

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0205

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	14 maart 2025
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft de verzekering beëindigd en de verstrekte uitkeringen (€ 47.467,63) en de kosten gemaakt ter vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid (€ 2.650,25) van de consument teruggevorderd, omdat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De consument is het hiermee niet eens. Hij stelt dat de tussenpersoon niet bevoegd was om de verzekering te sluiten en dat de verzekeraar verwijtbaar heeft gehandeld door dit niet te controleren. De commissie oordeelt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht en dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet had gesloten. Het argument van de consument over de bevoegdheid van de tussenpersoon gaat niet op. Vordering afgewezen.

1. Procedure

- 1.1 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) de aanvullende stukken van de consument;
 - 3) het verweerschrift van de verzekeraar;
 - 4) de repliek van de consument;
 - 5) de dupliek van de verzekeraar;
 - 6) de aanvulling van de consument en
 - 7) de reactie daarop van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 december 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn echtgenote [naam 1]. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door [naam 2], jurist en [naam 3], jurist.
- 1.3 De consument en de verzekeraar 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 had via een tussenpersoon (hierna: de tussenpersoon) een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Delta Lloyd N.V. Eveneens door bemiddeling van de tussenpersoon heeft de consument hiervoor in de plaats een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij AEGON Schadeverzekering N.V.¹ (hierna: de verzekeraar) aangevraagd, waarvoor hij op 27 mei 2008 een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. Hij heeft ingevuld dat hij in 2003 een bloedonderzoek heeft gehad in verband met een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Delta Lloyd N.V. en dat alles is onderzocht en perfect was.
- 2.2 De door de consument ingevulde gezondheidsverklaring van de verzekeraar begint met de volgende waarschuwing:

“WAAROM DIT FORMULIER?”

Bij een aanvraag van een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundig adviseur aan AEGON om en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring.

INVULLEN VAN DE VRAGEN

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt, moet u ook een toelichting geven. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Bij vraag 3 moet u echter een toelichting geven op de bijgevoegde bijlage.

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat AEGON een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

¹ AEGON Schadeverzekering N.V. is inmiddels overgenomen door ASR Schadeverzekering N.V. en heeft hierdoor de juridische plaats van AEGON Schadeverzekering N.V. ingenomen. In het vervolg van de uitspraak zal daarom geen onderscheid worden gemaakt en steeds alleen 'de verzekeraar' worden gebruikt.

ALS UW GEZONDHEIDSTOESTAND VERANDERT

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan AEGON doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de Toelichting onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'."

- 2.3 Bij brief van 10 juni 2008 heeft de verzekeraar de verzekeringsaanvraag van de consument geaccepteerd. Op 22 oktober 2008 is de verzekering ingegaan. Het verzekerd beroep is dat van metaalbewerker. Het verzekerde bedrag is € 36.000,- en de eindleeftijd is 65 jaar.
- 2.4 In de jaren 2014 tot en met 2019 heeft de consument zich verschillende keren arbeidsongeschikt gemeld, waarna de verzekeraar uitkeringen heeft verstrekt.
- 2.5 Op 25 juni 2021 heeft de consument zich opnieuw arbeidsongeschikt gemeld. Dit keer in verband met klachten/slijtage van de heupen, schouders en nek. Tijdens de behandeling van deze claim kwam naar voren dat de consument mogelijk gezondheidsgegevens had verzwegen bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft daarom een verzwijgingsonderzoek gestart. De consument is hierover bij brief van 18 oktober 2021 geïnformeerd.
- 2.6 De medisch adviseur van de verzekeraar heeft op basis van het onderzoek, waarvoor de consument onder andere een aanvullende gezondheidsverklaring heeft ingevuld, geconcludeerd dat de consument vanaf 2000 recidiverende nek- en schouderklachten had waarvoor hij fysiotherapie en pijnstillers kreeg. Daarnaast was de consument vanaf 4 juni 2008 na bezoek bij de huisarts bekend met etalagebenen (claudicatio intermittens, een vernauwing of afsluiting van een slagader naar of in de benen), waarvoor medicatie is voorgeschreven. Ook is hij voor deze klachten verwezen naar een fysiotherapeut en is hem geadviseerd te stoppen met roken. Bij brief van 27 september 2022 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over zijn standpunt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht. Bij kennis van de ware stand van zaken in combinatie met het verzekerde beroep had zijn medisch adviseur geadviseerd om de verzekeringsaanvraag af te wijzen. De verzekeraar heeft daarom de arbeidsongeschiktheidsverzekering per 27 september 2022 beëindigd.
- 2.7 Bij brief van 10 februari 2023 heeft de verzekeraar een bedrag van € 50.117,88 van de consument teruggevorderd, omdat de verzekeraar uitkeringen aan de consument heeft betaald waarop hij geen recht had. Dit bedrag van € 50.117,88 bestaat uit € 47.467,63 aan verstrekte uitkeringen en uit € 2.650,25 aan kosten gemaakt door de verzekeraar in de periode 2014-2016 in het kader van, naar de commissie aanneemt, het vaststellen van de omvang van de arbeidsongeschiktheid. Per e-mailbericht van 20 november 2023 heeft de consument hiertegen bezwaar ingediend.

Zijn bezwaar is dat de tussenpersoon die hem heeft bijgestaan bij de verzekeringsaanvraag niet bevoegd was om te bemiddelen bij een arbeidsongeschiktheidsverzekering en alleen geïnteresseerd was in zijn actuele gezondheidsklachten. De verzekeraar is bij zijn standpunt gebleven en dit heeft tot de klacht bij Kifid geleid.

De klacht en vordering

- 2.8 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte € 50.117,88 van hem terugvordert. De consument voert ter onderbouwing van zijn vordering het volgende aan. Zowel de verzekeraar als de tussenpersoon heeft fouten gemaakt. Zij moeten daarom overleggen wie van hen schuldig is en de zaak oplossen. De tussenpersoon was namelijk helemaal niet bevoegd om de arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. De AFM heeft dit bevestigd. De arbeidsongeschiktheidsverzekering is daarom nooit rechtsgeldig geweest.
- 2.9 De tussenpersoon had geen kennis van het sluiten van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en daarom zijn er zaken onbesproken gebleven. De consument heeft zijn spierklachten met de tussenpersoon besproken, maar de tussenpersoon vond het niet nodig om deze klachten te vermelden in de gezondheidsverklaring, omdat hij altijd is blijven doorwerken. De verzekeraar had de bevoegdheid van de tussenpersoon moeten controleren. Daarnaast is het vreemd dat de verzekeraar in eerste instantie heeft verklaard dat de overstap akkoord was en dat hij alles had gecontroleerd. Hierop heeft de consument vertrouwd en vervolgens wordt hij jaren later behandeld als crimineel.
- 2.10 De consument was in de veronderstelling dat zijn oude arbeidsongeschiktheidsverzekering een-op-een zou worden overgenomen door de verzekeraar en dat er geen acceptatieperiode gold. De tussenpersoon had bij de aanvraag van de oude arbeidsongeschiktheidsverzekering wel de spierklachten van de consument vermeld, zij het op minimale wijze. De consument heeft zelf geen weet van hetgeen bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering moet worden gemeld. Hij vertrouwde op de professionaliteit van de tussenpersoon.
- 2.11 De consument vindt ook dat de verzekeraar ten onrechte de arbeidsongeschiktheidsverzekering 17 maanden voor de einddatum heeft beëindigd. Hij had namelijk alle premies al betaald.

Het verweer

- 2.12 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 vraag is of de verzekeraar de arbeidsongeschiktheidsverzekering mocht beëindigen en de verstrekte uitkeringen en gemaakte kosten van de consument mocht terugvorderen. De commissie zal deze vragen beantwoorden door te beoordelen of de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden. Hierna wordt eerst het juridisch kader besproken.

Precontractuele mededelingsplicht (juridisch kader)

- 3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 BW is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering aan de verzekeraar mee te delen:

- 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.

Men spreekt in dit verband van het relevantievereiste, het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste.

- 3.3 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
- 3.4 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, moeten de vragen mede worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.³
- 3.5 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.
- 3.6 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering slechts onder andere voorwaarden of niet zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW).

² Hoge Raad 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.

³ Hoge Raad 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde.

- 3.7 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de ware stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de aanvraag onder andere voorwaarden had geaccepteerd (artikel 7:930 lid 4 BW), 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.⁴

- 3.8 Met inachtneming van het voorgaande overweegt de commissie als volgt.

De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden

- 3.9 In de gezondheidsverklaring is de consument gevraagd of hij lijdt of heeft geleden aan onder meer de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken:

*“C Verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartinfarct, hartkloppingen, bypassoperatie, ziekten van hart of bloedvaten.
(...)*

I Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSL.”

- 3.10 Naast de verschillende rubrieken staat de volgende waarschuwing:

“Let op!

U moet ook een rubriek aankruisen als u:

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

- 3.11 De consument heeft in de procedure bij Kifid bevestigd dat hij sinds 2000 recidiverende nek- en schouderklachten heeft, waarvoor hij fysiotherapie en pijnstilling kreeg, en dat hij vanaf 4 juni 2008 na een bezoek aan de huisarts wist dat hij last had van etalagebenen. Dit betekent dat de consument rubriek I had moeten aankruisen bij het invullen van de gezondheidsverklaring. Daarnaast had hij door de onder 2.2 geciteerde waarschuwing op de gezondheidsverklaring tussen het invullen hiervan op 27 mei 2008 en de acceptatiebrief van de verzekeraar van 10 juni 2008, aan de verzekeraar moeten melden dat hij sinds 4 juni 2008 bekend was met etalagebenen.

⁴ Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Door de nek- en schouderklachten en de etalagebenen niet aan de verzekeraar te melden, heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden.

- 3.12 Het argument van de consument dat hij door de acceptatie en de correspondentie van de verzekeraar door de jaren heen erop mocht vertrouwen dat alles in orde was, gaat niet op. Een verzekeraar is niet verplicht om te onderzoeken of de (aspirant-)verzekeringnemer bij het aangaan van de verzekering medische feiten ten onrechte onvermeld heeft gelaten, als de gezondheidsverklaring of de informatie die tijdens de looptijd van de verzekering naar boven komt hiertoe geen aanleiding geeft.

De verzekeraar mocht de arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigen

- 3.13 De verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigd, omdat bij kennis van de ware stand van zaken drie clausules (uitsluitingen) zouden gelden, namelijk een clausule voor één of beide schouders en een clausule voor de nekwervelkolom in verband met de recidiverende nek- en schouderklachten. Daarnaast een clausule voor hart- en vaatziekten vanwege de etalagebenen. Deze drie clausules in combinatie met het beroep van de consument (metaalbewerker) had tot het advies van de medisch adviseur van de verzekeraar geleid om de consument niet als verzekerde te accepteren.
- 3.14 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar in dit geval voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat zijn acceptatiebeleid overeenkomt met het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Het is in de branche gebruikelijk dat drie (grote) clausules in combinatie met een zwaar beroep als metaalbewerker betekent dat het risico van arbeidsongeschiktheid niet verzekeraar is. De verzekeraar mocht daarom de arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigen op grond van artikel 7:929 lid 2 BW. Hieraan staat niet in de weg dat de consument de premie tot de eindleeftijd van de verzekering al had voldaan.
- 3.15 Omdat de verzekeraar de verzekering op 27 september 2022 heeft beëindigd, heeft de consument geen recht op premierestitutie op grond van artikel 7:930 lid 4 BW, omdat dit recht pas geldt vanaf 1 juli 2023 en het overgangsrecht de consument geen soelaas biedt.

De verzekeraar mag de aan de consument verstrekte uitkeringen terugvorderen

- 3.16 Omdat bij kennis van de ware stand van zaken geen arbeidsongeschiktheidsverzekering zou zijn gesloten, heeft de consument ook nooit recht gehad op uitkeringen. De door de verzekeraar verstrekte uitkeringen zijn hierdoor onverschuldigd betaald in de zin van artikel 6:203 BW. Daarom mag hij deze terugvorderen van de consument. Dit geldt ook voor de gemaakte kosten ter hoogte van € 2.650,25 gelet op artikel 6:203 lid 3 jo. 6:210 lid 2 BW.

De bevoegdheid van de tussenpersoon

- 3.17 De consument ziet het e-mailbericht van de AFM van 17 oktober 2023 als bewijs van zijn stelling dat de tussenpersoon niet bevoegd was om de arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. Hij vindt dat hem daarom geen verwijt kan worden gemaakt ten aanzien van de schending van de precontractuele mededelingsplicht. Volgens de consument had de verzekeraar de bevoegdheid van de tussenpersoon moeten controleren. Omdat hij dit heeft nagelaten, moet de verzekeraar (een deel van) de schade voor zijn eigen rekening nemen. Ten aanzien van deze stelling overweegt de commissie het volgende.
- 3.18 Uitgangspunt is dat het handelen van de tussenpersoon voor rekening komt van de verzekeringnemer (de consument) die de tussenpersoon heeft ingeschakeld. Het standpunt van de consument gaat alleen al daarom niet op. Dat argument gaat ook niet op, omdat helemaal niet is gebleken dat de tussenpersoon niet bevoegd was om te bemiddelen. Volgens de consument blijkt dit uit het register van de AFM, waarin is opgenomen dat de tussenpersoon bevoegd is te bemiddelen bij inkomensverzekeringen met als begindatum 1 januari 2014, en uit een e-mail van de AFM, waarin staat dat voor financieel adviseurs (zoals de tussenpersoon) vanaf 2007 een AFM-vergunningplicht geldt. De begindatum in het register gaat echter over de invoering per 1 januari 2014 van het nieuwe Vakbekwaamheidstelsel. Vóór die tijd bestond een ander type vergunning voor de tussenpersoon. Dat de tussenpersoon bij het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2008 niet over de juiste kennis of vergunning beschikte blijkt dus helemaal niet uit het AFM-register en het e-mailbericht. Dit is door de tussenpersoon bij de mondelinge behandeling ook uitdrukkelijk betwist.

Conclusie

- 3.19 De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden. De verzekeraar mocht de verzekering beëindigen en de gedane uitkeringen en gemaakte kosten terugvorderen. De vordering van de consument wordt daarom afgewezen.

Ten slotte nog het volgende. Dit is een ongelukkige zaak. De verzekering is in 2008 afgesloten en de verzwijging is pas veel later ontdekt, nadat alle premies al waren voldaan. In de tussentijd waren al een aantal uitkeringen gedaan, waardoor het terug te vorderen bedrag hoog is opgelopen. De vraag of de consument met opzet zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dus heeft gefraudeerd is niet aan de orde. Bovendien is het hoogst ongelukkig dat de consument zes dagen voor de acceptatie door de verzekeraar bekend werd met etalagebenen. De consument heeft aangegeven dat hij ernstig lijdt onder de terugvordering en dat hij die niet kan betalen; hij is arbeidsongeschikt en inmiddels 66 jaar oud. Omdat de verzwijging in 2021 is ontdekt heeft de consument geen aanspraak op premierestitutie – de desbetreffende wetswijziging is pas daarna ingevoerd. Dit is als gezegd een ongelukkige zaak.

De commissie geeft de verzekeraar daarom in overweging om geheel vrijwillig toepassing te geven aan artikel 7:930 lid 4 BW zoals dat luidt sinds 1 juli 2023.

4. De beslissing

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 2024, 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 oktober 2023, 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 het Burgerlijk Wetboek

Artikel 6:203

- 1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.*
- 2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.*
- 3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.*

Artikel 6:210

- 1. Op de ongedaanmaking van prestaties die niet in het geven van een goed hebben bestaan, zijn de artikelen 204-209 van overeenkomstige toepassing.*
- 2. Sluit de aard van de prestatie uit dat zij ongedaan wordt gemaakt, dan treedt, voor zover dit redelijk is, vergoeding van de waarde van de prestatie op het ogenblik van ontvangst daarvoor in de plaats, indien de ontvanger door de prestatie is verrijkt, indien het aan hem is toe te rekenen dat de prestatie is verricht, of indien hij erin had toegestemd een tegenprestatie te verrichten.*

Artikel 7:928

- 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 7:929

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.

Artikel 7:930

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. De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.

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.