

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-196  
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.W.T. Wigger, mr. dr. K. Engel, leden en  
mr. F.M.M. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 30 augustus 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Apeldoorn, verder te  
noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 3 maart 2020  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument is arbeidsongeschikt geraakt vanwege psychische klachten en Verzekeraar heeft hiervoor een uitkering verstrekt. Met een brief van 31 juli 2007 heeft Verzekeraar de verzekering opgezegd en de uitkering beëindigd. De uitkering is beëindigd omdat Consument Verzekeraar desgevraagd geen medische machtiging had verstrekt waardoor het vermoeden van reeds lang bestaande psychische klachten niet kon worden onderzocht. Consument vordert uitkering onder de verzekering. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden het recht op uitkering mocht beëindigen omdat Consument niet aan zijn medewerkingsplicht had voldaan. Vorderingen afgewezen.

## **I. Procesverloop**

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

- het door Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingediende repliek;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de namens Consument ingediende brief van 3 juli 2017;
- de brief van Verzekeraar van 25 augustus 2017;
- de namens Consument ingediende berichten van 24 januari en 13 maart 2018;
- de brief van Verzekeraar van 10 april 2018;
- de ter zitting overgelegde brief van 1 oktober 2018 van de medisch adviseur van Verzekeraar;
- de brief van Verzekeraar 23 januari 2019;
- de namens Consument ingediende reactie daarop van 8 februari 2019;
- de namens Consument ingediende brief van 21 maart 2019;

- de reactie daarop van Verzekeraar van 25 april 2019;
- de namens Consument ingediende brief van 20 mei 2019.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 3 oktober 2018 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 In verband met de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'de Verzekering') heeft Consument op 6 juli 2004 een gezondheidsverklaring ingevuld. De vraag 'heeft in het afgelopen jaar voor Interpolis al een keuring voor een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering plaatsgevonden?' heeft hij bevestigend beantwoord. De volgende vragen heeft hij met "nee" beantwoord:

**'Gezondheidstoestand van de (kandidaat-)verzekerde tot en met datum van ondertekening**

Heeft u één van de volgende klachten, ziekten of aandoeningen (gehad)?

4 a [...]

l Overwerktheid, oververmoeidheid, overspannenheid, depressie? Zenuwziekte of hyperventilatie? Andere klachten van psychische aard?

[...]

**Geconsulteerde hulpverleners**

5 a [...]

b Zijn er nog andere klachten, ziekten of aandoeningen, anders dan hierboven genoemd, waarvoor u de laatste drie jaar een huisarts hebt geraadpleegd?

c [...]

d Zijn er nog andere klachten, ziekten of aandoeningen, anders dan hierboven genoemd, waarvoor u een bezoek heeft gebracht aan, of onder behandeling bent geweest bij een psycholoog, psychotherapeut of maatschappelijk werker?(...)

[...]

- 2.2 De Verzekering is op 29 juni 2004 ingegaan. Het verzekerde beroep is dat van eigenaar van een uitzendbureau. In het eerste jaar geldt een eigen risicoperiode van 6 maanden met een verzekerd inkomen van € 42.436,00.

Na het eerste jaar geldt een eigen risicoperiode van 1 jaar en een verzekerd inkomen van € 30.263,00. Op het polisblad staat achter 'Uw jaarpremie' vermeld: € 5.161,00. Op de Verzekering zijn van toepassing: 'de algemene voorwaarden volgens model 30604 en 22021'.

- 2.3 De voorwaarden Model 30604 (hierna: de Voorwaarden) bepalen – voor zover van belang – het volgende:

**art 10 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid**

[...]

**2** Als de arbeidsongeschikte verzekerde zich niet aan de in dit artikel genoemde verplichtingen houdt, mogen wij het recht op uitkering beëindigen. [...]

**7** De arbeidsongeschikte verzekerde moet ons of door ons aan te wijzen deskundigen, gevraagd of ongevraagd, alle gegevens verstrekken of laten verstrekken die wij nodig hebben voor het vaststellen van het recht op uitkering. Het kan hierbij ook om inkomensgegevens gaan.

**8** Als wij daar om vragen, moet de arbeidsongeschikte verzekerde ons machtigen gegevens op te vragen die wij nodig hebben voor het vaststellen van het recht op uitkering.

**art 22 Einde van de uitkering**

[...]

**4** Als u of de verzekerde zich niet aan de in artikel 10 genoemde verplichtingen houdt, eindigt het recht op uitkering met ingang van de dag waarop u of de verzekerde zich niet aan de verplichting houdt. [...]

- 2.4 Op 18 oktober 2006 heeft Consument een claim ingediend bij Verzekeraar, omdat hij al sinds vorig jaar last had van overspannenheid.
- 2.5 Verzekeraar is na de arbeidsongeschiktheidsmelding van Consument overgegaan tot het verstrekken van voorlopige uitkeringen aan hem, in afwachting van een onderzoek door een adviserend arts en een arbeidsdeskundige.
- 2.6 Op 15 november 2006 heeft de adviserend arts van Verzekeraar, dhr. O., Consument onderzocht.

Zijn rapport vermeldt – voor zover van belang – het volgende:

- i. nee, zijn de klachten een gevolg van ziekte?
- i. nee
  - i. ja, graag uw anamnese, objectieve bevindingen bij lichamelijk onderzoek en diagnose.  
4 jaar psychische klachten. Klachten schreef E. Jans (antidepressivum) voor. (Waarom dit nu 4 jaar. Ook g. gesproken met psycholoog gehad. huidige klacht: spanning, moeheid, slaapklachten (kan vaak niet in slaap komen; soms - vooral in eerste - langdurige slaap (14-18 uur); kan echter weinig herstellen.  
vormende klacht: mistikklachten (binnenkort afspraak uroloog) met 5 jaar manulata (in 2004 gestopt met → 4 maanden vdd kom).  
• Zijn de klachten werk en/of privé gerelateerd?  
Waarom dus privé gerelateerd in 2002  
gedurende 2,5 week beter kopieën = huidige fase.  
Dit had emotionele en financiële consequenties

2.7 Verzekeraar heeft de voorlopige uitkeringen per 20 juni 2007 beëindigd.

2.8 Bij brief van 31 juli 2007 heeft Verzekeraar Consument als volgt geïnformeerd:

‘Helaas hebben wij besloten dat uw verzekering vanaf 31 juli 2007 ongeldig is. Hieronder leg ik uit wat hiervan de rede is.

Bij het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2004 heeft u ons niet geïnformeerd over uw maagklachten waarvan vast staat dat u deze al had voor aanvang van de verzekering. Uit de informatie van uw huisarts is gebleken dat u in 1997 hiervoor de eerste maal uw huisarts heeft bezocht.

Wanneer u deze gegevens vóór aanvang van de verzekering wel aan ons had verteld, hadden wij deze verzekering niet geaccepteerd óf u een aanbod gedaan met een clause. Wij doen een beroep op artikel 7:928 tot en met 7:930 van het Burgerlijk Wetboek. Dit betekent dat wij de verzekering per direct opzeggen.

#### **Wat betekent dit voor u?**

U bent niet meer verzekerd voor het risico van arbeidsongeschiktheid.

Er bestaat nog onduidelijkheid over de aard en de ernst van de psychische klachten van voor de ingangsdatum van de verzekering 29 juni 2004.

*De machtiging om informatie op te vragen bij een psycholoog van psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] in [plaatsnaam] waarnaar u door uw huisarts bent verwezen op 5 januari 2004, heb ik, óók niet na herhaald verzoek, van u ontvangen [bedoeld zal zijn: niet van u ontvangen, verduidelijking Commissie].*

*Ik verzoek u bijgaande machtiging te ondertekenen en vóór 15 augustus 2007 aan mij terug te sturen. [...]*

*In afwachting van de door u ondertekende machtiging doen wij geen aanbod voor een nieuwe verzekering en beëindigen wij de uitkering.*

*Bij uitblijven van de machtiging sturen wij op 15 augustus 2007 een definitieve beëindigingspolis. [...]*

- 2.9 Bij brief van 21 augustus 2007 aan Verzekeraar heeft Consument, middels een advocaat, de rechtmatigheid van de beëindiging van de Verzekering betwist.
- 2.10 Bij brief van 31 augustus 2007 heeft Verzekeraar de beëindiging van de Verzekering in stand gelaten.
- 2.11 Bij brief van 7 januari 2008 heeft de advocaat van Consument gereageerd en onder andere de stelling ingenomen dat Consument vóór de totstandkoming van de Verzekering een medische machtiging aan Verzekeraar had verstrekt en dat het derhalve op zijn weg had gelegen om informatie bij de huisarts op te vragen.
- 2.12 Bij brief van 16 januari 2008 heeft Verzekeraar hierop gereageerd en is bij zijn standpunt gebleven.
- 2.13 Consument heeft vervolgens de zaak laten rusten, omdat zijn toenmalige advocaat negatief adviseerde over het nemen van rechtsmaatregelen en vanwege het ontbreken van financiële middelen.
- 2.14 Hierna heeft Consument zich, bij brief van 5 maart 2015 van zijn vertegenwoordiger, opnieuw bij Verzekeraar gemeld omdat hij in 2011 arbeidsongeschikt was geworden.
- 2.15 Bij brief van 12 maart 2015 heeft Verzekeraar de vertegenwoordiger van Consument geïnformeerd dat de Verzekering vanaf 31 juli 2007 was beëindigd en dat hij geen reden zag om terug te komen op zijn beslissing.

- 2.16 In reactie hierop heeft de vertegenwoordiger van Consument bij brief van 10 november 2015 aan Verzekeraar meegedeeld dat Consument had voldaan aan zijn mededelingsplicht en Verzekeraar verzocht om de schademelding die destijds door Consument is gedaan alsnog te behandelen.
- 2.17 Bij brief van 26 november 2015 aan de vertegenwoordiger heeft Verzekeraar onder andere medegedeeld dat hij de schademelding die Consument destijds had ingediend had afgesloten, omdat Verzekeraar niet in de gelegenheid was gesteld deze te onderzoeken. Verzekeraar heeft daarbij verwezen naar artikel 10 lid 8 van de Voorwaarden en de Voorwaarden bijgevoegd.
- 2.18 Bij brief van 10 december 2016 van zijn vertegenwoordiger heeft Consument zich hiertegen verzet door onder meer te betwisten dat Consument niet heeft meegewerkt aan het onderzoek naar de schademelding. Omdat uit niets bleek dat de Voorwaarden van toepassing waren, heeft Consument de toepasselijkheid van de Voorwaarden betwist.
- 2.19 Bij brief van 11 januari 2016 heeft Verzekeraar gereageerd. Kort gezegd heeft Verzekeraar zijn eerdere standpunten herhaald en het polisblad voor de periode 29 juni 2006 tot 29 juni 2007 toegestuurd waarop vermeld staat dat de toepasselijke voorwaarden model 30604 en 22021 zijn. De Voorwaarden 22012 zijn niet van toepassing omdat die enkel zien op het terrorismerisico.
- 2.20 Bij brief van 4 maart 2016 heeft de vertegenwoordiger van Consument onder meer aan Verzekeraar meegedeeld dat Consument betwist dat hij niet zou hebben meegewerkt en dat hij hier nog altijd toe bereid is.
- 2.21 Bij brief van 14 maart 2016 heeft Verzekeraar onder andere vermeld dat de Verzekering is beëindigd en dat geen recht meer bestaat op uitkering. Bij die brief heeft Verzekeraar een kopie van de brief van 31 juli 2007 bijgevoegd.
- 2.22 Op 11 april 2016 heeft de vertegenwoordiger bij Verzekeraar een klachtschrift ingediend.
- 2.23 Bij brief van 11 juli 2016 aan de vertegenwoordiger heeft Verzekeraar meegedeeld dat de kwestie op 10 juli 2008 van rechtswege is verjaard omdat op 10 januari 2008 voor het laatst contact is geweest met de advocaat. Verzekeraar heeft hierna geen stuitingsbrief ontvangen en volgens Verzekeraar gold destijds een verjaringstermijn van 6 maanden.
- 2.24 Consument heeft zich niet met het standpunt van Verzekeraar kunnen verenigen en een klacht bij Kifid ingediend waarin hij wederom een beroep doet op de Verzekering en de bijbehorende Voorwaarden.

2.25 Ter zitting heeft Verzekeraar een brief van zijn medisch adviseur overgelegd. Met betrekking tot de psychische klachten komt de medisch adviseur tot de volgende conclusie:

*‘Niet uitgesloten kan worden dat na ontvangst van informatie van de psycholoog afhankelijk van de aard en ernst van de psychische klachten in 2004 en rekening houdend met de duur van de klachten (eventueel zelfs nog actueel aanwezige klachten ten tijde van de aanvraag) de verzekeringsmaatschappij zou zijn geadviseerd betrokkene geen verzekering aan te bieden (een afwijzing).’*

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert een uitkering onder de Verzekering, vermeerderd met de wettelijke rente en vergoeding van de buitengerechtelijke kosten en de proceskosten.

#### *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 betwist dat Verzekeraar hem meermaals naar een medische machtiging heeft gevraagd. Consument heeft naar zijn overtuiging alle redelijke medewerking gegeven. Bovendien is het bericht van 31 juli 2007 voor Consument verwarrend. Enerzijds wordt de overeenkomst opgezegd en anderzijds moet nog wel een machtiging retour worden verzonden. Consument is niet duidelijk over zijn verplichtingen en de gevolgen van het niet nakomen geïnformeerd. Er is geen ingebrekestelling verzonden en van een herhaald verzoek is niet gebleken. Verzekeraar is niet in een redelijk belang geschaad omdat alle relevante informatie al in haar bezit was.
- In het bericht van 13 maart 2018 betwist Consument dat de Voorwaarden van toepassing zijn en dat Verzekeraar die Voorwaarden destijds hanteerde.
- Ondanks de verwijzing van de huisarts is Consument niet in behandeling geweest bij Psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] in [plaatsnaam]. Consument kan zich herinneren dat hij zich voor de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft moeten melden bij een psychologenpraktijk, hetgeen mogelijk deze is geweest. In dat geval is die informatie al meegenomen bij de totstandkoming van de Verzekering. Uit het huisartsenjournaal volgt dat de notitie over de verwijzing naar de [naam psychologenpraktijk] een losstaand verzoek is en niet naar aanleiding van een consult bij de huisarts. Consument heeft die verwijzing destijds aangevraagd voor zijn zoon die op dat moment kampte met psychische klachten.

Consument ervaarde op dat moment zelf geen klachten die zodanig waren dat verwijzing naar een psycholoog aan de orde was. De partner van Consument heeft dit bevestigd. Volgens de [naam psychologenpraktijk] is Consument daar niet bekend. Blijkbaar hadden zij nog wel de informatie om dit te controleren. Dat Consument niet onder behandeling is geweest blijkt ook uit het feit dat er geen terugkoppeling van de psycholoog aan de huisarts is geweest. Consument is het medicijn Efexor pas een lange periode na ingang van de Verzekering gaan gebruiken. Bovendien stelt Verzekeraar ten onrechte dat in het rapport van 22 november 2006 staat dat Consument al vier jaar psychische klachten heeft. Die tekst is heel slecht leesbaar. De bedoelde tekst kan eerder als “4 jan” dan als “4 jaar” worden gelezen. De gestelde periode van vier jaar komt ook niet overeen met de “kwalificerende intake arbeidsongeschiktheid” van 24 oktober 2006 die vermeldt dat Consument sinds een jaar klachten heeft.

- Consument heeft steeds psychische klachten gehouden. De situatie is in de loop der jaren verslechterd. Vanaf 15 november 2006 is de arbeidsongeschiktheid vastgesteld op 85%. Vanaf 25 mei 2007 is de arbeidsongeschiktheid vastgesteld op 100%.
- Verjaring is niet aan de orde. Consument is er tot 2015 vanuit gegaan dat zijn vordering niet opeisbaar was.

#### *Verweer Verzekeraar*

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

- De claim is van rechtswege verjaard. De wettelijke verjaringstermijn van destijds is 6 maanden. Die termijn is aangevangen op 10 januari 2008. De claim is derhalve op 10 juli 2008, of in ieder geval op 1 juli 2011, van rechtswege verjaard. Van enige tussentijdse stuiting van de verjaring is geen sprake geweest. Op grond van de artikelen 68a, 72 en 73 overgangswetgeving NBW op de oude situatie worden de nieuwe regels van toepassing waardoor er alsnog na 3 jaar sprake is van verjaring.
- Verzekeraar heeft de uitkering per 20 juni 2007 beëindigd omdat Consument hem niet in het bezit stelde van de meermaals gevraagde medische machtiging. Verzekeraar mocht hiertoe overgaan op basis van artikel 10 lid 2, 7 en 8 en artikel 22 lid 4 van de voorwaarden. Consument is in het bezit gesteld van de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden. Consument was met de brief van 31 juli 2007 op de hoogte gesteld van de consequenties van het niet verstrekken van de medische machtiging. Consument kon hier vóór 15 augustus 2007 tegen in verweer komen door alsnog de machtiging te verstrekken maar dit heeft hij nagelaten. Verzekeraar is in zijn belang geschaad omdat hij niet heeft kunnen onderzoeken of het vermoeden dat sprake is van reeds lang bestaande psychische klachten te onderzoeken juist is. Niet kan worden verwacht dat Verzekeraar uitkering verstrekt of blijft verstrekken zonder dat redelijkerwijs vast staat dat verzekerde daar recht op heeft.



- Consument stelt dat hij brief van 31 juli 2007 verwarrend vond. Het verzoek om een machtiging te ondertekenen met daarbij de redenen waarom dit noodzakelijk is, is echter niet zo complex dat dat een reden kan zijn om dan maar geen machtiging te verstrekken.
- Vast staat dat Consument voorafgaand aan de Verzekering psychische klachten had. Het rapport van 22 november 2006 vermeldt dat Consument al 4 jaar psychische klachten ervaart, dat hij daarvoor gedurende ongeveer 3 maanden door een psycholoog is begeleid en dat hij voor die klachten medicatie gebruikt. De reden waarom psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] niet bekend is met Consument is niet duidelijk. Dat Consument na al die jaren (na de wettelijke bewaartermijn) niet (meer) bekend is bij [naam psychologenpraktijk] is niet verwonderlijk. Gezien Consument meerdere malen nadrukkelijk is gevraagd om mee te werken, dient dit voor eigen rekening en risico van Consument te blijven. Consument geeft zelf toe dat hij psychische klachten had. In de periode van het afsluiten van de Verzekering was immers sprake van psychische belasting door diverse ingrijpende gebeurtenissen. Consument had daarom vraag 4l bevestigend moeten beantwoorden. Die vraag is duidelijk.
- Het rapport 22 november 2006 vermeldt een aantal keer “jaar”, dit lijkt overeen te komen met de eerste regel in het rapport, te weten “4 jaar”. Tevens staat in het rapport dat Consument sinds ongeveer 1 jaar door de huisarts voorgeschreven medicatie gebruikt. Derhalve is het niet waarschijnlijk dat “4 januari 2006” bedoeld wordt omdat dit zou betekenen dat Consument voorafgaand aan de klachten met medicatie gestart is.
- In het kader van het acceptatieproces heeft geen medisch onderzoek plaatsgevonden.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 De Commissie zal eerst de vraag beantwoorden of de Voorwaarden van toepassing zijn op de Verzekering, omdat Consument dit betwist. Naar het oordeel van de Commissie zijn de Voorwaarden wel van toepassing. Op het door Verzekeraar overgelegde polisblad wordt verwezen naar de Voorwaarden en Consument heeft zijn stelling dat de Voorwaarden *niet* van toepassing zijn niet voldoende toegelicht.
- 4.2 De Commissie zal vervolgens de vraag beantwoorden of Consument recht heeft op uitkering onder de Verzekering. Deze vraag zal de Commissie beantwoorden aan de hand van de Voorwaarden. Als uitgangspunt heeft immers te gelden dat wat tussen partijen is afgesproken.

- 4.3 In artikel 10 lid 2 van de Voorwaarden staat dat als de arbeidsongeschikte verzekerde zich niet aan de in dit artikel genoemde verplichtingen houdt, Verzekeraar het recht op uitkering mag beëindigen. In lid 8 staat dat de arbeidsongeschikte verzekerde Verzekeraar moet machtigen gegevens op te vragen die hij nodig heeft voor het vaststellen van het recht op uitkering, als Verzekeraar daarom vraagt. Op grond van artikel 22 lid 4 van de Voorwaarden eindigt het recht op uitkering op de dag dat verzekerde zich niet aan de verplichtingen in artikel 10 houdt. Dit artikel van de Voorwaarden noemt men een verval van recht-clausule.
- 4.4 Doet een verzekeraar een beroep op een verval van recht-clausule, dan kan dat beroep enkel slagen, indien die verzekeraar onder opgave van redenen stelt dat hij, door de niet-nakoming door de verzekerde van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst, in zijn redelijke belangen is geschaad (Hoge Raad 7 maart 2014, ECLI:NL:HR:2014:522, onder 3.3.2, te vinden op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl)). De stelplicht – en zo nodig – de bewijslast inzake het redelijk belang ligt bij de verzekeraar. Zie onder andere Hoge Raad 5 oktober 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA9705, te vinden op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) en de uitspraak van de Geschillencommissie van het Kifid gepubliceerd onder nr. 2011-206, te vinden op [www.kifid.nl](http://www.kifid.nl).
- 4.5 Naar het oordeel van de Commissie heeft Consument niet voldaan aan zijn verplichting om Verzekeraar te machtigen. In het dossier dat bij het Kifid is ingediend, is geen door Consument ondertekend machtigingsformulier te vinden en bovendien kan uit de brief van 7 januari 2008 van de toenmalige advocaat van Consument worden afgeleid dat Consument niet heeft voldaan aan het verzoek tot machtiging. De advocaat van Consument voert immers in die brief aan dat Verzekeraar al eerder, vóór het sluiten van de Verzekering een machtigingsformulier heeft mogen ontvangen en dat dus, zo begrijpt de Commissie, Verzekeraar niet gerechtigd is om Consument om nog een machtiging te vragen.
- 4.6 De Commissie is dus van oordeel dat Consument niet heeft voldaan aan de verplichting die artikel 10 lid 8 van de Voorwaarden voorschrijft.
- 4.7 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of Verzekeraar hierdoor in een redelijk belang is geschaad. Consument stelt dat Verzekeraar niet in een redelijk belang is geschaad omdat hij alle relevante informatie al in zijn bezit had. Verzekeraar heeft aangevoerd dat hij wel in zijn belangen is geschaad omdat hij het vermoeden dat sprake is van reeds lang bestaande psychische klachten niet heeft kunnen onderzoeken en dat het niet verwonderlijk is dat psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] na al die jaren en na het verstrijken van de wettelijke bewaartermijn, niet meer bekend is met Consument. De Commissie volgt Verzekeraar hierin. Aannemelijk is dat Verzekeraar, gelet op het tijdsverloop, niet meer kan achterhalen of Consument vóór de ingangsdatum van de Verzekering naar psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] is verwezen.

- 4.8 De Commissie merkt op dat de termijn van twee weken die Verzekeraar in de brief van 31 juli 2007 aan Consument heeft gegeven mogelijk te strikt is vanwege de verstrekkende gevolgen, net als het op voorhand beëindigen van de uitkering. Echter, na de brief van 31 juli 2007 heeft Consument bij brief van 4 maart 2016 voor het eerst aangegeven dat hij nog altijd bereid is om mee te werken. Dit aanbod ligt bijna tien jaar na de uiterste termijn van 15 augustus 2007. Dat destijds mogelijk te strikte termijnen zijn toegepast, mag bij deze buitensporige termijnoverschrijding niet meer als relevant worden geacht.
- 4.9 Gelet op hetgeen in randnummers 4.6 tot en met 4.8 is verwoord, bestaat geen recht op dekking.
- 4.10 Consument heeft nog aangevoerd dat de brief van 31 juli 2007 verwarrend is omdat enerzijds de overeenkomst wordt opgezegd en anderzijds nog wel om een machtiging wordt gevraagd. Daarnaast is Consument niet duidelijk over zijn verplichtingen en de gevolgen van het niet nakomen geïnformeerd. Verzekeraar heeft dit weersproken door te stellen dat uit de brief duidelijk blijkt waarom Consument een machtiging moet verstrekken en wat de gevolgen zouden zijn als hij dat niet zou doen en dat Consument geen medische machtiging voor het onderzoek naar psychische klachten heeft verstrekt. De Commissie is met Verzekeraar van mening dat uit de betreffende brief voldoende duidelijk blijkt waarom Consument de medische machtiging diende te verstrekken, namelijk omdat onduidelijkheid bestond over de psychische klachten van voor de ingangsdatum van de Verzekering. Daarnaast volgt uit de brief ook de gevolgen, zijnde de beëindiging van de uitkering. Die informatie tezamen met de omstandigheid dat Verzekeraar de betreffende bevoegdheid in de Voorwaarden heeft bedongen, maakt dat Verzekeraar de uitkering mocht beëindigen.
- 4.11 Nu de Commissie reeds op andere gronden tot het oordeel is gekomen dat de uitkering terecht is beëindigd, zal zij het verjaringsverweer van Verzekeraar onbesproken laten.
- 4.12 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vorderingen 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](http://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 46 van het Reglement.*