

Uitspraak Commissie van Beroep financiële dienstverlening 2020-025

(mr. W.J.J. Los, voorzitter, mr. A. Bus, J.C.H. Kars AAG CERA, mr. F.R. Salomons, mr. R.J.F. Thiessen, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Beroepschrift ontvangen op	: 4 december 2019
Ingediend door	: Consument
Wederpartij	: BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 9 juni 2020

Samenvatting

Verzekering met dekking voor arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Verzekeraar weigert uitkering op de grond dat zij bij kennis van de ware stand van zaken met betrekking tot de gezondheid van verzekerde de verzekering niet zou hebben gesloten (art. 7:930 lid 4 BW). Verzekeraar beroept zich daarbij op haar eigen acceptatiebeleid en richtlijnen van herverzekeraar. De Commissie van Beroep is van oordeel dat op basis van de stellingen van verzekeraar niet kan worden aangenomen dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten.

[Klik hier voor de uitspraak bij de Geschillencommissie](#)

1. De procedure in beroep

- 1.1 Bij een op 4 december 2019 ontvangen beroepschrift met bijlagen van 3 december 2019 heeft Consument bij de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (verder: Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: Geschillencommissie) van 23 oktober 2019 (dossiernummer [nummer], gepubliceerd onder nummer 2019-843).
- 1.2 Verzekeraar heeft een op 14 januari 2020 gedateerd verweerschrift met bijlage ingediend.
- 1.3 De mondelinge behandeling van dit beroep heeft plaatsgehad op 10 februari 2020. Partijen zijn aldaar verschenen, hebben hun standpunt toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord. Consument heeft een pleitnota overgelegd.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop van de procedure bij de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie van 23 oktober 2019.

3. Feiten

- 3.1 De Geschillencommissie heeft in de uitspraak onder 2.1 tot en met 2.6 de feiten vermeld die zij bij de beoordeling tot uitgangspunt heeft genomen. Deze feiten zijn niet in geschil en dienen daarom ook de Commissie van Beroep tot uitgangspunt. Kort gezegd gaat het om het volgende.

- 3.2 Consument, geboren op [datum] 1961, heeft op 25 juni 2013 een verzekering Hypotheek Opvang Polis bij Verzekeraar aangevraagd met dekking voor arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Op het aanvraagformulier is een beknopte gezondheidsverklaring opgenomen. Consument heeft de medische vragen met 'Nee' beantwoord:

Let op! voorkom teleurstelling en vul dit formulier eerlijk, juist en volledig in. Fout invullen van dit formulier kan tot gevolg hebben dat u géén uitkering krijgt.

Beknopte gezondheidsverklaring

Deze beknopte gezondheidsverklaring moet u altijd invullen!

- | | Verzekerde |
|--|---|
| 1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek? Als u moeite heeft deze vraag te beantwoorden, kijk dan in de 'Toelichting bij uw verzekering' voor meer informatie | ☒ Nee ☐ Ja |
| 2. Bent u ooit naar een (huis)arts/specialist/psycholoog/psychotherapeut/psychiater geweest voor:
- hart- en/of vaatklachten;
- een vorm van kanker; en/of
- psychische klachten | ☒ Nee ☐ Ja |
| 3. Bent u in de laatste 5 jaar naar een (huis)arts/specialist/fysiotherapeut geweest voor:
- (chronische) rugklachten;
- bloeddruk;
- bloedonderzoek (o.a. op cholesterol);
- suikerziekte;
- (chronische) luchtwegklachten;
- (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten;
- epilepsie;
- leverklachten;
- nierklachten;
- maag- en/of darmklachten; en/of
- een andere ernstige ziekte? | ☒ Nee ☐ Ja |
| 4. Bent u onder behandeling/controle bij een (huis)arts/specialist/fysiotherapeut? | ☒ Nee ☐ Ja |
| 5. Gebruikt u medicijnen? | ☒ Nee ☐ Ja |
| 6. Wat is uw lengte en wat is uw gewicht? | 187 cm 125 kg |

U moet ook de uitgebreide gezondheidsverklaring invullen als u:

- JA heeft aangekruist bij één van de vragen die hierboven staan vermeld;
- voor de dekking arbeidsongeschiktheid heeft gekozen voor een eigen risico van 90 of 180 dagen; en/of
- bij de dekking arbeidsongeschiktheid heeft gekozen voor de dekking 'Maatschappij-beroeps'.

- 3.3 De verzekering is met ingang van 1 augustus 2013 tot stand gekomen. De einddatum van de verzekering is 31 januari 2026. Verzekerd zijn de rubrieken arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Bij arbeidsongeschiktheid is het toetsingscriterium "Vaststelling Maatschappij-keuring (Passende arbeid)". De eigen risicoperiode is 365 dagen. Het verzekerd maandbedrag is € 500,-.

- 3.4 Consument heeft zich op 15 november 2017 per 4 november 2016 arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten en hartklachten. Verzekeraar heeft de claim afgewezen omdat Consument binnen de eigen risicoperiode voor 78,94% aan het werk is gegaan in een passende functie. Hij was dus minder dan 35% arbeidsongeschikt en heeft dan geen recht op uitkering.
- 3.5 Consument is vanaf 21 november 2017 weer volledig uitgevallen. Verzekeraar heeft de claim op medische gronden in behandeling genomen en medische informatie opgevraagd bij de behandelaars van Consument. Uit de ontvangen informatie is het vermoeden gerezen dat sprake is van klachten die al bestonden op het moment van aanvragen van de verzekering. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en dat de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken niet zou zijn geaccepteerd. Verzekeraar heeft de verzekering per 30 april 2018 beëindigd.

4. Uitspraak Geschillencommissie

- 4.1 De Geschillencommissie heeft de vordering van Consument, ertoe strekkende dat de verzekering in kracht wordt hersteld en dat Verzekeraar met terugwerkende kracht overgaat tot uitkering onder de verzekering, te vermeerderen met de wettelijke rente, afgewezen.
- 4.2 Hetgeen de Geschillencommissie daartoe heeft overwogen, kan als volgt worden samengevat. Consument was vóór de ingangsdatum van de verzekering (1 augustus 2013) al bekend met klachten van diverse aard, waarvoor in de loop der jaren de huisarts is geconsulteerd en waarvoor Consument is doorverwezen naar specialisten. Het gaat om de volgende klachten: *OSAS (Obstructief Slaapapneu Syndroom), rugklachten, luchtwegklachten, schouderklachten en osteopenie*. Consument had daarom in ieder geval vraag 1 van de beknopte gezondheidsverklaring “Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek?” met ‘Ja’ moeten beantwoorden. Hij zou dan een uitgebreide gezondheidsverklaring hebben moeten invullen en daarin zijn klachten hebben moeten benoemen. Consument had behoren te begrijpen dat een juiste beantwoording van de in de beknopte gezondheidsverklaring gestelde vragen voor een redelijk handelend verzekeraar relevant is om het risico bij het eventueel aangaan van de verzekering met Consument juist in te schatten. Consument heeft dan ook niet aan de precontractuele mededelingsplicht van artikel 7:928 BW voldaan. Vervolgens is aan de orde de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan. De GAV heeft in de inleiding van haar laatste update van de Handleiding medische acceptatie arbeidsongeschiktheids- en ongevallenverzekeringen (versie 2007) vermeld dat deze handleiding niet is bedoeld “als voorschrift maar als voorbeeld aan de hand waarvan de leden een eigen acceptatiebeleid kunnen ontwikkelen. De Geneeskundig Adviseurs zullen, uitgaande van hun eigen medische kennis en ervaring en het acceptatiebeleid van de verzekeraars waaraan zij zijn verbonden, kunnen en moeten afwijken. Uiteraard kunnen zij bij het adviseren gebruik maken van andere bronnen, zoals wetenschappelijke literatuur, (GAV-) cursussen en handboeken van herverzekeraars. Voor de goede orde zij vermeld dat de verzekeraars op geen enkele wijze gebonden zijn aan deze Handleiding en evenmin aan het advies van de Geneeskundig Adviseur”. In deze zaak heeft Verzekeraar zich gebaseerd op de

richtlijnen van zijn herverzekeraar GenRe. Gelet op het vermelde in de inleiding van de handleiding van de GAV heeft hij zich daarop ook mogen baseren. Overigens zou ook op grond van het handboek van de GAV geadviseerd zijn de verzekeringsaanvraag af te wijzen. Een belaste voorgeschiedenis van recidiverende rugklachten en schouderklachten bij een dan 52-jarige magazijnmedewerker (beroepsklasse 3-4) zou standaard al minimaal een uitgebreide uitsluitingsclausule met betrekking tot de gehele wervelkolom respectievelijk de arm, dus inclusief ischialgie en brachialgie, hebben gerechtvaardigd, zeker in combinatie met het (wel in de gezondheidsverklaring vermelde) overgewicht. Daarnaast is sprake van een in elk geval matig slaapapneusyndroom sinds 1997 met, ondanks eerder ingestelde behandeling, duidelijke actuele klachten in het jaar direct voorafgaande aan de aanvraag van de verzekering, van osteopenie en dan nog niet geduide hart- en vaatklachten. Het aantal van minimaal twee of drie te clausuleren aandoeningen leidt in de praktijk tot afwijzing. Dit is algemeen gebruikelijk. Verzekeraar heeft in dezen gehandeld als een redelijk handelend verzekeraar en hoeft op grond van artikel 7:930 lid 4 BW niet tot uitkering over te gaan en heeft op grond van artikel 7:929 lid 2 BW de verzekeringsovereenkomst mogen beëindigen.

5. Beoordeling van het beroep

- 5.1 De Commissie van Beroep leest in de stellingname van Consument in beroep niet een betwisting dat hij in elk geval op grond van zijn slaapapneu (OSAS) vraag 4 in de beknopte gezondheidsverklaring (“Bent u onder behandeling/controle bij een (huis)arts/specialist/fysiotherapeut?”) niet met “nee” had behoren te beantwoorden. Voor zover nodig memoreert de Commissie van Beroep dat ook de eigen medisch adviseur van Consument, [naam medisch adviseur], in zijn in beroep overgelegde brief van 19 november 2019 heeft vermeld dat Consument “het Osas inderdaad had moeten melden”. Het is niet in geschil dat Consument de uitgebreide gezondheidsverklaring had moeten invullen als hij deze vraag zou hebben beantwoord met “ja”.
- 5.2 In het debat tussen partijen zijn de volgende medische kwesties aan de orde gekomen: OSAS, osteopenie, rugklachten, luchtwegklachten, schouderklachten en hart- en vaatklachten. De Commissie van Beroep zal deze achtereenvolgens bespreken en zich daarbij beperken tot de gerapporteerde bevindingen over de periode van vóór de totstandkoming van de verzekering.
- 5.3 Uit de rapportages komt het volgende naar voren met betrekking tot OSAS. Er is sprake van een matig obstructief slaapapneusyndroom waarvoor Consument in 2002 is gezien door een neuroloog. Hij gebruikt sinds 1997 een CPAP (elders omschreven als een masker dat de ademhalingswegen openhoudt). Een KNO-arts heeft in 2007 als conclusie gerapporteerd dat de CPAP uitstekend zijn werk doet en dat voor de rhinosinusitis Nasonex-nausspray is voorgeschreven. Consument is regelmatig gezien door de longarts (2012, 2013). Er is melding gemaakt van een na-instelling van de CPAP en tevredenheid met de therapie. In het verslag van 2013 is vermeld dat voortzetting van de CPAP-therapie is besproken en een vervolgpoli-afpraak over een jaar.
- 5.4 De Commissie van Beroep begrijpt uit de stukken dat Consument na een enkelfractuur na een val in 2012 is gescreend op osteoporose.

Laboratoriumonderzoek toonde geen afwijkingen, bij een 'DEXA onderzoek' bleek sprake van osteopenie en radiologisch onderzoek toonde geen wervelinzakkingen. In een bericht van de reumatoloog, internist-endocrinoloog en osteoporose-verpleegkundige uit 2012 is vermeld "Optimaliseren calcium intake middels calcium bruis 1000 mg 1x per dag". En verder: "Patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts. Bij vermoeden van een wervelfractuur is beeldvorming van de wervelkolom geïndiceerd en bij een wervelfractuur of een niet-wervelfractuur kan patiënt opnieuw worden verwezen om het fractuurrisico te evalueren. Ook indien er een nieuwe risicofactor aanwezig is, dient opnieuw evaluatie te gebeuren van het fractuurrisico, inclusief DEXA en evaluatie van andere klinische risicofactoren om afhankelijk van het risico al dan niet een behandeling te starten (cf. CBO richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie 2011).

- 5.5 De huisarts van Consument heeft melding gemaakt van consulten met betrekking tot radiculopathie/rug in 2004, 2009 en 2012. In 2004 is Consument gezien door een neuroloog. Als diagnose is gesteld radiculopathie L5 rechts bij vermoedelijk laterale recessus stenose. Vermeld is dat nog een MRI-LWK wordt verricht. In een nader bericht is vermeld "MRI-LWK: geen afwijkingen, geen wortelcompressie. (...) Ons inziens nu geen reden voor verder aanvullend onderzoek. Patiënt werd naar u terug verwezen. Medicamenteuze behandeling wil patiënt op dit moment niet, eventueel zou een behandeling met neurontin 300 mg 3dd of tryptizol 10 mg 1-3 dd overwogen kunnen worden. Diagnose: Paraesthesieën rechter been, geen aanwijzingen voor radiculopathie". De klachten in 2009 in dit verband zijn door de huisarts beschreven als aspecifieke lage rugpijn respectievelijk lage rugpijn met uitstraling, waarvoor Consument kennelijk is verwezen naar een orthomanele therapeut. De klachten in 2012 betroffen kennelijk spitklachten ("door de rug gegaan") na het verplaatsen van een bed. De huisarts heeft vermeld "voor de rug Ibuprofen, blijven bewegen en warmte".
- 5.6 Hierboven is reeds een bericht genoemd van de KNO-arts in verband met het obstructief slaapapneusyndroom. In hetzelfde bericht is vermeld dat Consument veel verkouden was en dat er matige neusobstructieklachten waren. Op dit punt concluderend is vermeld dat voor de rhinosinusitis Nasonex-neusspray werd voorgeschreven.
- 5.7 Verzekeraar heeft bij e-mail van 31 augustus 2018 aan de toenmalige rechtshulpverlener van Consument bericht dat haar beslissing om de verzekeringsovereenkomst te beëindigen niet afhangt van de pre-existente schouderklachten. De Commissie van Beroep laat dit onderdeel van het debat daarom verder onbesproken.
- 5.8 In het eerder genoemde bericht van de huisarts is onder het kopje " 'hartklachten' " vermeld dat er in 2010 twee keer een consult en een keer een telefonisch consult heeft plaatsgehad voor thoracale pijnklachten. Er is kennelijk onderzoek uitgevoerd (ECG en hartenzymen), dat niets heeft opgeleverd ("g.b."), en er is een inspanningstest geweest, waarvan de uitslag goed was. Er is toen geen diagnose gesteld en er heeft geen behandeling plaatsgevonden voor de thoracale pijnklachten.
- 5.9 Volgens artikel 7:928 lid 1 BW is de verzekeringnemer verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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 verzekeringnemer niet aan deze mededelingsplicht heeft voldaan, is de verzekeraar volgens artikel 7:930 lid 4 BW geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat dit laatste het geval is.

- 5.10 De Commissie van Beroep zal het verweer van Verzekeraar beoordelen met inachtneming van hetgeen de Hoge Raad bij arrest van 5 oktober 2018 ECLI:NL:HR:2018:1841 heeft overwogen en dat voor zover hier van belang het volgende inhoudt:

Een beroep van de verzekeraar op art. 7:930 lid 4 BW zal in beginsel alleen kunnen slagen indien de verzekeraar aantoont dat een redelijk handelend verzekeraar bij bekendheid met de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten.(...)

Opmerking verdient dat bij het beantwoorden van de vraag wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan, groot gewicht kan toekomen aan het acceptatiebeleid van andere verzekeraars. Niet uitgesloten is evenwel dat het beleid van een of meer andere verzekeraars op inhoudelijke gronden de toets aan de maatstaf van een redelijk handelend verzekeraar niet kan doorstaan, zodat daarop geen beroep kan worden gedaan. Evenmin is uitgesloten dat het acceptatiebeleid van de betrokken verzekeraar op inhoudelijke gronden blijkt te voldoen aan de maatstaf van de redelijk handelend verzekeraar, ook al voeren andere verzekeraars een ander (of geen) beleid ten aanzien van de betrokken feiten en omstandigheden.

Het beredeneerde betoog van een verzekeraar dat een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken, de verzekering niet zou hebben gesloten, kan – afhankelijk van de door de verzekeraar daartoe aangevoerde argumenten en de omstandigheden van het geval – tot het oordeel leiden dat een redelijk handelend verzekeraar de verzekering in dat geval niet zou zijn aangegaan. Voor dat oordeel is niet steeds noodzakelijk dat het acceptatiebeleid van andere verzekeraars wordt onderzocht. Het zal van het verweer van de verzekeringnemer afhangen of het acceptatiebeleid van andere verzekeraars in de beoordeling moet worden betrokken.

- 5.11 Op grond van het onder 5.8 overwogene moet worden geoordeeld dat het beroep van Verzekeraar op de door haar gestelde hart- en vaatklachten niet op een toereikende grondslag berust, ook niet, zoals Verzekeraar heeft betoogd (verweerschrift in hoger beroep op p. 5), in samenhang met andere klachten en aandoeningen. Geconcludeerd moet worden dat de onderzoeken naar aanleiding van de thoracale hartklachten in 2010 niet tot een relevante diagnose hebben geleid en niet tot enigerlei behandeling. Verzekeraar heeft haar verweer in zoverre onvoldoende gemotiveerd. In gelijke zin moet op grond van het onder 5.6 overwogene worden geoordeeld over het beroep van verzekeraar op de gestelde luchtwegklachten.

De Commissie van Beroep volstaat hier met verwijzing naar hetgeen onder 5.6 is vermeld. Zoals eerder overwogen, kunnen de gestelde schouderklachten buiten bespreking blijven.

- 5.12 Dit betekent dat het bij de beoordeling van het verweer van Verzekeraar dat zij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten alleen gaat om OSAS,

osteopenie en rugklachten. De Commissie van Beroep voegt hier aan toe dat dit strookt met de inhoud van de e-mail van Verzekeraar aan Consument van 31 augustus 2018, waarin Verzekeraar alleen deze drie kwesties als relevant voor de beslissing noemt.

- 5.13 Bij elk van deze drie medische kwesties past een relativerende kanttekening. Voor OSAS geldt dat Consument weliswaar onder regelmatige controle stond van een longarts, maar dat de door Consument eerder ervaren klachten (vermoeidheid, doorslaapstoornissen) met de CPAP-therapie beheersbaar waren. In het medisch advies van 19 april 2018 van de verzekeringsarts van Verzekeraar is vermeld dat de vermoeidheidsklachten ook kunnen worden verklaard door het overgewicht van Consument. Osteopenie is aan het licht gekomen in het kader van een screening op osteoporose na een enkelfractuur na een val. Er waren geen klachten van Consument op dit punt. De verzekeringsarts van Verzekeraar heeft in een e-mail van 15 april 2019 opgemerkt dat het de vraag is of Consument er zich bewust van was dat er onderzoek is gedaan naar osteopenie. Over de rugklachten, ten slotte, valt op te merken dat, anders dan Verzekeraar heeft gesteld bij verweerschrift in beroep op p. 5), bij onderzoek nu juist is gebleken dat er geen aanwijzingen waren voor radiculopathie en dat de door Consument in 2012 ondervonden spitklachten kennelijk het gevolg waren van het verplaatsen van een bed en van voorbijgaande aard waren. In dat verband verdient nog opmerking dat partijen het erover eens zijn dat het beroep van Consument niet was magazine medewerker (zoals is overwogen door de Geschillencommissie), maar assistent-manager bij een bouwmarkt.
- 5.14 Op grond van de hierboven kort aangeduide documentatie met betrekking tot de klachten van Consument en de relativerende kanttekening die daarbij is gemaakt, is de Commissie van Beroep van oordeel dat de drie medische kwesties waar het in deze zaak om gaat, ook indien daarbij het overgewicht van Consument wordt betrokken (welk overgewicht Verzekeraar bij de aanvraag overigens bekend was), niet reeds van zichzelf van zodanige aard en ernst zijn dat het evident is dat een redelijk handelend verzekeraar bij bekendheid hiervan de verzekering niet zou hebben gesloten. Dat betekent dat het op de weg van Verzekeraar (op wie hier de stelplicht en bewijslast rusten) ligt haar acceptatiebeleid ter zake van deze kwesties nader toe te lichten.
- 5.15 Verzekeraar heeft naar voren gebracht dat zij haar beslissing in de onderhavige zaak heeft gebaseerd op haar interne acceptatiebeleid en dat zij dit acceptatiebeleid mede heeft gebaseerd op de richtlijnen van haar herverzekeraar GenRe, een wereldwijd en gezaghebbend handboek. De Commissie van Beroep volgt Verzekeraar niet in haar stellingname dat het enkele toepassen van deze richtlijnen meebrengt dat zij als een redelijk handelend verzekeraar heeft gehandeld. Maar bovendien volgt uit de eigen stellingen van Verzekeraar dat zij deze richtlijnen niet steeds volgt. Zo stelt zij dat zij in afwijking van deze richtlijnen ('CLUE') geen premieopslagen toepast. Daar waar CLUE geen uitsluiting maar een premieopslag vermeldt, vertaalt Verzekeraar dit naar een clause, aldus Verzekeraar. Maar kennelijk baseert Verzekeraar zich ook overigens niet strikt op deze richtlijnen. Zij verwijst bijvoorbeeld ter zake van de rugklachten naar CLUE, waarin is opgenomen "+25/uitsl" (de Commissie van Beroep begrijpt: 25% premieopslag/uitsluiting), terwijl zij in haar e-mail van 31 augustus 2018 aan Consument heeft laten weten dat zij gezien het feit dat voor de verzekeringsaanvraag al sprake was van meerdere episodes van rugklachten, in

combinatie met het gewicht van verzekerde, op basis van de daarvoor geldende richtlijnen binnen haar acceptatiebeleid zeker een clause zou hebben geplaatst voor rugklachten. In haar brief van 8 november 2018 aan Verzekerde vermeldt zij ter zake van de rugklachten dat CLUE aangeeft dat dit moet leiden tot een uitsluiting. Ter zitting heeft Verzekeraar uiteengezet dat in CLUE niet is vastgelegd welk beleid wordt gevoerd indien meer dan één clause zou worden toegepast. Zij heeft gesproken over een “soort intern protocol”. Zij heeft ook toegelicht dat de beoordeling “heel casuïstisch” is, dat het ook gaat om het gewicht van de aandoeningen en alle omstandigheden. In het licht hiervan is de Commissie van beroep van oordeel dat op basis van de stellingen van verzekeraar niet kan worden aangenomen dat een redelijk handelend verzekeraar in dit geval de verzekering niet zou hebben gesloten en dat het in de rede lag dat Verzekeraar het acceptatiebeleid van andere (vergelijkbare) verzekeraars bij haar verweer zou hebben betrokken. Denkbaar is dat Verzekeraar de onderhavige casus - waarin zoals eerder overwogen niet evident is dat het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar ertoe zou hebben geleid dat de verzekering niet zou zijn gesloten - geanonimiseerd zou hebben voorgelegd aan enkele andere verzekeraars. In dat geval zou met de bevindingen van deze andere verzekeraars verifieerbaar zijn geworden of het verweer van Verzekeraar dat zij als redelijk handelend verzekeraar in de gegeven omstandigheden de verzekering niet zou zijn aangegaan, op juistheid berust. Verzekeraar heeft dat niet gedaan en evenmin anderszins voldoende aanknopingspunten gegeven voor de beoordeling van dit verweer. Bij deze stand van zaken moet het hiervoor besproken verweer van Verzekeraar alsnog worden verworpen.

- 5.16 Bij verweerschrift in beroep heeft Verzekeraar zich ter afwering van de vorderingen van Consument subsidiair erop beroepen dat Consument jegens haar een toerekenbare onrechtmatige daad heeft gepleegd door schending van zijn precontractuele mededelingsplicht en door haar ten onrechte tot het sluiten van de verzekering te brengen. Ook dit verweer is vruchteloos voorgesteld omdat, zoals uit het hiervoor overwogene volgt, niet kan worden aangenomen dat het vereiste causale verband tussen de gestelde onrechtmatige daad en de gestelde schade (het sluiten van de verzekering) bestaat.
- 5.17 De slotsom luidt dat de hoofdvordering van Consument alsnog toewijsbaar moet worden geoordeeld. De Commissie van Beroep zal de hierna te geven beslissingen in de plaats stellen van de bestreden beslissing. Consument heeft een vergoeding voor reiskosten gevorderd, echter zonder deze te concretiseren. De vordering is op dit punt daarom niet toewijsbaar. De gevorderde vergoeding wegens kosten van Triage, de door Consument ingeschakelde medisch adviseur, is toewijsbaar (€ 1.084,39). De gevorderde vergoeding wegens buitengerechtelijke kosten en proceskosten is niet toewijsbaar op de grond dat Consument verzekerd is voor kosten van rechtsbijstand en deze kosten daarom niet door hem zijn gemaakt.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep:

stelt de volgende beslissingen in de plaats van de bestreden beslissing:

veroordeelt Verzekeraar tot herstel van de onderhavige verzekering met terugwerkende kracht, zowel de dekking arbeidsongeschiktheid als de dekking werkloosheid, en tot uitkering van de bedragen waarop Consument op grond van de polisvoorwaarden recht heeft, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf de respectieve vervaldata tot de dag der voldoening;

veroordeelt Verzekeraar tot betaling aan Consument van het bedrag van € 1.084,39;

wijst af het meer of anders gevorderde.