

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0262

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

Datum uitspraak	31 maart 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Rheinland Versicherungs AG, h.o.d.n. Credit Life International Schade, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de gezondheidsverklaringen en wet- en regelgeving

Samenvatting

Woonlastenverzekering. Schending precontractuele mededelingsplicht. De consument heeft bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsclaim ingediend vanwege klachten als gevolg van een chikungunya besmetting. De verzekeraar heeft het uitkeringsverzoek afgewezen en de verzekering beëindigd, omdat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie oordeelt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden, omdat hij in de verkorte gezondheidsverklaring de vraag over psychische klachten bevestigend had moeten beantwoorden. Als hij dat had gedaan, had hij een uitgebreide gezondheidsverklaring moeten invullen en melding moeten maken van zijn recidiverende recente slaapproblemen. De verzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de recidiverende slaapproblemen de verzekering niet zou hebben gesloten. De verzekeraar heeft de verzekering mogen beëindigen en is geen uitkering aan de consument verschuldigd. De vordering van de consument wordt daarom 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) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 17 februari 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn moeder mevrouw [naam 1]. Namens de verzekeraar waren aanwezig de heer [naam 2], Legal & Compliance officer, en digitaal mevrouw [naam 3], medisch adviseur.
- 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 heeft via een tussenpersoon een woonlastenverzekering (hierna: de verzekering) afgesloten bij de verzekeraar. De ingangsdatum van de verzekering is 1 oktober 2013. De premie bedraagt € 13,09 per maand. De verzekering biedt dekking voor arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Achter 'beroep' staat vermeld: 'Verzorgende IG'. Het verzekerde bedrag bedraagt € 300,- per maand. De wachttijd bij arbeidsongeschiktheid bedraagt 730 dagen.
- 2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 18 september 2013 een verkorte gezondheidsverklaring ondertekend. De consument heeft de vragen die op zijn gezondheidstoestand zijn gericht, met 'nee' beantwoord, waaronder vraag 3: *"Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, enige vorm van kanker of psychische klachten ooit een arts/specialist/psycholoog/psychotherapeut/psychiater geraadpleegd?"*. Onder de medische vragen in de verkorte gezondheidsverklaring staat dikgedrukt het volgende: *"Als één of meer vragen met Ja beantwoord zijn, dient u een uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen."*
- 2.3 In 2014 is de consument besmet met chikungunya en in de daaropvolgende jaren heeft hij als gevolg daarvan steeds meer klachten ontwikkeld.
- 2.4 Op 15 januari 2024 heeft de consument zich arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar, nadat hij twee dagen eerder van de trap was gevallen als een direct gevolg van de chikungunya besmetting in 2014. Naar aanleiding van deze claim heeft de medisch adviseur van de verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de huisarts van de consument.
- 2.5 Op 4 juni 2024 heeft de medisch adviseur op grond van de ontvangen medische informatie advies uitgebracht aan de verzekeraar.
- 2.6 Op basis van het medisch advies heeft de verzekeraar geconcludeerd dat de consument niet heeft voldaan aan zijn precontractuele mededelingsplicht. Bij brief van 17 juni 2024 heeft hij de consument als volgt bericht:

"(...)

Uit het onderzoek van het medisch adviesbureau blijkt dat u bij het aanvragen van deze verzekering bepaalde bestaande klachten niet heeft gemeld, die u wel had moeten melden. Uit de ontvangen informatie blijkt dat er voor de ingangsdatum van de verzekering sprake was van psychische klachten met arbeidsverzuim en ernstige recidiverende slaapproblematiek. U had deze klachten op de gezondheidsverklaring moeten aangeven.

(...)

Als u deze klachten bij de aanvraag had vermeld, dan hadden wij aanvullende medische informatie bij uw artsen/behandelaren opgevraagd. Als wij de aanvullende medische informatie van voor de ingangsdatum van de verzekering toen hadden gehad, dan was de verzekering niet tot stand gekomen.

(...)”

De verzekeraar heeft de verzekering per ingangsdatum beëindigd en meegedeeld dat alle betaalde premies zullen worden teruggestort.

- 2.7 Bij brief van 26 augustus 2024 heeft de toenmalige vertegenwoordiger van de consument bezwaar gemaakt tegen het standpunt van de verzekeraar en gesteld dat er ten aanzien van de slaapproblemen geen sprake is van schending van de mededelingsplicht nu daar niet naar is gevraagd in de gezondheidsverklaring.
- 2.8 Bij brief van 2 september 2024 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij bij zijn standpunt blijft, omdat de consument in de verkorte gezondheidsverklaring de vraag over psychische klachten met “ja” had moeten beantwoorden. Als hij dat had gedaan, had hij een uitgebreide gezondheidsverklaring moeten invullen, waarin naar klachten van slapeloosheid wordt gevraagd. Deze vraag had hij dan met “ja” moeten invullen. *“Uw stelling dat de [consument] zijn mededelingsplicht niet heeft geschonden omdat geen van de gestelde vragen refereren aan slaapproblematiek, is daarmee naar onze zienswijze onjuist.”*, aldus de verzekeraar.
- 2.9 Op 7 september 2024 heeft de consument een klacht bij het Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.10 De consument klaagt erover dat de verzekeraar ten onrechte het standpunt inneemt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht. Hij vordert herstel van de verzekering en uitkering voor zijn arbeidsongeschiktheidsclaim. Ter onderbouwing van zijn vordering voert de consument samengevat het volgende aan.
- 2.11 Hij heeft de verkorte gezondheidsverklaring met zijn tussenpersoon ingevuld. Zijn tussenpersoon wist van al zijn klachten af en heeft hem gezegd dat klachten die langer dan vijf jaar geleden zouden hebben gespeeld niet gemeld hoeven te worden. Hij gaat ervan uit dat zijn tussenpersoon als vertegenwoordiger van de verzekeraar de waarheid vertelt.
- 2.12 Verder vindt hij dat zijn privéomstandigheden op het moment van het afsluiten van de verzekering niet mogen meewegen bij de beoordeling van de acceptatie. In 2013 heeft er nooit een behandeling plaatsgevonden voor psychische klachten. Hij heeft zich destijds in overleg met zijn werkgever ziekgemeld om zorgverlof te krijgen voor zijn moeder en om een woonplek voor zichzelf te zoeken.
- 2.13 Zijn klachten in het verleden staan los van de arbeidsongeschiktheidsclaim die hij nu heeft ingediend.

- 2.14 De verzekeraar heeft in de verkorte vragenlijst niet gevraagd naar slaapproblemen, dus kan dat niet worden meegenomen bij de beoordeling van de schending van de mededelingsplicht. Bovendien was hij niet gediagnosticeerd met chronische slapeloosheid en was daar dus geen sprake van.
- 2.15 Hij gebruikt slechts af en toe temazepam ten tijde van stress en somberheid zodat hij beter kan slapen. In 2008 heeft hij hiervan niet meer dan tien tabletten gehad vanwege angst-, stress- en somberheidsklachten door een burn-out.
- 2.16 Als hij wel aan zijn mededelingsplicht zou hebben voldaan, zou de verzekering niet zijn beëindigd maar geaccepteerd met clausules.

Het verweer

- 2.17 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 Aan de orde zijn de volgende vragen:
1. Heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden?
 2. Mocht de verzekeraar uitkering weigeren?
 3. Mocht de verzekeraar de verzekering beëindigen?

De commissie beantwoordt deze vragen bevestigend en licht hierna haar oordeel toe.

Precontractuele mededelingsplicht – het juridisch kader

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

¹ 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.

- 3.4 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.²
- 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 niet zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, hoeft de verzekeraar niet uit te keren.
- 3.7 Op grond van artikel 7:929 lid 2 BW kan de verzekeraar de verzekering per direct opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.
- 3.8 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.³
- 3.9 Met inachtneming van het voorgaande overweegt de commissie als volgt.

De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht ten aanzien van psychische klachten geschonden

- 3.10 De consument heeft ter zitting erkend dat hij onbedoeld de mededelingsplicht heeft geschonden ten aanzien van de psychische klachten die hij in het verleden heeft gehad. De commissie is het hiermee eens. De consument had vraag 3 op de verkorte gezondheidsverklaring met “Ja” moeten beantwoorden, nu hij in 2008 een burn-out had gehad en op 21 augustus 2013 zijn huisarts had geraadpleegd met psychische klachten en was doorverwezen naar een maatschappelijk werker. Ten overvloede overweegt de commissie dat van geen belang is, gelet op de tekst van vraag 3, dat destijds geen behandeling heeft plaatsgevonden voor de psychische klachten en evenmin dat de oorzaak van de psychische klachten gelegen was in privéomstandigheden.

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

³ Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Als de schending van de mededelingsplicht door nalaten van de tussenpersoon van de consument heeft kunnen plaatsvinden, komt dat voor rekening van de consument, althans in diens verhouding tot de verzekeraar.

- 3.11 Het voorgaande brengt mee dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht ten aanzien van psychische klachten heeft geschonden.

De situatie als de consument de verkorte gezondheidsverklaring juist had ingevuld

- 3.12 In de verkorte gezondheidsverklaring staat dat als één of meer vragen met "Ja" zijn beantwoord, een uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld moet worden. Dit betekent dat als de consument vraag 3 van de verkorte vragenlijst wel met "Ja" zou hebben beantwoord, hem gevraagd zou zijn om een uitgebreide gezondheidsverklaring in te vullen. In de uitgebreide gezondheidsverklaring⁴ wordt bij vraag 3B onder meer gevraagd of de consument lijdt of heeft geleden aan klachten van psychische aard zoals slapeloosheid. Nu de consument op 29 juli 2011, 30 november 2012, 2 en 5 augustus 2013 zijn huisarts had geraadpleegd vanwege slaapproblemen, waarvoor hij medicatie voorschreven heeft gekregen, zou hij vraag 3B bevestigend hebben moeten beantwoorden. Dat de consument niet met chronische slapeloosheid was gediagnosticeerd en daar ook geen sprake van was, is niet relevant. Er wordt niet gevraagd naar een diagnose van (chronische) slapeloosheid, maar naar klachten van psychische aard zoals slapeloosheid.
- 3.13 Vervolgens zou de consument de bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring hebben moeten invullen en moeten vermelden dat hij slaapproblemen had, daarvoor op 29 juli 2011, 30 november 2012, 2 en 5 augustus 2013 de huisarts had bezocht en medicijnen voorgeschreven had gekregen. De verzekeraar heeft toegelicht dat zijn medisch adviseur vervolgens medische informatie over slaapproblemen zou hebben opgevraagd bij de behandelend sector en de medische informatie zou hebben ontvangen die hij nu in de onderhavige kwestie heeft ontvangen. Op basis daarvan zou de verzekeraar de aanvraag van de consument niet hebben geaccepteerd. Of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan, wordt hierna besproken.
- 3.14 In dit verband merkt de commissie nog het volgende op. Ten onrechte heeft de verzekeraar in zijn brief van 17 juni 2024 ook een beroep op schending van de mededelingsplicht ten aanzien van de slaapproblemen gedaan. De verzekeraar heeft consument immers nooit gevraagd naar slaapproblemen en de consument kan dan niet verweten worden dat hij dat zou hebben verzwegen. De consument heeft echter wel de mededelingsplicht geschonden ten aanzien van de psychische klachten die hij in het verleden heeft gehad. Als gevolg daarvan heeft de verzekeraar de uitgebreide gezondheidsverklaring, met daarin de vraag naar de slaapproblemen, nooit meer aan de consument voorgelegd om in te vullen.

⁴ De relevante bepalingen in de uitgebreide gezondheidsverklaring zijn in de bijlage bij deze uitspraak opgenomen.

Om die reden komt het wel voor rekening van de consument dat de slaapproblemen niet bij de verzekeraar bekend waren voordat de verzekering werd afgesloten. Het is dus juist dat de consument de slaapproblemen niet heeft verzwegen, maar voor de gevolgen maakt het geen verschil.

Redelijk handelend verzekeraar

- 3.15 De verzekeraar heeft gesteld dat hij met kennis van de ware stand van zaken ten aanzien van de psychische klachten de verzekering alleen zou hebben geaccepteerd met een clause psychische klachten. Als de verzekeraar op de hoogte was geweest van de recidiverende slaapproblemen, zou hij enkel op basis daarvan de verzekering niet hebben afgesloten. Nu de verzekeraar in dit geval de verzekering heeft beëindigd, komt aan de orde de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de recidiverende slaapproblemen zou hebben gedaan (zie randnummer 3.8).
- 3.16 De medisch adviseur van de verzekeraar heeft betoogd dat als sprake is van vermoeidheidsklachten en/of recidiverende slaapproblemen die kunnen resulteren in vermoeidheidsklachten, er een groot risico op arbeidsongeschiktheid in de toekomst is. Vermoeidheid is namelijk niet objectiveerbaar en vaak is onduidelijk wat precies de onderliggende oorzaak is. Het risico op arbeidsongeschiktheid is door middel van een clause vermoeidheidsklachten onvoldoende af te dekken. Daarom is het beleid dat langdurige en/of recidiverende vermoeidheidsklachten/slaapproblemen zonder duidelijk onderliggend lijden binnen 5 jaar of vermoeidheidsklachten/slaapproblemen binnen 3 jaar voor de ingangsdatum van de verzekering leidt tot een afwijzing van de verzekeringsaanvraag. Het moet dan wel gaan om klachten die hebben geleid tot een bezoek aan een arts of hulpverlener waarbij de vermoeidheid/slaapprobleem centraal staat als klacht. Dat was bij de consument het geval, nu hij op 29 juli 2011, 30 november 2012, 2 en 5 augustus 2013, dus ook nog vlak voor het invullen van de gezondheidsverklaring, de huisarts heeft geraadpleegd wegens slaapproblemen. Tevens was er sprake van medicijngebruik. Het voornoemde beleid is in ieder geval overeenkomstig het beleid van twee andere verzekeraars. Bovendien blijkt uit de destijds geldende adviesregels van herverzekeraars 'Munich Re' en 'Scor' dat bij recente slaapproblemen het advies is om niet te accepteren.
- 3.17 Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de verzekeraar voldoende heeft aangetoond dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de recidiverende slaapproblemen de verzekering niet zou hebben gesloten. Dat deze klachten en de verzwegen psychische klachten geen enkel verband houden met de chikungunya gerelateerde klachten waarvoor de consument een arbeidsongeschiktheidsclaim heeft ingediend, is niet relevant. Het gaat er namelijk om hoe een redelijk handelend verzekeraar zou hebben gehandeld als de recidiverende slaapproblemen ten tijde van de aanvraag van de verzekering bekend waren geweest.

Geen recht op uitkering

- 3.18 Omdat de consument niet voldaan heeft aan zijn mededelingsplicht ten aanzien van de psychische klachten en aangenomen mag worden dat de verzekering bij een juist ingevulde uitgebreide gezondheidsverklaring niet tot stand zou zijn gekomen, is de verzekeraar gelet op artikel 7:930 lid 4 BW geen uitkering verschuldigd (zie randnummer 3.6). Wel heeft de consument recht op premierestitutie nu niet ter discussie staat dat hij te goeder trouw heeft gehandeld.

De verzekeraar mocht de verzekering beëindigen

- 3.19 Uit artikel 7:929 lid 2 BW volgt dat de verzekeraar bij schending van de mededelingsplicht de verzekering meteen kan opzeggen als de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken (zie randnummer 3.7). Dit betekent dat de verzekeraar de verzekering, anders dan per ingangsdatum van de verzekering zoals hij in zijn brief van 17 juni 2024 heeft meegedeeld, per 17 juni 2024 mocht beëindigen.

Slotsom

- 3.20 De slotsom is dat de klacht van de consument ongegrond is. Zijn vorderingen worden daarom afgewezen.

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 april 2024, 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 de gezondheidsverklaringen en wet- en regelgeving

Uitgebreide gezondheidsverklaring

(...)

3 Uw gezondheidstoestand

Lijdt 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 ook een rubriek aankruisen als u:

- een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd;
- (...)
- Nog medicatie gebruikt. Of medicatie heeft gebruikt;
- (...)

☐ B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals (...), slapeloosheid, (...)?

(...)

Hebt u hierboven een of meer categorieën aangekruist?

☐ Nee

☐ Ja Vul de bijlage bij vraag 3 in

(...)

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

(...)

Letter van de rubriek vraag 3:

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden?:

In welke periode(n) heeft u of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen?:

(...)

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

☐ Nee

☐ Ja Wanneer bezocht u uw huisarts?

(...)

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

☐ Nee

☐ Ja Welke medicijnen zijn voorgeschreven?

(...)

Burgerlijk Wetboek

Artikel 7:928 BW

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.

(...)

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 3 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.

(...)

Artikel 7:929 BW

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 BW

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. Met ingang van 1 juli 2023 geldt de volgende aanvullende tekst: 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.