

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-825
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. M.L.A. Schotel, leden en
mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 1 november 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te
noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 22 oktober 2019
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft zich arbeidsongeschikt gemeld. Naar aanleiding van de verkregen medische informatie is door Verzekeraar een verzwijgingsonderzoek in gang gezet. Daaruit bleek dat Consument onder behandeling is geweest van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in verband met rouwverwerking, autonomie en losmaking. Daarvan heeft Consument bij het aangaan van de verzekering geen melding gemaakt. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en heeft een uitsluitingsclausule voor psychopathologie geplaatst. De Commissie volgt dit standpunt niet. Alleen in de intakebrief is een diagnose gesteld en in de ontslagbrief niet. Verzekeraar mag zijn standpunt dan niet baseren op de informatie uit de intakebrief, zijnde een hypothese. Vordering toegewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument digitaal ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de aanvullende stukken van Verzekeraar van 7 en 21 mei en 7 en 12 juni 2019;
- de reactie daarop van Consument van 21 juli 2019.

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 23 april 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 In 2008/2009 is Consument behandeld binnen het Centrum voor diagnostiek, advies en kortdurende behandeling van de GGZ [locatie]. Daar heeft hij vijf gesprekken gevoerd met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

2.2 Op 19 oktober 2011 heeft Consument bij Verzekeraar een Hypotheek Opvang Polis aangevraagd. Consument heeft hiertoe een 'Beknopte gezondheidsverklaring' ingevuld. Vraag 2 hiervan luidde als volgt:

*“Bent u ooit naar een (huis)arts/specialist/psycholoog geweest voor:
[...]
- psychische klachten.”*

Deze vraag heeft Consument ontkennend beantwoord.

2.3 Consument heeft vervolgens ook een uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld. Vraag 3 sub b luidde als volgt:

*“Lijdt u, of heeft u geleden aan een van de volgende ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder):
b) aandoeningen van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out?”*

Deze vraag heeft Consument ontkennend beantwoord.

2.4 Vraag 4 sub b luidde als volgt:

*“4. (Huis)artsenbezoek en medicijngebruik
[...]
b) heeft u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog of een andere paramedicus geraadpleegd? (zo ja, waarvoor, wanneer, wie?)”.*

Ook deze vraag heeft Consument ontkennend beantwoord.

2.5 Consument heeft de uitgebreide gezondheidsverklaring op 4 oktober 2011 ondertekend.

2.6 De verzekering is op 1 oktober 2011 ingegaan. Het verzekerde maandbedrag is € 1.066,00. Er geldt een eigen risicotermijn van 730 dagen. Op het polisblad zijn de 'Algemene verzekeringsvoorwaarden HOP 0910' van toepassing verklaard.

- 2.7 Op 10 september 2017 heeft Consument bij Verzekeraar een claim ingediend omdat hij per 12 januari 2016 arbeidsongeschikt is vanwege psychische klachten (angst, dwang en autisme).
- 2.8 Verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en zijn medisch adviseur heeft het medisch dossier van Consument beoordeeld. In zijn advies van 23 februari 2018 heeft de medisch adviseur bij de vraag of sprake is van pre-existente klachten vermeld dat Consument al in 2008/2009 onder psychische behandeling is geweest en dat het ging om rouwverwerking en acceptatie. De medisch adviseur vermeldt ook dat hij er niet mee bekend is welke diagnose is gesteld en dat het volgende behandeltraject op 3 januari 2013 is aangevangen.
- 2.9 Per e-mail van 26 maart 2018 heeft Consument de ontslagbrief van 9 februari 2009 van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het Centrum voor diagnostiek, advies en kortdurende behandeling van de GGZ [locatie], gericht aan de huisarts van Consument, toegezonden aan Verzekeraar. In die brief staat dat Consument van 10 september 2008 tot en met 9 februari 2009 in behandeling is geweest en dat hij oplossingsgerichte therapie, gericht op rouwverwerking, autonomie en losmaking, heeft gevolgd. In de brief staat ook het volgende:

*“Na enkele gesprekken zijn de klachten verminderd en bleken ook samen te hangen met spanning/ontspanning. Tegelijkertijd werd de focus gelegd op meer inkleuring van eigen leven, meer autonomie, rouwverwerking en ontspannende activiteiten.
Patiënt is goed vooruit gegaan, heeft een goed sociaal leven, een vast contract gekregen en weet zich beter te ontspannen.”*

In de brief staat verder dat op As I van DSM IV geen diagnose is gesteld. Bij As 2 van DSM IV is het volgende ingevuld: “diagnose uitgesteld, cluster C-trekken”.

- 2.10 Op 12 april 2018 heeft de medisch adviseur een nieuw rapport opgesteld, nadat aanvullende medische informatie was opgevraagd bij behandelaars van Consument in verband met het vermoeden van pre-existentie van de psychische klachten. In dit rapport staat het volgende:

“Nieuwe medische informatie:

9-2-2009: psychiater [naam psychiater 1] GGZ [locatie]:

Betrokkene is van 10-9-2008 tot 9-2-2009 onder behandeling geweest en er is geen diagnose gesteld maar betrokkene heeft gesprekken gevolgd in het kader van rouwverwerking, autonomie en losmaking. Er is een goede vooruitgang geboekt.

GAF was 70 en betrokkene had Cluster C trekken.

Beschouwing:

Er kan dus op basis van de aangeleverde informatie niet worden uitgegaan van relevante preëxistente psychische klachten van betrokkene.

Wel was er sprake van persoonlijkheidskenmerken met cluster c trekken.

Dit is geen relevante psychiatrie.”

- 2.11 Vervolgens heeft Verzekeraar wederom aanvullende medische gegevens opgevraagd. Psychiater [naam psychiater 2] heeft per brief van 18 mei 2018, gericht aan een andere medisch adviseur van Verzekeraar, aan Verzekeraar doen toekomen:
- de aanmeldingsbrief van 3 november 2008 van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige aan de huisarts van Consument.

Deze brief vermeldt dat bij Consument diagnostisch sprake lijkt te zijn van een aanpassingsstoornis met angst en van onverwerkte problematiek vanuit het gezin van herkomst. Op As I van de DSM IV Classificatie is een Aanpassingsstoornis met angst vastgesteld.

- 2.12 In reactie hierop heeft de (eerdere) medische adviseur aanvullend geadviseerd in een rapport van 7 juni 2018. De adviseur vermeldt in dat rapport het volgende

“Beschouwing:

Betrokkene heeft in 2008/2009 tijdelijke psychische klachten gehad echter deze klachten bestonden uit lichte tot matige psychiatrie.

Betrokkene is hier goed van hersteld en daarna zijn de hierboven genoemde klachten ontstaan.

Het is nog maar de vraag of hier gezien de aard en de ernst van de problematiek op korte termijn een verbetering in te verwachten is.

Het is niet duidelijk bij wie er informatie is opgevraagd.

Ik zou eind 2018 nog een keer informatie opvragen bij de huidige behandelaar.

Nu wordt informatie aangeleverd over de pre-existente psychische klachten en niet over de actuele klachten.

Hierover wordt in mijn 1^e advies wel gedocumenteerd.”

- 2.13 Per brief van 13 juni 2018 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld:
- dat hij vraag 2 van de korte medische vragenlijst onjuist heeft beantwoord;
 - dat hij vraag 3 sub b en vraag 4 sub b van de uitgebreide medische vragenlijst onjuist heeft beantwoord.

Verzekeraar laat Consument in de brief weten dat de verzekering niet op de juiste basis is afgesloten en dat dit gerepareerd zal worden door alsnog een clausule aan de verzekering toe te voegen. Volgens Verzekeraar is dit geregeld in art. 7:929 lid 1 en art. 7:930 lid 3 BW.

De toegevoegde uitsluitingsclausule luidt als volgt:

‘Voor verzekerde I is arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychopathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de hele looptijd van de verzekering uitgesloten.’

2.14 Verzekeraar heeft vervolgens, met een beroep op de uitsluitingsclausule, de claim van Consument afgewezen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering en verwijdering van de clausule.

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 verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument is vijf keer op gesprek geweest bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Hoewel volgens de intakebrief sprake was van dwangklachten, heeft de behandelaar na die vijf gesprekken geoordeeld dat er niets met Consument aan de hand was.
- Verzekeraar stelt ten onrechte dat Consument had moeten melden dat hij in 2008 psychische klachten had. Pas in 2016 is zijn gedrag als psychische aandoening aangemerkt. Daarvoor heeft geen enkele arts dit vastgesteld en is tegen Consument gezegd dat er niets met hem aan de hand was.
- Verzekeraar meent ten onrechte dat wat in de intakebrief is vastgesteld, gelijk staat aan ‘aanpassingsstoornis – matig risico’ in GenRe. Er was immers geen sprake van een beperking of ziekte. Dit blijkt ook uit de omstandigheid dat in de periode dat Consument bij in behandeling was, hij een contract op fulltime basis en voor onbepaalde tijd heeft gekregen.

Verweer Verzekeraar

3.3 Mede op basis van de adviezen van de medisch adviseur is Verzekeraar tot de conclusie gekomen dat Consument niet volledig is geweest in het beantwoorden van de gezondheidsvragen. Consument had moeten vermelden dat hij voor psychische klachten al onder behandeling is geweest omdat daar expliciet en ondubbelzinnig naar is gevraagd in de vragenlijst. Consument is in 2008/2009 een behoorlijke periode begeleid, een zogenaamde langdurende behandeling. Consument kan dat niet zijn vergeten. De informatie die Consument niet heeft gemeld was relevant. Bij psychische klachten is bekend dat ze vroeg of laat weer de kop op steken.

Verzekeraar heeft daarom alsnog een clause toegepast op de verzekering waarbij alle psychopathologie is uitgesloten van dekking en de claim van Consument is afgewezen. Verzekeraar heeft daarbij gehandeld volgens het acceptatiebeleid van GenRe bij aanpassingsstoornissen. Dit blijkt uit de CLUE manual van GenRe die in 2011 van toepassing was.

4. Beoordeling

De maatstaf

- 4.1 Centraal in de onderhavige kwestie staat de vraag of Consument zijn mededelingsplicht bij de aanvraag van de Hypotheek Opvang Polis heeft geschonden en, in het verlengde daarvan, of Verzekeraar eenzijdig een dekkingsbeperkende clause op deze verzekering van toepassing heeft mogen verklaren. Verzekeraar heeft uitkering geweigerd met een beroep op die clause.
- 4.2 De Commissie stelt voorop dat in artikel 7:928 lid 1 BW staat dat de aspirant-verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst 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.
- 4.3 Indien een verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt op grond van lid 6 dat de verzekeraar zich er niet op kan beroepen dat feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, tenzij de (aspirant-)verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. In beginsel geldt dus dat indien de verzekeraar een vragenlijst hanteert, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat hij tot niet meer gehouden is dan het beantwoorden van de vragen die op de vragenlijst staan.
- 4.4 Een aspirant-verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden mag toekennen. Zie de volgende uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, NJ 1997/637, m.nt. M.M. Mendel, r.o. 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, NJ 1997/638, m.nt. M.M. Mendel (Aegon/BMA), r.o. 3.7 onder punt 1.
- 4.5 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, NJ 1998/623 (Bloemers/H.), r.o. 3.3.

- 4.6 Indien de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Zie [Kamerstukken II 1985/86, 19529, 3, p. 8](#).
- 4.7 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet zou zijn aangegaan of slechts onder andere voorwaarden.
- 4.8 In deze zaak heeft Verzekeraar een beroep gedaan op de laatste zin van art. 7:930 lid 3 BW. Deze zin luidt als volgt:
- ‘Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.’
- 4.9 Verzekeraar heeft niet alleen uitkering geweigerd, maar heeft ook eenzijdig een dekkingsuitsluitingsclausule van toepassing verklaard op de verzekering. Strikt genomen kan art. 7:930 lid 3 BW daarvoor niet gebruikt worden, nu deze bepaling enkel betrekking heeft op het recht op uitkering en niet op de verzekering zelf. Uit uitspraken van de Commissie volgt echter dat lid 3 de grondslag kan vormen voor een eenzijdige wijziging van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeraar, indien vaststaat dat de verzekeringnemer de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Zie onder meer: Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (Kifid) 30 januari 2014, nr. 2014-53, r.o. 5.7 en 5.8.
- 4.10 Tot slot merkt de Commissie op dat een beroep van de verzekeraar op art. 7:930 lid 3, laatste zin, BW in beginsel alleen zal kunnen slagen indien de verzekeraar aantoont dat (ook) een redelijk handelend verzekeraar bij bekendheid met de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld. Zie r.o. 3.4.6 en 3.4.9 van het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer: ECLI:NL:HR:2018:184.

De toepassing van de maatstaf

- 4.11 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument voor de aanvraag van de verzekering in de periode van 10 september 2008 tot en met 9 februari 2009 vijf gesprekken heeft gevoerd met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in verband met rouwverwerking, autonomie en losmaking. Consument voerde deze gesprekken binnen het Centrum voor diagnostiek, advies en kortdurende behandeling van de GGZ [locatie].

- 4.12 De Commissie neemt verder als vaststaand aan dat Verzekeraar bij het sluiten van de verzekering aan Consument gevraagd heeft of hij aan psychische klachten heeft geleden én of hij wel eens een psycholoog heeft geraadpleegd.
- 4.13 Hoewel Consument geen gesprekken heeft gevoerd met een psycholoog, maar met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, is de Commissie van oordeel dat Consument vraag 4 sub b van de uitgebreide gezondheidsverklaring, waarin wordt gevraagd of hij een psycholoog heeft geraadpleegd, met 'Ja' had moeten beantwoorden. Immers, uit de combinatie van de door Verzekeraar op de uitgebreide medische vragenlijst gestelde vragen (zie randnummer 2.2 tot en met 2.4), had Consument moeten afleiden dat Verzekeraar belang had bij, en geïnteresseerd was in, kennisname van de door Consument met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige gevoerde gesprekken en de achtergrond daarvan. De Commissie gaat er daarbij van uit dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige Consument heeft geholpen onder supervisie van een psycholoog of een psychiater (zie ook randnummer 2.11). De Commissie gaat daarvan uit, omdat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen onder zulke supervisie, althans in teamverband, plegen te werken.
- 4.14 De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan zijn mededelingsplicht van artikel 7:928 BW heeft voldaan.
- 4.15 Vervolgens is de vraag aan de orde wat Verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan.
- 4.16 De Commissie volgt Verzekeraar niet in zijn stelling dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een clause voor psychopathologie had geplaatst. Hoewel de aanmeldingsbrief van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (zie randnummer 2.11) vermeldt dat bij Consument sprake was van een aanpassingsstoornis met angst, is die diagnose bij de ontslagbrief (zie randnummer 2.9) niet meer gesteld. Uit die ontslagbrief lijkt te volgen dat Consument slechts aan milde psychische klachten leed, die eenvoudig waren op te lossen en ook daadwerkelijk opgelost werden.
- 4.17 Gesteld kan dus worden dat de 'werkdiagnose' van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de aanmeldingsbrief, zijnde een hypothese, geen stand heeft gehouden. Verzekeraar kan die werkdiagnose dan ook niet als uitgangspunt nemen.
- 4.18 Uitgegaan dient te worden van rouwverwerking in combinatie zonder werkverzuim en met een normaal sociaal leven.

Gelet op de regelmaat van één behandeling per maand en de duur van de behandeling, zijnde vijf maanden, is bovendien geen sprake van een intensieve behandeling. Bij een intensieve behandeling denkt de Commissie eerder aan een gesprek per week of twee weken.

- 4.19 Nu Verzekeraar geen andere feiten dan de brieven van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige naar voren heeft gebracht, waarop hij zijn standpunt heeft gebaseerd, is niet aannemelijk geworden dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een clause voor psychopathologie had geplaatst.
- 4.20 Overigens is de medisch adviseur in zijn laatste advies (zie randnummer 2.12) niet meer teruggekomen op zijn bevinding dat geen sprake is van relevante pre-existente klachten. De medisch adviseur maakt slechts melding van 'lichte tot matige psychiatrie', zodat ook volgens die adviezen geen sprake is van relevante pre-existente klachten.
- 4.21 De Commissie komt daarom tot de conclusie dat Verzekeraar niet gerechtigd was een uitsluitingsclausule voor psychopathologie te plaatsen en dat de arbeidsongeschiktheidsclaim vanwege psychische klachten dus gedekt is. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vorderingen van Consument toe.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de clause voor psychopathologie van de verzekering verwijdert, de claim in behandeling neemt en indien aan de voorwaarden voor uitkering is voldaan, vanaf 12 januari 2018 een uitkering verstrekt.

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.