

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0371

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. D. van der Linden, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	28 juni 2022
Ingediend door	De consument
Tegen	TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen de administrateur
Datum uitspraak	15 mei 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wetgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Schending precontractuele mededelingsplicht. Opzet. De consument heeft een beroep gedaan op haar verzekering omdat zij arbeidsongeschikt is geworden. De administrateur heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekering haar mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden. De administrateur heeft uitkering geweigerd en de verzekering beëindigd. De commissie is van oordeel dat de consument haar mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden. De administrateur heeft daarom uitkering mogen weigeren en de verzekering mogen beëindigen.

I. Procedure

- I.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het 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.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 20 februari 2023. Op de hoorzitting waren aanwezig de consument, haar dochter en haar vertegenwoordiger mr. Koelemeij, jurist bij ARAG. Namens de administrateur waren aanwezig: mr. [naam 1], jurist, en [naam 2], medisch adviseur.
- I.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 heeft een maandlastbeschermer (hierna: 'de verzekering') bij de administrateur aangevraagd. Hiervoor heeft de consument op 4 januari 2018 een gezondheidsformulier ingevuld. De administrateur heeft de aanvraag beoordeeld en de aanvraag geaccepteerd. De verzekering is per 1 februari 2018 ingegaan. Op de verzekering zijn de 'Algemene verzekeringsvoorwaarden TAF Maandlastenbeschermer' (hierna: 'de voorwaarden') van toepassing.
- 2.2 De consument is per 1 juni 2020 arbeidsongeschikt geraakt als gevolg van artrose en reumatoïde artritis. Zij heeft op 2 augustus 2021 een claim ingediend bij de administrateur.
- 2.3 Bij het beoordelen van de claim heeft de administrateur medisch advies opgevraagd bij [medisch adviesbureau]. [medisch adviesbureau] heeft op 1 december 2021 gerapporteerd. Op basis van die rapportage heeft de administrateur bij brief van 14 december 2021 het standpunt ingenomen dat de consument haar mededelingsplicht heeft geschonden door geen melding te maken van pees-, long-, gehoor- en psychische klachten. In diezelfde brief informeert de administrateur de consument dat geen uitkering wordt gedaan en de verzekering wordt beëindigd. De consument heeft bezwaar gemaakt tegen deze beslissing en op 31 januari 2022 is nogmaals medisch advies uitgebracht. Bij e-mail van 1 maart 2022 informeert de administrateur dat hij zijn standpunt over schending van de precontractuele mededelingsplicht voor pees-, gehoor- en psychische klachten handhaaft. De consument is het oneens met de beslissing van de administrateur en heeft een klacht ingediend bij Kifid.

Niet langer gehandhaafde standpunten

- 2.4 In de schriftelijke procedure heeft de administrateur aangegeven dat hij zich niet langer op het standpunt stelt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht voor de long- en peesklachten.
- 2.5 Ter zitting heeft de administrateur aangegeven zich niet langer op het standpunt te stellen dat sprake is van verzwijging van gehoorklachten.

De vordering van de consumenten de discussie tussen partijen

- 2.6 De consument vordert een arbeidsongeschiktheidsuitkering, omdat de verzekering daartegen dekking biedt. De administrateur betwist dat niet, maar voert als verweer aan dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden, wat leidt tot beëindiging van de verzekering zonder dat dekking wordt geboden. De consument betwist dat zij de mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden. De commissie gaat hierna in op dit debat tussen partijen.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op haar rustende precontractuele mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden en of de administrateur uitkering mocht weigeren en de verzekering mocht beëindigen. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en licht dit hierna toe door eerst het juridisch kader te schetsen en dit kader daarna toe te passen op de situatie van de consument.

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 afhangt of kan afhangen om de verzekering te sluiten.
- 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 wat staat 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 toekennen².
- 3.6 Bij de beoordeling van de vraag 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.³
- 3.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in dat 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

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

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

⁴ Zie ook weer 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). Een succesvol beroep hierop kan nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde. Als de verzekeraar erin slaagt te bewijzen dat de verzekeringnemer de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden, is hij geen uitkering verschuldigd (artikel 7:930 lid 5 BW).
- 3.9 Daarnaast kan de verzekeraar op grond van artikel 7:929 BW 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 precontractuele mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.

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

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

- 3.11 Allereerst gaat de commissie in op de vraag of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Bij deze beoordeling, zal de commissie zich beperken tot de vraag of zij haar psychische klachten opzettelijk heeft verzwegen.
- 3.12 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie het volgende als vaststaand aan.
- 3.13 In de medische informatie over de periode vóór de ingangsdatum van de verzekering staat:
- Op 8 augustus 2017 heeft de consument haar huisarts bezocht met de volgende klachten: doorslapen, sombere stemming, piekeren, vermoeidheid, schuldgevoelens, slechtere concentratie. In het huisartsenjournaal staat “burn-out”.
 - Op 8 augustus 2017 is zij door haar huisarts direct doorverwezen naar de praktijkondersteuner-GGZ voor een gesprek over deze klachten.
 - Op 8 september 2017 wordt in het huisartsenjournaal opnieuw melding gemaakt van een “burn-out”. De huisarts heeft daarbij opgeschreven dat de consument op haar werk overbelast is.
- 3.14 Verder blijkt uit het dossier dat de consument in de periode augustus tot december 2017 arbeidsongeschikt is geweest.

- 3.15 In de medische informatie over de periode *na* de ingangsdatum van de verzekering staat:
- Op 31 mei 2018 heeft zij haar huisarts bezocht en wordt in het huisartsenjournaal melding gemaakt van PTSS. Zij heeft een verwijzing voor EMDR-therapie ontvangen.
 - Op 12 november 2018 is zij bij de psycholoog geweest voor EMDR-therapie. De psycholoog heeft PTSS vastgesteld. Na de behandeling heeft de psycholoog vervolgetherapie geadviseerd.
 - Op 21 januari 2019 heeft de consument een intake gehad bij de psychotherapeut. In de periode van maart 2020 tot en met 7 juni 2021 heeft zij onder behandeling gestaan van de psychotherapeut en in totaal 17 psychotherapiesessies gehad.
- 3.16 De administrateur stelt zich op het standpunt dat de consument de vraag over psyche met ‘ja’ had moeten beantwoorden omdat zij in 2017 haar huisarts heeft bezocht met klachten over doorslapen, piekeren en sombere stemmingen en is doorverwezen naar de praktijkondersteuner-GGZ voor verdere gesprekken. Verder staat in het huisartsenjournaal ‘burn-out’ en is zij arbeidsongeschikt geweest vanwege spanning op haar werk. Door de vraag met ‘nee’ te beantwoorden heeft zij haar precontractuele mededelingsplicht geschonden.
- 3.17 De consument betwist dat zij vanwege haar eerdere arbeidsongeschiktheid, de klachten waarvoor zij haar huisarts in 2017 heeft geconsulteerd en de gesprekken bij de praktijkondersteuner-GGZ de vraag over psyche met ‘ja’ had moeten beantwoorden. Zij heeft alle vragen naar eer en geweten beantwoord en enkel die informatie verstrekt waarvan zij dacht dat het noodzakelijk was. Het bezoek aan de praktijkondersteuner-GGZ heeft zij niet gemeld omdat zij niet op de hoogte was dat de praktijkondersteuner een GGZ-medewerker is. Zij dacht met een maatschappelijk werker te praten. Bovendien was het een kort gesprek en was geen sprake van een behandeling. Ook was de vraagstelling over psychische klachten op het gezondheidsformulier onduidelijk waardoor zij niet wist dat zij melding van dit gesprek moest maken. Verder is de consument nooit uitgevallen op haar werk door medische redenen, maar enkel door een slepende fusie gecombineerd met hoge werkdruk en collega’s die wegvielen. Nooit is door de bedrijfsarts een burn-out vastgesteld. Zij heeft de klachten die toen tot uitval hebben geleid nooit beschouwd als psychische klachten en deze daarom niet gemeld.
- 3.18 Op basis van de medische informatie over de periode *vóór* de ingangsdatum van de verzekering, te weten 1 februari 2018, oordeelt de commissie dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

De consument heeft de vraag: “Heeft u één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken, of heeft u deze gehad?(...)b. Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout en stress of stressgerelateerde klachten?” ten onrechte met ‘nee’ beantwoord. De consument had behoren te begrijpen dat de klachten waarvoor zij in augustus 2017 naar de huisarts is gegaan en die zij met de praktijkondersteuner-GGZ heeft besproken, vielen onder één of meerdere van de genoemde psychische klachten. Zeker omdat zij als gevolg van deze klachten vlak voor het invullen van de gezondheidsverklaring, van augustus 2017 tot december 2017, arbeidsongeschikt is geweest. Dat de consument haar klachten nooit heeft ervaren als psychisch, maar als werkgerelateerde klachten en deze daarom niet hoefde te melden, maakt dit niet anders. Het is aan de administrateur en zijn medisch adviseur, en niet de consument, om op basis van de verkregen informatie te beoordelen of de medische informatie relevant is voor de acceptatiebeslissing. Ook het argument van de consument dat zij niet wist dat de praktijkondersteuner een GGZ-medewerker was, kan haar niet baten omdat op het gezondheidsformulier duidelijk wordt aangegeven dat als een huisarts of andere hulpverlener is bezocht, zij hier melding van moet maken.

Heeft de consument haar mededelingsplicht opzettelijk geschonden?

- 3.19 Vervolgens dient de commissie de vraag te beantwoorden of de administrateur uitkering mocht weigeren op grond van artikel 7:930 lid 5 BW. Dit artikel bepaalt dat een verzekeraar geen uitkering verschuldigd is wanneer de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden.
- 3.20 De administrateur stelt zich op het standpunt dat het feit dat ze vier maanden voor het invullen van de vragenlijst haar huisarts en de praktijkondersteuner heeft geraadpleegd voor psychische klachten en dientengevolge in die periode arbeidsongeschikt is geweest, sprake is van opzettelijke schending van de mededelingsplicht. De consument stelt hiertegenover dat zij de vragenlijst naar eer en geweten heeft ingevuld en nooit opzettelijk informatie heeft achtergehouden.
- 3.21 De commissie is van oordeel dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van opzet tot misleiding. Hierbij neemt de commissie in overweging dat de verzekering tot stand is gekomen op de grondslag van door de consument ingevulde gezondheidsverklaringen en dat de daarin gestelde vragen eenduidig waren. De door de consument onjuist beantwoorde vraag laat geen ruimte voor haar betwisting dat zij met opzet heeft gehandeld. De commissie acht daarbij het volgende relevant.
- 3.22 Dat de consument haar klachten nooit heeft ervaren als psychische klachten, maakt de conclusie van de commissie dat sprake is van opzet tot misleiding niet anders.

Op de gezondheidsverklaringen stond helder aangegeven dat alle klachten moesten worden gemeld en dat het niet melden gevolgen kan hebben voor de acceptatiebeslissing. In de toelichting bij de vraag over psyche is expliciet gevraagd naar psychische klachten waarbij voorbeelden zijn genoemd zoals slapeloosheid en stress. De consument had zich kort voor het aanvragen van de verzekering bij de huisarts gemeld met onder andere klachten als slapeloosheid. Het is daarom niet goed denkbaar dat de consument ondanks de uitdrukkelijke vraag zich niet gerealiseerd heeft dat zij deze vraag met 'ja' had moeten beantwoorden.

- 3.23 Ook de verklaring van de consument dat zij haar recente arbeidsongeschiktheid niet heeft gemeld omdat sprake was van werkgerelateerde problemen en zij de klachten niet als psychisch heeft ervaren, acht de commissie niet aannemelijk. Op het gezondheidsformulier bij psyche zijn voorbeelden genoemd waaronder burnout, stress, overspannenheid en overwerktheid. Dit maakt duidelijk dat ook klachten die samenhangen met werkgerelateerde problemen moeten worden gemeld, zeker als dit leidt tot arbeidsongeschiktheid zo kort voor het invullen van de verklaring.
- 3.24 De betwisting dat de consument wist dat de praktijkondersteuner een GGZ-medewerker was en in plaats daarvan dacht dat het een maatschappelijk werker betrof, kan haar ook niet baten. Op de gezondheidsverklaring wordt aangegeven dat zij alle klachten moet melden, ook als zij bij een hulpverlener is geweest. Los van de kwalificatie van de medewerker, is de consument dus bij een hulpverlener geweest met haar klachten en had zij dit moeten melden. Bovendien heeft zij ook haar bezoek aan de huisarts in verband met dezelfde klacht niet gemeld, terwijl op de gezondheidsverklaring duidelijk staat dat een bezoek aan de huisarts moet worden gemeld.
- 3.25 Het kan niet anders dan dat de consument bewust – dus opzettelijk – heeft besloten een aantal klachten niet te melden met het doel een verzekeringsovereenkomst tot stand te doen brengen die de verzekeraar – bij de ware stand van zaken – niet had gesloten.
- 3.26 Omdat sprake is van opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht is de administrateur op grond van artikel 7:930 lid 5 BW niet gehouden tot uitkering.

Beëindiging verzekering

- 3.27 Uit artikel 7:929 lid 2 BW volgt dat de verzekeraar bij opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht de verzekering binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang kan opzeggen. Dit betekent dat de administrateur de verzekering terecht heeft beëindigd.

Slotsom

3.28 De administrateur heeft uitkering mogen weigeren en de verzekering mogen beëindigen, omdat sprake is van opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht. De commissie kan daarom de overige door de administrateur aangevoerde grondslagen voor het weigeren van de uitkering en het opzeggen van de verzekering onbesproken laten.

4. De beslissing

De klacht is ongegrond en de commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, 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

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 inroepen 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