

Uitspraak Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening nr. 2022-0008

(mr. drs. W.J.J. Los, voorzitter, prof. dr. mr. R.H. de Bock, J.C.H. Kars AAG CERA, P.G. Polstra AA RB, prof. dr. mr. N. van Tiggele-van der Velde, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Beroepschrift ontvangen op : 8 juli 2021
Ingediend door : Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Wederpartij : De consument
Datum uitspraak : 27 januari 2022

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft bij het aangaan van de verzekering een gezondheidsverklaring ingevuld. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat de consument gezondheidsklachten heeft verzwegen en heeft een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst. De verzekeraar baseert zich daarbij op de eigen verklaring van de consument, gedaan tijdens de psychiatrische expertise. De consument heeft die verklaring later tegengesproken. De Commissie van Beroep is van oordeel dat de verzekeraar niet heeft voldaan aan zijn verplichting om zorgvuldig onderzoek te doen en dat de verzekeraar onvoldoende heeft aangevoerd om te oordelen dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar dient de clausule dan ook te verwijderen en de uitkering te hervatten. De Commissie van Beroep bevestigt de uitspraak van de Geschillencommissie.

[Klik hier voor de uitspraak van de Geschillencommissie](#)

I. De procedure in beroep

- I.1 Bij een op 8 juli 2021 gedateerd beroepschrift met bijlage heeft de verzekeraar bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (verder: de Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: de Geschillencommissie) van 28 mei 2021 (dossiernummer [nummer], gepubliceerd onder nummer 2021-0478).
- I.2 De consument heeft een op 31 augustus 2021 gedateerd verweerschrift ingediend.
- I.3 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 25 oktober 2021. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door haar gemachtigde mr. W.E. van Engelenhoven, advocaat te Ede en [naam]. De consument heeft deelgenomen via een videoverbinding. Verder was aanwezig de gemachtigde van de consument, mr. P. Ak, expert jurist algemeen bij ARAG SE Nederland. Partijen hebben ieder een pleitnota overgelegd, hun standpunten toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord.
- I.4 Bij e-mail van 26 oktober 2021 met bijlage heeft de consument – in vervolg op een door de Commissie van Beroep ter zitting gedaan verzoek – een brief van 16 juni 2021 van de verzekeraar ingediend. De verzekeraar heeft daarop gereageerd bij e-mail van 1 november 2021 met als bijlage een door haar aan consument verzonden e-mail van 29 juni 2021.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop van de procedure bij de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie van 28 mei 2021.

3. Feiten

- 3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in de uitspraak onder 2.1 tot en met 2.9. De feiten zijn niet betwist en worden voor zover relevant aangevuld met enkele andere feiten die tussen partijen vaststaan. Kort gezegd gaat het om het volgende.
- 3.2 Op 23 oktober 2006 heeft de consument een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend ten behoeve van een aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering van de verzekeraar. Hij heeft daarbij het hokje bij vraag 4, onder B, niet aangekruist. Vraag 4, onder B, van de gezondheidsverklaring luidt als volgt:

“4 Medische gegevens

Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

LET OP!

U moet een rubriek aankruisen als u:

- *een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd;*
- *opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychische inrichting of andere verpleeginrichting;*
- *geopereerd bent;*
- *nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt;*
- *nog onder controle staat.*

B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout?”

- 3.3 De arbeidsongeschiktheidsverzekering is vervolgens afgesloten. De ingangsdatum van de verzekering is 17 november 2006.
- 3.4 In de loop van 2017 heeft de consument zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten (depressie). De verzekeraar heeft bij brief van 27 september 2017 aan de consument meegedeeld dat hij de claim in behandeling heeft genomen vanaf 30 juli 2017. De consument heeft daarna ook fysieke klachten aan de verzekeraar gemeld.

Bij brief van 13 november 2017 heeft de verzekeraar aan de consument meegedeeld dat de verzekeraar vanaf 27 oktober 2017 uitging van 100% arbeidsongeschiktheid en dat de consument vanaf 31 oktober 2017 een uitkering zou krijgen van 100% van het verzekerde dagbedrag.

- 3.5 Op 7 juni 2019 heeft een psychiatrische expertise plaatsgevonden. In zijn rapport van 29 juli 2019 schrijft de psychiater onder het kopje “Psychiatrische voorgeschiedenis” onder meer: *“Diverse kortdurende gespreksbehandelingen van 5-6 zittingen/keer (1995; 1998; 2003) bij psychologen voor klachten van angsten en depressie.”* Onder het kopje “Samenvatting en beschouwing” schrijft hij dat de psychiatrische voorgeschiedenis diverse kortdurende gespreksbehandelingen vermeldt (1995; 1998; 2003) voor klachten van angsten en depressie. Na een beschrijving van de klachten waarvoor de consument zich arbeidsongeschikt heeft gemeld, komt hij tot de conclusie: *“depressieve stoornis, recidiverend, matig”*.
- 3.6 De consument heeft inzage gehad in het expertiserapport van de psychiater en op diverse punten correcties aangebracht. De consument heeft de beschrijving van de voorgeschiedenis niet gecorrigeerd.
- 3.7 In een rapport van 27 augustus 2019 overweegt de medisch adviseur van de verzekeraar dat duidelijk is geworden dat sprake is van recidiverende psychische klachten en dat in geval van recidiverende psychische klachten een duidelijk verhoogde kans op het opnieuw ontstaan van psychische klachten bestaat. Het verhoogde risico op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid kan met een clause tot een normaal risico worden teruggebracht. Hij stelt dat als hij in oktober 2016 (*naar de Commissie van Beroep begrijpt: 2006*) met alle feiten bekend was geweest, hij de volgende clause zou hebben geadviseerd: *“Geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten, aandoeningen en/of oorzaken”*. Deze beperkende bepaling voor psychische klachten zou niet voor een herbeoordeling in aanmerking komen.
- 3.8 Bij brief van 27 september 2019 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat uit de gegevens die bekend zijn geworden bij de psychiatrische expertise, is gebleken dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft daarom alsnog een clause op de polis geplaatst dat vanaf 17 november 2006 geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten, aandoeningen en/of oorzaken. De psychische klachten waarvoor de consument een beroep deed op zijn verzekeringsdekking vallen onder deze clause. De consument hoeft de genoten uitkering evenwel niet terug te betalen, aldus de verzekeraar, omdat er per 27 oktober 2019 (*naar de Commissie van Beroep begrijpt: 2017*) (aanvang fysieke klachten) geen goede scheiding te maken is tussen de fysieke en de psychische klachten.
- 3.9 Met een e-mail van 9 oktober 2019 heeft de consument – voor zover relevant – als volgt gereageerd op het standpunt van de verzekeraar en verzocht om de uitkering met terugwerkende kracht voort te zetten:

“U noemt de jaren 1995, 1998 en 2003. Ik kan het mij niet herinneren maar ik zal ongetwijfeld deze jaartallen hebben genoemd. Omdat de psycholoog ook (een indicatie van) de jaren wilde, heb ik lukraak een aantal jaren genoemd. Het was in elk geval zeer lang geleden en de genoemde jaartallen zijn een gissing geweest. Zelfs het aantal keren zou niet kunnen kloppen. Eerder twee keer dan drie keer. Nu ik er verder over heb nagedacht denk ik zelfs dat het voor het jaar 2000 speelde.”

Het ging niet om klachten van depressieve aard, maar om angsten. Ik heb daarvoor een aantal gesprekken gehad met een psycholoog, dat was de eerste keer in 1995 (als dat jaar dus juist is). Omdat er klachten bleven doorsudderen, heb ik na een tijd (een jaar of enkele jaren later) het er nog een keer met de huisarts over gehad maar heb ik er verder geen behandeling meer voor gehad. Na een tijdje heb ik met de angsten kunnen omgaan en heb ik er sinds, ik schat, het jaar 2000 geen last meer van gehad. Ook nu niet. De aanleiding van mijn claim in 2017 was neerslachtigheid (naar later bleek depressie) die al jaren ervoor langzaam maar zeker steeds duidelijker werd. Pas toen het echt te gortig werd en mijn werk er zodanig onder leed dat ik niet meer functioneerde, heb ik een beroep gedaan op mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Vanwege mijn ziekte, ben ik niet heel scherp. Misschien kunt u zich dat voorstellen. Dat ik u nu schriftelijk benader en niet telefonisch contact heb gezocht heeft daarmee te maken. Ik moet er echt voor gaan zitten om mijn gedachten op een rij te kunnen zetten en me te uiten. Telefonisch zou het teveel voor me worden en zou ik mogelijk niet alles hebben gezegd of kunnen zeggen wat ik had gewild. Tijdens het gesprek met Psyon, waaraan ik volledige medewerking heb verleend en een open boek was (zoals ik altijd ben), heb ik zo goed als mogelijk antwoord gegeven, maar de scherpte ontbrak. Ook bij het doornemen van het rapport was daar sprake van. Dat ik niet de jaartallen heb gecorrigeerd, heeft daar ook mee te maken, buiten het feit dat het eigenlijk te lang geleden is om preciezer te zijn. Zelfs voor een gezond persoon zou het waarschijnlijk een kwestie van natte vingerwerk geweest zijn. Ik vind dat u daar te weinig rekening mee hebt gehouden. Ik ben ziek en ja, natuurlijk uit zich dat op verschillende manieren. (...)"

3.10 De verzekeraar is bij zijn standpunt gebleven.

4. Klacht en uitspraak Geschillencommissie

4.1 De consument heeft gevorderd dat de verzekeraar de uitkering vanaf 1 oktober 2019 voortzet, met toekenning van wettelijke rente vanaf 1 oktober 2019. De consument heeft zich, naar de Commissie van Beroep begrijpt, op het standpunt gesteld dat van relevante verzwijging geen sprake is. Hij voert daartoe onder meer aan dat het hem tijdens de psychiatrische expertise, die door verzekeraar in het kader van de beoordeling van de aanspraak werd uitgevoerd, ontbrak aan scherpte. In die periode heeft hij bij schatting een aantal jaren heeft genoemd waarin hij zou zijn behandeld voor angstklachten en dat uit navraag bij zijn huisarts is gebleken dat hij zich voor 2007 nooit met psychische klachten tot de huisarts heeft gewend.

De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden en dat zij terecht een clausele op de polis heeft geplaatst vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

Voor een verdere weergave van de standpunten van partijen verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie, onder 2.10 tot en met 2.19.

Tijdens de hoorzitting van de Geschillencommissie heeft de consument volgens de uitspraak van de Geschillencommissie de volgende toelichting gegeven met betrekking tot de angstklachten. In de periode van 1993 tot 1999 was hij in loondienst en zat hij in een traject om hogerop te komen. In die periode had hij moeite met bepaalde taken, zoals het spreken in het openbaar en het leiden van vergaderingen. Volgens de consument heeft hij

destijds via zijn werk 3 à 4 gesprekken gehad met een coach, die mogelijk ook psycholoog was.

- 4.2 De Geschillencommissie heeft de vorderingen toegewezen en daartoe – kort samengevat – als volgt geoordeeld. De verzekeraar heeft niet voldoende aannemelijk gemaakt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Weliswaar dienen angstklachten bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering te worden gemeld en sprak en spreekt de consument steeds over “angstklachten”, maar er is niet vast komen te staan wat de aard en de ernst van de klachten is geweest. De consument heeft op de zitting toegelicht dat hij spreken in het openbaar eng vond en dat hij om die reden door zijn toenmalige werkgever een coachingstraject aangeboden heeft gekregen. Het gaat om klachten van lang geleden, waarnaar door de verzekeraar geen onderzoek is gedaan. Van klachten van depressieve aard, die zich al voor het sluiten van de verzekering hadden voorgedaan, is in het geheel niet gebleken. De lichtheid van de problematiek die wel vast is komen te staan, namelijk de angst om in het openbaar te spreken, maakte dat de consument niet hoefde te begrijpen dat de melding daarvan voor de verzekeraar van belang was. Concluderend was er geen sprake van schending van de mededelingsplicht, zodat de verzekeraar niet gerechtigd was met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule voor psychische klachten op de polis te plaatsen. De verzekeraar dient de uitsluitingsclausule te verwijderen en de uitkering per de datum van beëindiging (1 oktober 2019) te hervatten en te vermeerderen met de wettelijke rente, aldus de Geschillencommissie.

5. **Beoordeling van het beroep**

Standpunten van partijen

- 5.1 De verzekeraar heeft het oordeel van de Geschillencommissie, samengevat weergegeven, op de volgende gronden bestreden. Vast staat dat de consument tijdens de psychiatrische expertise op vragen van de psychiater heeft aangegeven dat hij gedurende verschillende perioden vóór het ingaan van de verzekering psychologen heeft geconsulteerd en dat hij in het kader van zijn correctierecht geen opmerkingen heeft gemaakt over de in het rapport van de psychiater opgenomen voorgeschiedenis. Ook in het e-mailbericht van 9 oktober 2019, de klachtomschrijving en het e-mailbericht aan de Geschillencommissie van 5 mei 2020 heeft de consument, volgens de verzekeraar, erkend dat hij vóór het ingaan van de arbeidsongeschiktheidsverzekering psychische klachten heeft gehad. Bij de beantwoording van vraag 4 van de gezondheidsverklaring had de consument daarom rubriek B, dan wel rubriek L (“ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder boven genoemde categorieën kunnen worden geplaatst”) moeten aankruisen. De verzekeraar moet kunnen uitgaan van de verklaringen die de consument heeft afgelegd tegenover door de verzekeraar ingeschakelde deskundigen en die hij vervolgens niet heeft gecorrigeerd. De Geschillencommissie had de consument moeten opdragen te bewijzen dat hij vóór het aangaan van de verzekering geen huisarts of hulpverlener heeft geraadpleegd voor klachten van psychische aard. Ten onrechte heeft de Geschillencommissie de aard en ernst van de klachten van belang geacht en is zij op de stoel van de verzekeraar gaan zitten door te overwegen dat de

problematiek die is komen vast te staan zo licht was dat de consument deze niet hoefde te vermelden, aldus de verzekeraar.

- 5.2 De consument voert aan dat uit de informatie van zijn huisarts niet blijkt van psychische klachten voorafgaand aan het sluiten van de verzekering. Ook heeft hij erop gewezen dat bij hem nooit een diagnose op het gebied van angsten/angstklachten is gesteld, maar dat “angstklachten” zijn eigen bewoordingen zijn voor de hulpvraag waarvoor hij gedurende een bepaalde periode gesprekken heeft gevoerd. Zijn angst zag op het spreken in het openbaar en omdat die vaardigheid in zijn toenmalige functie van hem verwacht werd, heeft hij daarover gesprekken gevoerd, in het kader van zijn dienstbetrekking. Gelet op de aard van die klachten en de in dat kader gevoerde gesprekken is er naar zijn overtuiging geen sprake van schending van de mededelingsplicht. Tijdens de zitting heeft de consument zich nog op het standpunt gesteld dat de verzekeraar bij brief van 16 juni 2021 afstand heeft gedaan van haar recht om in beroep te gaan.

Geen afstand van recht

- 5.3 De Commissie van Beroep zal eerst het standpunt van de consument behandelen dat de verzekeraar afstand heeft gedaan van haar recht om tegen de uitspraak van de Geschillencommissie in beroep te gaan.
- 5.4 De Commissie van Beroep volgt dit standpunt niet. Uit de door de consument (na de mondelinge behandeling) overgelegde brief van 16 juni 2021 lijkt weliswaar te volgen dat de verzekeraar uitvoering zal geven aan de uitspraak van de Geschillencommissie, maar de verzekeraar zegt in de brief niet toe dat hij geen beroep zal instellen tegen de beslissing. Die conclusie heeft de consument dan ook niet kunnen verbinden aan de brief. Zolang er geen beroep is ingesteld, is de verzekeraar immers verplicht de beslissing van de Geschillencommissie uit te voeren. De brief bevat ook geen andere, ondubbelzinnige verklaring waaruit de consument redelijkerwijs heeft mogen opmaken dat de verzekeraar berustte in de uitspraak van de Geschillencommissie. Wel was het, om misverstanden bij de consument te voorkomen, zorgvuldiger geweest als de brief op dit punt een duidelijk voorbehoud had gemaakt of als de verzekeraar pas een brief had gestuurd nadat hij een beslissing over het instellen van beroep had genomen.

Mededelingsplicht

- 5.5 Wat betreft de inhoudelijke beoordeling stelt de Commissie van Beroep het volgende voorop. Ingevolge art. 7:928 BW is een verzekeringnemer 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 afhangt of kan afhangen of, en zo ja op welke voorwaarden, deze de verzekering zal willen sluiten. Het is in beginsel aan de verzekeraar om te bewijzen dat de verzekerde niet aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan.
- 5.6 De verzekeraar heeft in dit kader primair gewezen op de eigen verklaring die de consument heeft gegeven tijdens het onderzoek door de psychiater in de periode waarin

de consument reeds arbeidsongeschikt was. Die verklaring is opgenomen in het rapport van de psychiater. De verzekeraar gaat uit van de juistheid van die verklaring, hoewel de consument die later heeft tegengesproken. Hij beroept zich daarbij erop dat op het moment dat de rapportage aan de consument werd voorgelegd, de consument de daarin opgenomen beschrijving van de voorgeschiedenis en andere passages die melding maken van klachten van angst en depressie niet heeft gecorrigeerd, terwijl de consument op andere punten wel gebruik heeft gemaakt van zijn correctierecht. Naar aanleiding van deze rapportage heeft de verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de consument niet aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan.

- 5.7 De vraag is aan de orde of de verzekeraar hiermee, onder de omstandigheden zoals die in dit geval spelen, heeft kunnen volstaan. De Commissie van Beroep beantwoordt die vraag ontkennend op grond van het volgende.
- 5.8 In de eerste plaats acht de Commissie van Beroep het van betekenis dat de beslissing van de verzekeraar verstrekken gevolgen had voor de consument. Dit bracht mee dat de verzekeraar te meer reden had voor zorgvuldig onderzoek bij het nemen van deze beslissing.
- 5.9 De Commissie van Beroep constateert dat de verzekeraar op basis van de eigen verklaring van de consument in de rapportage direct tot zijn beslissing is gekomen, zonder bij de consument navraag te doen over de klachten waarvan de eigen verklaring melding maakt en zonder documentatie daarover op te vragen, of na te gaan of documentatie beschikbaar was. De eigen verklaring van de consument werd niet onderbouwd door stukken. Er was alleen de eigen verklaring van de consument, zoals weergegeven in het rapport, en er was geen rapportage voorhanden van wat de verzekeraar later “psychiatrische behandeling” heeft genoemd. De consument heeft later gemotiveerd toegelicht waarom niet volledig kan worden afgegaan op zijn verklaring over de aard van de behandelingen en de jaren waarin deze hebben plaatsgevonden, en deze toelichting was niet aanstonds onaannemelijk. Van belang daarbij was dat de consument ten tijde van het onderzoek door de psychiater en het corrigeren van de rapportage reeds kampte met psychische beperkingen in zijn functioneren als gevolg van ziekte. De verzekeraar had er daarom rekening mee moeten houden dat deze beperkingen de nauwkeurigheid van de verklaring van de consument konden hebben beïnvloed. Dit betreft zowel het benoemen van de aard van de behandelingen als de jaren waarin die zouden hebben plaatsgevonden, maar ook het corrigeren daarvan naar aanleiding van het rapport van de psychiater. Het gaat bovendien om gebeurtenissen die vele jaren vóór het onderzoek door de psychiater moesten hebben plaatsgevonden. Ook dit gaf aanleiding om niet zonder meer ervan uit te gaan dat de verklaring van de consument in alle opzichten nauwkeurig was.
- 5.10 In het licht hiervan acht de Commissie van Beroep het op zijn plaats dat de verzekeraar alsnog informatie had proberen te achterhalen om de juistheid van de verklaring van de consument te verifiëren. De verzekeraar heeft dit echter nagelaten.
- 5.11 Daarbij komt dat de consument in het kader van de procedure bij de Geschillencommissie documentatie van de huisarts heeft overgelegd, waaruit blijkt dat hij in de relevante periode

bij de huisarts geen melding heeft gemaakt van psychische klachten. Weliswaar is daarmee niet uitgesloten dat hij voor psychische klachten is behandeld, maar dit vormde wel een reden te meer om te twifelen aan de juistheid van de beslissing dat de consument zijn mededelingsplicht had geschonden.

- 5.12 Ondanks dit alles is de verzekeraar zonder nader onderzoek in zijn beslissing blijven volharden. Dit is niet te rijmen met de zorgvuldigheid die de verzekeraar in deze omstandigheden jegens de consument in acht had behoren te nemen. Dit voert tot de slotsom dat de verzekeraar niet voldaan heeft aan zijn verplichting om zorgvuldig onderzoek te doen en dat hij dus de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. Bij die stand van zaken heeft de verzekeraar onvoldoende aangevoerd om te oordelen dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden.

Conclusie

- 5.13 Het voorgaande brengt mee dat de klacht van de consument gegrond is en dat de Geschillencommissie terecht heeft beslist dat de verzekeraar de clause voor psychische klachten dient te verwijderen en de uitkering dient te hervatten, met vergoeding van de wettelijke rente. De Commissie van Beroep zal de uitspraak van de Geschillencommissie dus bevestigen.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep bevestigt de uitspraak van de Geschillencommissie.