

De spontane aanvullende mededelingsplicht bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in de 'tussenperiode' Strikte kenbaarheid als uitgangspunt

Strikte kenbaarheid als uitgangspunt

Mr. E.J. Wervelman , datum 01-06-2005

Mr. E.J. Wervelman [M](#)

1 Inleiding

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, deze de verzekering zal willen afsluiten, afhangt of kan afhangen. Aldus bepaalt art. 7.17.1.4 lid 1 NBW.

In lid 1 van art. 7.17.1.4 NBW is aldus onder meer neergelegd dat de relevantie van de niet of niet juist opgegeven feiten en omstandigheden voor aspirant-verzekeringnemer kénbaar moet zijn geweest. Ten aanzien van feiten en omstandigheden waarnaar in het aanvraagformulier is gevraagd, heeft het zogenaamde 'kenbaarheidsvereiste' ruime invulling gekregen. Naar inmiddels algemeen wordt aangenomen geeft de verzekeraar door het stellen van een gerichte vraag aan dat het antwoord daarop hem interesseert ter beoordeling van het ter verzekering aangeboden risico. [1](#)

Het in lid 6 van art. 7.17.1.4 NBW neergelegde beginsel van de 'verschoonbaarheid' brengt in dit verband mee dat de verzekeraar - voorzover redelijkerwijs mogelijk - de uiterste zorg moet betrachten om te voorkomen dat hij, onbekend met voor hem van belang zijnde feiten en omstandigheden de verzekering afsluit. [2](#) Indien de verzekering is gesloten op basis van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord of feiten waarnaar niet was gevraagd niet zijn medegedeeld. En evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord. Dat is, zo vervolgt art. 7.17.1.4 lid 6 NBW, alleen anders indien is gehandeld met het opzet om de verzekeraar te misleiden. De in te voeren wetsbepaling codificeert jurisprudentie van de Hoge Raad. [3](#)

2 In de tussenperiode geldt naar opvatting van literatuur een strikt kenbaarheidsvereiste

Discussie bestaat over de omvang van de mededelingsplicht van aspirant-verzekeringnemer jegens verzekeraar in de tijdspanne die ligt tussen het inzenden van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring aan verzekeraar, althans het moment van plaatsvinden van een eventuele keuring en de aanvaarding van het aanbod door de verzekeraar. De vraag rijst of, en zo ja, welke gegevens een aspirant-verzekeringnemer aan de verzekeraar moet (blijven) melden na de inzending van een ingevuld en ondertekend aanvraagformulier tot het aangaan van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering (waarvan de gezondheidsverklaring deel uitmaakt).

De literatuur bepleit dat het te dezen gaat om een spontane mededelingsplicht [4](#) en voor wat betreft de omvang daarvan een strikt kenbaarheidsvereiste. Dat is naar het oordeel van Asser-Clausing-Wansink aldus op te vatten dat aspirant-verzekeringnemer niet heeft geweten, en ook niet heeft behoeven te begrijpen, dat de verzekeraar bij mededeling van de feiten waarnaar op het aanvraagformulier niet was gevraagd, de verzekering niet of niet op dezelfde voorwaarden zou willen sluiten. Anders gezegd, bij het strikte criterium behoorde de aspirant-verzekeringnemer te hebben begrepen, dat de verzekeraar bij kennis van de verzwegen omstandigheden de verzekering ook daadwerkelijk niet of niet op dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten.

Het vereiste van de strikte kenbaarheid voor aspirant-verzekeringnemer stelt aldus zwaardere eisen dan bij het in eerste instantie invullen van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring. Daartoe wordt aangevoerd dat de aspirant-verzekeringnemer er toch in de regel van uit mag gaan dat van hem na het inzenden van deze bescheiden niets meer wordt verlangd. De verzekeraar die met succes een beroep wil doen op de niet-nakoming van de mededelingsplicht in deze periode zal aan hem moeten hebben duidelijk gemaakt dat een na inzending opgekomen omstandigheid zo essentieel is dat verzekeraar daarvan bij kennis van de verzwegen omstandigheid de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben afgesloten. Dat de verzwegen gegevens relevant zouden 'kunnen' zijn (geweest), is niet voldoende.

3 Opvatting Raad van Toezicht Verzekeringen in lijn met literatuur

De opvatting van de Raad van Toezicht Verzekeringen sluit aan bij voormelde strikte visie in de literatuur. In die zin dat de

Raad van Toezicht Verzekeringen van oordeel is dat alleen klachten waarvan een aspirant-verzekeringnemer redelijkerwijs moest begrijpen dat hij daarvan alsnog melding had moeten maken te scharen zijn onder de spontane mededelingsverplichting. In de woorden van de Raad van Toezicht Verzekeringen: [51](#)

'Dat de aandoening zo ernstig was dat klager daarvan spontaan mededeling had moeten doen.'

In de zaak die leidde tot RvT IV-98/2 was de Raad van Toezicht Verzekeringen van oordeel dat dat niet aan de orde was. Klager mocht immers, gelet op de aard van de aandoening, verwachten dat hij door de operatieve ingreep geheel zou genezen zonder dat zulks tot arbeidsongeschiktheid zou leiden. Klager was exploitant van een horecabedrijf en zond in maart 1992 een ingevuld aanvraagformulier en een gezondheidsverklaring toe. Ontkennend beantwoord was de vraag naar aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontstekingen of schouderpijnen. De tot de rubriek 'overige' behorende vragen als 'Zijn er röntgenfoto's van u gemaakt? Waarvan? Wanneer? Hoe was de uitslag? Bent u ooit bestraald?' beantwoordde klager aldus: 'Ja, pols, uitslag goed'. Na nader medisch onderzoek op initiatief van de medisch adviseur van verzekeraar werd de verzekering afgesloten op 26 juni 1992 met als ingangsdatum 8 juni 1992. Klager meldde zich op 10 augustus 1992 arbeidsongeschikt bij verzekeraar wegens klachten van een verdraaiing van zijn linkerpols op 8 augustus 1992.

Aankankelijk verstrekke verzekeraar enige tijd uitkeringen. Deze beëindigde hij echter bij brief van 8 september 1994, stellende dat hem was gebleken dat verzekerde al geruime tijd voor het aanvragen van de verzekering klachten had aan de pols. Naar was gebleken had begin januari 1992 röntgenologisch onderzoek plaatsgevonden. Naar het oordeel van verzekeraar had dat aanleiding gegeven tot het doen van nader medisch onderzoek. De diagnose naar aanleiding van het röntgenologisch onderzoek werd gesteld op 21 mei 1992, en niet dan na een verzwikking.

Naar het oordeel van de Raad van Toezicht Verzekeringen kon niet worden gezegd dat de aandoening zo ernstig was dat klager daarvan spontaan mededeling had moeten doen na inzending van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring. Temeer ook daar de vragenlijsten geen mededeling bevatten dat mededeling moest worden gedaan van feiten waarnaar in die formulering niet was gevraagd en die bij de beantwoording ervan niet aan klager bekend waren, doch nadien voor het totstandkomen van de verzekering wel aan klager bekend zouden worden. Het had, aldus de Raad van Toezicht Verzekeringen, op de weg van verzekeraar gelegen om dat aan klager mede te delen.

Met andere woorden: was het voor aspirant-verzekeringnemer niet kenbaar dat ook daarnaar werd gevraagd en had het op de weg van verzekeraar gelegen daarnaar dan navraag te doen. Door dat na te laten heeft verzekeraar gehandeld in strijd met het verschoonbaarheidvereiste met als gevolg dat het beroep op verzwijging strandde.

In lijn met de beslissing uit 1998 oordeelde de Raad van Toezicht Verzekeringen in 2003. [52](#) In deze beslissing verwees de Raad van Toezicht Verzekeringen met zoveel woorden naar de hiervoor besproken beslissing van 1998 door erop te wijzen dat een spontane aanvullende mededelingsverplichting slechts bestond bij 'ernstige' aandoeningen. In de casus in 2003 speelden zodanige psychische klachten dat aspirant-verzekeringnemer na inzending van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring met ingang van 14 augustus 1997 niet meer in staat was om de aan het te verzekeren beroep verbonden werkzaamheden te kunnen verrichten. De Raad van Toezicht Verzekeringen was van oordeel dat hij die problematiek (alsnog) aanvullend aan verzekeraar had dienen te melden door te overwegen dat deze van zo ernstige aard waren dat aspirant-verzekeringnemer had begrepen of behoren te begrijpen dat verzekeraar de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten, indien hij bekend was geweest met de psychische problemen die zich hadden geopenbaard.

4 Rechtbanken hanteren ruimer kenbaarheidsvereiste

Anders dan de literatuur en de Raad van Toezicht Verzekeringen, (b)lijkt de civiele rechter doorgaans aan een ruimer kenbaarheidsvereiste te toetsen. Bekend is een vonnis dat Rechtbank Amsterdam op 25 februari 1987 wees, waarin werd overwogen dat het betoog van verzekeraar hout sneed, dat aspirant-verzekeringnemer ook in het tijdvak tussen de inzending van het aanvraagformulier en de acceptatie van de aanvraag door verzekeraar gehouden bleef om nieuwe omstandigheden aan de verzekeraar te melden, indien die voor de acceptatiebeslissing van belang zouden kunnen zijn. [53](#) Het ging om het feit dat bij aspirant-verzekeringnemer in de tussenperiode werd vastgesteld dat hij aan kanker leed. Dat was hem, naar tussen partijen vaststond, medegedeeld en had hij volgens de rechtbank moeten melden.

Recentelijker hield Rechtbank Zutphen er bij vonnis van 16 juli 2003 [54](#) een soortgelijke opvatting op na. Een aspirant-verzekeringnemer wenste met (de rechtsvoorgangster van Achmea) Zilveren Kruis Schadeverzekeringen N.V. een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering aan te gaan. Daartoe zond hij op 28 november 1996 een ingevulde en ondertekende lijst met gezondheidsvragen aan verzekeraar toe. De in de vragenlijst opgenomen vraag: 'Bent u gezond' beantwoordde hij bevestigend. De vraag: 'Wordt u momenteel of bent u wel eens behandeld door uw huisarts of een specialist voor hartklachten, verhoogd cholesterol, verhoogde bloeddruk, nieraandoeningen, een vorm van kanker, darmklachten, longklachten, beroerte of gevolgen van een ongeval?' beantwoordde aspirant-verzekeringnemer ontkennend. Aspirant-verzekeringnemer wendde zich op 29 november 1997 tot zijn huisarts vanwege klachten van pijn op de borst. De huisarts schreef hem medicatie (Selokeen) voor en verwees hem naar de cardioloog. Een consult aldaar volgde voor de

eerste keer op 6 december 1996. Bij brief van 11 december 1996 bevestigde verzekeraar de aanvraag en gaf aan dat hij het risico met ingang van 1 januari 1997 wenste te accepteren.

Bij brief van 6 januari 1997 deed de cardioloog aan de huisarts verslag van het eerste consult. Uit de brief komt naar voren dat aspirant-verzekeringnemer ten tijde van het eerste consult sinds ongeveer vier weken last had van een drukkende pijn op de borst met uitstraling naar beide schouders. De klachten traden uitsluitend bij lichamelijke inspanning op, duurden tien minuten tot één keer anderhalf uur en zakten in ruste af. Eén keer had aspirant-verzekeringnemer er de gehele nacht last van gehad. Misselijk was hij er niet bij. Wel vertelde hij dat hij het heel erg warm had en angstig was.

Verzekerde onderging een operatie op 9 april 2001, waarna (inmiddels) verzekerde aanspraak maakte op een uitkering uit hoofde van de totstandgekomen verzekeringsovereenkomst met ingang van 3 mei 2001. Bij brief van 2 november 2001 riep verzekeraar - die naar aanleiding van de schademelding in het bezit was gekomen van de brief van de cardioloog van 6 januari 1997 - de nietigheid van de polis in met toepassing van art. 251 WvK. Verzekerde nam daarmee geen genoegen en stapte naar de rechter.

Voor wat betreft de 'tussenperiode-problematiek' overwoog de rechtbank dat uit de rapportage van de cardioloog valt af te leiden dat verzekerde die voor de verzekeraar bij brief van 11 december 1996 had gereageerd op zijn verzekeringsaanvraag wist dat zijn klachten verband hielden met zijn hart en dat hij daarvoor onder behandeling was van zijn huisarts en de cardioloog. In verband hiermee had verzekerde verzekeraar hiervan op de hoogte dienen te stellen, aangezien hij dit wist voor het moment dat de verzekeringsovereenkomst een feit was.

Naar het oordeel van de rechtbank kon verzekerde zich er niet met recht op beroepen dat het ging om onbeduidende, dan wel vage, klachten die voor verzekeraar niet relevant waren bij het nemen van een beslissing over het al dan niet sluiten van de verzekering. Achmea had immers een duidelijke en expliciete vraag gesteld naar het al dan niet onder behandeling zijn van huisarts of specialist inzake onder meer hartklachten en hoge bloeddruk. Verzekerde had dan ook behoren te begrijpen dat een (alsnog) juiste beantwoording van deze vraag voor Achmea relevant was om het risico bij het eventueel aangaan van een verzekering met verzekerde juist in te schatten, aldus de rechtbank. Meer specifiek overwoog de rechtbank ten aanzien van de tussenperiode als volgt:

'De verplichting van (verzekerde, EW) om Achmea in te lichten over de behandelingen gold ook, indien (verzekerde, EW) de vragenlijst reeds had ingevuld en opgestuurd. De plicht om mededeling te doen van alle feiten waarvan, naar de verzekeringnemer weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar om de verzekering te sluiten en onder welke voorwaarden, afhangt houdt immers niet op na het invullen en het inzenden van een formulier met gezondheidsvragen, maar geldt totdat de verzekeraar de aanvraag heeft geaccepteerd.'

Naar het oordeel van de rechtbank kon het betoog van verzekerde dat hij niet meer wist welke vragen waren gesteld hem niet baten, reeds om reden dat de datum waarop hij de vragenlijst opstuurde en de data waarop de consulten bij de huisarts en de cardioloog plaatsvonden in tijd zeer dicht bij elkaar lagen. Op grond daarvan kon naar het oordeel van de rechtbank dan ook in het midden blijven op welk moment verzekerde de machtiging en het vragenformulier had verzonden en of verzekerde direct bij het invullen en het opsturen van het vragenformulier melding had behoren te maken van de gezondheidsproblemen.

4.1 Het arrest van HR 15 mei 1998 (Bloemers/Assuradeuren) [🔗](#)

Hoewel de Hoge Raad zich tot op heden niet expliciet over deze problematiek heeft uitgelaten, mag in dit verband niet onbesproken blijven het arrest Bloemers/Assuradeuren. In dit arrest heeft de Hoge Raad namelijk (voorzover hier relevant) het oordeel van het hof in r.o. 4 van het in cassatie bestreden arrest in stand gelaten dat aspirant-verzekeringnemer ook ná het invullen en verzenden van het aanvraagformulier maar vóór het accepteren van de aanvraag door verzekeraar een - spontane - mededelingsplicht heeft, maar:

'alleen indien en voor zover het gaat om omstandigheden waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat zij voor de beoordeling van de aanvraag van zo doorslaggevende betekenis kunnen zijn dat deze alsnog ter kennis van de verzekeraar behoren te worden gebracht'

Met andere woorden: gaat het hof (en dus de Hoge Raad) - in lijn met de Raad van Toezicht en de literatuur maar in afwijking op de hierboven besproken vonnissen - in de periode tussen het indienen van een aanvraag en de acceptatie daarvan door verzekeraar uit van een strikt kenbaarheidsvereiste.

4.2. Het arrest van Hof Amsterdam 9 december 2004

Het bespreken waard in dit verband is een arrest dat Hof Amsterdam heeft gewezen op 9 december 2004. [\[10\]](#) In mijn dissertatie [\[11\]](#) heb ik aandacht besteed aan de procedure die in eerste aanleg is gevoerd bij de rechtbank. In deze bijdrage mag bespreking van het hoger beroep aldus niet ontbreken. Het gaat in deze zaak - kort gezegd - om het volgende. Een aspirant-verzekeringnemer diende op 29 april 1999 in verband met het afsluiten van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering via zijn tussenpersoon een aanvraagformulier in. Bij die aanvraag behoorde een

gezondheidsverklaring die door aspirant-verzekeringnemer was ingevuld. Op het formulier stond onder meer het volgende voorgedrukt:

Toelichting op doel en gebruik van de gezondheidsverklaring

'Het doel van de door u te geven gezondheidsverklaring is onze medisch adviseur in staat te stellen te beoordelen of het medisch risico van de aangevraagde verzekering al of niet op normale voorwaarden kan worden aanvaard. Daarom is het van belang dat u de gestelde vragen naar waarheid, zo volledig mogelijk en zonder enig voorbehoud beantwoordt.'

Waar moet u bij de invulling van de gezondheidsverklaring aan denken?

Ook als uw gezondheidstoestand ooit aanleiding heeft gegeven tot bepaalde klachten waarvan u meent dat deze 'slechts' onbelangrijk waren, dient u die toch te vermelden (...)'

Vraag 4 luidde (voorzover te dezen relevant):

'Heeft u of heeft u ooit gehad:

(...)

(d) hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk (...)

(k) overwerktheid, overspanning, hyperventilatie, depressie, zenuwziekten, andere psychische klachten?'

De beide genoemde onderdelen van vraag 4 waren ontkennend beantwoord. Vraag 5 bevatte ook vragen naar de medische voorgeschiedenis van aspirant-verzekeringnemer. De (enige) onderdelen van vraag 5 die aspirant-verzekeringnemer bevestigend had beantwoord, waren de onderdelen (i) ter zake van meniscusletsel en (n) ter zake van een huidandoening. Naar aanleiding van de ingestuurde gezondheidsverklaring deelde verzekeraar bij brief van 14 mei 1999 mee dat haar medisch adviseur over enige aanvullende medische gegevens wenste te beschikken. Daarvoor werd een klein gericht onderzoek noodzakelijk geacht en een röntgenfoto vervaardigd. Naar aanleiding daarvan vond bij aspirant-verzekeringnemer een onderzoek plaats naar zijn meniscusoperatie van tien jaar eerder, alsmede naar de huidklachten aan zijn handen. Naar aanleiding van de (gunstige) uitslag werd de aanvraag geaccepteerd met als ingangsdatum 24 juni 1999.

Verzekerde meldde zich op 6 augustus 1999 arbeidsongeschikt, welke melding hij bevestigde bij formulier van 9 augustus 1999. Aan de melding lagen hartkloppingen ten grondslag die hij vanaf 25 juni 1999 had. Ter behandeling daarvoor had verzekerde voor het eerst op die datum zijn huisarts geraadpleegd, was hij onder behandeling van een specialist en had hij Atenolol voorgeschreven gekregen. Verzekeraar deed aldus uitkeringen krachtens de polis met ingang van 29 juni 1999 en vroeg naar aanleiding van de melding van arbeidsongeschiktheid informatie op bij de huisarts van verzekerde. Die schreef hierover bij brief van 28 september 1999 als volgt:

'Patiënt zijn klachten zijn m.i. terug te voeren op problemen in het gezin van oorsprong die rond zijn puberteit gespeeld hebben. De hartkloppingen zijn hier ook een gevolg van. Hartkloppingen zijn m.i. gevolg van de spanningen. Behandeling: Atenolol 25 mgr. die patiënt momenteel niet meer gebruikt. Daarnaast heb ik patiënt verwezen naar maatschappelijk werk. Ik heb patiënt laatst begin juli gezien. Toen ging het iets beter. Prognose acht ik goed. Ik heb geen adviezen gegeven in betrekking tot het verrichten van werkzaamheden.'

In aanvulling hierop schreef de huisarts bij brief van 2 maart 2000 aan de medisch adviseur van verzekeraar ter beantwoording van nadere vragen (voorzover van belang) geschreven als volgt:

'(...) voor zijn spanningsgerelateerde klachten heeft hij alleen 18/6 en 6/7 het spreekuur bezocht en onlangs op 10/2/2000. Op 18/6 kwam hij nadat hij acuut hartkloppingen gekregen had. Destijds is de diagnose hypersthetisch emotioneel syndroom met neiging tot HVS en palpataties in reacties op scheiding ouders gesteld.

Naar aanleiding van deze correspondentie beriep verzekeraar zich jegens verzekerde op art. 251 WvK en art. 4 van de polisvoorwaarden onder terugvordering van de reeds aan hem gedane uitkeringen. Verzekerde was het daarmee niet eens en wendde zich tot de rechtbank, alwaar hij zijn vordering afgewezen zag. De rechtbank overwoog onder meer dat de peildatum voor de beoordeling van de gezondheid van de aanvrager ligt op het moment waarop de aanvraag door de verzekeraar wordt geaccepteerd. De verzekeringsovereenkomst komt op dat moment tot stand. Op de verzekeringnemer blijft tot op dat moment de plicht rusten de verzekeraar in kennis te stellen van alle voor diens beslissing relevante feiten die de verzekeringnemer bekend zijn, aldus nog steeds de rechtbank. Naar het oordeel van de rechtbank had verzekeringnemer moeten begrijpen dat hij zijn gezondheidsklachten die zich na de aanvraag, doch voor de acceptatie voordeden, moest melden. Met die opvatting nam verzekerde geen genoegen en ging in appèl.

Naar het oordeel van het hof had de rechtbank terecht tot uitgangspunt genomen dat op een aspirant-verzekeringnemer ook na de indiening van het aanvraagformulier de plicht blijft rusten uit eigen beweging de verzekeraar in kennis te stellen van alle voor diens beslissing relevante en de aspirant-verzekeringnemer bekende feiten, tot het moment waarop de verzekeringsovereenkomst totstandkomt. Om te vervolgen, dat er tegen de achtergrond van de geciteerde gezondheidsverklaring en de daarin vermelde vragen van uit moest worden gegaan dat het aspirant-verzekeringnemer duidelijk was dat informatie over de opgetreden hartkloppingen voor verzekeraar relevant was voor de beslissing over het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst en/of de condities waaronder dit zou gebeuren. Meer specifiek overwoog het

hof dat dit soort klachten immers wees op een verhoogd gezondheidsrisico en dus op een verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico.

Het verweer van verzekerde dat zijn huisarts bij zijn consult van 18 juni 1999 uitdrukkelijk te kennen had gegeven dat er 'niets ernstigs' aan de hand was en dat hij zijn werkzaamheden normaal kon blijven uitvoeren, omdat de klachten gedegen konden worden verholpen met medicatie, passeerde het hof:

'Als zal worden uitgegaan van de juistheid van de door (verzekerde, EW) gestelde mededelingen van de huisarts (de huisarts zelf schrijft in haar brief van 28 september 1999 dat zij geen adviezen heeft gegeven met betrekking tot het verrichten van werkzaamheden) dan nog mocht (verzekerde, EW) er in het licht van voormelde gezondheidsverklaring en de daarop vermelde aanwijzingen niet vanuit gaan dat hij zijn hartkloppingen en de in verband daarmee voorgeschreven medicatie niet hoefde te melden aan (verzekeraar, EW). Gezien die aanwijzingen en vragen moet het hem voldoende duidelijk zijn geweest dat deze gegevens voor (verzekeraar, EW) relevant waren - en tot de daadwerkelijke totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst relevant bleven - voor haar beslissing een arbeidsongeschiktheidsverzekering met (verzekerde, EW) af te sluiten en voor het bepalen van de inhoud van de daarbij behorende condities.'

Daarbij kwam nog volgens het hof:

'Dat (verzekerde, EW) niet heeft gesteld en evenmin is gebleken dat hij bij zijn huisarts bij het consult van 18 juni 1999 de aangevraagde arbeidsongeschiktheidsverzekering ter sprake heeft gebracht. Bezwaarlijk kan dan ook worden aanvaard dat eventuele geruststellende woorden van de huisarts al dan niet impliciet die aanvraag betroffen, althans dat (verzekerde, EW) dat mocht menen. Ook heeft (verzekerde, EW) ten opzichte van (verzekeraar, EW) eigen verplichtingen en had het dus op zijn weg gelegen om zich met vragen omtrent de inhoud daarvan te wenden tot zijn tussenpersoon of (verzekeraar, EW) om te overleggen over de door hem te volgen handelwijze.'

5 Commentaar

In mijn dissertatie heb ik betoogd dat het standpunt van de lagere civiele rechter mij in zijn algemeenheid te ver gaat. Ik blijf daarbij. Temeer ook daar in één van de procedures (mijns inziens met recht) het verweer werd gevoerd dat het voor aspirant-verzekeringnemer niet kenbaar was dat verzekeraar ook nog na het inzenden van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring geïnformeerd wenste te blijven worden. In de literatuur doet niet voor niets opgeld het standpunt dat de modale verzekeringnemer er in de regel van uit zal mogen gaan dat van hem na het inzenden van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring niets meer wordt verlangd. Aansluiting zou gevonden kunnen worden bij het besproken arrest Bloemers/Assuradeuren dat de Hoge Raad heeft gewezen op 15 mei 1998. ^[12] Hieruit volgt dat aspirant-verzekeringnemer weliswaar ná het invullen en verzenden van het aanvraagformulier maar vóór het accepteren van de aanvraag door verzekeraar een - spontane - mededelingsplicht heeft, maar dat het dan alleen gaat om omstandigheden waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat zij voor de beoordeling van de aanvraag van zo doorslaggevende betekenis kunnen zijn dat deze alsnog ter kennis van de verzekeraar behoren te worden gebracht.

In de hierboven besproken gerechtelijke procedures ziet de door de aspirant-verzekeringnemer in te vullen gezondheidsverklaring enkel op weergave van de huidige en vroegere gezondheidstoestand. Strikt genomen 'vraagt' verzekeraar aldus niet om te blijven te worden geïnformeerd na invullen daarvan. Met andere woorden, er wordt naar feiten in de nabije toekomst niet, en zeker niet gericht, gevraagd. Dus is een zodanige mededelingsverplichting niet anders te kwalificeren dan als spontaan. En dus op basis van een strikt kenbaarheidsvereiste. ^[13] Door te overwegen dat op aspirant-verzekeringnemer de plicht blijft rusten om tot de acceptatie van het (reeds) ter verzekering aangeboden risico te blijven melden gaat de civiele rechter mijns inziens uit van een onjuist uitgangspunt, althans van een te ruim kenbaarheidsvereiste. Daarnaast is te bepleiten dat de verzekeraar die aldus handelt niet de uiterste zorg heeft betracht om te voorkomen dat hij, onbekend met voor hem van belang zijnde feiten en omstandigheden, de verzekering afsluit en daarmee aldus handelt in strijd met het beginsel van de verschoonbaarheid.

Aspirant-verzekeringnemer wordt (evenmin) in de gezondheidsverklaring of het aanvraagformulier de suggestie gedaan om daarvan na inzending een fotokopie te behouden. Noch wordt de gezondheidsverklaring op doorslagpapier ingevuld, zodat op voorhand niet behoeft te worden verwacht dat aspirant-verzekeringnemer een eigen exemplaar van de door hem ingevulde gezondheidsverklaring behoudt. Ook dat staat aldus op gespannen voet met het beginsel van de verschoonbaarheid. Het toegezonden exemplaar wordt met de hand ingevuld en niet met de computer, zodat het in te zenden exemplaar evenmin kan worden uitgeprint. Evenmin mag op voorhand van aspirant-verzekeringnemer worden verwacht dat hij onthoudt welke vragen precies allemaal zijn gesteld en welke antwoorden hij op al die vragen heeft gegeven. Dat zijn zovele vragen en zovele antwoorden daarop dat niet redelijk is om te veronderstellen dat aspirant-verzekeringnemer, doorgaans leek, dat onthoudt. Vandaar ook het, mijns inziens terechte pleidooi, in literatuur en de opvatting van de Raad van Toezicht Verzekeringen voor een strikt kenbaarheidsvereiste in die zin dat het moet gaan om essentiële feiten.

6 Slotsom en aanbevelingen

Bezien ook met name in het licht van de toekomst van de verzekerde acht ik de uitkomst van de rechtbankprocedures en het arrest van Hof Amsterdam van 9 december 2004 niet bevredigend. Immers bevindt de verzekerde, die zich een beroep op verzwijging ziet tegengeworpen, zich bepaald in een lastig parket bij het aanvragen van nieuwe verzekeringen. Aldaar wordt steevast gevraagd naar eerdere beroepen op verzwijging jegens hem. En die vraag zal hij toch naar waarheid dienen te beantwoorden. Met alle gevolgen van dien dus.

Het Verbond van Verzekeraars heeft zich ondertussen overigens de 'tussenperiode-problematiek' aangetrokken. Immers is in de laatste versie van de Model gezondheidsverklaring een kopje opgenomen luidende: 'Als uw gezondheidstoestand verandert'. Aspirant-verzekeringnemer wordt aldaar verzocht om wijzigingen in de gezondheidstoestand na het invullen van de verklaring maar voor het totstandkomen van de verzekering direct aan verzekeraar mede te delen. Daarbij wordt verder verwezen naar de toelichting. Aldaar valt te lezen als volgt:

'Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop de verzekeraar laat weten uw aanvraag te accepteren/weigeren. In die periode kan uw gezondheidstoestand veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Daarvoor zijn twee redenen. De eerste is dat de verandering van uw gezondheidstoestand van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan de verzekeraar. De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door dan maakt u zich schuldig aan verzwijging (...).'

Daargelaten of dat laatste niet wat al te kort door de bocht is, rijst de vraag of deze zeer ruim geformuleerde verplichting niet ook overigens zijn doel (in ieder geval ten dele) voorbijschiet. Immers blijkt niet dat de verandering geldt voor alle in de gezondheidsverklaring opgenomen vragen. Het lijkt dat dat de bedoeling is, maar van verzekeraar - die de tekst van de gezondheidsverklaring en het aanvraagformulier opstelt - mag in het licht van de verschoonbaarheid, worden verwacht dat dat daar dan klip en klaar uit blijkt. De enkele verwijzing naar de gezondheidsverklaring kan dat probleem overigens reeds eenvoudigweg ondervangen. Daarnaast zou ik ervoor willen pleiten dat aspirant-verzekeringnemer wordt duidelijk gemaakt dat hij er na invulling van de gezondheidsverklaring en ondertekening daarvan verstandig aan doet om een eigen exemplaar daarvan te behouden, alvorens tot verzending aan verzekeraar over te gaan. Naast de mededeling om te blijven melden, zou ik verzekeraar de praktische oplossing willen aanreiken om aan de aspirant-verzekeringnemer die aangeeft dat hij overweegt om een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering aan te willen gaan twee blanco gezondheidsverklaringen toe te zenden. Het ingevulde exemplaar kan hij dan toezenden aan verzekeraar. Het extra exemplaar kan hij dan behouden voor de eigen administratie, zodat hij in ieder geval weet heeft van de diverse vragen die hem zijn gesteld en waarop hij een antwoord heeft gegeven. Dat is een kleine moeite die weinig kosten meebrengt. De gevolgen van een geslaagd beroep op verzwijging zijn er, dunkt mij, belangrijk genoeg voor.

Voetnoten

[*]

Mr. E.J. Wervelman is werkzaam bij KBS advocaten te Utrecht.

[1]

Vgl. Asser-Clausing-Wansink, 1998, nr. 99; *Kamerstukken II* 1985/86, 19 529, nr. 3, p. 8.

[2]

Vgl. Asser-Clausing-Wansink, 1998, nr. 100.

[3]

HR 13 september 1996, *NJ* 1997, 637; 20 december 1996, *NJ* 1997, 638; 21 maart 1997, *NJ* 1997, 639.

[4]

Vgl. Asser-Clausing-Wansink, 1998, nr. 99, en de aldaar vermelde literatuur.

[5]

RvT IV-98/2.

[6]

RvT 2003/15 Med.

[7]

Te kennen uit: J.H. Wansink & A.S.J. van Garderen-Groeneveld, *Verzwijging bij verzekeringsovereenkomsten*, derde druk, nr. 16.

[8]

LJN: AI0204.

[9]

NJ 1998, 623.

[10]

Nr. 869/03 (n.g.).

[11]

De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering (diss.), Deventer: 2004, p. 66 e.v.

[12]

NJ 1998, 623.

[13]

HR 13 september 1996, NJ 1997, 637; 20 december 1996, NJ 1997, 638; 21 maart 1997, NJ 1997, 639, alsmede Asser-Clausing-Wansink, 1998, nr. 99.