

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-203
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, J.H. Paulusma-de Waal (Arts),
leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 9 juli 2019
Ingediend door : Consument
Tegen : Achmea Schadeverzekeringen N.V., handelend onder de naam Interpolis, gevestigd te
Apeldoorn, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 3 maart 2020
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De Commissie heeft geoordeeld dat het beroep van Verzekeraar op de schending van de mededelingsplicht bij de invulling van de gezondheidsverklaring niet opgaat. Het gaat om drie vragen. Bij de eerste vraag is niet voldaan aan het kennisvereiste. De andere twee vragen zijn in te algemene termen geformuleerd, niet concreet genoeg. Bovendien is het beroep op die twee vragen niet tijdig gedaan. Verder heeft Verzekeraar de eindleeftijd van de verzekering ten onrechte teruggebracht van 67 naar 60 jaar. Vordering toegewezen.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken met de daarbij behorende bijlagen:

- het namens Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medische dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de namens Consument ingediende repliek;
- de aanvullende reactie van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 18 december 2020 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1991, heeft op 2 mei 2011 bij Verzekeraar een beroepsarbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en daarbij een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. Hij heeft alle gezondheidsvragen met “Nee” beantwoord. Wel heeft hij bij de slotvraag diverse omstandigheden over zijn gezondheid vermeld zoals een armbreuk, het verwijderen van de amandelen, het plaatsen van buisjes in de oren, migraine, rugklachten en een scooterongeval.
- 2.2 De verzekering is ingegaan op 15 november 2011 en heeft als eindleeftijd 60 jaar. Het verzekerde beroep is kraanmachinist met als nevenberoep vrachtwagenchauffeur. De verzekering keert uit vanaf 25% arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde inkomen is € 33.819,00. De eigen risicoperiode is 1 maand. Op de verzekering zijn geen medische clausules van toepassing verklaard.
- 2.3 Consument heeft in december 2015 een verhoging van de eindleeftijd aangevraagd en daarbij op 7 januari 2016 een nieuwe gezondheidsverklaring ingevuld. Per 21 januari 2016 is de eindleeftijd verhoogd naar 67 jaar.
- 2.4 Consument heeft zich op 5 november 2018 per 2 november 2018 voor 50% arbeidsongeschikt gemeld wegens psychische klachten. Bij de kwalificerende intake op 7 november 2018 heeft hij aangegeven dat hij al tien jaar kampt met angsten, dat hij sinds 1 jaar gesprekken voert met een psycholoog van de GGZ en dat de GGZ hem inmiddels heeft doorgestuurd naar een kliniek voor verslavingszorg wegens chronisch alcoholgebruik. De medisch adviseur van Verzekeraar is medische informatie gaan opvragen over de medische situatie van vóór de ingangsdatum van de verzekering. Uit die informatie heeft hij geconcludeerd dat Consument in zijn jeugd de diagnose ADHD heeft gekregen. Van langdurige bestaande ADHD is bekend, aldus de medisch adviseur, dat dit een verhoogd risico geeft op het ontstaan van allerlei psychische klachten/aandoeningen met een verhoogd risico op het ontstaan van (langdurige tot blijvende) arbeidsongeschiktheid. Dit verhoogde risico op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid is te normaliseren door een clause psyche te plaatsen.
- 2.5 Verzekeraar heeft zich in zijn brief van 23 april 2019 beroepen op artikel 7:928 tot en met 7:930 Burgerlijk Wetboek (BW). Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument de mededelingsplicht niet is nagekomen; hij had vraag 4 j van de gezondheidsverklaring met ‘Ja’ moeten beantwoorden.

Deze vraag luidt:

“Hebt u één van de volgende klachten, ziekten of aandoeningen gehad?”

j. aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid of burn-out?”

De gezondheidsverklaring van 2015 bevat dezelfde vraag 4 j als die in de gezondheidsverklaring van 2011.

- 2.6 Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Hij heeft voorts de volgende uitsluitingsclausule op de verzekering geplaatst:

“Vanaf 15 november 2011 bestaat er geen recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten, aandoeningen en/of oorzaken. Deze clausule komt niet voor herbeoordeling in aanmerking.”

Hij heeft de eindleeftijd van de verzekering weer aangepast naar 60 jaar. Het standpunt is dat als de psychische klachten bekend waren geweest bij de wijziging van de verzekering per 21 januari 2016, het verzoek tot verhoging van de eindleeftijd zou zijn afgewezen.

Verder zijn de persoonsgegevens van Consument in de Gebeurtenissenadministratie van Achmea gezet voor de duur van 8 jaar.

- 2.7 Namens Consument is tegen de door Verzekeraar genomen maatregelen bezwaar aangetekend. In zijn reactie op dit bezwaar van 23 mei 2019 heeft Verzekeraar het standpunt gehandhaafd dat Consument de mededelingsplicht niet is nagekomen. Verzekeraar heeft onder meer het volgende geschreven:

Het is niet relevant of ADHD onder psychische klachten valt

Meneer [Consument] heeft op de gezondheidsverklaring, die hij op 2 mei 2011 heeft ondertekend, de volgende vraag beantwoord: 'Zijn er nog omstandigheden over uw gezondheid ook in relatie tot uw werk die u nog niet heeft genoemd?'. Vervolgens heeft hij diverse fysieke klachten opgesomd vanaf zijn 2e levensjaar. Hierbij had hij ook de ADHD moeten noemen. Dit staat los van het feit of dit wel of geen psychische klachten zijn.

De mededelingsplicht geldt ook bij het wijzigen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering

Om te beoordelen of we de wijzigingen accepteerden, die meneer [Consument] eind 2015 aanvraag, heeft onze medische dienst hem opnieuw een gezondheidsverklaring in laten vullen.

Bij brief van 29 mei 2019 is namens Consument geschreven:

Hierbij wil ik u bedanken voor het afstappen van uw eerdere standpunt. Zoals ook nog telefonisch besproken doet u geen beroep meer op de schending van vraag 4 j. Hiervoor in de plaats kiest u er nu voor zich te beroepen op de in algemene termen vervatte slotvraag 'Zijn er nog omstandigheden over uw gezondheid ook in relatie tot uw werk die u nog niet heeft genoemd?'. U acht het immers (niet meer) niet relevant of ADHD onder psychische klachten valt.

In zijn brief van 7 juni 2019 heeft Verzekeraar zijn standpunt herhaald dat Consument bij vraag 4 j had moeten melden dat hij in het verleden psychische klachten heeft gehad.

De uitwisseling van standpunten door partijen heeft niet geleid tot een oplossing van het geschil.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog dekking onder de verzekering verleent, dat de eindleeftijd weer naar 67 jaar wordt aangepast en dat zijn gegevens uit de Gebeurtenissenadministratie worden verwijderd. Hij vordert tevens vergoeding van de gemaakte kosten van bijstand. Zijn schade tot op de dag van het indienen van zijn klacht bij Kifid heeft hij berekend op € 23.000,-. Dit bedrag zal nog oplopen omdat Consument nog niet volledig is hersteld. Hij vordert wettelijke rente vanaf 2 november 2018 over € 33.819,-.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Verzekeraar heeft onterecht dekking afgewezen. Consument heeft de mededelingsplicht niet geschonden. De mededelingsplicht ziet slechts op feiten waarvan, naar de verzekeringnemer ten tijde van het sluiten van de verzekering 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. Het gaat dus alleen om de ADHD. Voor Consument was het niet duidelijk dat ADHD wordt gezien als een psychische aandoening. Kennelijk is ADHD een omstandigheid die van groot belang is voor de risicobeoordeling. ADHD wordt in de gezondheidsverklaring echter niet specifiek benoemd als voorbeeld van een psychische aandoening die vermeld moet worden. Het is dus niet kenbaar gemaakt dat het vermelden van ADHD van belang is. De gezondheidsverklaring van 2011, en ook die van 2015, is op dit punt onvoldoende duidelijk. In de inmiddels nieuw door Verzekeraar ingevoerde gezondheidsverklaring vraagt Verzekeraar wel expliciet naar ADHD.
 - In zijn brief van 23 mei 2019 is Verzekeraar afgestapt van zijn eerdere beroep op de schending van vraag 4 j van de gezondheidsverklaring. Hij beroept zich dan nog slechts op onvolledige beantwoording van de slotvraag (vraag 10). Verzekeraar komt geen beroep toe op onvolledige beantwoording van de in algemene termen vervatte slotvraag.
 - De mededelingsplicht geldt ten tijde van het sluiten van een (nieuwe) verzekeringsovereenkomst. Niet bij het wijzigen van een bestaande verzekering.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Consument heeft Verzekeraar in de gezondheidsverklaring van 2 mei 2011 niet volledig geïnformeerd over zijn gezondheidssituatie. Gelet op de ernst van de verzwegen klachten is alsnog een uitsluitingsclausule op de verzekering geplaatst. De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid van 2 november 2018 valt onder de uitsluitingsclausule.
 - Als Consument Verzekeraar in de gezondheidsverklaring van 2 mei 2011 juist en volledig had geïnformeerd, zou het verzoek om verhoging van de eindleeftijd zijn afgewezen.
 - In zijn verweerschrift heeft Verzekeraar zich er op beroepen dat de volgende gezondheidsvragen in de gezondheidsverklaring van 2 mei 2011 ten onrechte ontkennend zijn beantwoord:
 - vraag 4 j: Gezondheidstoestand van de (kandidaat)verzekerde tot en met de datum van ondertekening. Hebt u één van de volgende klachten, ziekten, of aandoeningen (gehad)? Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid of burn-out?
 - vraag 5 c: Geconsulteerde hulpverleners. Zijn er nog andere klachten, ziekten of aandoeningen, anders dan hierboven genoemd, waarvoor u een specialist hebt geraadpleegd?
 - vraag 5 g: Geconsulteerde hulpverleners. Zijn er nog andere klachten, ziekten of aandoeningen waarvoor u een bezoek heeft gebracht aan, of onder behandeling bent geweest bij een hulpverleningsbureau of andere dan de hierboven genoemde hulpverleners?
- De vragen in de gezondheidsverklaring zijn voldoende duidelijk. Bij de slotvraag (vraag 10) heeft Consument een opsomming gegeven van diverse klachten vanaf zijn 2^e levensjaar. Hierbij had hij ook de psychische klachten/behandeling/geconsulteerde hulpverleners moeten noemen.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De Commissie overweegt in dit verband het volgende.
- 4.2 De Commissie stelt voorop dat in artikel 7:928 lid 1 BW staat dat de aspirant-verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van verzekeringsovereenkomst 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.

- 4.3 Indien een verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt op grond van lid 6 van artikel 7:928 BW dat de verzekeraar zich er niet op kan beroepen dat feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld. Dit is alleen anders indien de aspirant-verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. In beginsel geldt dus dat indien de verzekeraar een vragenlijst hanteert, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat hij tot niet meer gehouden is dan het beantwoorden van de vragen die op de vragenlijst staan.
- 4.4 Een aspirant-verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Zie de volgende uitspraken van de Hoge Raad, te vinden op www.rechtspraak.nl: 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.
- 4.5 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. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
- 4.6 Indien 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.
- 4.7 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 – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet zou zijn aangegaan of slechts onder andere voorwaarden (artikel 7:930 BW). Bij de vraag of de niet-medegedeelde feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841. De verzekeraar kan ook aanvoeren dat de verzekeringnemer heeft geprobeerd hem opzettelijk te misleiden. De bewijslast ligt dan bij de verzekeraar.

- 4.8 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in 1998 door de schoolarts is verwezen voor ADHD diagnostiek. In 2002 is door het ADHD screenteam DWD de diagnose ADHD bevestigd. In een brief van 2003 van GGZ [locatie X] wordt dezelfde conclusie vermeld. In 2006 heeft Consument de huisarts bezocht wegens agressie bij ritalingebruik en is hij terugverwezen naar GGZ [locatie X]. In 2014 heeft Consument de huisarts geconsulteerd wegens psychische klachten (piekeren, spanningen) en is hij verwezen naar de POH GGZ. In 2018 is Consument uitgevallen wegens psychische klachten, waaronder angsten.
- 4.9 De vraag is of Consument de klachten van vóór 2 mei 2011, de datum waarop hij de eerste gezondheidsverklaring heeft ingevuld, in die gezondheidsverklaring had moeten melden. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Zij overweegt als volgt.
- 4.10 In de gezondheidsverklaring wordt onder 4 j gevraagd: “Hebt u één van de volgende klachten, ziekten of aandoeningen gehad? Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out?” Van een schending van de mededelingsplicht van artikel 7:928 BW door de aspirant-verzekeringnemer kan alleen sprake zijn indien deze het niet-mee gedeelde feit kende of behoorde te kennen. In die woorden ligt een objectivering besloten. Over hoe deze objectivering in de praktijk dient te worden toegepast is in de Parlementaire Geschiedenis te lezen dat deze objectivering er slechts toe strekt om te abstraheren van hetgeen de betrokken persoon in concreto weet, maar niet van wat hij behoort te begrijpen. Voor de vraag wat de betrokken persoon behoort te begrijpen, dient rekening te worden gehouden met de persoon en omstandigheden van de betrokkene.
- De stelplicht en - bij gemotiveerde betwisting door de wederpartij – de bewijslast van het zogenoemde kennisvereiste liggen op de verzekeraar. Gezien het geobjectiverde karakter van het kennisvereiste dient het bewijs van de verzekeraar te zijn gericht op de vraag wat een persoon als de verzekeringnemer in dezen weet of behoort te weten.
- 4.11 Consument heeft steeds gesteld, en ter zitting herhaald, dat hij wist dat hij ADHD had, dat naar ADHD niet wordt gevraagd in de gezondheidsverklaring, en dat hij niet wist dat hij ADHD onder ‘psychische klachten’ bij vraag 4 j had moeten melden. De diagnose ADHD was bij hem bekend en hij wist dat dit bij hem gedragsproblemen veroorzaakte met daarnaast angsten, zoals hij in het schadeaangifteformulier heeft aangegeven. De Commissie merkt op dat gedragsproblemen, angst en problemen met agressieregulatie (waarvoor Consument in 2006 de huisarts heeft bezocht) doorgaans worden gezien als psychische klachten. Daarbij maakt het niet uit of deze klachten worden veroorzaakt door ADHD of iets anders.

Dat neemt niet weg dat het alleszins denkbaar is dat Consument zijn ADHD niet als een psychische aandoening heeft geduid maar als een gedragsprobleem of een opvoedkundig probleem. Het is dus de vraag of Consument zich ervan bewust is geweest dat hij psychische klachten heeft gehad. Of Consument, van wie in de medische stukken gesteld wordt dat bij psychiatrisch onderzoek het simplistische, concretistische denken is opgevallen, dit had behoren te weten is de volgende vraag. Het is aan Verzekeraar (zie hierboven onder 4.10) om hiervan het bewijs te leveren. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar in dit bewijs niet is geslaagd.

- 4.12 In zijn brief van 29 mei 2019 heeft Verzekeraar zich er voorts op beroepen dat Consument bij de slotvraag (vraag 10 van de gezondheidsverklaring) ook de ADHD had moeten noemen. De Commissie wijst er op dat indien de verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, hij daarmee te kennen geeft dat die feiten voor hem van belang zijn. Het hanteren van een vragenlijst suggereert echter ook dat andere feiten hem niet interesseren. Hetzelfde geldt indien een vraag door de verzekeringnemer niet wordt beantwoord en de verzekeraar desondanks de verzekering sluit. De toevoeging aan de vragenlijst van een in algemene termen luidende slotvraag, in dit geval: “Zijn er nog omstandigheden over uw gezondheid ook in relatie tot uw werk die u nog niet heeft genoemd?” neemt die suggestie niet weg. Dat houdt in dat de aspirant-verzekeringnemer bij gebruik van een vragenlijst alleen met concrete vragen te maken heeft (artikel 7:928 lid 6 BW).

De Commissie is dan ook van oordeel dat het beroep van Verzekeraar op het niet volledig beantwoord zijn van vraag 10 niet opgaat. Dit zou slechts anders zijn geweest als Consument zou hebben gehandeld met het opzet Verzekeraar te misleiden. In deze zaak, zo heeft Verzekeraar in zijn verweerschrift erkend, was echter geen sprake van opzet tot misleiding.

- 4.13 Verzekeraar heeft zich in de klachtprocedure bij Kifid er aanvullend op beroepen dat Consument vraag 5 c en vraag 5 g van de gezondheidsverklaring ten onrechte met ‘Nee’ heeft beantwoord. De Commissie merkt op dat de vragen 5 c en 5 g, evenals vraag 10, in te algemene termen zijn geformuleerd en dat Consument van niet of onvolledige beantwoording geen verwijt kan worden gemaakt. Daarbij komt het volgende. Als een verzekeraar een schending van de mededelingsplicht heeft ontdekt en de gevolgen hiervan voor het recht op uitkering dan wel het voort-bestaan van de verzekerings-overeenkomst tijdig inroept onder vermelding van de door de verzekeringnemer niet meegedeelde feiten, dit tijdig moet worden gedaan. In artikel 7:929 lid 1 BW is bepaald dat dit binnen twee maanden moet worden gedaan. De verzekeraar kan niet later, buiten deze tweemaandentermijn, de eerdere vermelding aanvullen met andere, reeds ten tijde van de eerste constatering bekende feiten.

De Commissie is gelet hierop van oordeel dat het beroep van Verzekeraar op de ontkennende beantwoording van vraag 5 c en vraag 5 g van de gezondheidsverklaring niet tijdig is gedaan.

- 4.14 Gelet op het vorenstaande komt de Commissie tot de conclusie dat het beroep van Verzekeraar op de schending van de mededelingsplicht van artikel 7:928 BW bij de invulling van de gezondheidsverklaring van 2 mei 2011 niet opgaat, nu voor wat betreft vraag 4 j niet is voldaan aan het kennisvereiste van artikel 7:928 lid 1 BW. Voorts is voor wat betreft vraag 10 niet voldaan aan de hoofdregel die geldt bij het door een verzekeraar hanteren van een vragenlijst (artikel 7:928 lid 6 BW). Tot slot is het beroep op het niet juist dan wel niet volledig beantwoord zijn van de vragen 5 c en 5 g niet tijdig gedaan. Dit brengt mee dat Verzekeraar niet gerechtigd was met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule voor psychische klachten op de polis te plaatsen nu deze bevoegdheid voortvloeit uit artikel 7:930 lid 3 BW en men aan deze bevoegdheid pas toekomt indien is vastgesteld dat sprake is van schending van de mededelingsplicht van artikel 7:928 BW. De vordering van Consument om dekking onder verzekering te verlenen komt voor toewijzing in aanmerking.
- 4.15 Vervolgens is aan de orde de vraag of Verzekeraar de eindleeftijd van de verzekering weer heeft kunnen terugbrengen naar 60 jaar. De Commissie overweegt dat het Hof Amsterdam in een uitspraak van 23 november 2010 (ECLI:NL:GHAMS:2010:5132) heeft overwogen dat de regeling van artikel 7:928 tot en met 7:931 BW ook van toepassing is indien de verzekeraar naar aanleiding van een wijzigingsverzoek een vragenlijst voorlegt aan de verzekeringnemer. De Commissie volgt het Hof hierin. Wanneer de verzekeringnemer tijdens de looptijd van de verzekering een verzoek tot uitbreiding van de dekking doet, heeft de verzekeraar er belang bij om het eventueel uit te breiden risico te kunnen inschatten, bijvoorbeeld door risicovragen aan de verzekeringnemer te stellen. Consument heeft naar aanleiding van zijn wijzigingsverzoek een tweede (nieuwe) gezondheidsverklaring moeten invullen. Deze gezondheidsverklaring die Consument op 7 januari 2016 heeft ingevuld bevat ook de vraag 4j. Consument heeft deze vraag met 'Nee' beantwoord. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat hij als hij juist was geïnformeerd over de gezondheidssituatie van Consument dat hij het wijzigingsverzoek dan zou hebben afgewezen. De Commissie gaat hierin niet mee. Consument heeft gesteld dat de mededelingsplicht niet geldt bij het wijzigen van een bestaande verzekering. Hoewel de Commissie dit standpunt verwerpt, heeft Verzekeraar niet gesteld, noch is dit gebleken, dat Consument op 7 januari 2016 inmiddels wel heeft behoren te weten dat zijn ADHD onder "psychische" klachten valt.
- 4.16 Het vorenstaande brengt mee dat de opname van de persoonsgegevens van Consument in de Gebeurtenissenadministratie moet worden doorgehaald.

De ‘gebeurtenis’- dat wil zeggen: de gedraging, feiten en omstandigheden op grond waarvan Verzekeraar tot registratie is overgegaan – in dit geval het niet-nakomen van de mededelingsplicht – is immers niet vast komen te staan. De registratie dient geen duidelijk doel meer en is niet noodzakelijk voor de behartiging van een gerechtvaardigd belang.

- 4.17 De conclusie is dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Verzekeraar dient de uitsluitingsclausule voor psychische klachten van de verzekering te verwijderen en de claim van Consument alsnog in behandeling te nemen. De persoonsgegevens van Consument dient hij te verwijderen uit de Gebeurtenissenadministratie en de eindleeftijd van de verzekering dient hij weer te verhogen naar 67 jaar. De Commissie wijst de vordering van Consument toe in die zin dat Verzekeraar de claim van Consument in behandeling moet nemen. Bij uitkering dient ook wettelijke rente te worden vergoed met ingang van 2 november 2018. Het meer of anders gevorderde wijst de Commissie af. Zo is de vordering tot vergoeding van de gemaakte kosten van bijstand niet gespecificeerd en om die reden niet toewijsbaar.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de uitsluitingsclausule van de verzekering verwijderd, de claim van Consument alsnog in behandeling neemt, bij uitkering wettelijke rente vergoedt, de persoonsgegevens van Consument uit de Gebeurtenissen-administratie verwijderd en de eindleeftijd van de verzekering op 67 jaar stelt.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.