

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-001
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, drs. M.L.A. Schotel, leden en
mr. E.C. van Roosmalen-Aarts, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 16 april 2019
Ingediend door : Consument
Tegen : Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 2 januari 2020
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument is haar precontractuele mededelingsplicht niet nagekomen door de vragen in de verkorte gezondheidsverklaring met “Nee” te beantwoorden. De Commissie concludeert dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. Verzekeraar is geen uitkering onder de verzekering verschuldigd. De Commissie beschouwt de Verzekering als beëindigd. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op woensdag 4 november 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1958, heeft bij Verzekeraar een ‘Woongarant Hypotheekbeschermingsplan’ (hierna: ‘Verzekering’) met onder andere dekking bij arbeidsongeschiktheid aangevraagd.

In de op 31 oktober 2012 ondertekende aanvraagformulier is een verkorte gezondheidsverklaring opgenomen die onder andere de volgende drie vragen bevat. Deze vragen zijn door Consument (Verzekerde 1) met 'Nee' beantwoord.

“(…)

MEDISCHE VERKLARING

Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?
Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, 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) luchtwegklachten, bloeddruk, bloedonderzoek (o.a. op cholesterol), epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), suikerziekte of een andere ernstige ziekte?
Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen?

Verzekerde 1

Nee

Nee

Nee

(…)”

- 2.2 De Verzekering is ingegaan op 30 november 2012.
- 2.3 Op 8 april 2014 is Consument betrokken geweest bij een ongeval.
- 2.4 Consument heeft op 6 september 2016 een 'schade aangifteformulier arbeidsongeschiktheid Kredietbeschermer' bij Verzekeraar ingediend. Op dit formulier heeft Consument ingevuld dat ze per 9 april 2014 arbeidsongeschikt is vanwege whiplash en psychische klachten welke het gevolg zijn van een verkeersongeval.
- 2.5 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheid-sclaim medische informatie opgevraagd. In de journaalgegevens van de huisarts wordt – voor zover hier relevant – melding gemaakt van:
 - verschillende consulten in 2009, 2011 en 2012, en in 2011 tevens consult bij de radioloog, ten aanzien van het rechteronderbeen, met name de rechter knie, waarbij in 2012 de diagnose gonatrose (artrose in de knie) wordt gesteld;
 - verschillende consulten ten aanzien van de pols en hand, welke aanvangen in mei 2008 en waarvoor orthopedische consultatie plaatsvindt in september 2008. In 2011 wordt Consument doorverwezen naar een neuroloog, welke in oktober 2011 de terugkoppeling CTS geeft;
 - een consult in verband met vermoeidheidsklachten in maart 2010 waarvoor labonderzoek plaatsvindt en doorverwijzing naar een cardioloog. In 2004 en 2010 is Consument onderzocht bij de cardioloog.

Meerdere consulten in 2011 wegens vooral hartklachten in de zin van aanvalsgewijze snelle hartactie en te hoge bloeddruk, waarvoor medicatie wordt voorgeschreven.

- een mogelijke voorgeschiedenis van psychische klachten vóór de aanvraag van de Verzekering.

- 2.6 Bij brief van 4 december 2017 heeft Verzekeraar de claim van Consument afgewezen en medegedeeld dat de Verzekering wordt beëindigd. Verzekeraar schrijft in zijn brief dat Consument de gezondheidsvragen bij het aangaan van de Verzekering niet naar waarheid heeft beantwoord en daarmee haar mededelingsplicht heeft geschonden. Consument heeft de klachten ten aanzien van haar rechteronderbeen (knie en teen), hand/pols, de vermoeidheidsklachten/tachycardie en haar psychische klachten niet vermeld. Indien Verzekeraar op de hoogte was geweest van deze informatie zou hij geen verzekering hebben gesloten omdat de bekende klachten zouden hebben geleid tot minimaal drie uitsluitingen en bij drie uitsluitingen of meer er geen mogelijkheden zijn voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering.
- 2.7 Consument heeft bij e-mailbericht van 22 januari 2019 bezwaar gemaakt tegen het standpunt van Verzekeraar. Verzekeraar heeft bij e-mailbericht van 15 februari 2019 aan Consument medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.

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 volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de Verzekering door geen uitkering onder de Verzekering te verstrekken. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:
- Er is geen sprake van schending van de mededelingsplicht. Consument heeft het aanvraagformulier naar waarheid ingevuld. Zij heeft de bezoeken aan de huisarts in verband met een 'pijntje' of dingen waar zij niet blijvend last van had uiteraard niet vermeld. Consument licht toe dat zij in het verleden wel eens last heeft gehad van haar knie, maar dat zij ten tijde van de aanvraag geen klachten meer had en dit daarom niet heeft gemeld. Ook heeft Consument wel eens last gehad van eczeem, maar dit was met een zalfje snel verhopend. Dit leek Consument geen ziekte, kwaal of gebrek. Consument is vergeten te vermelden – ze dacht ook dat het niet nodig was – dat zij een licht verhoogde bloeddruk had en daarvoor medicatie gebruikte.

De consultatie van de huisarts in verband met hart- en psychische klachten voor de aanvraag heeft Consument niet gemeld omdat verschillende onderzoeken naar deze klachten niets hebben uitgewezen. Ten aanzien van de gewrichtsklachten, merkt Consument op dat iedereen wel eens last heeft van zijn of haar gewrichten en dat de huisarts hier verder ook niets mee gedaan heeft.

- Consument is thans arbeidsongeschikt als gevolg van een ongeval. Dit heeft niets te maken met de klachten die Consument al bij aanvang van de Verzekering had.

Verweer Verzekeraar

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

- Consument heeft bij de aanvraag van de Verzekering een aantal vragen ten onrechte met “Nee” beantwoord. Consument had ten tijde van de aanvraag knieklachten, eczeem en hypertensie, deze had zij bij vraag 1 op de gezondheidsverklaring moeten melden. Bij vraag twee had zij melding moeten maken van hartklachten, psychische klachten, bloeddruk en gewrichtsklachten. Bij vraag 3 had zij moeten melden dat ze medicatie gebruikte voor hypertensie. Een juiste beantwoording van de vragen zou hebben geleid tot een blijvende clausule rechterknie, een blijvende clausule rechter teen op basis van artrose, een clausule hand- en polsklachten (met eventuele herbeoordeling) en een clausule hart - en bloedvaten met herbeoordeling na 2-3 jaar. Het acceptatiebeleid van Verzekeraar schrijft voor dat er niet meer dan twee uitsluitingen worden geaccepteerd. Dit betekent dat indien Consument de vragen correct had beantwoord de Verzekering niet zou zijn geaccepteerd. Het beleid van Verzekeraar wijkt niet af van dat van een redelijk handelend verzekeraar omdat bij meer uitsluitingen de dekking illusoir wordt. Consument verwijst in dit kader naar een audit rapport van zijn herverzekeraar.
- Het gaat – anders dan Consument lijkt te veronderstellen – niet om de vraag of er een verband bestaat tussen de reeds bij het aangaan van de Verzekering bestaande klachten en de klachten die uiteindelijk tot arbeidsongeschiktheid hebben geleid. Indien Consument de verkorte gezondheidsverklaring correct had ingevuld, dan was haar gevraagd om een uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen. Op basis daarvan zou de medisch adviseur van Verzekeraar hebben geadviseerd om de Verzekering niet te accepteren.
- De medisch adviseur concludeert dat Consument in 2012 voor minder dan 35% arbeidsongeschikt werd geacht voor de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Zie in dit kader ook de eigen verklaring van Consument op het schadeangifteformulier. Gelet op het feit dat een dergelijke beslissing volgt na een langdurige periode van arbeidsongeschiktheid geeft dit aan dat Consument in de periode daaraan voorafgaand – en dus ten tijde van het aangaan van de Verzekering – arbeidsongeschikt is geweest.

4. Beoordeling

- 4.1 De Commissie moet de vraag beantwoorden of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door in de door haar ondertekende verkorte gezondheidsverklaring van 31 oktober 2012 de vragen zoals hierboven onder 2.1 weergegeven, met “Nee” te beantwoorden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

Schending van de mededelingsplicht

- 4.2 Ingevolge artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (hierna: 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 afhangt of kan afhangen of, en zo ja op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten. Indien een verzekering is 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. De gezondheidsverklaring bevat zo’n vragenlijst waarvan de invuller moet begrijpen dat (volledigheid van) antwoorden van belang is.
- 4.3 Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, erop 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. Verzekeraar handelt hiermee overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW. Bij de vraag of de niet-medegedeelde feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer: ECLI:NL:HR:2018:1841.
- 4.4 Op grond van het medisch dossier, en met name de gegevens in het huisartsenjournaal, neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument:
- in 2009, 2011 en 2012 de huisarts meermaals, en in 2011 de radioloog, heeft geconsulteerd ten aanzien van het rechteronderbeen, met name de rechter knie, waarbij in 2012 de diagnose gonatrose (artrose in de knie) is gesteld;

- meermaals de huisarts heeft geconsulteerd ten aanzien van de pols en hand, welke aanvallen in mei 2008 en waarvoor orthopedische consultatie heeft plaatsgevonden in september 2008. In 2011 is Consument doorverwezen naar een neuroloog, welke in oktober 2011 de terugkoppeling CTS gaf;
- in maart 2010 de huisarts heeft bezocht in verband met vermoeidheidsklachten waarvoor labonderzoek heeft plaatsgevonden en Consument is doorverwezen naar een cardioloog. In 2004 en 2010 is Consument onderzocht bij de cardioloog. In 2011 heeft Consument meermaals de huisarts bezocht wegens vooral hartklachten in de zin van aanvalsgewijze snelle hartactie en te hoge bloeddruk, waarvoor medicatie is voorgeschreven.

4.5 In de verkorte gezondheidsverklaring wordt expliciet gevraagd of Consument (de laatste vijf jaar) een arts/specialist heeft geraadpleegd voor hartklachten, bloeddruk, bloedonderzoek, gewrichtsklachten of een andere ernstige ziekte. Daarnaast is ook expliciet gevraagd of Consument een ziekte, kwaal of gebrek heeft en medicijnen gebruikt. Consument had dan ook behoren te begrijpen dat zij haar knieklachten (gonatrose), de hand- en polsklachten (CTS) en de vermoeidheids- en hartklachten had moeten melden. Dat, zoals Consument heeft aangevoerd, haar klachten niet ernstig waren en/of van voorbijgaande aard zijn geweest, is niet van belang voor de vraag of Consument wist of behoorde te weten dat deze feiten voor Verzekeraar van belang waren of konden zijn. Nu Verzekeraar naar deze klachten heeft gevraagd, behoorde Consument te weten dat Verzekeraar deze klachten van belang achtte voor zijn beslissing de verzekering aan te gaan en onder welke voorwaarden.

4.6 Consument had voornoemde klachten waarmee zij bekend was derhalve moeten melden bij Verzekeraar door de vragen in de verkorte gezondheidsverklaring te beantwoorden met "Ja". De Commissie concludeert dan ook dat Consument niet aan haar mededelingsplicht op grond van artikel 7:928 lid 1 BW heeft voldaan.

Redelijk handelend verzekeraar

4.7 Vervolgens is aan de orde de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. Verzekeraar heeft naar het oordeel van de Commissie voldoende onderbouwd dat hij, mede onder verwijzing naar het auditrapport van de herverzekeraar, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de aanvraag zou hebben afgewezen.

Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de uitgebreide medische voorgeschiedenis van Consument met een scala aan recidiverende en persisterende klachten en het feit dat in de arbeidsongeschiktheidsbranche het niet gangbaar is om een verzekeringsovereenkomst met drie of meer clausules aan te bieden, het standpunt dat de aanvraag bij juiste beantwoording van de gestelde vragen zou zijn afgewezen en de verzekering niet tot stand zou zijn gekomen.

Geen recht op uitkering

- 4.8 Nu Consument niet voldaan heeft aan haar mededelingsplicht en nu mag worden aangenomen dat de Verzekering bij juiste beantwoording van de bij de aanvraag gestelde gezondheidsvragen niet tot stand zou zijn gekomen, is Verzekeraar gelet op artikel 7:930 lid 4 BW geen uitkering verschuldigd ter zake van de gemelde arbeidsongeschiktheid.
- 4.9 Voor zover Consument nog heeft gesteld dat zij thans arbeidsongeschikt is als gevolg van een ongeval en dat dit niets te maken heeft met de klachten die zij al bij aanvang van de verzekering had, overweegt de Commissie dat dit niet van belang is, omdat bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering in het geheel niet tot stand gekomen zou zijn, waardoor er geen recht op uitkering bestaat.

Beëindiging verzekering

- 4.10 Artikel 7:929 lid 2 BW bepaalt – voor zover relevant – dat de verzekeraar die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht kan opzeggen.
- 4.11 Nu mag worden aangenomen dat Verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, oordeelt de Commissie dat gelet op de afwijzingsbrief van Verzekeraar van 4 december 2017 en hetgeen ter zitting naar voren is gekomen, de Verzekering geacht wordt tijdig beëindigd te zijn. Dit betekent dat Consument geen premie meer verschuldigd is aan Verzekeraar.

Conclusie

- 4.12 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 2 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/in-beroep-gaan-bij-kifid.]

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.