

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0187
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, drs. M.L.A. Schotel,
arts RGA en mr. L.P. Stapel, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 27 maart 2020
Ingediend door : De consument
Tegen : TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 26 februari 2021
Aard uitspraak : Niet-bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen
Bijlage : Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege depressieve en burn-out klachten. De verzekeraar heeft de claim afgewezen en zich op het standpunt gesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekering onwaar heeft verklaard over zijn strafrechtelijk verleden en over psychische klachten. Wanneer de verzekeraar op de hoogte was geweest van het strafrechtelijk verleden, dan was de verzekering niet tot stand gekomen. Daarnaast heeft de verzekeraar aangevoerd dat hij bij kennis van de ware stand van zaken met betrekking tot de psychische klachten, de verzekering alleen met een clause voor psychische klachten zou hebben geaccepteerd. De commissie is van oordeel dat niet is komen vast te staan dat de consument de vraag naar zijn strafrechtelijk verleden onjuist heeft beantwoord en daarmee zijn precontractuele mededelingsplicht ten aanzien van het strafrechtelijk verleden heeft geschonden. Evenmin heeft de verzekeraar aangetoond dat zijn beleid dat geen verzekeringsovereenkomst tot stand komt als sprake is geweest van een gevangenisstraf, het beleid is van een redelijk handelend verzekeraar. Wel heeft de verzekeraar voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering alleen met een clause voor psychische klachten zou hebben geaccepteerd. Verzekeraar mocht de uitkering weigeren. Vordering afgewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar Reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument en de aanvullingen daarop en 4) de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 25 november 2020. Partijen zijn aldaar verschenen.

- 1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft, via zijn assurantietussenpersoon (verder te noemen 'de tussenpersoon'), een arbeidsongeschiktheidsverzekering (verder te noemen 'de verzekering') bij de verzekeraar aangevraagd en daarbij op 21 januari 2017 een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. De ingangsdatum van de verzekering is 1 februari 2017. Psychische klachten zijn op de polis meeverzekerd.

- 2.2 In de gezondheidsverklaring heeft de consument de volgende vraag met 'nee' beantwoord:

'5. Heeft u één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken, of heeft u deze gehad?

Let op! Selecteer ook Ja als u:

- in het verleden deze klachten heeft gehad;
- bij een huisarts, hulpverlener, of arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld;
- bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

(...)

b. Aandoeningen, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout en stress of stressgerelateerde klachten?

- 2.3 Verder staat in de gezondheidsverklaring -voor zover relevant- het volgende:

'Door ondertekening van deze gezondheidsverklaring verklaar ik, [naam van de consument], als verzekerde tevens dat:

- a. Ik alle in de gezondheidsverklaring gestelde vragen naar waarheid en volledig heb ingevuld. (...).'*

- 2.4 Naast de vragen in de gezondheidsverklaring is op het aanvraagformulier van de verzekering de volgende vraag gesteld:

‘Bent u, of een andere belanghebbende bij deze verzekering in de laatste 8 jaar in aanraking geweest met politie of justitie voor het (mede) plegen van een strafbaar feit? Of bent u op dit moment betrokken bij een justitieel onderzoek?’.

Ook deze vraag is door de consument met ‘nee’ beantwoord.

- 2.5 Rond 11 september 2017 heeft de consument zich arbeidsongeschikt gemeld als gevolg van depressieve en burn-out klachten.
- 2.6 De verzekeraar heeft vervolgens op 24 oktober 2019 aan de consument laten weten nader onderzoek te zullen doen naar aanleiding van zijn claim.
- 2.7 Bij e-mail van 28 november 2019 heeft de verzekeraar aan de tussenpersoon medegedeeld dat de claim van de consument wordt afgewezen en dat de consument hierover afzonderlijk bericht zal ontvangen. Reden voor de afwijzing is dat de consument psychische klachten heeft verzwegen bij het aangaan van de verzekering. Als de medisch adviseur van de psychische klachten op de hoogte was geweest ten tijde van de verzekeringsaanvraag, dan was de verzekering met een uitsluiting voor psychische klachten geaccepteerd. Om die reden heeft de verzekeraar de dekking voor psychische klachten van de polis verwijderd.
- 2.8 De consument heeft bezwaar gemaakt tegen het besluit van de verzekeraar. Hierop heeft de verzekeraar aan de consument laten weten zijn standpunt te handhaven. Volgens de verzekeraar volgt uit de medische stukken in voldoende mate dat de consument in 1986 een suïcidepoging heeft gedaan en in 1999/2000 een behandeling heeft gehad voor psychische klachten en suïcidaliteit. Ook volgt uit de medische stukken en stukken van het UWV dat de consument een periode in 2007-2009 last heeft gehad van herbelevingen en nachtmerries als gevolg van een detentieperiode in Marokko. Uit de stukken van het UWV volgt verder dat de consument in 2016 is uitgevallen met burn-out en depressieve klachten.
- 2.9 Tijdens de procedure bij Kifid heeft de verzekeraar -naast het eerder ingenomen standpunt- het standpunt ingenomen dat wanneer de verzekeraar op de hoogte was geweest van het strafrechtelijk verleden van de consument de verzekering niet tot stand was gekomen.

De klacht en vordering

- 2.10 De klacht van de consument houdt in dat hij uitkering onder de verzekering wil. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de consument - zakelijk weergegeven - het volgende aangevoerd.

- 2.11 De consument heeft zijn detentie in Marokko tussen 2007 en 2009 niet bewust verzwegen. Hij zat ten onrechte vast in Marokko en heeft er om die reden niet bij stilgestaan dat hij dit had moeten melden bij het aanvragen van de verzekering. Daar komt bij dat hij in januari 2009 in vrijheid is gesteld, terwijl hij de verzekering in februari 2017 heeft gesloten. Na zijn detentie heeft de consument geen last gehad van nachtmerries. In de eerste negen maanden na zijn vrijlating heeft hij wel eens gedroomd over de periode in de gevangenis, maar dat is niet meer dan normaal.
- 2.12 De consument heeft geen suïcidepogingen gedaan in 1986 en 1999/2000. Waarschijnlijk heeft hij dit in de crisistoestand waarin hij verkeerde in mei 2018 gezegd om ervoor te zorgen dat hij op dat moment hulp zou krijgen. De psychiater van de consument heeft in dit verband tegen de consument gezegd dat mensen in een crisistoestand black-outs krijgen en dingen doen en dingen zeggen waar zij zich daarna niets meer van kunnen herinneren. Dat geldt ook voor de consument. Hij weet niet dat hij heeft gezegd dat hij suïcidepogingen heeft ondernomen, maar dit is wel zo op papier terechtgekomen.
- 2.13 De consument heeft geen medicatie geslikt na een incident dat in 1996 heeft plaatsgevonden. Dat zijn huisarts dit heeft opgenomen in zijn brief van 4 maart 2020 is volgens de consument een vergissing.
- 2.14 Het klopt dat de consument in 2016 bij zijn werkgever heeft aangegeven dat hij in de weekenden niet meer wilde werken. De reden hiervoor was dat de consument ongeveer 80 uur in de week werkte en hij niet langer zijn weekenden wilde opofferen voor zijn werkgever. Van een burn-out was geen sprake.

Het verweer

- 2.15 Verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende mededelingsplicht – de ‘precontractuele’ mededelingsplicht – heeft geschonden en of de verzekeraar uitkering mocht weigeren.

Wat zijn de rechtsregels?

- 3.2 In artikel 7:928 lid I BW staat dat de verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekering aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar om de verzekering te sluiten afhangt of kan afhangen.
- 3.3 De mededelingsplicht waarop art. 7:928 lid I BW betrekking heeft, geldt tot het moment dat de verzekering is gesloten. De precontractuele mededelingsplicht houdt dus niet op te bestaan na het ondertekenen en verzenden van het aanvraagformulier en/of de medische vragenlijst door de aspirant-verzekeringnemer. De commissie wijst in dit verband op de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl.
- 3.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt hetgeen bepaald is in lid 6 van artikel 7:928 BW.
- 3.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Zie de volgende uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.
- 3.6 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
- 3.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit is geïnteresseerd. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet dan aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar. Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
- 3.8 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst kan er (onder meer) toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (art. 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.

3.9 Het is de verzekeraar die een beroep toekomt op art. 7:930 lid 3 BW toegestaan om de voorwaarde(n) die hij zou hebben bedongen met kennis van de ware stand van zaken, alsnog in de verzekering op te nemen. Zie Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (Kifid) 30 januari 2014, nr. 2014-53, r.o. 5.7 en 5.8. De verzekeringnemer heeft in dat geval het recht de verzekering op te zeggen (art. 7:929 lid 3 BW).

3.10 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de aanvraag niet zou hebben geaccepteerd, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, gepubliceerd op rechtspraak.nl.

3.11 Met inachtneming van het voorgaande, overweegt de commissie als volgt.

Heeft de consument de precontractuele mededelingsplicht geschonden door zijn strafrechtelijk verleden niet op te geven?

3.12 Allereerst gaat de commissie in op de vraag of de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door bij de verzekeringsaanvraag de vraag; ‘Bent u, of een andere belanghebbende bij deze verzekering in de laatste 8 jaar in aanraking geweest met politie of justitie voor het (mede) plegen van een strafbaar feit? Of bent u op dit moment betrokken bij een justitieel onderzoek?’ met ‘nee’ te beantwoorden.

3.13 De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de verzekeringsaanvraag niet geaccepteerd zou zijn als verzekeraar op de hoogte was geweest van de periode waarin consument gedetineerd is geweest in Marokko, nu deze periode valt binnen de laatste 8 jaar voor het aanvragen van de verzekering. De consument heeft hier ter zitting tegenin gebracht dat hij in januari 2009 in vrijheid is gesteld en dat dit valt buiten de periode waarnaar de verzekeraar bij de verzekeringsaanvraag heeft gevraagd.

3.14 De commissie stelt vast dat de stelling van de verzekeraar dat de consument in de laatste 8 jaar voor het aangaan van de verzekering gedetineerd is geweest, niet volgt uit de door de consument daarover afgelegde verklaring. Uit de verklaring van de consument volgt wel dat hij in januari 2009 in vrijheid is gesteld. De exacte datum van zijn invrijheidstelling weet de consument niet meer. Hij heeft geen ontslagbrief of ander bewijsstuk ontvangen. Nu er onduidelijkheid bestaat over de exacte datum waarop consument in vrijheid is gesteld, kan niet vastgesteld worden dat deze is gelegen binnen de laatste acht jaar vóór het sluiten van de verzekering.

Dit leidt tot de conclusie dat niet is komen vast te staan dat de consument de vraag naar zijn strafrechtelijk verleden onjuist heeft beantwoord en daarmee zijn precontractuele mededelingsplicht ten aanzien van het strafrechtelijk verleden heeft geschonden.

Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan?

- 3.15 Voor zover de detentieperiode van de consument wel binnen de laatste 8 jaar voor het aanvragen van de verzekering gelegen is, overweegt de commissie als volgt.
- 3.16 Ter zitting heeft de verzekeraar aangevoerd dat een gevangenisstraf altijd reden is voor de verzekeraar om geen verzekeringsovereenkomst tot stand te laten komen. De verzekeraar heeft toegelicht dat hij dit beleid niet met de consument heeft gecommuniceerd. Verder heeft de verzekeraar ter zitting aangevoerd dat hij ervan uitgaat dat ook andere verzekeraars geen verzekeringsovereenkomst tot stand zouden brengen als er sprake zou zijn van een langere periode waarin de aspirant-verzekerde gedetineerd is geweest.
- 3.17 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar niet heeft aangetoond dat zijn beleid dat geen verzekeringsovereenkomst tot stand komt als sprake is geweest van een gevangenisstraf, het beleid is van een redelijk handelend verzekeraar. De commissie weegt daarbij mee dat deze detentie – als de consument daaruit niet al in januari 2009 zou zijn ontslagen – op de grens van acht jaar voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst plaatsgevonden heeft.

Heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden bij het invullen van de gezondheidsverklaring?

- 3.18 De commissie zal nu de vraag beantwoorden of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.
- 3.19 Uit het huisartsenjournaal van 7 mei 2018 volgt dat de consument in 2000 opgenomen is geweest bij de GGZ. Uit hetzelfde document volgt dat de consument in 2000 is gescheiden en na zijn scheiding medicatie (fluoxetine) heeft gebruikt en psychische ondersteuning heeft gehad, omdat hij dermate afstompte dat niks meer binnenkwam.
- 3.20 In het specialistenbericht van GGZ Oost Brabant van 8 mei 2018 staat vervolgens dat de consument in 1999 een scheiding heeft meegemaakt en een jaar in behandeling is geweest.
- 3.21 In de brief aan de verzekeraar 4 maart 2020 schrijft de psychiater na een uitgebreid gesprek met consument hierover het volgende: *'Ik begrijp dat door de informatie die u sinds enkele maanden is aangereikt door dhr. zelf en de huisarts het idee is ontstaan dat hij in behandeling was in 2000. Als ik probeer te begrijpen waardoor het misverstand is ontstaan dan krijg ik boven water dat dit gebaseerd is op een brief van de crisisdienst van 7 mei 2018 naar aanleiding van een crisis.*

In de brief, (...), staat dat hij in de crisis gezegd heeft dat hij in 1999 gescheiden is en een jaar behandeld is. Ik kan niet nagaan hoe dit zo in de brief is gekomen, maar het incident naar aanleiding waarvan hij medicatie heeft ingenomen heeft in 1996 plaatsgevonden (niet dus 1999) en de scheiding was in 1997, januari van dat jaar. (...)'.

- 3.22 Uit de akte van inschrijving van rechterlijke uitspraak volgt dat de consument op 17 januari 1997 officieel gescheiden is.
- 3.23 De commissie stelt vast dat de brief van de psychiater van 4 maart 2020 weerlegt dat sprake is geweest van een scheiding en van een opname bij de GGZ in het jaar 2000. Dat de consument niet in 2000, maar in 1997 is gescheiden wordt bevestigd door de akte waarin de echtscheiding is uitgesproken. Desalniettemin bevestigt de psychiater het incident naar aanleiding waarvan de consument medicatie heeft ingenomen, maar dateert het incident als plaatsgevonden hebbend in 1996. Gelet hierop, en in combinatie met het huisartsenjournaal en het specialistenbericht van de GZZ, is de commissie van oordeel dat -los van het jaartal- vastgesteld kan worden dat de consument na zijn echtscheiding medicatie heeft gebruikt en onder behandeling is geweest. Voor het argument van de consument dat de mededeling van de psychiater over het incident naar aanleiding waarvan de consument medicatie heeft ingenomen in 1996 berust op een fout, ziet de commissie geen aanknopingspunten. Dit argument kan consument dan ook niet baten.
- 3.24 Ten aanzien van de burn-out met depressieve klachten waar de verzekeraar zich ook op beroepen heeft, overweegt de commissie als volgt.
- 3.25 In het sociaal-medische beoordelingsverslag van de verzekeringsarts van 13 september 2019 heeft de verzekeringsarts de volgende bevindingen uit de samenvatting van de bedrijfsarts genoteerd:
- 'Klant is uitgevallen met een burn-out met depressieve klachten. Hij heeft moeite met nee zeggen. Hij werkte ook altijd in de weekenden en maakte teveel uren. In juli 2016 heeft klant aangegeven geen weekenden meer te willen werken, toen ging het tijdelijk iets beter.'*
- 3.26 Hieruit leidt de commissie af dat de consument, anders dan de consument heeft beargumenteerd, in 2016 wel degelijk te kampen heeft gehad met klachten van een burn-out.
- 3.27 Het voorgaande brengt mee dat de consument vraag 5b op de gezondheidsverklaring met 'ja' had moeten beantwoorden. Door dit niet te doen heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden.

3.28 Ten aanzien van de overige punten op basis waarvan de consument de gezondheidsverklaring volgens de verzekeraar onjuist heeft ingevuld, te weten de suïcidepoging in 1986 en de herbelevingen en nachtmerries in 2007-2009 is de commissie van oordeel dat op basis van het medisch dossier niet vastgesteld kan worden dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Op deze onderdelen zal de commissie dan ook niet verder ingaan.

Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan.

3.29 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. De verzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering alleen met een clause voor psychische klachten zou hebben geaccepteerd. Dit beleid is conform de GAV-richtlijnen. Een redelijk handelend verzekeraar zou daarbij de mogelijkheid voor een herbeoordeling kunnen hebben overwogen. In dit kader merkt de commissie op dat de consument zich binnen een jaar na de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst arbeidsongeschikt heeft gemeld, waarbij sprake bleek van dusdanige psychische problematiek dat hem gedurende zeker een periode van 15 maanden medicatie moest worden voorgeschreven in het kader van de behandeling door respectievelijk huisarts en GGZ. Een eventueel recht op herbeoordeling had daarom niet tot een andere uitkomst geleid.

3.30 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid 3 BW uitkering heeft mogen weigeren.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is 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.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de Geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Boek 7 Burgerlijk Wetboek

Artikel 928

1.

De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede 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.

2.

Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.

3.

Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.

4.

De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de [artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen](#) in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.

5.

De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.

6.

Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

(...)

Artikel 930

1.

Indien aan de in [artikel 928](#) omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.

2.

De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.

3.

Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. 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.

In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

5.

In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in [artikel 928 lid 2 of lid 3](#), die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.