

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0295
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. M.L.A Schotel, arts RGA, leden
en mr. S.M. Oei, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 3 april 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen 'de administrateur'
Datum uitspraak	: 31 maart 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering toegewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving, relevante bepalingen uit de verzekeringsovereenkomst

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een beroep gedaan op zijn verzekering wegens rugklachten. De administrateur heeft uitkering geweigerd en de verzekering beëindigd omdat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht zou hebben geschonden. De administrateur stelt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten en dat er sprake is van opzettelijke misleiding. De commissie oordeelt dat geen sprake is van (opzettelijke) schending van de precontractuele mededelingsplicht. De vordering van de consument wordt in die zin toegewezen dat de administrateur de verzekering in kracht moet herstellen en de claim van de consument alsnog in behandeling moet nemen.

I. De procedure

- 1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de administrateur; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de administrateur.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 19 februari 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordigster mevrouw mr. L.M. Knecht, jurist. En ook de administrateur is daar verschenen.
- 1.3 De consument en de administrateur hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument was van 1 augustus 2008 tot en met 31 juli 2013 bij Quantum Leben AG (hierna: 'de verzekeraar') verzekerd voor arbeidsongeschiktheid. Per 1 augustus 2013 heeft de consument via de administrateur een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'de verzekering') gesloten bij de verzekeraar. Het verzekerd beroep is autoverkoper/ autopeetser. Verzekerd is een maandbedrag van € 2.000,-. Op de verzekering zijn de verzekeringsvoorwaarden QL GG 12-2012 (hierna: 'de voorwaarden') van toepassing.
- 2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 15 mei 2013 een gezondheidsverklaring (hierna: 'de gezondheidsverklaring') ingevuld. Hierop staat, onder andere, de volgende vraag:
- “8) *Wat is uw lengte en uw gewicht?*”
- 2.3 De consument heeft als antwoord “187 cm” en “103 kg” ingevuld.
- 2.4 Vervolgens heeft op 29 mei 2013 telefonisch een medisch intakegesprek (hierna: 'het intakegesprek') plaatsgevonden. Bij dat intakegesprek heeft een medewerker van een door de administrateur ingeschakeld bureau de antwoorden van de consument opgenomen in het Rapport telefonische intake Gezondheidsverklaring (hierna: 'het rapport'). Dit rapport is aan de consument toegestuurd, die het rapport op 30 mei 2013 ondertekend heeft geretourneerd. In het rapport staat, onder andere, het volgende:

Lengte (zonder schoenen)	1,87 m
Gewicht (zonder kleren)	103 kg
BMI	29,45 m/kg ²
Laatste jaar toegenomen poetsen kg	schommelt tussen 103/108, u heeft veel spiermassa door het auto's
Laatste jaar afgenomen	kg

(...)

15. Zijn er klachten over de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing? Ja

Waarvoor

Hoelang

Wanneer

- 2.5 De consument heeft bij het intakegesprek verder onder andere melding gemaakt van een trombosebeen, spataderen, een fractuur aan zijn rechterschoonheid, een operatieve ingreep aan zijn schouder en een operatieve ingreep aan zijn rechterknie.

- 2.6 De verzekering is vervolgens tot stand gekomen met twee uitsluitingsclausules, kort samengevat voor: 1) arbeidsongeschiktheid ontstaan door spataderen/veneuze vaatstelsel in de benen inclusief trombose en 2) arbeidsongeschiktheid ontstaan door klachten/afwijkingen aan de rechterknie.
- 2.7 Op 24 juli 2019 heeft de consument zich per 1 mei 2019 arbeidsongeschikt gemeld wegens rugklachten. Naar aanleiding van deze claim heeft de medisch adviseur van administrateur medische informatie opgevraagd bij de behandelaars van de consument.
- 2.8 Uit de ontvangen informatie heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat er, naast de rugklachten, sprake is van ernstig overgewicht en een matige conditie. De medisch adviseur heeft vervolgens aanvullende informatie opgevraagd bij de huisarts van de consument. Op 3 december 2019 heeft de medisch adviseur advies uitgebracht aan de administrateur.
- 2.9 Op basis van het medisch advies heeft de administrateur geconcludeerd dat de consument geen recht heeft op uitkering, omdat geen sprake is van een medisch objectieveerbare stoornis volgens artikel 1 en 6.1 van de voorwaarden. Daarnaast heeft de administrateur geconcludeerd dat de consument niet heeft voldaan aan zijn precontractuele mededelingsplicht. In zijn brief van 10 december 2019 bericht de administrateur de consument onder meer het volgende:
- “(…)
Uit de informatie is gebleken dat u een langdurige voorgeschiedenis van overgewicht heeft. Op het aanvraagformulier d.d. 15 mei 2013 heeft u aangegeven dat uw gewicht 103 kg is. Tijdens de telefonische intake op 29 mei 2013 gaf u aan dat uw gewicht schommelt tussen 103-108 kg. Uit de medische informatie blijkt dat er in 1989 en 1991 al sprake was van ernstig overgewicht waarbij afvallen niet lukt. Op 18 januari 2012 had u een gewicht van 129 kg en in 2016 was uw gewicht 131-134 kg. In 2017 was uw gewicht 123 kg en in 2018 was uw gewicht 128 kg. U heeft de vraag naar uw gewicht dus niet naar waarheid beantwoord. (...)”
- 2.10 De administrateur heeft vervolgens per brief van 10 december 2019 meegedeeld dat de aanvraag voor de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou zijn geaccepteerd vanwege de combinatie van een hoge BMI en de andere twee uitsluitingsclausules. De administrateur heeft daarbij een beroep gedaan op artikel 7:930 lid 4 en 5 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: ‘BW’) en artikel 4.3 sub d van de voorwaarden. De administrateur heeft bovendien de verzekering beëindigd per 1 januari 2020, met een beroep op artikel 7:929 lid 2 BW en artikel 3.2 van de voorwaarden.
- 2.11 De consument heeft bezwaar gemaakt tegen deze beslissing. Partijen zijn er onderling niet uitgekomen, waarop de consument een klacht heeft ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

- 2.12 De consument vordert herstel van de verzekering en uitkering in verband met zijn arbeidsongeschiktheidsclaim.
- 2.13 De consument betwist dat hij (opzettelijk) onjuiste antwoorden zou hebben gegeven over zijn gewicht. In de gezondheidsverklaring is alleen gevraagd naar het gewicht op het moment van invullen (15 mei 2013) en tijdens het intakegesprek op 29 mei 2013 alleen naar het gewichtsverloop van het laatste jaar voorafgaand aan dit gesprek. Die vragen heeft consument naar waarheid beantwoord. Indien het gewichtsverloop vóór mei 2012 relevant zou zijn geweest, dan had het op de weg van de medisch adviseur van de administrateur gelegen daar verder naar te informeren.
- 2.14 Daarnaast meent de consument dat de administrateur al eerder op de hoogte had kunnen zijn van zijn gewichtsschommelingen in het verleden. Immers, de administrateur was vanwege eerdere schademeldingen in het verleden (vóór 2013 en in 2016) al in het bezit van zijn medisch dossier. Het gewicht van de consument is toen nooit ter sprake gebracht door de administrateur.
- 2.15 Tot slot stelt de consument dat de administrateur onvoldoende heeft onderbouwd dat hij bij kennis van de ware stand van zaken over zijn gewicht tot een andere acceptatiebeslissing zou zijn gekomen. Hierbij gaat de administrateur er ten onrechte vanuit dat de consument een matige conditie heeft en rookt. De consument is sinds 1 januari 2015 gestopt met roken.

Het verweer

- 2.16 De administrateur is van mening dat hij de claim van de consument op juiste gronden heeft afgewezen en dat hij de verzekering heeft mogen beëindigen. De administrateur heeft de volgende verweren gevoerd.
- 2.17 De administrateur is van mening dat de consument zijn gewicht (103 kg) opzettelijk onjuist heeft vermeld op de gezondheidsverklaring en tijdens het intakegesprek, gelet op zijn langdurige voorgeschiedenis van overgewicht en dat hij op 18 januari 2012 nog 129 kg woog. Ervan uitgaande dat de consument eind mei 2013 wel 103 kg zou wegen, is het zeer ongeloofwaardig dat er in het jaar daaraan voorafgaand geen sprake is geweest van een gewichtsschommeling. Immers, de consument woog op 18 januari 2012 129 kg, een verschil van 26 kg. Volgens de administrateur had de consument deze gewichtsschommeling dan ook moeten melden tijdens het intakegesprek. Als de consument wel zijn gewichtsschommeling had gemeld, dan zou daarop zijn doorgevraagd en zou duidelijk zijn geworden dat in het verleden vaker sprake was van sterke gewichtsschommelingen. Dit was aanleiding geweest om een nader onderzoek naar risicofactoren te doen.

- 2.18 De administrateur betwist dat hij vóór 2013 en bij een claim van de consument in 2016 al op hoogte had kunnen zijn van de gewichtsschommelingen. De consument had eerder een arbeidsongeschiktheidsverzekering via de administrateur gesloten. Deze verzekering is op 31 juli 2013 geëindigd. Bij het aangaan van die verzekering zijn geen gezondheidsvragen gesteld en is dus ook niet gevraagd naar het gewicht. De administrateur kon daarom destijds niet op de hoogte zijn van het gewicht of de gewichtsschommelingen van de consument. Zelfs als dat wel het geval was, zou dat niet van belang zijn op grond van artikel 7:928 lid 4 BW. Bij de beoordeling van de claim van de consument in 2016 waren er geen aanwijzingen dat hij niet eerlijk was geweest over zijn gewicht of gewichtsschommelingen bij de aanvraag van de verzekering.
- 2.19 De administrateur betwist dat onvoldoende onderbouwd is dat bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet geaccepteerd zou zijn. Volgens de administrateur zou het beloop van het gewicht door de jaren heen, conform de GAV-richtlijnen, reden zijn geweest voor een aanvullende opslag. Gelet op deze opslag in combinatie met de twee andere uitsluitingsclausules en de al bekende risicofactoren (roken, leeftijd, etc.), zou het advies van de medisch adviseur van de administrateur zijn de aanvraag af te wijzen. Immers, bij drie afwijkende voorwaarden (uitsluitingen en opslagen) is het zowel beleid bij de verzekeraar als bij andere arbeidsongeschiktheidsverzekeraars om de aanvraag af te wijzen. Bij de beoordeling van het risico in 2013 is niet relevant dat de consument in 2015 is gestopt met roken. In 2013 rookte de consument wel. De matige conditie van de consument blijkt uit de informatie van zijn artsen.

3. Zitting

- 3.1 Op 28 september 2020 heeft een zitting met partijen voor de commissie plaatsgevonden. Ter zitting hebben partijen hun standpunt toegelicht. De administrateur heeft aangegeven dat bij een BMI van 30 of meer het beleid is om nader medisch onderzoek te doen. Hier ging het om een BMI van 29,45. Beide partijen gaan er vanuit dat met de vraag over het gewicht '*laatste jaar toegenomen/afgenomen*' in het rapport het gewichtsverloop in de periode eind mei 2012 tot eind mei 2013 wordt bedoeld.

4. De beoordeling

- 4.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en of de administrateur uitkering mocht weigeren en de verzekering mocht beëindigen. Zij vindt van niet en licht hierna haar oordeel toe.

- 4.2 De commissie zet eerst het juridisch kader uiteen. Daarna past zij dit kader toe op de situatie van de consument.

Schending van de precontractuele mededelingsplicht – juridisch kader

- 4.3 Op grond van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:
- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar);
 - die hij kent of behoort te kennen;
 - en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen;

aan de verzekeraar mede te delen. Men spreekt in dit verband van het relevantievereiste, het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste.

- 4.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt op grond van lid 6 van artikel 7:928 BW het volgende:
- heeft de verzekeringnemer een vraag op de vragenlijst van de verzekeraar onbeantwoord gelaten (de verzekeringnemer heeft bij een vraag niets ingevuld) en heeft de verzekeraar de verzekeringsaanvraag toch geaccepteerd, dan kan de verzekeraar niet later aanvoeren dat de vraag ten onrechte onbeantwoord is gebleven;
 - heeft de verzekeraar op de vragenlijst niet naar bepaalde feiten gevraagd, dan kan de verzekeraar niet later aanvoeren dat de verzekeringnemer de desbetreffende feiten niet heeft medegedeeld;
 - heeft de verzekeringnemer een open slotvraag op de vragenlijst (bijvoorbeeld: 'Heeft u verder nog iets mede te delen?') onjuist of onvolledig beantwoord, dan kan de verzekeraar zich daar niet op beroepen.

De in deze opsomming genoemde beperkingen voor de verzekeraar gelden echter niet als de verzekeringnemer bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit volgt uit de slotzinsnede van lid 6.

- 4.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.¹

¹ Dit volgt uit uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.

- 4.6 Bij de beoordeling welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.²
- 4.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.³
- 4.8 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst bij het sluiten van de verzekering kan ertoe 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 slechts tegen een hogere premie, tegen een lagere verzekerde som of onder bepaalde voorwaarden zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 BW). Ook is mogelijk dat de verzekeraar aanvoert dat hij de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben (artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde.
- 4.9 Als de verzekeraar erin slaagt te bewijzen dat de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden, is hij geen uitkering verschuldigd (artikel 7:930 lid 5 BW). Onder opzettelijke misleiding in de zin van artikel 7:930 lid 5 BW moet worden verstaan: ‘met de bedoeling de verzekeraar ertoe te bewegen een overeenkomst aan te gaan die hij anders niet of niet op dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten’.⁴
- 4.10 Op grond van artikel 7:929 lid 2 BW kan de verzekeraar de verzekering meteen opzeggen als i) de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken, maar ook als ii) de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.

² Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

³ Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

⁴ Zie Hoge Raad 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, overweging 3.3.3.

4.11 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering een hogere premie zou hebben gevraagd, een lagere verzekerde som zou hebben bedongen, andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen of de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, 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.⁵

Geen sprake van (opzettelijke) schending van de precontractuele mededelingsplicht

4.12 De commissie neemt op grond van het medisch dossier als vaststaand aan dat in 1989 en 1991 sprake was van ernstig overgewicht en dat afvallen slechts tijdelijk lukte. Zo was de consument in het jaar 2000 afgevallen van 130 naar 108 kg. Op 18 januari 2012 woog de consument 129 kg.

4.13 Tussen partijen staat niet ter discussie dat met vraag 8 ‘*Wat is (...) uw gewicht?*’ in de gezondheidsverklaring het gewicht op het moment van het beantwoorden van de vraag, zijnde 15 mei 2013, wordt bedoeld. Ook staat niet ter discussie dat met de vraag over het gewicht ‘*laatste jaar toegenomen/afgenomen*’ in het rapport het gewichtsverloop in de periode eind mei 2012 tot eind mei 2013 wordt bedoeld.

4.14 De vraag is of op basis van de vaststaande feiten aangenomen kan worden dat de consument de vraag over zijn gewicht op de gezondheidsverklaring en het rapport onjuist heeft beantwoord. De commissie vindt van niet.

4.15 De commissie stelt vast dat de consument op 18 januari 2012 129 kg woog en ook in het verleden wel bekend was met een ernstig overgewicht. Dat is evenwel geen reden om te concluderen dat het gewicht van 103 kg dat de consument in mei 2013 heeft gemeld op de gezondheidsverklaring en in het rapport niet juist zou zijn. Het is zeker niet onmogelijk dat de consument vanaf 18 januari 2012 na vier maanden weer op een gewicht van 103 kg was gekomen. Uit het medisch dossier blijkt immers dat het de consument in het verleden vaker is gelukt om veel af te vallen. Bovendien heeft de consument - gezien het medisch dossier - de andere gestelde vragen in de gezondheidsverklaring en tijdens het intakegesprek naar het lijkt nauwgezet en uitvoerig beantwoord.

4.16 In het rapport wordt gevraagd naar het gewichtsverloop over de periode eind mei 2012 tot eind mei 2013 (*‘laatste jaar toegenomen/afgenomen’*). De consument heeft hierop geantwoord dat zijn gewicht schommelt tussen 103/108 kg. Gelet op het voorgaande acht de commissie dit ook niet onaannemelijk.

⁵ Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Er was voor de consument geen aanleiding om zijn gewichtsschommelingen vóór eind mei 2012 te melden, omdat daar niet expliciet naar is gevraagd. De consument behoefde deze gewichtsschommelingen ook niet spontaan te melden, omdat gebruik is gemaakt van een vragenlijst in de vorm van gezondheidsverklaringen. Dit staat in artikel 7:928 lid 6 BW (randnummer 4.4 hiervoor). De commissie stelt voorts vast dat de medewerker die het intakegesprek heeft afgenomen niet heeft doorgevraagd over gewichtsschommelingen in het verleden.

- 4.17 De commissie wijst erop dat het juist op de weg van de medisch adviseur van de administrateur had gelegen om nadere vragen te stellen over het gewicht van de consument. De BMI van de consument lag ten tijde van de aanvraag namelijk tegen de grens van 30 aan, waarbij volgens het beleid van de administrateur nader medisch onderzoek is geïndiceerd. Bovendien heeft de consument vraag 15 ‘*Zijn er klachten over de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing?*’ in het rapport met ‘Ja’ beantwoord en is hierop kennelijk ook niet doorgevraagd, omdat bij de subvragen ‘*Waarvoor*’, ‘*Hoelang*’ en ‘*Wanneer*’ niets staat vermeld. Dat de administrateur ten tijde van de aanvraag van de verzekering niet op de hoogte geraakte van een voorgeschiedenis van overgewicht van de consument, komt dan ook voor zijn rekening en risico.
- 4.18 Ook is naar het oordeel van de commissie niet gebleken dat de consument heeft gehandeld met enig opzet om de administrateur te misleiden. De slot-zinsnede van artikel 7:928 lid 6 BW (randnummer 4.4 hiervoor) vindt daarom geen toepassing.
- 4.19 Gelet op het voorgaande is niet komen vast te staan dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De vraag of de administrateur al eerder op de hoogte had kunnen zijn van het overgewicht van de consument (randnummer 2.14 hiervoor) kan daarom onbeantwoord blijven.

Herstel verzekering en claim in behandeling nemen

- 4.20 Omdat geen sprake is van een (opzettelijke) schending van de precontractuele mededelingsplicht, mag de administrateur geen beroep doen op de artikelen 7:929 lid 2 en 7:930 lid 4 en 5 BW en de overeenkomstige bepalingen in de voorwaarden. Dit betekent dat de administrateur de verzekering per 1 januari 2020 in kracht moet herstellen en de claim van 24 juli 2019 alsnog moet behandelen. Ten overvloede merkt de commissie over deze claim op, dat op basis van het nu ter beschikking staande medisch dossier niet zonder meer geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een niet medisch objectiveerbaar zijnde stoornis in de zin van de polisvoorwaarden.

5. De beslissing

De commissie wijst de vordering van de consument in die zin toe dat de verzekering per 1 januari 2020 in kracht moet worden hersteld en de claim van de consument van 24 juli 2019 alsnog in behandeling wordt genomen, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk 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. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage

Relevante bepalingen uit de verzekeringsovereenkomst

Polisvoorwaarden TAF GoedGezekerd AOV

(...)

I. Definities

(...) Arbeidsongeschiktheid:

De tijdelijke of blijvende onmogelijkheid van verzekerde om de eigen arbeid, dan wel de in deze algemene voorwaarden vermelde passende arbeid, in het voor het recht op uitkering in deze algemene voorwaarden relevante percentage te kunnen verrichten als gevolg van ziekte en/of ongeval waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken worden samengeteld. Onder ziekte en ongeval wordt verstaan hetgeen in deze begripsomschrijving als ziekte en ongeval is gedefinieerd. (...)

Fraude:

Het opzettelijke en/of op oneigenlijke gronden en wijzen (trachten te) verkrijgen van een uitkering waarop op basis van de verzekering geen recht bestaat of het (trachten te) verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering onder valse voorwendzelen.

(...)

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Dit betekent dat in relatie tot ziekte of letsel er stoornissen bestaan die door een arts objectief medisch zijn vastgesteld en die leiden tot objectiveerbare beperkingen voor arbeid. Bij de beoordeling hiervan laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs, welke staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundige Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV).

(...)

3. Grondslag van de verzekering

3.1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), keuringsrapporten en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de verzekeraar vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmede één geheel uit te maken.

3.2 Ingeval voornoemde inlichtingen en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van schending van de mededelingsplicht, als bedoeld in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, heeft de verzekeraar het recht de overeenkomst op te zeggen.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

(...)

4.3 De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:

(...)

d. indien de verzekeringnemer of de verzekerde onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;

(...)

23. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden. Een eventueel al gedane uitkering (vermeerderd met de gemaakte kosten) zal worden teruggevorderd. Fraude kan ook tot gevolg hebben:

- Er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- De verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- De gemaakte (onderzoeks)kosten worden teruggevorderd;
- Er registratie plaatsvindt in de tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssystemen.

Relevante wetsartikelen

Art. 7:928 Burgerlijk Wetboek

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.

Art. 7:929 Burgerlijk Wetboek

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.

2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.

3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Art. 7:930 Burgerlijk Wetboek

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.