

Tussenuitspraak Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening nr. 2021-0001A

(mr. C.A. Joustra, voorzitter, mr. A. Bus, mr. G.C.C. Lewin, mr. F.R. Salomons, F.R. Valkenburg AAG RBA, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Beroepschrift ontvangen op	: 9 april 2020
Ingediend door	: Consument
Wederpartij	: Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 4 januari 2021

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument is arbeidsongeschikt geraakt door psychische klachten en Verzekeraar heeft hiervoor een uitkering verstrekt. Met een brief van 31 juli 2007 heeft Verzekeraar de verzekering opgezegd en de uitkering beëindigd. De uitkering is beëindigd omdat Consument Verzekeraar desgevraagd geen medische machtiging had verstrekt waardoor het vermoeden van reeds lang bestaande psychische klachten niet kon worden onderzocht. Consument vordert uitkering onder de verzekering.

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

1. De procedure in beroep

- 1.1 Bij een op 9 april 2020 gedateerd beroepschrift met bijlage 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 3 maart 2020 (dossiernummer [nummer], gepubliceerd onder nummer 2020-196).
- 1.2 Verzekeraar heeft een op 14 mei 2020 gedateerd verweerschrift met bijlagen ingediend.
- 1.3 Partijen hebben ervan afgezien om op 5 oktober 2020 te verschijnen voor de mondelinge behandeling van het beroep. De Commissie van Beroep zal de zaak daarom op basis van de stukken beoordelen en beslissen.

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 3 maart 2020.

3. Feiten

- 3.1 De Commissie van Beroep gaat uit van de feiten die de Geschillencommissie heeft vermeld in de uitspraak onder 2.1 tot en met 2.25.
De feiten zijn niet betwist en worden voor zover relevant aangevuld met enkele andere feiten die tussen partijen vaststaan. Kort gezegd gaat het om het volgende.

- 3.2 In verband met de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: ‘de Verzekering’) heeft Consument op 6 juli 2004 een gezondheidsverklaring ingevuld. De vraag ‘heeft in het afgelopen jaar voor Interpolis al een keuring voor een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering plaatsgevonden?’ heeft hij bevestigend beantwoord. De volgende vragen heeft hij met “nee” beantwoord:

‘Gezondheidstoestand van de (kandidaat-)verzekerde tot en met datum van ondertekening

Hebt u één van de volgende klachten, ziekten of aandoeningen (gehad)?

- 4 a [...]
 e Klachten of aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever of
 alvleesklier?
 [...]
 l Overwerktheid, oververmoeidheid, overspannenheid, depressie?
 Zenuwziekte of hyperventilatie? Andere klachten van psychische aard?
 [...]

Geconsulteerde hulpverleners

- 5 a [...]
 b Zijn er nog andere klachten, ziekten of aandoeningen, anders dan
 hierboven genoemd, waarvoor u de laatste drie jaar een huisarts hebt
 geraadpleegd?
 c [...]
 d Zijn er nog andere klachten, ziekten of aandoeningen, anders dan
 hierboven genoemd, waarvoor u een bezoek heeft gebracht aan, of onder
 behandeling bent geweest bij een psycholoog, psychotherapeut of
 maatschappelijk werker?
 [...]

- 3.3 De Verzekering is op 29 juni 2004 ingegaan. Het verzekerde beroep is dat van eigenaar van een uitzendbureau. In het eerste jaar geldt een eigen risicoperiode van 6 maanden met een verzekerd inkomen van € 42.436,00. Na het eerste jaar geldt een eigen risicoperiode van 1 jaar en een verzekerd inkomen van € 30.263,00. Op het polisblad staat achter ‘Uw jaarpremie’ vermeld: € 5.161,00. Op de Verzekering zijn van toepassing: ‘de algemene voorwaarden volgens model 30604 en 22021’.
- 3.4 De voorwaarden Model 30604 (hierna: de Voorwaarden) houden – voor zover van belang – het volgende in:

‘art 10 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

[...]

2 Als u of de arbeidsongeschikte verzekerde zich niet aan de in dit artikel genoemde verplichtingen houdt, mogen wij het recht op uitkering beëindigen (zie art. 22, lid 4). [...]

7 De arbeidsongeschikte verzekerde moet ons of door ons aan te wijzen deskundigen, gevraagd of ongevraagd, alle gegevens verstrekken of laten verstrekken die wij nodig hebben voor het vaststellen van het recht op uitkering. Het kan hierbij ook om inkomensgegevens gaan.

8 Als wij daar om vragen, moet de arbeidsongeschikte verzekerde ons machtigen gegevens op te vragen die wij nodig hebben voor het vaststellen van het recht op uitkering.

art 22 Einde van de uitkering

[...]

4 Als u of de verzekerde zich niet aan de in artikel 10 genoemde verplichtingen houdt, eindigt het recht op uitkering met ingang van de dag waarop u of de verzekerde zich niet aan de verplichting houdt. [...]

- 3.5 Op 18 oktober 2006 heeft Consument een claim ingediend bij Verzekeraar, omdat hij al sinds het jaar daarvoor last had van overspannenheid.
- 3.6 Verzekeraar is na de arbeidsongeschiktheidsmelding van Consument overgegaan tot het verstrekken van voorlopige uitkeringen aan hem, in afwachting van een onderzoek door een adviserend arts en een arbeidsdeskundige.
- 3.7 Op 15 november 2006 heeft een adviserend arts van Verzekeraar Consument onderzocht.
- 3.8 Verzekeraar heeft bij de huisarts van Consument informatie opgevraagd over de medische geschiedenis van Consument, meer in het bijzonder ter zake van maagklachten en psychische klachten. De huisarts van Consument heeft Verzekeraar op 7 maart 2007 informatie toegestuurd uit het huisartsenjournaal van zijn voorganger. In deze brief staat onder meer vermeld:

‘Met betrekking tot U vragen de volgende antwoorden.

1- 5/1/2004 verwijzing psycholoog

[...]

4- 9/7/2004 toen al langdurig protonpompremmer geen andere gegevens

[...]

7- verwijzing geschiedde 9/7/2004 scopie 1/9/2004, uitslag zend ik mee’

- 3.9 De informatie onder 4 had betrekking op de vraag wanneer Consument de huisarts voor het eerst had geconsulteerd in verband met maagklachten. Verzekeraar heeft de huisarts hierover op 10 april 2007 de volgende nadere vragen gesteld:

‘1) Sinds wanneer gebruikt(e) betrokkene een protonpompremmer en door wie werd deze voorgeschreven?

2) Op welke data consulteerde betrokkene u, uw voorganger of een andere medicus hiervoor?

3) Hoe was het beloop sindsdien (tot augustus 2004)?’

3.10 De huisarts heeft op 15 april 2007 als volgt geantwoord:

‘Met betrekking tot U vragen de volgende antwoorden.

1 - 24/7/2001 pantoprazol door huisarts

2 - 4/7/97, 24/7/2001, 8/3/2002, 30/4/2002 bij mijn voorganger geweest

3 - klachten recidiveerden’

3.11 Verzekeraar heeft de voorlopige uitkeringen per 20 juni 2007 beëindigd.

3.12 Bij brief van 31 juli 2007 heeft Verzekeraar Consument als volgt bericht:

‘Helaas hebben wij besloten dat uw verzekering vanaf 31 juli 2007 ongeldig is. Hieronder leg ik uit wat hiervan de reden is.

Bij het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2004 heeft u ons niet geïnformeerd over uw maagklachten waarvan vast staat dat u deze al had voor aanvang van de verzekering. Uit de informatie van uw huisarts is gebleken dat u in 1997 hiervoor de eerste maal uw huisarts heeft bezocht.

Wanneer u deze gegevens vóór aanvang van de verzekering wel aan ons had verteld, hadden wij deze verzekering niet geaccepteerd óf u een aanbod gedaan met een clause. Wij doen een beroep op artikel 7:928 tot en met 7:930 van het Burgerlijk Wetboek. Dit betekent dat wij de verzekering per direct opzeggen.

Wat betekent dit voor u?

U bent niet meer verzekerd voor het risico van arbeidsongeschiktheid.

Er bestaat nog onduidelijkheid over de aard en de ernst van de psychische klachten van voor de ingangsdatum van de verzekering 29 juni 2004.

De machtiging om informatie op te vragen bij een psycholoog van psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] in [plaatsnaam] waarnaar u door uw huisarts bent verwezen op 5 januari 2004, heb ik, óók niet na herhaald verzoek, van u ontvangen [de Commissie van Beroep leest: niet van u ontvangen].

Ik verzoek u bijgaande machtiging te ondertekenen en vóór 15 augustus 2007 aan mij terug te sturen. [...]

In afwachting van de door u ondertekende machtiging doen wij geen aanbod voor een nieuwe verzekering en beëindigen wij de uitkering.

Bij uitblijven van de machtiging sturen wij op 15 augustus 2007 een definitieve beëindigingspolis. [...]

3.13 Bij brief van 21 augustus 2007 aan Verzekeraar heeft Consument, vertegenwoordigd door een advocaat, de rechtmatigheid van de beëindiging van de Verzekering betwist.

3.14 Bij brief van 31 augustus 2007 heeft Verzekeraar meegedeeld de beëindiging van de Verzekering in stand te laten.

- 3.15 Bij brief van 7 januari 2008 heeft de advocaat van Consument gereageerd en onder andere de stelling ingenomen dat Consument vóór de totstandkoming van de Verzekering een machtiging aan Verzekeraar had verstrekt en dat het derhalve op zijn weg had gelegen om informatie bij de huisarts op te vragen.
- 3.16 Bij brief van 16 januari 2008 heeft Verzekeraar hierop gereageerd en is hij bij zijn standpunt gebleven.
- 3.17 Consument heeft vervolgens de zaak laten rusten, omdat zijn toenmalige advocaat negatief adviseerde over het nemen van rechtsmaatregelen en vanwege het ontbreken van financiële middelen.
- 3.18 Hierna heeft Consument zich, bij brief van 5 maart 2015 van zijn (nieuwe) advocaat, opnieuw bij Verzekeraar gemeld en meegedeeld dat hij in 2011 arbeidsongeschikt was geworden. Hij heeft verzocht de verzekeringsovereenkomst alsnog met terugwerkende kracht voort te zetten, het uitkeringstraject te hervatten en de rente over de achterstallige bedragen te vergoeden.
- 3.19 Bij brief van 12 maart 2015 heeft Verzekeraar de advocaat van Consument bericht dat de Verzekering vanaf 31 juli 2007 was beëindigd en dat hij geen reden zag om terug te komen van zijn beslissing.
- 3.20 In reactie hierop heeft de advocaat van Consument bij brief van 10 november 2015 aan Verzekeraar meegedeeld dat Consument had voldaan aan zijn mededelingsplicht en Verzekeraar verzocht om de schademelding die destijds door Consument is gedaan alsnog te behandelen.
- 3.21 Bij brief van 26 november 2015 heeft Verzekeraar medegedeeld dat hij de schademelding die Consument destijds had ingediend had afgesloten, omdat Verzekeraar niet in de gelegenheid was gesteld deze te onderzoeken. Verzekeraar heeft daarbij verwezen naar artikel 10 lid 8 van de Voorwaarden.
- 3.22 Nadien is de correspondentie tussen partijen voortgezet. Bij brief van 4 maart 2016 heeft de advocaat van Consument onder meer aan Verzekeraar meegedeeld dat Consument nog steeds tot alle medewerking bereid is. Bij brief van 14 maart 2016 heeft Verzekeraar onder andere geschreven dat Consument niet aan de mededelingsplicht heeft voldaan en dus geen recht op een uitkering heeft.
- 3.23 Op 11 april 2016 heeft de advocaat bij Verzekeraar een klachtschrift ingediend en daarin onder meer het standpunt ingenomen dat Verzekeraar de gevolgen van het niet voldoen aan de mededelingsplicht niet tijdig na 7 maart 2007, toen de huisarts van Consument Verzekeraar berichtte, heeft ingeroepen.

- 3.24 Bij brief van 11 juli 2016 heeft Verzekeraar meegedeeld dat de kwestie op 10 juli 2008 is verjaard omdat op 10 januari 2008 voor het laatst contact is geweest met de (vorige) advocaat van Consument. Verzekeraar heeft hierna geen stuitingsbrief ontvangen.
- 3.25 Consument heeft zich niet met het standpunt van Verzekeraar kunnen verenigen en een klacht bij Kifid ingediend waarin hij wederom een beroep doet op de Verzekering en de bijbehorende Voorwaarden.
- 3.26 Ter zitting bij de Geschillencommissie heeft Verzekeraar een geschrift van zijn medisch adviseur overgelegd, met daarin een ‘Samenvatting van gegevens, relevant voor wat betreft oordeel NNM [de Commissie van Beroep begrijpt: niet nakoming mededelingsplicht] en advies indien alle gegevens bekend waren geweest bij acceptatie in 2004’. In het chronologisch overzicht van de gegevens in het dossier vermeldt de medisch adviseur onder meer:

‘22. Informatiebrief, 13-07-2007, van psychiater:

“In verband met relatieproblemen heeft cliënt enkele jaren elders gewoond, maar sinds 3 jaar is hij weer in het gezin...”

“Cliënt heeft sinds langere tijd veel lichamelijke klachten, die na onderzoek door de huisarts zijn geduid als spanningsklachten.”

Verder geen informatie relevant in verband met beoordeling NNM (JD).

23. Rappel NNM machtiging, 31-07-2007, (met verzwijgingsbrief) (zou niet zijn verzonden??)’

Met betrekking tot de psychische klachten komt de medisch adviseur tot de volgende conclusie:

‘Niet uitgesloten kan worden dat na ontvangst van informatie van de psycholoog afhankelijk van de aard en ernst van de psychische klachten in 2004 en rekening houdend met de duur van de klachten (eventueel zelfs nog actueel aanwezige klachten ten tijde van de aanvraag) de verzekeringsmaatschappij zou zijn geadviseerd betrokkene geen verzekering aan te bieden (een afwijzing).’

4. Klacht en uitspraak Geschillencommissie

Vordering Consument

- 4.1 Consument vordert een uitkering onder de Verzekering, vermeerderd met de wettelijke rente en vergoeding van de buitengerechtelijke kosten en de proceskosten.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 4.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument heeft alle redelijke medewerking gegeven. Bovendien is de brief van 31 juli 2007 voor Consument verwarrend. Enerzijds wordt de

overeenkomst opgezegd en anderzijds moet nog wel een machtiging retour worden gezonden. Verzekeraar is niet in een redelijk belang geschaad omdat alle relevante informatie al in zijn bezit was. Verzekeraar heeft de gevolgen van het niet voldoen aan de mededelingsplicht niet tijdig ingeroepen. Verjaring is niet aan de orde. Consument is er tot 2015 van uitgegaan dat zijn vordering niet opeisbaar was.

Verweer Verzekeraar

- 4.3 Verzekeraar heeft verweer gevoerd. Verzekeraar heeft de uitkering per 20 juni 2007 beëindigd omdat Consument hem niet in het bezit stelde van de meermaals gevraagde machtiging. Verzekeraar mocht hiertoe overgaan op basis van artikel 10 lid 2, 7 en 8 en artikel 22 lid 4 van de voorwaarden. Bovendien is de claim verjaard. De wettelijke verjaringstermijn was destijds zes maanden. Die termijn is aangevangen op 10 januari 2008. De claim is derhalve op 10 juli 2008, of in ieder geval op 1 juli 2011, verjaard. Van enige tussentijdse stuiting van de verjaring is geen sprake geweest.

Beoordeling

- 4.4 De Geschillencommissie heeft de vorderingen van Consument afgewezen. Daartoe heeft zij, kort samengevat, als volgt overwogen. Consument heeft zijn stelling dat de Voorwaarden *niet* van toepassing zijn, niet voldoende toegelicht. In artikel 10 lid 8 van de Voorwaarden staat dat de arbeidsongeschikte verzekerde Verzekeraar moet machtigen gegevens op te vragen die hij nodig heeft voor het vaststellen van het recht op uitkering, als Verzekeraar daarom vraagt. Op grond van artikel 22 lid 4 van de Voorwaarden eindigt het recht op uitkering op de dag dat verzekerde zich niet aan de verplichtingen in artikel 10 houdt. Consument heeft niet voldaan aan zijn verplichting om Verzekeraar te machtigen. Verzekeraar is hierdoor in een redelijk belang geschaad. Aannemelijk is dat Verzekeraar, gelet op het tijdsverloop, niet meer kan achterhalen of Consument vóór de ingangsdatum van de Verzekering naar psychologenpraktijk [naam psychologenpraktijk] is verwezen. De termijn van twee weken die Verzekeraar in de brief van 31 juli 2007 aan Consument heeft gegeven, is mogelijk te strikt vanwege de verstreckende gevolgen, net als het op voorhand beëindigen van de uitkering. Na de brief van 31 juli 2007 heeft Consument echter pas bij brief van 4 maart 2016 te kennen gegeven dat hij nog altijd bereid is om mee te werken. Dat destijds mogelijk te strikte termijnen zijn toegepast, mag bij deze buitensporige termijnoverschrijding niet meer als relevant worden geacht. Nu de uitkering terecht is beëindigd, laat de Geschillencommissie het verjaringsverweer van Verzekeraar onbesproken.

5. Beoordeling van het beroep

- 5.1 Consument heeft in hoger beroep zes bezwaren (a tot en met f) tegen de beslissing van de Geschillencommissie geformuleerd.
- 5.2 Daarbij heeft Consument onder meer zijn standpunt herhaald dat Verzekeraar hem niet tijdig, dat wil zeggen niet binnen twee maanden na ontdekking, heeft gewezen op de niet-nakoming van de mededelingsplicht onder vermelding van de mogelijke gevolgen.

Verzekeraar wist op 7 maart 2007 al dat Consument geen melding had gemaakt van de aangevraagde verwijzing naar een psycholoog in 2004. De gevolgen van niet-vermelding hiervan bij het aanvragen van de Verzekering kon Verzekeraar op grond van artikel 7:929 lid 1 BW derhalve slechts tot 7 mei 2007 inroepen, aldus Consument.

- 5.3 Verzekeraar heeft in reactie hierop het verweer gevoerd dat een vermoeden niet voldoende is om de termijn van twee maanden van artikel 7:929 lid 1 BW te doen aanvangen.
- 5.4 Bij de beoordeling van dit verweer is van belang dat Verzekeraar zelf heeft gesteld dat uit de informatie van de huisarts van 7 maart 2007 bleek dat Consument in de gezondheidsverklaring van 6 juli 2004 de vragen in verband met zijn psychische klachten onjuist had beantwoord. Over de vraag of juiste beantwoording door Consument van de vragen in verband met zijn psychische klachten zou hebben geleid tot een ongunstiger beslissing, heeft Verzekeraar zich niet uitgelaten. Die vraag is van belang omdat de mededelingsplicht, bedoeld in artikel 7:928 lid 4 BW, geen betrekking heeft op feiten die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. Wel staat vast dat Verzekeraar Consument heeft doen onderzoeken door een arts, die daarover op 15 november 2006 aan Verzekeraar onder meer het volgende heeft gerapporteerd:

‘4 jaar psychische klachten. Huisarts schreef Efexor (antidepressivum) voor. Gebruikt dit ± 1 jaar. Ook 9 gesprekken met psycholoog gehad.’

In het licht van deze omstandigheid is de Commissie van Beroep van oordeel dat bij Verzekeraar vanaf het moment dat hij ontdekte dat Consument bij de aanvraag van de Verzekering niet had vermeld dat hij op 5 januari 2004 was verwezen naar een psycholoog, voldoende zekerheid bestond dat Consument met betrekking tot zijn psychische klachten niet had voldaan aan zijn mededelingsplicht. Bij ontvangst van de informatie van 7 maart 2007 – deze ontvangst vond volgens Verzekeraar plaats op 13 maart 2007 (verweerschrift in beroep, p. 12) – was er dus sprake van ontdekking daarvan als bedoeld in artikel 7:929 lid 1 BW. Verzekeraar kon de gevolgen van het niet voldoen aan de mededelingsplicht met betrekking tot de psychische klachten derhalve uiterlijk op 13 mei 2007 jegens Consument inroepen.

- 5.5 Ten overvloede overweegt de Commissie van Beroep nog het volgende. In reactie op het hiervoor onder 5.2 vermelde standpunt van Consument heeft Verzekeraar in beroep verder aangevoerd dat hij Consument wel tijdig heeft geïnformeerd dat het niet verlenen van een machtiging tot gevolg zou hebben dat het recht op uitkering geheel zou komen te vervallen. Hij heeft een brief van 14 juni 2007 aan Consument overgelegd, waarin hij onder meer het volgende schreef:

"Onze medisch adviseur wil gegevens over uw arbeidsongeschiktheid wegens psychische klachten opvragen bij uw psycholoog waar u gesprekken heeft gehad in 2004. (...) Daarbij gaat het ook om gegevens welke bij u bekend behoorden te zijn vóór de ingangsdatum van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering. Wanneer deze gegevens bij het

aanvragen van de verzekering niet aan ons zijn verteld, kan dat gevolgen hebben voor uw verzekering en kan uw uitkering worden verlaagd, beëindigd of worden teruggevorderd. [Verzekeraar] kan mogelijk een beroep doen op het niet nakomen van de mededelingsplicht."

- 5.6 Uit wat hiervoor in 5.4 is overwogen, volgt dat het beroep op een brief van 14 juni 2007 Verzekeraar niet kan baten, omdat het te laat is gedaan. Het beroep op de – door Verzekeraar pas in beroep genoemde – brief van 14 juni 2007 roept overigens vragen op.
1. In de eerste plaats is de vraag gerechtvaardigd of een brief als door Verzekeraar bedoeld wel is verzonden, gelet op het ontbreken van die brief in het hiervoor in 3.26 vermelde, gedetailleerde chronologische overzicht en de daar vermelde zinsnede “(met verzwijgingsbrief) (zou niet zijn verzonden?)”. Dit klemmt te meer nu Consument in eerste aanleg – maar ook al voorafgaand aan de procedure – onweersproken heeft aangevoerd dat Verzekeraar hem niet tijdig heeft gewezen op de gevolgen van de niet-nakoming van de mededelingsplicht.
 2. Verder valt op dat Verzekeraar twee verschillende brieven met datum 14 juni 2007 heeft overgelegd. Alleen in de eerste brief wordt gewezen op de mogelijke gevolgen van het niet meegedeeld zijn van psychische klachten voorafgaand aan het sluiten van de Verzekering. Het is niet duidelijk of Verzekeraar zich op het standpunt stelt dat beide brieven zijn verzonden, of slechts één daarvan, en in het laatste geval: welk van beide brieven.
 3. Evenmin is duidelijk of Verzekeraar zich op het standpunt stelt dat Consument die brief/brieven ook daadwerkelijk heeft ontvangen en, zo ja, waarop Verzekeraar dat standpunt baseert.
 4. Ten slotte verdient nog opmerking dat de (bedoelde) brief van 14 juni 2007 weliswaar vermeldt dat de in 2004 psychische klachten mogelijk gevolgen hebben voor de verzekering, maar dat niet wordt gerefereerd aan de omstandigheid dat Consument al geruime tijd voor het aangaan van de Verzekering leed aan maagklachten. Over die omstandigheid was Verzekeraar – naar blijkt uit het in 3.26 bedoelde chronologische overzicht – in elk geval reeds op 15 april 2007 door de huisarts geïnformeerd, doch Verzekeraar heeft het niet vermelden van de maagklachten pas drieënhalve maand nadien, derhalve buiten de termijn van artikel 7:929 BW, bij brief van 31 juli 2007 ten grondslag gelegd aan de opzegging van de Verzekering wegens niet-nakoming van de mededelingsplicht.
- 5.7 Voor de beoordeling van het beroep is een antwoord op de zojuist bedoelde vragen niet vereist. Nu Consument niet binnen de termijn van artikel 7:929 lid 1 BW is gewezen op de niet-nakoming van zijn mededelingsplicht en de mogelijke gevolgen, is de Commissie van Beroep voorlopig van oordeel dat de psychische klachten die Consument bij het aangaan van de Verzekering (mogelijk) had moeten vermelden, niet (langer) van belang waren voor het vaststellen van het recht op uitkering van Consument. Verzekeraar kon immers de gevolgen van het eventueel schenden van die mededelingsplicht door Consument niet meer invoeren. Dat betekent dan dat Consument niet (meer) gehouden was op grond van artikel 10 lid 8 van de Voorwaarden een machtiging te verstrekken om gegevens over die van voor het sluiten van de Verzekering daterende klachten te verstrekken. Aan het niet-verstrekken van de machtiging kon dan ook niet op grond van artikel 10 lid 2 dan wel

artikel 22 lid 4 van de Voorwaarden het gevolg worden verbonden dat de Verzekering 'definitief' werd beëindigd.

- 5.8 Gelet op het voorgaande moet het verjaringsverweer beoordeeld worden. In dat verband verdient aandacht dat in geval van een aanspraak op periodieke uitkeringen uit een arbeidsongeschiktheidsverzekering elke afzonderlijke termijn een vorderingsrecht vormt en dat de verjaringstermijn daarvan telkens pas aanvangt op het moment van opeisbaarheid van die termijn (artikel 3:308 BW). Dat brengt mee dat toen Consument op 5 maart 2015 wederom aanspraak maakte op betaling, termijnen die minder dan drie jaar tevoren opeisbaar waren geworden, nog niet waren verjaard.
- 5.9 Ter vermijding van een verrassingsbeslissing zal de Commissie van Beroep Verzekeraar gelegenheid geven om zich uit te laten over wat hiervoor in 5.7 en 5.8 is overwogen. Aan Consument zal vervolgens gelegenheid worden geboden om te reageren. De Commissie van Beroep geeft partijen in overweging om te bezien of zij de zaak niet alsnog in der minne kunnen regelen.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep:

- stelt Verzekeraar in de gelegenheid binnen vier weken na de datum van totstandkoming van deze uitspraak schriftelijk te reageren als hiervoor in 5.9 omschreven;
- stelt Consument in de gelegenheid om vervolgens binnen vier weken na ontvangst van de reactie van Verzekeraar daarop schriftelijk te reageren;
- houdt iedere verdere beslissing aan.