omdat zij vanaf haar puberteit jaarlijks terugkerende stemmingsklachten heeft.

Problemen/klachten

Clïente is onlangs teruggekeerd van vakantie in het buitenland en merkte bij terugkomst een verandering van haar stemming. Ze voelde zich meer somber worden, raakte sneller geïrriteerd, sneller boos, haar concentratie verminderde, ze kon moeilijker uit haar bed komen, en sliep langer. De eetlust bleef gelijk; ze valt wel af wanneer er meer stress is, wanneer er vanuit haar werk meer drukte is.

Door de abrupte verandering na haar goede stemming tijdens de vakantie is ze na gaan denken en realiseerde ze zich dat dit een al lang bestaand, jaarlijks terugkerende situatie is, die vanaf september tot het voorjaar speelt, vanaf haar puberteit. In de zomer spelen deze klachten niet in deze mate, wel milde stemmingswisselingen.

Er zijn geen andere redenen of omstandigheden die de klachten kunnen verklaren, volgens cliënte.

(...)

- 2.3 Bij brief van 9 juli 2012 heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige de huisarts van Consument bericht:

(...)

Geachte collega,

Van 27-10-2010 tot 31-1-2011 was onder behandeling in het voordeurteam van het Ambulatorium GGz Centraal in [Plaatsnaam 1] uw cliënte mevrouw [Consument], geboren 1 augustus [Datum] en wonende [adres] te [Plaatsnaam 2].

Op 27-10-2010 zag ondergetekende bovengenoemde cliënte voor een intakegesprek.

Er werd toen geconcludeerd: cliënte heeft last van jaarlijks terugkomende lichte depressieve klachten die in het najaar beginnen en tijdens de winter voortduren. In de rest van het jaar is er sprake van lichte stemmingsschommelingen.

In overleg met cliënte werd besloten tot een proefbehandeling met lichttherapie.

Beloop/evaluatie/beleid

patiënte heeft in overleg met ondergetekende een geschikte lamp gehuurd en de kuur thuis gevolgd. Het resultaat was dat de klachten voldoende verminderde.

Conclusie

Het advies is om de kuur jaarlijks te herhalen aan het begin van het seizoen, begin oktober. Cliënte schaft zelf een lamp aan.

DSM-IV classificatie

As I : 296.31 Depressieve stoornis: Recidiverend, Licht
(Hoofddiagnose)
As II : V71.09 Geen diagnose
As III : V71.09 Geen diagnose/aandoening
As IV : 10 Problemen binnen de primaire steungroep
As V : GAF score 70 90

Verder beleid

Cliënte wordt uitgeschreven.

(...)

- 2.4 Op 31 december 2010 is de onder 2.1 genoemde verzekering beëindigd omdat Consument een dienstbetrekking in loondienst aanvaardde.
- 2.5 Op 2 februari 2011 heeft Consument, omdat het loondienstverband geen succes bleek, opnieuw een verzekering bij Verzekeraar aangevraagd en daartoe een aanvraagformulier ingevuld en ondertekend. Hierin is onder meer opgenomen:
(...)

3. Uw gezondheidstoestand

Lijdt u of hebt u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

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

- ☐ A Ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid.
- ☐ B Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out.
- ☐ C Verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten.
- ☐ D Verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen.
- ☐ E Aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie.
- ☐ F Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier.
- ☐ G Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.
- ☐ H Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede.
- ☐ I Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI.
- ☐ J Huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie.
- ☐ K Neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottenhoofd- of stembandaandoeningen.
- ☐ L Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder boven genoemde

Hebt u een of meer categorieën aangekruist?

☒ Nee ☐ Ja. Vul voor elke aandoening, ziekte of gebrek een aparte bijlage in.

(...)

De verzekering is hierna met ingang van 23 februari 2011 tot stand gekomen.

- 2.6 Met ingang van 14 januari 2016 heeft Consument in verband met arbeids- ongeschiktheid een beroep op deze verzekering gedaan. Consument heeft hiertoe een door Verzekeraar op 21 januari 2016 ontvangen schademeldingsformulier (handgeschreven) ingevuld. Hierin is onder andere opgenomen:

(...)

Melding van ziekte of ongeval (medisch)

1. Welke belemmeringen ervaart u in werk en privé als gevolg van deze klachten?
Sinds enkele maanden weet ik dat ik dyslexie heb en ik loop vast op de hooggevoeligheid die daarbij hoort. Dat geeft mij het gevoel van enorme vermoeidheid, ik ervaar hoge werkdruk en loop op mijn tenen om alles te volbrengen.
2. Hebt u ooit eerder deze klachten gehad?
(...) ☒ Ja, namelijk:
Wanneer? Terugkijkend mn hele leven
Hoe vaak? In periodes
Welke arts/specialist heeft u toen behandeld?
Specialisme: GGZ Centraal (2013?)

(...)

Verzekeraar heeft Consument hierna een uitkering toegekend.

- 2.7 Op 12 mei 2016 is in opdracht van Verzekeraar een psychiatrische expertise verricht door [X] Expertise. In de daarover verschenen rapportage van 1 juli 2016 is opgenomen:

(...)

1. Samenvatting van de context

Het betrof onderzoek en vraagstelling in het kader van beoordeling arbeids(on)geschiktheid. Uit de gegevens van de aanvraag blijkt het volgende:

Mevrouw (Naam Consument) is samen met een maat gevestigd als fulltime huisarts in een stadspraktijk en heeft zich per 14 januari 2016 voor haar werk ziek gemeld wegens psychische klachten. Er bestaan spanningen in de samenwerking met haar maat en haar work-life balance raakt bij toenemende vermoeidheid steeds meer verstoord. Zij meent sinds kort dat ze dyslexie heeft en geeft aan vast te lopen op de hooggevoeligheid die daarbij hoort. Achteraf gezien zijn er al hele leven periode met dergelijke klachten. Zij is hiervoor rond 2013 bij de GGZ geweest.

(...)

- 2.8 Bij brief van 15 juli 2016 heeft Verzekeraar aangekondigd een onderzoek te starten naar het eventueel niet nakomen door Consument van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering in 2011 en heeft hij Consument gewezen op de mogelijke gevolgen daarvan.
- 2.9 Bij brief van 23 augustus 2016 heeft Verzekeraar zich tegenover Consument op het standpunt gesteld dat deze haar mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft geschonden door in de gezondheidsverklaring van 2 februari 2011 geen melding te maken van sinds haar puberteit jaarlijks terugkerende stemmingsklachten en een duidelijke klachtbeleving en hulpvraag in november 2010. Verzekeraar heeft Consument bericht dat hij een clause met een beperkende voorwaarde op de verzekering van toepassing zou hebben verklaard, als hij op de hoogte geweest zou zijn van deze klachten.
- Met een beroep op het bepaalde in de artikelen 7:928 tot 7:930 BW heeft Verzekeraar met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum van de verzekering, zijnde 23 februari 2011, als voorwaarde op de verzekering geplaatst: *“nader wordt bepaald dat van de verzekering is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van psychische aard, waaronder surmenage (overspannenheid).”*
- Verzekeraar heeft Consument daarbij te kennen gegeven dat zij voor haar arbeidsongeschiktheid geen aanspraak kan maken op de verzekering omdat de beperkende voorwaarde op haar aanspraak van toepassing is en hij besloten heeft dat Consument de reeds aan haar verstrekte uitkering niet hoeft terug te betalen.
- 2.10 Nadat Consument is uitgevallen wordt door de Gz-psycholoog ([Naam psycholoog]), gezien zijn berichtgeving van 1 maart en 6 juli 2016 aan de medisch adviseur van Verzekeraar, aanvankelijk gedacht aan een depressieve stoornis NAO, waarbij specifiek sprake is van burn-outklachten gerelateerd aan werkomstandigheden. Blijkens de daarover verschenen rapportage van 25 mei 2016 is daarnaast bij Psychiatrisch Expertise onderzoek de diagnose ADHD sterk overwogen waarna de klinisch neuropsycholoog (Vollema) in zijn brief van 17 oktober 2016 uiteindelijk de diagnose heeft gesteld van een “ongespecificeerde neurocognitieve stoornis” en dyslexie. Daarbij is het beeld geschetst van iemand die zichzelf het hele leven heeft overvraagd en die haar stoornis heeft weten te compenseren met heel veel inzet. Hierdoor en in combinatie met haar perfectionisme is ze nu gedecompenseerd.
- 2.11 Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar is over de onder 2.9 genoemde besluiten van Verzekeraar een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog met ingang 24 augustus 2016 overgaat tot uitkering uit hoofde van deze verzekering onder gelijktijdige doorhaling van de op de verzekering van toepassing verklaarde uitsluiting voor psychische klachten. Consument vordert daarnaast vergoeding van de door haar gemaakte kosten van rechtsbijstand, begroot op een bedrag van plusminus € 11.000,-, alsmede vergoeding van de door haar gemaakte arbeidsdeskundige kosten ad € 1.384,24 . Consument vordert ook restitutie van de premie die zij heeft betaald in de periode dat zij arbeidsongeschikt is geweest omdat de verzekering dan een premievrijstelling kent.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst door Consument uitkering te onthouden en met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum een uitsluiting op te nemen voor psychische klachten.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Het risico dat Verzekeraar dekte tot en met 31 december 2010 was niet anders dan het risico dat hij na februari 2011 verzekerde. Het was niet gewijzigd in die 2 maanden. Op grond van de redelijkheid en billijkheid en omdat Verzekeraar zich ook als een redelijk handelend verzekeraar dient te gedragen, mag Consument verwachten dat verzekeraar tot uitkering overgaat.
- Na de melding van de arbeidsongeschiktheid van Consument heeft Verzekeraar zonder verder voorbehoud dekking en aansprakelijkheid voor uitkering erkend. Volgens vaste rechtspraak kan een verzekeraar - anders dan bij bedrog - daarop niet meer terugkomen.
- Consument heeft bij haar arbeidsongeschiktheidsmelding in januari 2016 Verzekeraar laten weten dat zij bij tijd en wijle vergelijkbare klachten heeft gehad en daarvoor werd behandeld bij GGz Centraal. Met een vraagteken heeft zij daarbij aangegeven dat dat mogelijk in 2013 is geweest. Indien Verzekeraar de in het kader van de schademelding door Consument verstrekte antwoorden goed en tijdig had gelezen, had hij kunnen ontdekken dat er sprake was geweest van een behandeling en had hij toen al kunnen ontdekken dat Consument haar mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering had geschonden. Verzekeraar heeft de 2 maandstermijn van artikel 7:929 lid 1 BW dan ook geschonden door Consument pas in juli 2016 te waarschuwen en kan zich dan ook niet meer beroepen op schending van de mededelingsplicht op basis van artikel 7:930 BW.

Hij had naar aanleiding van de schademelding van Consument waarin de suggestie werd gedaan voor een medische behandeling, die bij het aangaan van de verzekering aanleiding had kunnen geven voor een brede uitsluitingsclausule, meteen een nader onderzoek moeten instellen.

- Het niet invullen van de hokjes van het aanvraagformulier betekent dat Consument de vragen niet heeft beantwoord. Niet dat Consument die ziekten niet zou hebben gehad. Ingevolge artikel 7:928 lid 6 BW mag Verzekeraar zich er niet op beroepen als een vraag onbeantwoord is gebleven. Het had op de weg van Verzekeraar gelegen om Consument daarover te benaderen, indien hij behoefte had aan opheldering.
- De vraagstelling in de gezondheidsverklaring is dubbelzinnig en niet duidelijk omdat daarop niet met een ja of nee kan worden geantwoord.
- De aan Consument voorgelegde vraag of zij lijdt of heeft geleden aan een ziekte of aandoening, is in feite subjectief en afhankelijk van de persoon van de bevrage. Niet voor niets is de vraagstelling in het huidige formulier aangepast en geobjectiveerd. Bovendien is ook de opsomming van wat wordt verstaan onder ziekte, aandoening of klacht, aanzienlijk uitgebreid. De opsomming van ziekte, aandoeningen of gebreken bij vraag 3 in de aan Consument voorgelegde gezondheidsverklaring is een limitatieve. Winterdepressie komt daarin niet voor. Consument kon die vraag dan ook onbeantwoord laten. Als er geen sprake is van een limitatieve opsomming, dan is er een sprake van een in te algemene termen vervatte vraag.
- Consument betwist dat zij ooit enige andere vorm van een depressieve stoornis heeft gehad of doorgemaakt. Consument typeert zichzelf als een voor winterdepressie gevoelig persoon. Dat rechtvaardigt niet de conclusie dat zij een ziekte, aandoening of gebrek in psychische zin heeft.
- Het met terugwerkende kracht opnemen van een dekkingsbeperkende clausule is niet terecht. De conclusie van Verzekeraar dat een winterdepressie een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid als gevolg van andere psychische klachten meebrengt en/of een uitgebreid co-morbiditeitspatroon kent, is onjuist en onvoldoende onderbouwd. Dit is een aanname die niet bevestigd wordt door het beloop van de klachten bij Consument. Bij Consument is vanaf de pubertijd sprake geweest van een zich jaarlijks herhalen van klachten gedurende de wintermaanden zonder dat werkverzuim is ontstaan. Verzekeraar is daarvan op de hoogte omdat de verzekering toen al bij hem liep. Verzekeraar heeft bovendien de ernst van de seizoensgebonden depressie niet goed meegewogen. Deze is namelijk zeer licht met een GAF-score van 90. Verzekeraar past de GAV-richtlijn te rigide toe.

Verweer Verzekeraar

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

- Consument heeft de vragen in het aanvraagformulier niet naar waarheid beantwoord. Zij had immers de huisarts en de SPV geraadpleegd; die laatste concludeerde dat Consument last had van depressieve klachten en stemmingsschommelingen. Zij had dan ook rubriek B moeten beantwoorden. In vraag 3b wordt immers expliciet als voorbeeld van aandoeningen of klachten van psychische aard “depressie” genoemd. In de gezondheidsverklaring valt bovendien de waarschuwing te lezen dat de rubriek ook moet worden aangekruist als de aanvrager een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd. Er is bovendien geen sprake van een limitatieve opsomming. Dat blijkt uit de gebezigde terminologie. Er wordt “zoals” genoemd. En als Consument al niet rubriek B had moeten aankruisen dan geldt dat zeker voor rubriek L. De depressieve klachten en stemmingswisselingen van Consument waren daarom niet bekend bij Verzekeraar bij het aangaan van de verzekering. Dit is nog belangrijker, omdat Consument volmondig heeft erkend dat de niet gemelde klachten al sinds haar puberteit speelden en zich jaarlijks herhaalden.
- De aanpassing van de gezondheidsverklaring heeft niets te maken met vraag 3. Een en ander vloeit voort uit het feit dat het Verbond van Verzekeraars de verklaring eenvoudiger heeft gemaakt en Verzekeraar dat advies heeft opgevolgd.
- Verzekeraar betwist dat sprake is van schending van de 2 maandstermijn van artikel 7:929 lid 1 BW. Pas op 6 juli 2016 heeft Verzekeraar de psychiatrische expertise van [X] ontvangen. Daarin valt te lezen dat “onderzochte heeft in 2010 lichttherapie gevolgd bij een sociaal-psychiatrische verpleegkundige wegens een toename van klachten in de winterperiode”. Dat is het ontdekkingsmoment. Bij brief van 15 juli 2016 heeft Verzekeraar Consument in kennis gesteld van haar vermoeden van schending van de mededelingsplicht en gevraagd vragen te beantwoorden. Bij brief van 23 augustus 2016 heeft Verzekeraar zich jegens Consument op het standpunt gesteld dat deze bij het aangaan van de verzekering haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Van een schending van de twee-maandstermijn is dan ook geen sprake.
- Nog daargelaten dat een aansprakelijkheidsverzekering heel wat anders is dan een arbeidsongeschiktheidsverzekering, is niet gesteld noch gebleken dat Consument er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat haar een uitkering tot aan de einddatum van de verzekering werd toegekend of dat Verzekeraar zijn rechten zou hebben verwerkt.
- Van een onduidelijke vraagstelling is geen sprake. Bij de aanvraag in 2011 is gebruik gemaakt van het Model Gezondheidsverklaring zoals destijds geadviseerd door het Verbond van Verzekeraars. Gebruik wordt gemaakt van gerichte en duidelijke vragen met een welomschreven doel.

Vraag 3 is een alleszins gebruikelijke, gerichte vraag, die zich niet laat kwalificeren als een algemene slotvraag waarop artikel 7:928 lid 6 BW ziet. Consument heeft vraag 3 niet juist en volledig beantwoord door hem in ontkennende zin te beantwoorden. De stelling van Consument dat de voor haar meest gunstige uitleg van vraag 3 moet worden toegepast, vindt geen steun in het recht. Het gaat hier niet om de uitleg van een overeenkomst maar om toepassing van een in de markt gebruikelijk model Gezondheidsverklaring. Niet voor niets wordt in de toelichting op de gezondheidsverklaring aangegeven om contact op te nemen indien iets niet duidelijk is en dat het erom gaat dat alle klachten moeten worden vermeld, ook: “als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts hebt bezocht”.

- De SPV van GGZ Centraal heeft in 2010 de diagnose depressieve stoornis recidiverend, licht met seizoenspatroon gesteld. Een neurocognitieve stoornis geeft psychische beperkingen en is een psychische stoornis. Het betreft hier dan ook klachten, een ziekte aandoening of gebrek in psychische zin.
- Verzekeraar betwist overigens dat een winterdepressie niet als risico-verhogend kan worden aangemerkt en er geen relatie zou bestaan tussen een winterdepressie en een neurocognitieve stoornis. In deze groep kan immers een meer dan gemiddelde kans op arbeidsongeschiktheid worden verwacht als gevolg van een psychische stoornis.
- Gezien de destijds gebruikte GAV-richtlijn kan bij terugkerende klachten korter dan twee jaar voor de acceptatieperiode worden gekozen voor een volledige afwijzing of een clause zonder recht op herbeoordeling. De overlapping van psychische stoornissen en veelvuldige co-morbiteit maken dat ook in de GAV-richtlijnen alleen een brede clause “psychische aandoeningen” wordt toegepast.

4. Beoordeling

- 4.1 In de eerste plaats zal de Commissie ingaan op het onderdeel van de klacht van Consument dat op 2 februari 2011 geen nieuwe verzekeringsovereenkomst tot is stand gekomen maar dat sprake was van voortzetting van de met ingang van 31 december 2010 geëindigde verzekering en dat dus geen sprake kan zijn van schending van de mededelingsplicht.

De Commissie volgt Consument daarin niet. De verzekering is rechtsgeldig op verzoek van Consument geëindigd per 31 december 2010. Dat korte tijd na deze beëindiging Consument een nieuwe verzekering heeft aangevraagd, brengt niet mee dat de oude verzekering herleeft. Omdat de verzekering die op 2 februari 2011 inging een nieuwe verzekering was, gold voor de aanvraag van deze verzekering opnieuw de mededelingsplicht. Niet valt in te zien dat Verzekeraar zijn zorgplicht als redelijk handelend verzekeraar zou hebben geschonden door dat standpunt in te nemen en daarnaar te handelen.

- 4.2 Heeft Verzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat Consument zich schuldig heeft gemaakt aan schending van haar mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering? De Commissie overweegt hierover als volgt.
- 4.3 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 aspirantverzekeringnemer 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 dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW, 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. 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.
- 4.4 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in de periode van 27 oktober 2010 tot 31 januari 2011 voor een winterdepressie met lichttherapie werd behandeld en begeleid bij en door het voordeurteam van het Ambulatorium GGz Centraal in [Plaatsnaam I]. Gezien de hierover door de behandelend Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige aan de huisarts van Consument verzonden berichtgeving betrof het een lichte, recidiverende seizoensgebonden depressieve stoornis waarvan Consument haar hele leven jaarlijks klachten heeft ervaren. Gezien de door Consument op 2 februari 2011, slechts enkele dagen na het stopzetten van de behandeling met lichttherapie, ingevulde Gezondheidsverklaring en de daarin onder rubriek B opgenomen vraagstelling naar aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out, had Consument het voor deze rubriek opgenomen vakje naar het oordeel van de Commissie moeten aankruisen. Zelfs als aangenomen zou kunnen worden dat Consument zich als huisarts er niet bewust van zou zijn geweest dat ook een (winter)depressie als een aandoening moet worden beschouwd, staat buiten kijf dat Consument daarvan wel degelijk klachten heeft ondervonden. Nu daarnaar ook nadrukkelijk wordt gevraagd, had Consument deze vraag dan ook in bevestigende zin moeten beantwoorden door aankruising van het desbetreffende vakje.

Het feit dat winterdepressie niet expliciet wordt genoemd maakt dat niet anders.

Anders dan Consument heeft aangevoerd is hier immers geen sprake van een limitatieve lijst, gezien het gebruik van het woord “zoals”.

- 4.5 De Commissie kan Consument daarnaast niet volgen in haar klacht dat de in de Gezondheidsverklaring opgenomen vraagstelling dubbelzinnig en mitsdien niet duidelijk zou zijn, omdat deze niet hetzij in positieve hetzij in negatieve zin maar alleen maar in bevestigende zin kan worden beantwoord. Nog daargelaten dat het hier een door het Verbond van Verzekeraars onderschreven en breed gedragen vraagstelling betreft, valt niet in te zien waarom deze daardoor onduidelijk zou zijn. Uit de manier waarop de vragen in de Gezondheidsverklaring zijn vormgegeven en opgebouwd kan slechts worden geconcludeerd dat als een vakje voor een bepaalde rubriek niet wordt aangekruist, de aanvrager daarmee verklaart de in de desbetreffende rubriek opgesomde aandoeningen en klachten niet te hebben. De stelling van Consument dat zij geen vakjes heeft aangekruist en de desbetreffende vragen daarmee dus onbeantwoord heeft gelaten, reden waarom Verzekeraar bij haar om opheldering had moeten vragen, treft alleen daarom al geen doel. Anders dan Consument heeft aangevoerd, moet de Commissie overigens vaststellen dat Consument wel degelijk één vakje heeft aangekruist, namelijk daar waar onder de rubrieken A t/m L de adspirant-verzekerde de vraag wordt gesteld of een of meer categorieën werd aangekruist. Consument heeft daarmee in strijd met de ware stand van zaken, nadrukkelijk te kennen gegeven dat zij niet heeft geleden aan de daarboven opgesomde categorieën klachten en/of aandoeningen. De klacht van Consument dat de vraagstelling in subjectieve zin moet worden opgevat en het antwoord op de vraag afhankelijk is van de persoon van de bevrraagde, terwijl zij niet “geleden zou hebben onder” een winterdepressie kan de Commissie evenmin onderschrijven. Al was het maar omdat de betekenis van “lijden aan” niet hetzelfde is als “lijden onder” terwijl deze werkwoorden door Consument ten onrechte als synoniemen worden beschouwd. De stelling van Consument dat de in deze Gezondheidsverklaring gebruikte vraagstelling later werd aangepast en geobjectiveerd, kan haar daarom ook niet baten.
- 4.6 Gelet op het voorgaande concludeert de Commissie dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.
- 4.7 De Commissie komt vervolgens toe aan de vraag of Verzekeraar de termijn van twee maanden van artikel 7:929 lid 1 BW heeft geschonden. Ten aanzien van het aanvangsmoment van de twee maandentermijn overweegt de Commissie dat het Hof Arnhem in een arrest van 12 juni 2012 (ECLI:NL:GJHARN:2012:BW7904) heeft 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.

Daarvan uitgaande kan de Commissie de visie van Consument niet onderschrijven dat Verzekeraar reeds op grond van de summiere gegevens die zij bij haar schademelding heeft verstrekt tot de ontdekking had kunnen en moeten komen dat zij haar mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering zou hebben geschonden. Al was het maar omdat de gegevens die Consument verstrekte betrekking hadden op 2013 dat wil zeggen ruim na de ingangsdatum van de verzekering in 2011. Wellicht had dat bij Verzekeraar een zeker vermoeden van schending van de mededelingsplicht op kunnen leveren maar terecht heeft Verzekeraar aangevoerd dat dat niet relevant is omdat de termijn van twee maanden gaat lopen op het moment dat Verzekeraar de schending van de mededelingsplicht heeft ontdekt. Verzekeraar kan dan ook niet worden verweten dat hij toen heeft nagelaten om direct nadere actie te ondernemen. Nu hij gezien de inhoud van zijn brief van 15 juli 2016 direct na kennisname van de psychiatrische expertiserapport van [X] van 6 juli 2016 waaruit bleek dat Consument kort voor de ingangsdatum van de verzekering onder behandeling was geweest voor een telkens terugkerende winterdepressie, wel een nader onderzoek heeft ingesteld en Consument al bij brief van 23 augustus 2016 heeft gewezen op de consequenties van schending van de mededelingsplicht, kan niet worden gesteld dat Verzekeraar zich schuldig heeft gemaakt aan schending van de tweemaandstermijn.

- 4.8 Nu vaststaat dat Verzekeraar zich niet schuldig heeft gemaakt aan schending van de hierboven genoemde termijn komt de Commissie toe aan de vraag of een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken, de verzekering niet dan wel slechts onder beperkende voorwaarden zou zijn aangegaan. Zie art. 7:930 lid 3 en 4 BW en 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.

De Commissie neemt in dit verband als vaststaand aan dat een redelijk handelend verzekeraar, indien Consument bij het aangaan van de verzekering deze licht depressieve klachten had opgegeven, diens medisch adviseur nadere informatie had laten opvragen bij Consument en haar behandelaar. Deze had dan te horen gekregen dat sprake was van een licht recidiverend depressief, seizoensgebonden beeld met een effectieve behandeling met behulp van lichttherapie waarbij de klachten voldoende verminderden maar dat bij Consument wisselend wel wat moeheid aanwezig blijft. Op basis van deze diagnose, die in het DSM V classificatiesysteem valt onder de uni- en bipolaire stoornissen, de GAV-richtlijnen ter zake en gezien de acceptatierichtlijnen van een herverzekeraar op dit onderdeel, had een redelijk handelend verzekeraar, de keuze tussen een volledige afwijzing dan wel het opnemen van een brede uitsluiting voor geestelijke en gedragsgerelateerde stoornissen. Gezien het feit dat de klachten van Consument nooit aanleiding hebben gegeven tot ziekteverzuim, vindt de Commissie goed verdedigbaar dat Verzekeraar de uitsluiting heeft opgenomen zoals hierboven onder 2.9 verwoord.

Daarbij overweegt de Commissie dat het opnemen van een uitsluiting voor alleen een depressie niet tot de mogelijkheden behoort, gezien de overlapping met andere psychische ziektebeelden, het feit dat psychische beelden elkaar in tijd kunnen opvolgen en het feit dat verschillende zorgverleners bij eenzelfde patiënt soms tot verschillende diagnose(s) kunnen komen.

- 4.9 Met Verzekeraar stelt de Commissie vast dat de thans bij Consument gestelde diagnose, zijnde een ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, moet worden aangemerkt als een psychische stoornis die is opgenomen in het DSM V classificatie systeem. De met deze diagnose gepaard gaande klachten worden volgens de behandelaar in stand gehouden door de angst van betrokkene dat zij gezien deze psychische stoornis, niet is opgewassen tegen haar huidige taak en de omvang van haar caseload. Daarmee staat naar het oordeel van de Commissie buiten kijf dat deze diagnose valt onder de door Verzekeraar opgenomen uitsluiting voor klachten en aandoeningen van psychische aard. Verzekeraar heeft Consument dan ook terecht uitkering uit hoofde van deze verzekering kunnen onthouden. De bij betrokkene gestelde diagnose dyslexie acht de Commissie geen reden om arbeids-ongeschiktheid aan te nemen.
- 4.10 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering. 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.