

**Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
Nr. 2018-134, 21 februari 2018**

EVEN ... BELLEN

Consument koopt op 14 juli 2016 een motorfiets. Kort na aankoop raakt Consument betrokken bij een ongeluk. Dat wordt door de politie om 14.18 uur geregistreerd. Snel na het ongeluk, om 14.34 uur, heeft de schoondochter van Consument de Tussenpersoon telefonisch verzocht een voorlopige dekking te regelen voor de motor. Tussenpersoon heeft deze verzekering om 14.48 uur bij Verzekeraar in het systeem gezet. Het bijbehorende aanvraagformulier wordt diezelfde dag door Consument ingevuld. De vraag, of hij in de afgelopen vijf jaar schade heeft geleden zoals onder de verzekering gedekt, beantwoordt Consument met 'Nee'.

Op 18 juli 2016 heeft Consument het ongeluk telefonisch bij de Tussenpersoon gemeld. Op 4 augustus 2016 heeft Consument – enkel de voorzide – van het schadeformulier aan de Tussenpersoon teruggestuurd. De op de voorzijde gestelde vraag naar het tijdstip van het ongeluk wordt *niet* ingevuld.

Na ontvangst van de melding heeft Verzekeraar de Tussenpersoon verzocht aan te geven op welk tijdstip de verzekering werd aangevraagd. Tussenpersoon heeft het voornoemde tijdstip vervolgens met een screenprint bevestigd.

Voor Verzekeraar staat hiermee vast dat de verzekering pas ná het ongeluk werd aangevraagd. De vraag naar het schadeverleden werd daarmee ten onrechte met 'Nee' beantwoord. Nu hiermee sprake is van opzettelijke misleiding wordt de verzekering beëindigd op grond van artikel 7:929 lid 2 BW. Daarnaast wordt de aan de fietser gedane uitkering op Consument verhaald en worden de persoonsgegevens van Consument voor de duur van zes jaar geregistreerd in het Incidentenregister (IVR) en het Extern Verwijzingsregister (EVR).

Consument vordert dat Verzekeraar wordt verplicht de registraties door te halen. Consument heeft naar eer en geweten gehandeld en zou zijn schoondochter vóór het ongeluk hebben gevraagd een voorlopige dekking aan te vragen. Ten tijde van de aanvraag zou zij niet van het ongeluk hebben geweten. De vraag naar het schadeverleden zou op advies van de Tussenpersoon met 'Nee' zijn beantwoord. De registraties moeten disproportioneel worden geacht, nu Consument 38 jaar schadevrij heeft gereden en zijn baan op Schiphol hierdoor onder druk staat.

Verzekeraar handhaaft het door haar ingenomen standpunt. Bij ware stand van zaken zou zij de verzekering niet hebben gesloten. Nu het een ernstige kwestie betreft – een verkeersongeval met letsel – moeten de registraties en de

duur hiervan gerechtvaardigd worden geacht. Dat cliënt zijn baan zou verliezen is onaannemelijk: alleen Verzekeraars kunnen de registers raadplegen.

De Commissie concludeert daarom dat sprake is van een gegronde verdenking van fraude. Hiermee is voldaan aan de vereisten voor registratie als genoemd in art. 5.2.1 onder a en b van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI). Consument heeft geprobeerd een verzekering af te sluiten ná het ongeluk en heeft Verzekeraar daarmee opzettelijk misleid. De door Consument aangedragen verklaringen overtuigen niet en zijn strijdig met de verklaringen van de Tussenpersoon. Gelet op de gerechtvaardigde belangen van de financiële sector wordt de registratie niet disproportioneel geacht (art. 5.2.1. onder c PIFI). Desondanks ziet de Commissie reden de registratieduur terug te brengen naar vier jaren. Consument heeft onbetwist gesteld dat hij 38 jaar schadevrij is geweest. Verzekeraar had de duur van de registraties uitgebreider moeten motiveren, aldus de Commissie.

**Uitspraak Geschillencommissie
Financiële Dienstverlening
Nr. 2018-125, 21 februari 2018**

SPIERPIJN

Consument heeft op 28 januari 2002 een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. De drie vragen op de gezondheidsverklaring worden door hem met 'Nee' beantwoord. Daarnaast heeft Consument onverplicht de medische vragenlijst ingevuld. Hierop wordt melding gemaakt van 'spierpijn rug 1995'. Verzekeraar heeft de aanvraag vervolgens geaccepteerd.

Op 18 mei 2015 heeft Consument zich per 2 mei 2013 arbeidsongeschikt gemeld wegens rug-, neurologische en psychische klachten. Voor de beoordeling van de claim is medische informatie opgevraagd. Uit het hierop volgend advies van de medisch adviseur van Verzekeraar volgt dat Consument arbeidsongeschikt is geraakt als gevolg van een doorgemaakt CVA, rugklachten, psychische klachten en black-outs. Zowel het CVA als de rugklachten dateren van vóór ingangsdatum verzekering. Voor de gevolgen van het CVA was Consument al sinds zijn tiende levensjaar onder behandeling en voor de rugklachten sinds 1999.

Verzekeraar wijst de claim af. Consument heeft de gezondheidsverklaring onjuist ingevuld en – bij juiste weergave – zou Verzekeraar de verzekering niet hebben gesloten. Verzekeraar heeft zich beroepen op artikel 7:930 lid 4 en artikel 7:929 lid 2 BW, evenals artikel 1 lid g van de voorwaarden, waaruit volgt dat een geestelijke of lichamelijke aandoening zich eerst tijdens de looptijd van de verzekering

moet hebben geopenbaard.

Consument kan zich hier niet mee verenigen en vordert – met in acht name van de eigenrisicoperiode – uitkering van het verzekerd maandbedrag vanaf 3 mei 2014. Consument stelt dat hij de vragen uit de gezondheidsverklaring zou mocht opvatten dat met name ernstige en/of intensief behandelde klachten relevant worden geacht voor de beoordeling. De volgende zin onder de gezondheidsverklaring bevestigt dit: *'Als u één van de bovenstaande vragen met JA heeft beantwoord, dan verzoeken wij u ook een medische vragenlijst in te vullen.'*

Daarmee is de medische vragenlijst onverplicht ingevuld en is deze niet relevant voor de beoordeling, zo Consument. De rugspierpijnklachten waren slechts van kortdurende aard en kunnen niet worden aangemerkt als een ziekelijke toestand die relevant is voor de dekkingsbeoordeling. Het niet-opgeven van het CVA kan hem niet worden verweten. Consument was ten tijde van de aanvraag 45 jaar en had nauwelijks herinnering aan deze gebeurtenis. Bovendien ondervond hij geen restklachten.

Verzekeraar stelt dat Consument wel degelijk melding had moeten maken van de rugklachten, te meer nu hij in 1999 een radiologisch onderzoek heeft gehad. De stelling dat Consument volledig hersteld zou zijn van het CVA staat lijnrecht op de conclusies van de specialisten. Restklachten, waaronder balansklachten en black-outs, zijn onmiskenbaar. Consument heeft de gezondheidsverklaring dan ook ten onrechte met 'Nee' beantwoord. Dat Verzekeraar de verzekering bij ware stand van zaken niet zou hebben gesloten, wordt bevestigd door het advies van de herverzekeraar en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere verzekeringszaken.

Naar het oordeel van de Commissie had Consument vraag 2 van de verkorte gezondheidsverklaring met 'Ja' moeten beantwoorden en had hij zijn klachten tevens op de medische vragenlijst moeten vermelden. Gelet op de expliciete vraag in gezondheidsverklaring naar *(chronische) spier- en/of gewrichtsaandoeningen*, moest Consument er rekening mee houden dat deze feiten relevant waren voor de acceptatie. Verzekeraar heeft voldoende aangetoond dat Consument niet volledig van het CVA is hersteld. Dat Verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, wordt voldoende aannemelijk geacht. Verzekeraar is daarom geen uitkering verschuldigd en was gerechtigd de verzekering op te zeggen.

Mr. S. (Sanne) van der Salm
De auteur is advocate bij Ekelmans & Meijer
Advocaten te Den Haag.