

**Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
Nr. 2019-165, 6 maart 2019**

ZWAARWEGENDE VRAAG

Consument heeft op 8 juni 2004 bij Verzekeraar een 'Hypotheek Opvang Polis tegen koopsom' aangevraagd met dekking voor arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. De drie vragen op de bijbehorende verkorte gezondheidsverklaring zijn door Consument met 'Nee' beantwoord. Daarnaast wordt een lengte van 164 cm en een gewicht van 74 kg opgegeven.

Op 19 oktober 2007 heeft Consument met haar partner tevens een verzekering 'Woongarant Inkomensbeschermingsplan tegen koopsom' aangevraagd met dekking voor arbeidsongeschiktheid. Ook op dit aanvraagformulier wordt gevraagd naar de lengte en het gewicht van Consument. Consument heeft hierop aangegeven dat zij 80 kg weegt bij een lengte van 165 cm.

In 2016 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld wegens een verhoogde hersendruk en complicaties na een buikwandcorrectie. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft naar aanleiding van deze claim medische informatie opgevraagd. Uit deze informatie volgt dat Consument in 2004 haar dokter heeft geconsulteerd in verband met de wens een maagband te plaatsen. Het gewicht van Consument was op dat moment 136 kg bij een BMI van 54.

Op 18 april 2017 heeft Verzekeraar de beide verzekeringen van Consument beëindigd en de claim van Consument afgewezen. Verzekeraar beroept zich op art. 7:930 lid 4 en 7:929 lid 2 BW en stelt zich op het standpunt dat Consument haar mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringen heeft geschonden. Bij ware stand van zaken zou Verzekeraar de verzekeringen niet, of niet onder dezelfde condities, zijn aangegaan.

Consument vordert het in kracht herstellen van de twee verzekeringen, evenals uitkering onder die verzekeringen.

De Commissie overweegt dat art. 7:928 BW de Consument verplicht voor 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. Indien de verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst is de relevantie van deze informatie voor Verzekeraar gegeven. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar

(HR 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841).

Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument op 19 april 1999 120 kg woog en op 1 november 2004 136 kg. Als Consument op 8 juni 2004 74 kg woog, zou zij in de periode van 1999 tot 2004 46 kg zijn afgevallen en vervolgens in vijf maanden tijd weer 62 kg zijn aangekomen. De Commissie acht het niet aannemelijk dat, gezien de hoeveelheid kilo's en tijdspanne, Consument op 9 juni 2004 74 kg woog. Ook gezien het feit dat Consument in 2013 - bij een gewicht van 162 kg - een maagverkleining heeft ondergaan. Door Consument is niets aangevoerd dat het opgegeven gewicht aannemelijk maakt. Aldus heeft Consument naar oordeel van de Commissie haar precontractuele mededelingsplicht geschonden door op de gezondheidsverklaring uit 2004 een onjuist gewicht in te vullen.

Of Consument ook op de gezondheidsverklaring van 2007 een onjuist gewicht heeft opgegeven, kan - bij gebrek aan medische informatie over periode 2005 tot 2013 - niet worden vastgesteld. De Commissie concludeert daarom dat Verzekeraar niet gerechtigd was de tweede verzekering te beëindigen. Aldus wordt Verzekeraar gehouden de claim vanwege een verhoogde hersendruk en complicaties na de buikwandcorrectie alsnog in behandeling te nemen onder het Woongarant inkomensbeschermingsplan.

**Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
Nr. 2019-196, 20 maart 2019**

STELPLICHT ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Consument is bij Verzekeraar verzekerd onder een collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering. In artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden is het volgende bepaald:

'Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte, aandoeningen of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde minder kan verdienen dan toen hij nog gezond was.'



Consument heeft zich per 19 april 2010 bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens lichamelijke en psychische klachten. Met ingang van 1 augustus 2010 heeft Consument een uitkering op basis van een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100 procent ontvangen. Na een herbeoordeling in februari 2015 wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld op 57,93 procent en wordt de uitkering naar beneden bijgesteld.

Consument kan zich met deze beslissing niet verenigen en stelt dat haar klachten en beperkingen zijn onderschat. Een door de medisch adviseur van Verzekeraar uitgevoerde herbeoordeling van de beslissing van februari 2015 concludeert echter dat de mate van arbeidsongeschiktheid op terechte en goede gronden op 57,93 procent werd vastgesteld. Met deze beslissing kan Consument zich eveneens niet verenigen, reden waarom zij in januari 2017 opnieuw bezwaar aantekent. Aangezien het laatste psychiatrisch onderzoek van Consument alweer van twee jaar daarvoor dateerde, heeft Verzekeraar Consument opnieuw laten beoordelen. Ditmaal volgt uit de medische bevindingen van de verzekeringsarts wel een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100 procent. De uitkering wordt vervolgens overeenkomstig aangepast vanaf de datum van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

In de klachtprocedure stelt Consument zich op het standpunt dat zij sinds 2010 onafgebroken volledig arbeidsongeschikt is geweest. Consument vordert een aanvullende uitkering op basis van 80-100 procent arbeidsongeschiktheid over de periode 24 februari 2015 tot 30 november 2017.

Naar oordeel van de Commissie heeft de verzekeringsarts in 2015 goed onderbouwd aangegeven waarom hij geen beperkingen stelt voor de concentratiestoornissen van Consument en hiervoor geen urenbeperking geeft. Wanneer Consument de juistheid van die constatering bestrijdt, mag van haar worden verlangd dat zij haar stellingen deugdelijk onderbouwt. In dit geval heeft Consument enkel een behandelplan van een behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige van 4 mei 2016 overgelegd. Gebleken is echter dat de herbeoordelend verzekeringsarts in 2015 eveneens over gegevens van deze verpleegkundige beschikte. Hiermee zijn naar oordeel van de Commissie geen argumenten aanwezig om de rapportage uit 2015 terzijde te schuiven. Dat Verzekeraar toerekenbaar tekort zou zijn geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst is hiermee niet vast komen te staan. De vordering van Consument wordt afgewezen.

Mr. A.C. (Sanne) van der Salm
De auteur is advocate bij Ekelmans & Meijer advocaten te Den Haag.