

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-117
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. B.F. Keulen, lid, drs. A. Paulusma-de Waal,
arts en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 2 februari 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te
noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 15 februari 2019
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheid. Schending mededelingsplicht. Consument heeft bij de aanvraag van zijn verzekering Hypotheek Opvang Polis een verkorte gezondeidsverklaring ingevuld. De vraag "Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek" heeft hij met 'Nee' beantwoord. Naar aanleiding van een arbeidsongeschiktheidsmelding is medische informatie ingewonnen. Daaruit is gebleken dat Consument al vele jaren oogklachten had. De Commissie heeft datgene waar Consument last van had als een oogkwaal gekwalificeerd. Consument had de vraag naar een ziekte, kwaal of gebrek dus met 'Ja' moeten beantwoorden. De door Verzekeraar geplaatste uitsluitingsclausule is gerechtvaardigd en behoeft niet te worden verwijderd. Criterium van de redelijk handelend verzekeraar. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de namens Consument ingezonden klachtbrief;
- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 14 november 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1964, heeft op 23 mei 2002 bij Verzekeraar een verzekering Hypotheek Opvang Polis tegen koopsom aangevraagd met dekking bij arbeidsongeschiktheid.

Op het aanvraagformulier is een verkorte gezondheidsverklaring opgenomen, die drie vragen bevat. Deze vragen zijn door Consument (eerste verzekerde) met 'Nee' beantwoord:

Gezondheidsverklaring	Eerste verzekerde	Tweede verzekerde	A L T I J D I N V U L L E N
1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek? 2. Heeft u voor hart- en/of vaatziekten, 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) spier- en/of gewrichtsaandoeningen, suikerziekte of een andere ernstige ziekte? 3. Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen? Wat zijn uw lengte en gewicht?	<input checked="" type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja 1.81cm 78kg	<input checked="" type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja 1.81cm 71kg	

Als u één van de bovenstaande vragen met JA heeft beantwoord, dan verzoeken wij u ook een medische vragenlijst in te vullen.

De verzekering is ingegaan op 28 december 2002. Op het polisblad staat vermeld dat het arbeidsongeschiktheids criterium 'vaststelling UWV-keuring (gangbare arbeid)' is. De eigen risicoperiode is 365 dagen. Het verzekerd maandbedrag is € 1.101,71. De looptijd van de verzekering is 240 maanden (einddatum 27 december 2022). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn 'Algemene verzekeringsvoorwaarden HOPI 101'. Op het polisblad is de volgende clausule opgenomen:

"Deze polis is opgemaakt ervan uitgaande dat er geen verandering is opgetreden in de (gezondheids-)situatie van verzekerde(n), zoals weergegeven in de stukken bij aanvraag, die conform de algemene verzekeringsvoorwaarden de grondslag van deze verzekeringsovereenkomst vormen, en dit gerekend vanaf de datum van ondertekening van de verzekeringsaanvraag tot en met de ingangsdatum zoals vermeld op het polisblad."

- 2.2 Consument heeft zich op 2 juni 2016 vanaf 6 juni 2013 arbeidsongeschikt gemeld wegens oogklachten (retinitis pigmentosa). Op het schadeaanvraagformulier gaf hij aan dat deze ziekte bij toeval is ontdekt tijdens een onderzoek naar andere klachten (droge contactlenzen en mouches volantes). Hij gaf tevens aan dat deze klachten in 2007/2008 zijn ontstaan.
- 2.3 Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Zijn medisch adviseur had op basis van de door hem opgevraagde medische informatie geconcludeerd dat Consument al vóór de ingangsdatum van de verzekering bekend was met de oogkwaal, en wel sinds 1992. De klachten zijn sindsdien toegenomen. Van 1992 tot 2000 heeft de oogarts onderzoek gedaan. In 2000 heeft de oogarts de differentiaaldiagnose retinitis pigmentosa overwogen. Deze diagnose is in 2003 definitief gemaakt. Verzekeraar heeft zich bij zijn afwijzing beroepen op het bepaalde in artikel 1 sub g van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en op artikel 7:929 lid 1 en artikel 7:930 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek (BW) inzake het niet nagekomen zijn van de precontractuele mededelingsplicht. Artikel 1 sub g van de voorwaarden luidt:

“ 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 gedurende deze periode 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.”

Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument vraag I (“Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?”) van de verkorte gezondheidsverklaring niet juist heeft beantwoord en dat de verzekering dus niet op de juiste basis is afgesloten. Als Consument vraag I met ‘Ja’ had beantwoord had hij ook een uitgebreide gezondheidsverklaring moeten invullen. Hij zou daarin uitgebreide informatie hebben moeten geven over zijn jarenlange, in ernst toenemende oogklachten, de onderzoeken en de behandelingen die hij hiervoor had gehad. Dan zou de medisch adviseur nadere informatie hebben opgevraagd en zou alle oog- en visuspathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen zijn uitgesloten. Verzekeraar heeft alsnog een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst. De arbeidsongeschiktheidsclaim van Consument valt volgens hem onder de clausule.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- De in 1992 gediagnosticeerde oogklachten zijn onschuldig, veel voorkomend en leveren weinig hinder op waardoor Consument deze niet heeft gemeld bij het aanvragen van de verzekering. Gevraagd werd naar ernstige kwalen.
- De oog-aandoening die zich in 2003 openbaarde heeft niets te maken met de eerdere oogklachten. De medisch adviseur van Consument ondersteunt dit standpunt. Hij schreef onder meer:

“De oogklachten voor het aangaan van de verzekering op 28 december 2002 waren klachten van Mouches volantes ofwel glasvochttroebelingen. Dit is op zich een benigne aandoening. De in 2000 in de dd van de oogarts geopperde diagnose retinitis pigmentosa is nooit aan cliënt medegedeeld. Cliënt kon derhalve ook niet weten dat hij deze aandoening mogelijk had. Dit is een voortschrijdend proces wat in het algemeen tot ernstige beperkingen van de visus leidt. Uit de gegevens van de huisarts komt naar voren dat de diagnose retinitis pigmentosa pas in november 2003 aan cliënt is medegedeeld. Dit is ruim na het aangaan van de verzekering. De Mouches volantes vallen niet onder ziekte die cliënt had dienen aan te geven bij het aanvragen van de verzekering.

Derhalve is het naar mijn mening onjuist dat wordt gesteld dat cliënt de retinitis pigmentosa bij het aanvragen van de verzekering had moeten melden, aangezien hij dit op dat moment niet als diagnose had gekregen. Een relatie tussen Mouches volantes en retinitis pigmentosa is niet aanwezig.”

Het bezoek in 2000 was alleen door Consument geïnitieerd omdat hij nieuwsgierig was naar de stand van zaken. De vlekken waren af en toe aanwezig maar verdwenen na verloop van tijd weer, zo was de ervaring. De oogarts heeft een aanvullend onderzoek uitgevoerd, waarover aan Consument (per telefoon) niets ernstigs is gemeld. Veel viel er niet te zeggen ('ogen komen in donker wat traag op gang'). De diagnose mouches volantes bleef onveranderd. Verhelpen was niet nodig en ook een vervolgspraak was niet nodig. De uitnodiging was om, als Consument daar behoefte aan had, op termijn af en toe een nieuwe check te laten uitvoeren. Uit niets is Consument gebleken dat er mogelijk iets ernstigs aan de hand was. Pas eind 2003 deed zich een duidelijke verandering voor van klachten, die van heel andere aard waren: knipperende, direct meebewegende vlekken, die ondubbelzinnig duiden op retinitis pigmentosa.

- De uitsluitingsclausule is ten onrechte geplaatst.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Daarbij heeft hij zich op het standpunt gesteld dat hij als redelijk handelend verzekeraar alle oog- en visuspathologie had mogen en kunnen uitsluiten. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft hij een kopie overgelegd van de relevante pagina's uit het handboek van zijn herverzekeraar [Naam herverzekeraar].

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

4.2 Ingevolge artikel 7:928 BW is de aspirant-verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekeringnemer 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 het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841.

- 4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in 1992 bij de oogarts is geweest met vlekken achter de ogen, geduid als ‘mouches volantes’, een meestal onschuldige oogkwaal. In 1995 heeft hij wederom de oogarts bezocht omdat de vlekken in toenemende mate storend werden. Een afwachtend beleid werd toen geadviseerd omdat een operatie complicaties kan geven bij het accommoderen (dichtbij kijken). In 2000 bezocht Consument de oogarts opnieuw met twee klachten. Uit de beschikbare informatie blijkt dat sprake was van nachtblindheid en kokerzien. De oogarts doet diverse afwijkende bevindingen bij onderzoek en overweegt diverse aandoeningen, waaronder retinitis pigmentosa, maar stelt of meldt geen diagnose. Hij heeft Consument alleen iets meegedeeld over ‘ogen die in het donker traag op gang komen’. Een vervolg consultatie hoefde alleen plaats te vinden als Consument daaraan behoefte had. In 2003 is de diagnose retinitis pigmentosa gesteld. Consument heeft dus vanaf 1992 oogklachten ervaren waarvoor hij diverse malen de oogarts heeft geconsulteerd. In 2000 waren de klachten anders van karakter dan in 1992. Nachtblindheid en kokerzien horen niet bij mouches volantes. De Commissie acht het overigens zeer wel denkbaar dat de oogarts in 2000 erg vaag is gebleven in zijn uitlatingen. Specifieke uitspraken zouden alleen maar tot onrust hebben geleid, dit terwijl Consument toen nog goed kon zien. Dit laat onverlet dat in 2000 méér aan de hand was dan alleen een onschuldige aandoening in de vorm van mouches volantes. De Commissie kwalificeert datgene waar Consument last van had als een kwaal, zulks mede gezien de aard, de duur, het persisteren en de verandering van de klachten. De diagnose retinitis pigmentosa was toen nog niet gesteld maar de symptomen waren er al wel. Dit betekent dat Consument naar het oordeel van de Commissie vraag I van de verkorte gezondheidsverklaring ‘Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?’ met ‘Ja’ had moeten beantwoorden. In dat geval zou hij een uitgebreide gezondheidsverklaring hebben moeten invullen waarin hij melding had moeten maken van zijn oogkwaal. Door in de gezondheidsverklaring naar een ziekte, kwaal of gebrek te vragen, staat de relevantie van het antwoord op die vraag in beginsel vast. Vanwege het feit dat Verzekeraar dit heeft onderbouwd met een verwijzing naar het Handboek van zijn herverzekeraar [Naam herverzekeraar], een wereldwijd gebruikt handboek voor medische acceptatie, aldus Verzekeraar, is naar het oordeel van de Commissie ook voldaan aan het criterium van de redelijk handelend verzekeraar. De Commissie merkt verder nog op dat in de verkorte gezondheidsverklaring niet gevraagd wordt naar een ‘ernstige’ ziekte, kwaal of gebrek, maar naar ‘ziekte, kwaal of gebrek’ zonder meer.
- 4.4 Gelet op het voorgaande concludeert de Commissie dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen door vraag I van de verkorte gezondheidsverklaring met ‘Nee’ te beantwoorden.
- 4.5 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule voor alle oog- en visuspathologie op de polis zou hebben geplaatst, zoals Verzekeraar heeft gedaan.

De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend. Als Consument bij de aanvraag gemeld zou hebben een oogkwaal te hebben en hiervoor al op vrij jonge leeftijd (32 jaar) en nadien in de volgende acht jaar nog twee maal een specialist te hebben geraadpleegd, zou door de medisch adviseur nadere informatie zijn opgevraagd en zou deze informatie tot clausulering van de ogen hebben geleid met al dan niet een recht op herbeoordeling na vijf of tien jaar. Verzekeraar heeft in zijn verweerschrift verwezen naar het Handboek van zijn herverzekeraar [Naam herverzekeraar], welk handboek wereldwijd gebruikt wordt voor medische acceptatie, aldus Verzekeraar. Daarin ligt besloten de stelling dat Verzekeraar heeft gehandeld overeenkomstig het beleid van een redelijk handelend verzekeraar. De Commissie volgt deze stelling van Verzekeraar.

- 4.6 De slotsom is dat de uitsluitingsclausule gerechtvaardigd is en niet behoeft te worden verwijderd. Verzekeraar is niet tekort is geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.
- 4.7 De Commissie merkt nog op dat het beroep van Verzekeraar op artikel I sub g van de verzekeringsvoorwaarden niet opgaat. Dit artikellid bevat een begripsomschrijving, geen dekkingsuitsluiting.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.