

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0916

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, drs. J.H. Paulusma- de Waal, arts,
mr. A.W. Westerveld, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Klacht ontvangen op	2 maart 2022
Ingediend door	De consument
Tegen	Allianz Nederland Schadeverzekeringen, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	31 oktober 2022
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Schending mededelingsplicht. De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend vanwege arbeidsongeschiktheid als gevolg van een tumor in haar hals. De verzekeraar heeft het uitkeringsverzoek afgewezen en met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst, omdat de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende mededelingsplicht zou hebben geschonden. De consument vordert dat zij alsnog een uitkering ontvangt. De commissie oordeelt dat de consument de mededelingsplicht heeft geschonden bij het sluiten van de verzekering en dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een uitsluitingsclausule zou hebben geplaatst. De verzekeraar heeft de uitsluitingsclausule met terugwerkende kracht op de polis mogen plaatsen en is geen uitkering aan de consument verschuldigd. De vordering van de consument wordt daarom afgewezen.

I. 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 om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar met aanvullende toelichting.

- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 14 oktober 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig samen met haar vertegenwoordiger [naam 1], juridisch adviseur. Namens de verzekeraar waren aanwezig [naam 2], juridisch adviseur en [naam 3], verzekeringsarts en medisch adviseur.
- I.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft op 30 juni 2010 de arbeidsongeschiktheidsverzekering Essentie (hierna de verzekering) bij de verzekeraar aangevraagd. Bij het aanvraagformulier hoort een gezondheidsverklaring met een aparte toelichting daarop.
- 2.2 In de gezondheidsverklaring heeft de consument -onder andere- de volgende vraag met 'nee' beantwoord:
- '2. Heeft u op dit moment of heeft u ooit geleden aan klachten, ziekten, aandoeningen en/of gebreken die niet onder bovengenoemde vraag geplaatst kunnen worden?'*
- 2.3 De gezondheidsverklaring wordt voorafgegaan door een uitgebreide toelichting die opent met de tekst *'Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal door. Is iets u niet duidelijk, neem dan contact op met Allianz Inkomensverzekeringen.'* De in te vullen gezondheidsverklaring bestaat uit één pagina. Hierop staat links bovenaan in een omkaderde tekst – voor zover relevant – het volgende:

Waarom dit formulier?

Bij aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. Na het lezen van de toelichting vult u op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de medisch adviseur aan de verzekeraar of, en op basis van? welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. (...)

Vermeld al uw klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. U kunt hierbij denken aan:

(...)

Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor (...).

Wanneer u de gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan er toe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. (...)

- 2.4 De verzekering is op 1 september 2010 ingegaan.
- 2.5 Op enig moment heeft de consument bij de verzekeraar de arbeidsongeschiktheidsverzekering Compact aangevraagd, die op 11 december 2011 is ingegaan.
- 2.6 Op 2 april 2013 heeft de consument zich per 17 december 2012 arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar vanwege een tumor in haar hals.
- 2.7 Bij brief van 10 mei 2013 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat uit het schadeaangifteformulier blijkt dat de consument in 2008 een zwelling in haar hals heeft gehad, welke zij niet heeft opgegeven bij de aanvraag van de verzekering in 2010. In de brief wordt aangekondigd dat de medisch adviseur van de verzekeraar zal onderzoeken of deze informatie destijds tot een andere acceptatie zou hebben geleid.
- 2.8 Bij brief van 20 juni 2013 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat hij op grond van de ontvangen informatie het arbeidsongeschiktheidsrisico per ingangsdatum niet onder de normale voorwaarden zou hebben geaccepteerd, en dat hij met terugwerkende kracht de volgende clausule (beperkende bepaling) op beide verzekeringspolissen heeft geplaatst;
- ‘Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid, welke is ontstaan, bevorderd of verergerd door schildklieraandoeningen, inclusief complicaties en/of gevolgen die daarmee redelijkerwijs verband houden.’*
- 2.9 De consument is het hiermee niet eens en heeft -na de verjaring meerdere malen te hebben gestuit- een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.10 De klacht van de consument houdt in dat zij uitkering onder de verzekering wil, en wel over de periode van 17 december 2012 tot 4 augustus 2013.

Zij vordert een bedrag van € 57.849,-, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 20 juni 2013. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de consument - zakelijk weergegeven - het volgende aangevoerd.

- 2.11 De consument heeft de vragen in de gezondheidsverklaring naar waarheid ingevuld. Tijdens het invullen van de gezondheidsverklaring heeft de consument geen moment gedacht aan de zwelling in haar hals van twee jaar daarvoor. Er heeft destijds geen vervolgonderzoek plaatsgevonden. Aanvankelijk zou er wel een vervolgonderzoek plaatsvinden bij de internist. Enige tijd daarvoor was de consument echter bij de huisarts geweest en toen was de zwelling in haar hals weg. Door de huisarts is toen tegen de consument gezegd dat het waarschijnlijk een cyste was. Vervolgens heeft de consument naar de internist gebeld. Zij kreeg een assistent aan de telefoon aan wie zij heeft uitgelegd wat de huisarts gezegd had. De assistent zou met de internist overleggen over de vraag of het vervolgonderzoek nog plaats zou moeten vinden. Afsproken werd dat de consument teruggebeld zou worden als het vervolgonderzoek toch door moest gaan. Omdat de consument daarna niets meer gehoord heeft, ging zij ervan uit dat de zwelling dus een cyste betrof. De consument was gerustgesteld. De zwelling was 'totaal niets' voor haar. De consument heeft de zwelling dan ook niet ervaren als een ziekte of aandoening en zij had er ook geen klachten van.
- 2.12 Voorafgaand aan het invullen van de gezondheidsverklaring heeft de consument de stukken gelezen. Tijdens de zitting heeft de consument verklaard dat zij als eerste de omkaderde tekst naast de gezondheidsverklaring is gaan lezen die begint met '*Waarom dit formulier*'. Halverwege staat dat na het lezen van de toelichting de vragen ingevuld moeten worden. Vervolgens heeft de consument de toelichting bij de gezondheidsverklaring gelezen, waarna zij de vragen heeft ingevuld. Door de wijze waarop de tekst is opgebouwd leidt deze als het ware weg van de overige tekst onder het kopje '*Waarom dit formulier*' waar ook staat dat een goed- of kwaadaardige zwelling opgegeven moet worden. Voor de consument was niet duidelijk dat juist de omkaderde tekst de belangrijkste informatie bevat over de wijze waarop de gezondheidsverklaring moet worden ingevuld. Bij haar was de veronderstelling ontstaan dat zij alleen de toelichting hoefde te lezen voordat zij de vragen beantwoordde, en niet de rest van de omkaderde tekst.
- 2.13 De tekst in de gezondheidsverklaring schept verwarring en is voor meerdere uitleg vatbaar. De opbouw is onduidelijk, er is geen aangewezen volgorde.

Nergens uit de tekst volgt dat een zwelling te allen tijde vermeld dient te worden, ook als deze geen klachten heeft veroorzaakt of nog niet beschouwd kan worden als een aandoening of ziekte. De zinsnede ‘*U kunt hierbij denken aan*’ houdt geen verplichting in. Er is geen definitie opgenomen van de begrippen klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken.

Het verweer

- 2.14 De 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 haar 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 Burgerlijk Wetboek (hierna 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.¹
- 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.

¹ Zie ook Hoge Raad van 22 september 2017 ECLI:NL:HR:2017:2447, gepubliceerd op rechtspraak.nl

- 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.²
- 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.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.⁴
- 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.⁵ 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.⁶

² Zie ook Hoge Raad van 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.

³ Zie ook Hoge Raad van 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

⁴ Zie ook Hoge Raad van 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

⁵ Zie Geschillencommissie Kifid 30 januari 2014, 2014-53, overwegingen 5.7 en 5.8.

⁶ Zie Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841.

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

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

3.12 De commissie zal de vraag beantwoorden of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

3.13 Uit het verslag van de behandelend internist van 17 december 2008 blijkt dat de consument door de huisarts werd doorverwezen vanwege een deels cysteuze, deels solitaire nodus in de linker schildklierkwab. Omdat de zwelling mogelijk in korte tijd was ontstaan, is een echogelegeide punctie verricht. Deze is door de internist als niet representatief beoordeeld. Om die reden diende, aldus het verslag van de internist, drie maanden later een nieuwe echo en echogelegeide punctie plaats te vinden.

3.14 In een verslag van het [ziekenhuis] van 29 april 2013 staat in het kader van de medische voorgeschiedenis van de consument onder meer het volgende vermeld:

‘Bekend met:

(...)

2008 benigne schildkliercyste (...).

3.15 Op basis van deze stukken, in combinatie met de verklaring van de consument, stelt de commissie vast dat de consument in 2008 bekend was met een zwelling in haar hals. Hiervoor heeft zij de huisarts bezocht en is zij doorverwezen naar een internist die een echogelegeide punctie heeft gedaan. Ook heeft de internist genoteerd dat na drie maanden een vervolgonderzoek diende plaats te vinden. Anders dan de consument stelt, blijkt uit de medische gegevens in het dossier niet dat de huisarts tegen de consument gezegd zou hebben dat de zwelling waarschijnlijk een cyste was en dat naar aanleiding van die mededeling contact heeft plaatsgevonden tussen de (assistent van de) internist en de consument waarna door de internist besloten zou zijn dat het vervolgonderzoek niet langer noodzakelijk was.

3.16 Uit het voorgaande leidt de commissie af dat, los van de reden waarom geen vervolgonderzoek plaats heeft gevonden, de zwelling in de hals van de consument niet ‘totaal niets’ was. Zij is hiervoor immers bij de huisarts en de internist geweest.

Daar komt bij dat deze bezoeken plaats hebben gevonden korter dan twee jaar voorafgaand aan het aanvragen van de verzekering. Om deze reden acht de commissie het niet aannemelijk dat de consument de zwelling in haar hals volledig was vergeten.

- 3.17 In de gezondheidsverklaring wordt onder vraag 2 gevraagd naar klachten, ziekten, aandoeningen en/of gebreken. In de omkaderde tekst naast deze vraag is een uitleg opgenomen hoe de gezondheidsvragen ingevuld dienen te worden. Hieruit volgt dat alle klachten, aandoeningen, ziektes en/of gebreken vermeld moeten worden, óók als de aspirant-verzekerde denkt dat deze niet belangrijk zijn en óók als daarvoor geen arts is bezocht. Vervolgens is een niet-limitatieve opsomming gegeven waar aan gedacht kan worden. Een van de hier genoemde voorbeelden is ‘goed- of kwaadaardige zwellingen’. Gelet op de genoemde voorbeelden was het niet nodig om definities op te nemen.
- 3.18 Uit de tekst in gezondheidsverklaring had de consument naar het oordeel van de commissie kunnen en moeten begrijpen dat de zwelling in haar hals in 2008 voor de verzekeraar van belang was. De gezondheidsverklaring, inclusief de omkaderde tekst, is in duidelijke niet mis te verstane bewoordingen opgesteld. Het argument van de consument dat de wijze waarop de gezondheidsverklaring tekstueel is opgesteld -kort gezegd- verwarring schept en voor meerdere uitleg vatbaar is, kan de commissie niet volgen. Dat de consument de zwelling niet als ziekte, aandoening, klacht of gebrek zag is niet relevant. Omdat de verzekeraar hier concreet naar heeft gevraagd, had zij dit moeten melden.
- 3.19 Het voorgaande brengt mee dat de consument vraag 2 op de gezondheidsverklaring met ‘ja’ had moeten beantwoorden. Door dit niet te doen heeft de consument haar precontractuele mededelingsplicht geschonden.

Wat zou een redelijk handelend verzekeraar hebben gedaan.

- 3.20 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. Ter zitting heeft de medisch adviseur toegelicht dat zelfs als geconcludeerd was dat het om een goedaardige zwelling ging er vanuit de verzekeraar alsnog nader onderzoek plaats had moeten vinden. Om het te verzekeren risico in te schatten is de periode tussen de zwelling en het aanvragen van de verzekering (nog geen twee jaar) te kort. In het meest gunstige geval zou destijds geadviseerd zijn om een uitsluitingsclausule op de polis te plaatsen met de mogelijkheid van heronderzoek na drie tot vijf jaar.

- 3.21 Hiermee heeft de verzekeraar 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 zou hebben geaccepteerd met een clause zoals verwoord onder 2.8.
- 3.22 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument haar 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 beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen 2 weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 1 maand na de verzenddatum van de uitspraak 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 vanaf 1 april 2017, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

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.