

Kroniek van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering 2020-2025

AV&S 2025/26

Ik ga in deze bijdrage in op de belangrijkste ontwikkelingen rondom particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in de periode 2020-2025. Het is inmiddels ruim vijf jaar geleden dat de vorige kroniek over particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen het licht zag. Deze had betrekking op de verslagperiode 2014-2019. Deze kroniek volgt min of meer dezelfde opbouw en bestaat in totaal uit twaalf paragrafen. Er is wederom zeer veel jurisprudentie verschenen, zowel van de civiele rechter, als van het KiFiD. Hieraan wordt ruime aandacht geschonken. Daarbij wordt ook relevante medische tuchtspraak van artsen en arbeidsdeskundigen besproken en relevante wijzigingen in wet- en regelgeving.

1. Indeling

De kroniek besteedt in paragraaf 2 aandacht aan enkele uitspraken van het College voor de Rechten van de Mens over ongelijke behandeling bij het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het karakter van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is uiteengezet in paragraaf 3, waarin onderscheid is gemaakt tussen sommenverzekeringen (par. 3.1) en schadeverzekeringen (par. 3.2). Paragraaf 3.3 bespreekt de variant van de arbeidsongeschiktheidsverzekering met een gemengd karakter. Paragraaf 4 heeft betrekking op de schending van de mededelingsplicht. In de verslagperiode passeerden met name regelmatig het kenbaarheidsvereiste (par. 4.2), het relevantievereiste (par. 4.3) en de tweemaandentermijn waarbinnen de verzekeraar na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht een beroep op moet doen (par. 4.4) de revue. Paragraaf 4.5 behandelt het leveren van bewijs voor schending van de mededelingsplicht. De Hoge Raad heeft zich in 2020² uitgelaten over het begrip 'arbeidsongeschiktheid' waaraan aandacht wordt geschonken paragraaf 5. Paragraaf 6 gaat over claimbehandeling met aandacht voor de wijze van vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid (par. 6.2), taakverschuivingsclausules (par. 6.3) en dekkingsvragen (par. 6.4). Paragraaf 7 gaat over opzet tot misleiding en onderscheidt daarbij de claimbehandeling (par. 7.1) en het aangaan van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (par. 7.2). Verjaring komt aan de orde in paragraaf 8. De paragrafen 9 en 10 zien op privacy en buitengerechtelijke kosten. Paragraaf 11 gaat over ontwikkelingen rondom de invoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. De kroniek sluit af met een conclusie (par. 12).

¹ Mr. dr. E.J. (Erik-Jan) Wervelman is advocaat bij Stadhouders Advocaten te Utrecht en raadsheer-plaatsvervanger bij het hof Den Bosch.

² Vgl. HR 6 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1736, JA 2021/18, m.nt. E.J. Wervelman en HR 10 juli 2020, ECLI:NL:HR:2020:1268 (Art. 81 RO).

2. Wet gelijke behandeling chronisch zieken en gehandicapten (WGBH/CZ)

Nederland heeft het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap ondertekend. Het verdrag is geratificeerd in de Wet gelijke behandeling chronisch zieken en gehandicapten (WGBH/CZ). Sinds 14 juni 2016 vallen door deze uitbreiding ook goederen en diensten, waaronder dus arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, onder de werkingssfeer van deze wet. In de verslagperiode heeft dit geleid tot drie oordelen van het College voor de Rechten van de Mens. In geen van deze gevallen was sprake van discriminatie. In de casus die leidde tot de beslissing van het College voor de Rechten van de Mens van 13 december 2022³ was een man hiv-positief sinds 1993. In oktober 2020 vroeg hij een arbeidsongeschiktheidsverzekering en een overlijdensrisicoverzekering aan. De verzekeraar accepteerde zijn aanvraag voor de overlijdensrisicoverzekering, maar wees de aanvraag voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering af vanwege de kans op arbeidsongeschiktheid als gevolg van de hiv-besmetting. Een daartegen ingediende klacht bij het College voor de Rechten van de Mens had geen succes. Het College voor de Rechten van de Mens achtte – op diverse gronden – het middel dat de verzekeraar hanteerde om het doel te bereiken, passend. Zo achtte het (bijvoorbeeld) aanmerkelijk dat het niet mogelijk was om een voor de verzekeraar en de man financieel aantrekkelijk aanbod te doen. Het College voor de Rechten van de Mens merkt wel op dat de belangenafweging in de (nabije) toekomst anders zou kunnen uitpakken, omdat naar verwachting binnen afzienbare tijd voldoende data beschikbaar zouden zijn over het risico op arbeidsongeschiktheid bij hiv-positiviteit.⁴

In de beslissing van het College voor de Rechten van de Mens van 10 januari 2020⁵ werd door de verzekeraar een aanvraag tot het aangaan van de arbeidsongeschiktheidsverzekering afgewezen terwijl de verzoekster kampte met *torticollis spasmodica*.⁶ Het vermoeden van onderscheid op grond van handicap of chronische ziekte ontbrak volgens het College voor de Rechten van de Mens. Daarvoor waren bijkomende feiten nodig die niet waren gebleken. Het medisch advies waarop de verzekeraar zich baseerde, bevatte correcte medische gegevens en was controleerbaar en systematisch tot stand gekomen. De medisch adviseur had daarin voldoende uiteengezet dat het erom ging dat personen met *torticollis spasmodica* frequent klachten kunnen

³ 2022-150; JA 2023/45, m.nt. E.J. Wervelman.

⁴ Het voert te ver om alle andere argumenten hier te bespreken. Ik wijs daartoe op de uitspraak van het College voor de Rechten van de Mens.

⁵ 2020-1.

⁶ Dit is een neurologische aandoening waarbij het hoofd een dwangstand kan innemen en niet vrij bewogen kan worden. Deze aandoening kent motorische beperkingen die verdere gezondheidsklachten kunnen veroorzaken, bijv. ook t.a.v. deelname aan het arbeidsproces.

hebben die tot arbeidsongeschiktheid leiden. De medisch adviseur gaat uit van het risico op groepsniveau (risico-cohort) en kijkt niet naar het risico op de eventuele afwijkende mate van gezondheidsklachten op individueel niveau. Ook op dat punt achtte het College voor de Rechten van de Mens de procedure en de daarover verstrekte uitleg inzichtelijk.⁷

3. Karakter arbeidsongeschiktheidsverzekering

De ene particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering is, zacht gezegd, de andere niet. Afhankelijk van het antwoord op de vraag welke rol het inkomen heeft gespeeld tijdens het aangaan van de verzekering en de looptijd ervan, kan worden bepaald of sprake is van een sommenverzekering dan wel een schadeverzekering. Of dat, zoals inmiddels met enige regelmaat vaak wordt aangenomen in de jurisprudentie, sprake is van een arbeidsongeschiktheidsverzekering met een zogenoemd 'gemengd karakter'. Verzekeringen waarbij het onverschillig is of en in hoeverre met de uitkering schade wordt vergoed, zijn sommenverzekeringen (art. 7:964 BW). Verzekeringen die strekken tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden, zijn schadeverzekeringen (art. 7:944 BW). Voor schadeverzekeringen is een geldelijk belang vereist. Sommenverzekeringen vereisen een dergelijk belang niet. Dit hangt samen met de dogmatiek van het verzekeringsrecht uit hoofde waarvan in artikel 7:946 BW is neergelegd dat een schadeverzekering een verzekerd belang moet hebben. Dit wetsartikel maakt deel uit van afdeling 2 van titel 7.17 BW die uitsluitend betrekking heeft op schadeverzekeringen.⁸

3.1 AOV-sommenverzekering

Net als in de vorige verslagperiode geldt ook nu weer als rode draad dat particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen doorgaans worden betiteld als sommenverzekering. Dat is alleen anders als uit de rol van het inkomen blijkt dat partijen een duidelijke bandbreedte zijn overeengekomen tussen de uitkering bij arbeidsongeschiktheid en het vroegere inkomen.⁹ Het hof Den Bosch betitelde de verzekering die hij aldaar diende te beoordelen als sommenverzekering in zijn arrest van 24 augustus 2021.¹⁰ Daarbij nam hij tot uitgangspunt dat sprake was van een sommenverzekering, indien het inkomen uitsluitend bij de totstandkoming van de verzekering een rol speelde en nadien niet meer, dus niet bij eventuele aanpassingen van jaarschade en niet bij de vaststelling van de hoogte van de daadwerkelijk verleende uitkering. Het hof stelde vast dat het inkomen een rol had gespeeld bij de totstandkoming van deze verzekering. Dat was niet het geval bij de bepaling

van de hoogte van de uitkering.¹¹ Het karakter van de arbeidsongeschiktheidsverzekering speelde ook een rol in het vonnis van 20 februari 2019 van de rechtbank Gelderland.¹² Ook in deze zaak ging het om verrekening van de uitkering uit hoofde van een arbeidsongeschiktheidsverzekering met een uitkering uit hoofde van een vordering van letselschade op een aansprakelijke partij. De verzekerde stelde dat hij een sommenverzekering was aangegaan nu de mate van arbeidsongeschiktheid bepalend was voor de uitkering en niet de hoogte van de inkomensschade. De aangesproken aansprakelijkheidsverzekeraar stelde zich op het standpunt dat het ging om een schadeverzekering, maar had dat niet onderbouwd. De rechtbank verwierp dat daarom en ging uit van een sommenverzekering.¹³

De Geschillencommissie KiFiD oordeelde bij beslissing van 6 januari 2024¹⁴ dat de in het geding zijnde arbeidsongeschiktheidsverzekering een sommenverzekering was. De Geschillencommissie KiFiD maakte uit de polisvoorwaarden in onderling verband en samenhang op dat het antwoord op de vraag of de verzekerde arbeidsongeschikt was in de zin van de polisvoorwaarden – en in welke mate – mede wordt bepaald door het antwoord op de vraag of de medisch objectieveerbare stoornissen beperkingen tot gevolg hebben die leiden tot uitval. En dus effect hebben op het aantal werkuren dat de verzekerde voor de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheid werkte (namelijk maximaal 60 uur) en daarna. De daadwerkelijke uitval was daarom van belang voor het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid. Zelfs als zou kunnen worden vastgesteld dat, zoals de verzekerde stelde, hij medisch gezien ten onrechte had gewerkt, dan betekende dat voor de beoordeling van de mate van zijn arbeidsongeschiktheid nog niet dat geen rekening meer hoefde te worden gehouden met de mate waarin hij feitelijk had doorgewerkt. Dat gold temeer daar tussen partijen vaststond dat de verzekerde *had* doorgewerkt.¹⁵

3.2 AOV-schadeverzekering

De rechtbank Rotterdam beschouwde bij vonnis van 28 juni 2023¹⁶ een arbeidsongeschiktheidsverzekering als schadeverzekering. De polisvoorwaarden bepaalden dat uitkering werd verleend bij derving van inkomen door de verzekerde. De verzekeraar had voorts het recht om de uitkering te verminderen als de verzekerde meer zou ontvangen dan zijn

7 Zie voor een oordeel waarin evenmin sprake was van discriminatie volgens het College voor de Rechten van de Mens zijn oordeel van 11 februari 2025, 2025-12.

8 Vgl. in dit verband over arbeidsongeschiktheidsverzekeringen: Asser/Van Tiggele, Hartlief & Salomons 7-IX 2024/51.

9 Vgl. HR 3 oktober 2008, NJ 2009/80, m.nt. Hartlief en HR 17 oktober 2008, ECLI:NL:HR:2008:BA0006.

10 Hof Den Bosch 24 augustus 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:2671, RAV 2021/108.

11 Het arrest bevat meer argumenten waarop het hof zijn oordeel baseerde. Ik verwijs daarnaar. De casus heeft overigens betrekking op het antwoord op de vraag of – en zo ja, in hoeverre – de uitkering krachtens de arbeidsongeschiktheidsverzekering moest worden verrekend met de uitkering die de verzekerde claimde aan verlies aan verdienvermogen a.g.v. een verkeersongeval waarvoor hij de WAM-verzekeraar van het aansprakelijke motorrijtuig in rechte had betrokken (art. 6:100 BW).

12 Rb. Gelderland 20 februari 2019, ECLI:NL:RBGEL:2019:665.

13 Er is in de verslagperiode meer rechtspraak verschenen waarin wordt aangenomen dat de in het geding zijnde arbeidsongeschiktheidsverzekering een sommenverzekering is. Zie: Hof Den Haag 10 september 2024, ECLI:NL:GHDHA:2024:1517 en Geschillencommissie KiFiD 2 oktober 2020, nr. 2020-800. Zie ook Rb. Rotterdam 28 oktober 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:9799.

14 Geschillencommissie KiFiD 6 januari 2024, nr. 2024-1131.

15 Die daartoe verwijst naar het arrest HR 9 juni 2006, NJ 2006/326.

16 Rb. Rotterdam 28 juni 2023, ECLI:NL:RBROT:2023:5688.

normale inkomen voorafgaand aan de ingetreden arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar had bij eventuele schade daarnaast de mogelijkheid tot verlaging van de verzekerde bedragen naar maximaal 80% van het inkomen. De verzekeraar maakte onderscheid tussen rubriek A (het eerstejaarsrisico) en B (het na-eerstejaarsrisico) en kon de verlaging doorvoeren bij beide rubrieken. De verzekering strekte volgens de rechtbank dan ook tot compensatie van daadwerkelijk geleden verlies aan inkomen.¹⁷

3.3 AOV-gemengd karakter

Er is in de verslagperiode relatief veel rechtspraak voorhanden waarin wordt geoordeeld dat de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een gemengd karakter hadden of, anders gezegd, geen “zuivere” sommen- of schadeverzekering waren. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het vonnis van de rechtbank Den Haag van 14 april 2022¹⁸ over een WIA-verzekering, die volgens haar overigens overwegend een schadeverzekering was.¹⁹ De uitkeringen waren volgens de rechtbank niet uitsluitend gekoppeld aan de mate van arbeidsongeschiktheid; er bestond ook een koppeling tussen het laatstverdiende inkomen, het verzekerde bedrag en de hoogte van de uitkeringen. Volgens de rechtbank had de verzekering ook trekken van een sommenverzekering, omdat de uitkering niet was gekoppeld aan daadwerkelijk inkomensverlies. Daarbij woog zij mee dat nooit was geïnfomeerd naar daadwerkelijk geleden schade. Van een zuivere sommenverzekering die volledig abstraheert van de daadwerkelijk geleden schade was volgens de rechtbank echter geen sprake, omdat de verzekering in de kern vergoeding beoogde te bieden voor verlies van verdienvermogen. De rechtbank Gelderland ging bij vonnis van 8 november 2021²⁰ ook minutieus te werk ter vaststelling van het karakter van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en liep diverse polisvoorwaarden na om te concluderen dat (ook) geen sprake was van een zuivere sommenverzekering²¹ of

zuivere schadeverzekering, maar van een gemengd karakter.^{22, 23}

Inzet van het arrest van het hof Den Bosch van 30 april 2024²⁴ vormde de polisvoorwaarde waarin was bepaald dat inkomen dat “wordt verkregen doordat buiten het eigen bedrijf een ander beroep dan het verzekerd beroep wordt uitgeoefend” geheel of gedeeltelijk in mindering gebracht wordt op de uitkering uit hoofde van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het hof overwoog dat, anders dan de verzekerde betoogde, deze bepaling niet in strijd was met de aard en de inhoud van de arbeidsongeschiktheidsverzekering omdat, naar hij betoogde, sprake zou zijn van een sommenverzekering, maar deze mede de aard van de arbeidsongeschiktheidsverzekering bepaalde. In die zin dat deze niet als zuivere sommenverzekering kon worden gekwalificeerd, aldus het hof. De verzekerde had onvoldoende onderbouwd dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering ondanks

22 De aspecten die wezen op een schadeverzekering waren (bijv.) dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering ten doel had het verstrekken van een periodieke uitkering bij arbeidsongeschiktheid. Ter vaststelling van de verzekerde jaarrente was de hoogte van het inkomen van de verzekerde van belang. Het gemiddelde inkomen werd immers vastgesteld a.d.h.v. het gemiddelde inkomen van de verzekerde in de drie kalenderjaren voorafgaand aan de vaststelling. De verzekerde jaarrente mocht niet meer bedragen dan 90% van het gemiddelde inkomen. Voorts diende de verzekerde iedere drie jaar zijn inkomensgegevens aan de verzekeraar te verstrekken en had de verzekerde, indien zijn inkomen was gestegen, het recht het verzekerde bedrag te verhogen. De verzekeraar had, indien het inkomen was gedaald, het recht om de verzekerde bedragen voor zover deze hoger waren dan 90% van het gemiddelde inkomen te verlagen. Bij totstandkoming en gedurende de looptijd speelden de hoogte van het inkomen dus een rol. Uit de polisvoorwaarden volgde niet hoe de mate van arbeidsongeschiktheid en de hoogte van de uitkering precies worden vastgesteld, maar de hoogte van de uitkering kon wel wijzigen of eindigen indien de (mate van) arbeidsongeschiktheid wijzigt of eindigt. De verzekerde diende voorts al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen, was verplicht om mee te werken aan aanpassingen van het werk of de werkomstandigheden en diende direct mededeling te doen als hij weer gedeeltelijk of geheel aan het werk ging. Voorts werd, bij hervatting in loondienst of in een ander beroep dan op het polisblad stond, het inkomen daaruit aangevuld tot max. het bedrag van het vergelijkingsinkomen, te weten het gemiddelde inkomen over de drie kalenderjaren voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De aanvulling bedroeg echter nooit meer dan de uitkering die hoorde bij de mate van arbeidsongeschiktheid voor het oude beroep. Daaruit volgde volgens de rechtbank dat het inkomen dat de verzekerde bij arbeidsongeschiktheid nog kon verdienen ook een rol speelde bij het vaststellen van de hoogte van de uitkering. Verder kon de verzekeraar de verzekering beëindigen, indien de verzekerde verplicht verzekerd werd volgens de WIA of de Ziektewet.

23 Vgl. in dit verband Hof Arnhem-Leeuwarden 1 mei 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:4122, dat de rechtbank in het vonnis besprak. De rechtbank tekende aan dat het enkele feit dat in het arrest van het hof Arnhem-Leeuwarden het doel van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in de polisvoorwaarden was omschreven als het verlenen van uitkering bij derving van inkomen door de verzekerde t.g.v. zijn arbeidsongeschiktheid dat niet anders maakte. Dat gold ook voor het feit dat in de polis derving van inkomen niet was vermeld. De rechtbank achtte voor de uitleg van de bepalingen van de arbeidsongeschiktheid het geheel van de polisvoorwaarden van belang. De rechtbank overwoog voorts dat niet bleek dat bij het vaststellen van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid sprake was een directe koppeling tussen het daadwerkelijke inkomensverlies en de mate van arbeidsongeschiktheid. Er was nooit navraag gedaan naar eventuele schade. Doorslaggevend was kennelijk de mate waarin de verzekerde arbeidsongeschikt was. In dat geval werd een percentage van de jaarrente uitgekeerd. In zoverre was de uitkering uit hoofde van de arbeidsongeschiktheidsverzekering onafhankelijk van de daadwerkelijke vermogensschade en was in zoverre sprake van een sommenverzekering.

24 Hof Den Bosch 30 april 2024, ECLI:NL:GHSHE:2024:1521.

17 Vgl. HR 6 juni 2003, NJ 2004/670; Hof Arnhem-Leeuwarden 1 mei 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:4122; Rb. Midden-Nederland 28 maart 2018, ECLI:NL:RBMNE:2018:1920; Commissie van Beroep KiFid 19 december 2018, nr. 2018-067 en Hof Arnhem-Leeuwarden 17 april 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:3511.

18 Rb. Den Haag 14 april 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:3960.

19 Vgl. Rb. Den Haag 14 april 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:3960, waarin de rechtbank een WIA-verzekering als schadeverzekering kwalificeerde.

20 Rb. Gelderland 8 november 2021, ECLI:NL:RBGEL:2021:5913.

21 Vgl. Hof Den Bosch 24 augustus 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:2617.

deze bepaling toch een zuivere sommenverzekering zou zijn of dat de verzekerde dat, mede gelet op de algemene en/of bijzondere polisvoorwaarden (in onderling verband), in redelijkheid heeft mogen begrijpen.²⁵

4. Schending mededelingsplicht

4.1 De vereisten besproken

In de verslagperiode zijn met name het kenbaarheidsvereiste en het vereiste dat de verzekering niet of niet op dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten door een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken veelvuldig de revue gepasseerd. Deze vereisten worden hierna besproken. Voorts is aandacht geschonken aan artikel 7:929 lid 1 BW, waarin is bepaald dat de verzekeraar die ontdekt dat aan de vereisten van artikel 7:928 BW niet is voldaan de gevolgen daarvan slechts kan invoeren, indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen. Specifieke bespreking hierbij verdient het arrest dat de Hoge Raad wees op 7 juli 2023.²⁶

Terzijde: de regeling van de schending van de mededelingsplicht van artikel 7:928 e.v. BW geldt in beginsel uitsluitend bij het aangaan van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Regelmatig dienen verzekerden tijdens de looptijd van een arbeidsongeschiktheidsverzekering wijzigingsverzoeken in, bijvoorbeeld om de verzekerde bedragen te verhogen. Soms wordt dan opnieuw een medische vragenlijst voorgelegd. Strikt genomen ziet de wettelijke regeling van artikel 7:928 e.v. BW niet op dergelijke situaties. Bij beslissing van 3 maart 2020²⁷ paste de Geschillencommissie KiFiD de artikelen 7:928 tot en met 7:931 BW toch toe onder verwijzing naar het arrest van het hof Amsterdam van 23 november 2010,²⁸ waarin het hof datzelfde standpunt innam.

4.2 Het kenbaarheidsvereiste

Het kenbaarheidsvereiste²⁹ speelde in de zaak die leidde tot de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 14 maart 2025.³⁰ De verzekerde had sinds 2000 recidiverende nek- en schouderklachten. Daarvoor had hij fysiotherapie en pijnstilling gekregen. Na een bezoek op 4 juni 2008 aan de huisarts wist hij daarnaast dat hij last had van etalagebenen. Volgens de Geschillencommissie KiFiD had hij daarom de vraag naar aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders) moeten

aankruisen bij het invullen van de gezondheidsverklaring. Het argument van de verzekerde dat hij door de acceptatie en de correspondentie van de verzekeraar door de jaren heen erop mocht vertrouwen dat alles in orde was, wees de Geschillencommissie KiFiD van de hand door te overwegen dat een verzekeraar niet verplicht is om te onderzoeken of de (aspirant)verzekeringnemer bij het aangaan van de verzekering (medische) feiten ten onrechte onvermeld had gelaten. Bovendien gaf de gezondheidsverklaring of de informatie tijdens de looptijd van de verzekering daartoe geen aanleiding. In de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 2 juli 2024³¹ had de verzekerde voor het afsluiten van de verzekering een voorgeschiedenis met aanzienlijke psychische problematiek, zoals PTSS, drie zelfmoordpogingen en een gewelddadige overval in 2016 op haar werk door een cliënt die alcohol- en drugsverslaafd was. Hierbij was zij fysiek bedreigd. Daardoor kreeg zij een burn-out, was twee jaar thuis geweest en haar baan verloren. De verzekerde had dit alles niet gemeld bij de aanvraag van de verzekering. Ten onrechte, omdat in de gezondheidsverklaring ook werd gevraagd naar klachten vanaf de geboorte. In de uitleg van de vraag stond ook dat het niet alleen ging om huidige klachten, maar ook om de inschatting van het arbeidsongeschiktheidsrisico op basis van het verleden van de persoon die zich wil verzekeren. Daarnaast was duidelijk gevraagd naar depressie, overspannenheid en angststoornis, en duidelijk gemaakt dat de verzekeraar eventuele informatie daarover wilde ontvangen. In de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 5 januari 2024³² waren afwijkingen aan het hart, medicatie en behandelingen daarvoor niet gemeld. Ten onrechte. De vragen in de gezondheidsverklaring dienen volgens de Geschillencommissie KiFiD te worden gelezen in onderling verband en samenhang.³³ De gezondheidsverklaring vermeldde duidelijk dat je ook melding moet doen als je denkt dat het minder belangrijk is of als de arts geen afwijking zag of geen behandeling nodig vond. Daarnaast gaf de inleiding aan dat in ieder geval melding moet worden gedaan van een bezoek aan een medisch specialist.³⁴

25 Zie voor andere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen waarbij een gemengd karakter werd aangenomen: Rb. Limburg 17 april 2024, ECLI:NL:RBLIM:2024:1878; Rb. Rotterdam 14 december 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:9636 en Rb. Oost-Brabant 19 maart 2015, ECLI:NL:RBOBR:2015:1901.

26 HR 7 juli 2023, ECLI:NL:HR:2023:1050, NJ 2023/301, m.nt. N. van Tiggele-van der Velde.

27 Geschillencommissie KiFiD 3 maart 2020, nr. 2020-203.

28 Hof Amsterdam 23 november 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:5132. Vgl. de beslissing van 20 januari 2021, nr. 2021-0042, r.o. 3.13 e.v., waarin de Geschillencommissie KiFiD de regeling m.b.t. de schending van de mededelingsplicht eveneens analoog toepast op een wijzigingsverzoek.

29 Vgl. Asser/Van Tiggele, Hartlief & Salomons 7-IX 2024/148-151.

30 Geschillencommissie KiFiD 14 maart 2025, nr. 2025-0205.

31 Geschillencommissie KiFiD 2 juli 2024, nr. 2024-0551.

32 Geschillencommissie KiFiD 5 januari 2024, nr. 2024-0008.

33 HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653.

34 Vervolgens wordt gevraagd naar klachten aan het hart, zoals hartritme-stoornissen of andere klachten, ziekte of aandoeningen van hart- of bloedvaten. De gezondheidsverklaring eindigt met de vraag of de verzekeringnemer ooit is behandeld door een medisch specialist. O.b.v. de inleidende tekst van de gezondheidsverklaring had de verzekerde behoren te begrijpen dat hij melding had moeten maken van zijn bezoek aan de medisch specialist, een cardioloog, ook nu de medisch specialist verdere behandeling niet nodig vond. Immers wordt juist in de inleidende tekst expliciet aangegeven dat ook melding moet worden gemaakt als een arts geen behandeling nodig vond. Bovendien had de verzekerde uit de passage dat "als een arts geen afwijkingen zag", moeten begrijpen nu de medisch specialist bij hem wel een afwijking van de gezonde toestand had geconstateerd, hij die afwijking moest melden. De stelling van de verzekerde dat hij e.e.a. was vergeten, acht de Geschillencommissie KiFiD onwaarschijnlijk. De gezondheidsverklaring vraagt immers tot twee keer toe of hij een medisch specialist heeft bezocht.

De rechtbank Limburg oordeelde bij vonnis van 7 februari 2024³⁵ dat de verzekerde zijn mededelingsplicht had geschonden door niet te melden dat hij in 2001 was behandeld in verband met een slijmbeurs aan de knie en dat er in 2006 een röntgenfoto was gemaakt. Hij had dat moeten melden, omdat in de gezondheidsverklaring specifiek was geïnformeerd naar het raadplegen van een medisch hulpverlener. Röntgenfoto's worden bovendien niet gemaakt als er geen klachten zijn. Dat hij het een en ander was "vergeten", achtte de rechtbank niet geloofwaardig, omdat hij ter zitting had verklaard dat een bezoek aan een ziekenhuis voor hem een bijzondere gebeurtenis was. Spanningsklachten waren ten onrechte niet gemeld in de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 30 juli 2024.³⁶ De verzekerde had de huisarts bezocht en was verwezen naar een psycholoog. Daarnaast had zij de spoedeisende hulp bezocht. Volgens de Geschillencommissie KiFiD had zij behoren te begrijpen dat zij dit had moeten melden. De verzekerde stelde dat zij geen gebruik had gemaakt van de verwijzing naar de psycholoog, omdat zij van mening was geen mentale klachten te hebben. Dat verwierp de Geschillencommissie KiFiD: het is aan de verzekeraar en zijn medisch adviseur om op basis van de verkregen informatie te beoordelen of deze relevant is voor de acceptatiebeslissing.

De rechtbank Overijssel was op 6 oktober 2024³⁷ van oordeel dat de verzekerde had moeten begrijpen dat zij in ieder geval de posttraumatische schouderklachten en de whiplash(achtige) klachten als gevolg van de (verkeers)ongevallen en de artritis had moeten melden. De verzekeraar vroeg duidelijk naar "klachten" en gaf aan dat ook een rubriek moest worden aangekruist als een hulpverlener, huisarts of arts was geraadpleegd en/of als er nog medicatie werd gebruikt of is gebruikt. Met de (ruim opgestelde) vragen werd volgens de rechtbank gedoeld op klachten van een zekere ernst. Daarvan was sprake. Het ging immers om noemenswaardige en langdurige klachten/aandoeningen waarvoor zij een (huis)arts/hulpverlener had geraadpleegd en/of (geruime tijd) een behandeling had ondergaan.³⁸

De Hoge Raad liet zich op 19 januari 2024 uit over het kenbaarheidsvereiste.³⁹ De verzekerde had niet gemeld dat hij in de jaren voor de aanvraag drie keer bij de huisarts was

geweest, onder meer vanwege concentratieproblemen. Hij was twee keer verwezen naar een psycholoog en had die bezocht. Ook had hij veranderingen in zijn gezondheidstoestand in de periode tussen het aanvragen en de ingangsdatum van de verzekering niet gemeld. Een week na het ingaan van de verzekering had hij zich ziek gemeld met lichamelijke en psychische klachten van overspannenheid. De verzekeraar weigerde uitkering. De rechtbank honoreerde dat. Zo niet het hof en de Hoge Raad. Centraal stond de vraag of de verzekerde de vragen in de gezondheidsverklaring redelijkerwijs zo moest opvatten dat hij bij de vragen 3B en M⁴⁰ de hokjes moest aankruisen en de bezoeken aan de huisarts en psycholoog had moeten melden. Het hof meende van niet, omdat hij redelijkerwijs had kunnen en mogen begrijpen dat hij die alleen hoefde aan te kruisen als er sprake was van een reële/daadwerkelijke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek. Omdat de huisarts en de psycholoog hem er steeds van hadden verzekerd dat er niets aan de hand was, mocht hij er redelijkerwijs van uitgaan dat hem niets mankeerde. Dit oordeel liet de Hoge Raad in cassatie intact.^{41, 42}

4.3 Het relevantievereiste

Het relevantievereiste⁴³ is in de verslagperiode regelmatig inzet geweest van procedures. Naast het kennisvereiste, het kenbaarheidsvereiste en het vereiste van de verschoonbaarheid, zal de verzekeraar voor een rechtsgeldig beroep op schending van de mededelingsplicht moeten bewijzen dat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet of niet op dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten.⁴⁴ In de beslissing van 5 januari 2024⁴⁵ van de Geschillencommissie KiFiD stelde de verzekeraar dat hij bij kennis van de ware stand van zaken twee uitsluitingsclausules op de polis zou hebben geplaatst. De casus was intern besproken met alle medisch adviseurs die het erover eens waren dat deze clausules zouden zijn geplaatst als de verzekeraar over de juiste informatie had beschikt.⁴⁶ In de zaak die leidde tot de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 14 maart

35 Rb. Limburg 7 februari 2024, ECLI:NL:RBLIM:2024:501 (hoger beroep ingesteld).

36 Geschillencommissie KiFiD 30 juli 2024, nr. 2024-0659.

37 Rb. Overijssel 6 oktober 2024, ECLI:NL:RBOVE:2024:5911.

38 Zie voor een situatie waarin de verzekerde in de periode van 36 maanden voorafgaand aan het invullen van de verkorte gezondheidsverklaring ruim 30 keer bij de huisarts was geweest: Geschillencommissie KiFiD 6 juli 2020, nr. 2020-742. Vgl. Geschillencommissie KiFiD 5 september 2020, nr. 2021-0811, waarin oorsuizen en een slaapproonnis ten onrechte onvermeld waren gebleven. Ter behandeling daarvan waren herhaalrecepten (wegens veelvuldig gebruik) uitgeschreven. Deze recepten worden volgens de Geschillencommissie KiFiD niet gehonoreerd zonder dat de huisarts hierover een waarschuwing krijgt. Dat duidt dus op een frequent gebruik van slaapmedicatie, en dus op een langdurig bestaan van een slaapproonnis. De stelling van de verzekerde dat e.e.a. slechts incidenteel voorkwam, werd dan ook verworpen.

39 HR 19 januari 2024, ECLI:NL:HR:2024:52. Het cassatieberoep is verworpen o.g.v. art. 81 lid 1 RO.

40 Voor zover relevant aandoeningen van ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burn-out (3B) en M, aandoeningen, ziekte, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.

41 Zie over de mededelingsplicht in relatie tot een strafrechtelijk verleden: HR 7 februari 2025, ECLI:NL:HR:2025:186.

42 De Model Gezondheidsverklaring voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is n.a.v. dit arrest aangescherpt. De (relevante) wijziging luidt: "Noem al uw gezondheidsklachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of waren. Als u met deze klachten (nog) niet naar de huisarts, medisch specialist, hulpverlener of zorgverlener (...) bent geweest. Misschien bent u daar wel geweest met uw klachten en is er bij u geen ziekte aangetoond of geen diagnose gesteld. Ook die in gevallen moet u de klacht noemen (...)." Vgl. voor de laatste versie de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl.

43 Asser/Van Tiggele, Hartlief & Salomons 7-IX 2024/157-160.

44 HR 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841. Zie voor concrete toepassing van deze maatstaf bijv. Hof Den Bosch 2 november 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3310, waarin het hof van oordeel is dat de verzekeraar de schending van de mededelingsplicht niet had aangetoond.

45 Geschillencommissie KiFiD 5 januari 2024, nr. 2024-0008.

46 Zie voor een voorbeeld van non-acceptatie: Geschillencommissie KiFiD 2 juli 2024, nr. 2024-0551 waarbij de verzekeraar zich met succes beriep op adviesregels van de herverzekeraar Munich Re (MIRA).

2025⁴⁷ zou de verzekeraar drie clausules hebben opgelegd, wat in combinatie met het beroep van de verzekerde (metaalbewerker) had geleid tot het advies om de verzekerde niet te accepteren. De Geschillencommissie KiFiD deelt dat standpunt, nu in de branche gebruikelijk is dat drie (grote) clausules in combinatie met een zwaar beroep als metaalbewerker niet verzekeraar zijn.^{48, 49}

Actuele en ten tijde van de aanvraag relevante medische problematiek leidt doorgaans tot afwijzing van een ter verzekering aangeboden risico. Verzekeraars wijzen aanvragen, gelet op de op dat moment bestaande klachten, doorgaans af of houden deze op zijn minst aan totdat voldoende duidelijkheid bestaat over de aard, de ernst en de consequenties van de gezondheidsproblemen.⁵⁰ Chronische vermoeidheidsklachten zijn niet te clausuleren en leiden in de regel tot afwijzing van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat speelde in de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 25 maart 2022⁵¹ te meer vanwege de combinatie met de uitsluitingsclausules voor arbeidsongeschiktheid vanwege de linkerknie en stoornissen van de schildklier.

Gangbaar beleid is voorts dat drie of meer uitsluitingsclausules leiden tot afwijzing van de aanvraag.⁵² Dat strookt ook met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken die bepalen dat “indien er van twee of meer “grotere” clausules sprake is (...) een advies tot afwijzing overwogen [dient] te worden”.⁵³ In de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 7 juni 2023⁵⁴ rechtvaardigden de klachten die niet waren gemeld een uitsluitingsclausule voor de lumbosacrale wervelkolom met een recht op herbeoordeling na vijf jaar. De verzekerde was erg jong toen zij de klachten kreeg en had een rugbelastend beroep. Daardoor bestond een risico

op arbeidsongeschiktheid. De verzekerde maakte bezwaar tegen de duur van de herbeoordeling. De Geschillencommissie KiFiD verwierp dat, omdat de verzekeraar had aangevoerd nooit een recht op herbeoordeling na twee jaar of korter aan te bieden. En in ieder geval niet bij een clausule die betrekking heeft op de rug bij een rugbelastend beroep (mondhygiënist).⁵⁵

Langdurige arbeidsongeschiktheid kort voor de aanvraag leidde tot afwijzing van een aanvraag,⁵⁶ waarbij de rechtbank Midden-Nederland overwoog dat de overgelegde medische adviezen waren gebaseerd op de duur van de zwegen periode van arbeidsongeschiktheid en niet zozeer op de oorzaak daarvan. Het antwoord op de vraag of de oorzaak gerelateerd was aan de tweede zwangerschap en niet aan de oververmoeidheidsklachten was dus niet doorslaggevend geweest.^{57, 58, 59}

4.4 **Moment van “ontdekking”; de tweemaanden-termijn (art. 7:929 lid 1 BW)**

De verzekeraar die ontdekt dat aan de eisen van artikel 7:928 BW niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking daarvan daarop heeft gewezen onder vermelding van de mogelijke gevolgen, ook wel genoemd de ‘kennisgevingsplicht’ (art. 7:929 lid 1 BW).⁶⁰ De vraag wat moet worden verstaan onder ‘ontdekking’ heeft de Hoge Raad beantwoord bij arrest van 7 juli 2023.⁶¹ Deze termijn gaat pas lopen als de verzekeraar voldoende zekerheid heeft verkregen dat de verzekeringnemer zijn mededelingsplicht niet is nagekomen. Het is afhankelijk van de omstandigheden van het geval wanneer de verzekeraar de bedoelde zekerheid heeft verkregen, en/of in welke mate van de verzekeraar mag worden verwacht dat hij onderzoek

47 Geschillencommissie KiFiD 14 maart 2025, nr. 2025-0205.

48 Zie over de redelijk handelend verzekeraar waarbij het advies met meerdere medisch adviseurs was besproken en psychische klachten tot afwijzing van de claim zouden hebben geleid: Geschillencommissie KiFiD 30 juli 2024, nr. 2024-0659.

49 Elkaar versterkende klachten van oorsuizen en inslapen waarvoor medicatie werd voorgeschreven, leverde volgens de Geschillencommissie KiFiD bij beslissing van 15 september 2020, nr. 2021-0811, i.c.m. de leeftijd en het beroep een sterk verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Temeer vanwege de combinatie met de reeds bestaande uitsluitingsclausule door slijtage van de standgewrichten. Bovendien wijst de Geschillencommissie KiFiD erop dat het in de branche niet gangbaar is om een verzekeringsovereenkomst met drie of meer uitsluitingsclausules aan te bieden. Dit rechtvaardigt het standpunt van de verzekeraar dat de verzekering niet zou zijn gesloten.

50 De verzekeraar had een aparte positie binnen de arbeidsongeschiktheidsbranche en hanteerde een afwijkend acceptatiebeleid. Daarom achtte de Geschillencommissie KiFiD in dit geval bij beslissing van 9 september 2020, nr. 2020-742 een wachttijd van 48 maanden en 10 clausules gezien de medische voorgeschiedenis verdedigbaar, omdat het onvermijdelijk was om het risico te normaliseren.

51 Geschillencommissie KiFiD 25 maart 2022, nr. 2022-0250.

52 Vgl. Rb. Den Haag 18 april 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:8675.

53 Vgl. omtrent de GAV-richtlijnen bij beoordeling van de vraag naar een redelijk handelend verzekeraar ook: Hof Den Bosch 2 november 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3310; Rb. Rotterdam 13 augustus 2014, JA 2014/138; Hof Arnhem-Leeuwarden 29 april 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:3549 en Hof Den Haag 14 augustus 2018, ECLI:NL:GHDHA:2018:2426.

54 Geschillencommissie KiFiD 7 juni 2023, nr. 2023-0437.

55 De verzekerde meldde zich arbeidsongeschikt vanwege bekkenklachten. Omdat het bekken zich in hetzelfde gebied bevindt als de lage rug en de clausule niet was vervallen t.t.v. de melding van arbeidsongeschiktheid, achtte de Geschillencommissie KiFiD gerechtvaardigd dat de verzekeraar niet uitkeerde. De clausule verwees immers ook expliciet naar de aangrenzende structuren van de lumbosacrale wervelkolom waartoe volgens de verzekeraar ook het bekken behoorde. De Geschillencommissie KiFiD hield dit standpunt niet voor onjuist.

56 Rb. Midden-Nederland 19 juli 2023, ECLI:NL:RBMNE:2023:3430.

57 Zie voor een afwijzing van een aanvraag vanwege een combinatie van een verhoogde bloeddruk, suikerziekte, overgewicht en roken wat een verhoogd risico opleverde voor hart- en vaatziekten: Rb. Den Haag 15 maart 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:3487.

58 Vgl. een (mondelinge) uitspraak van Rb. Limburg 14 januari 2025, ECLI:NL:RBLIM:2025:1141, waarin zij de verzekeraar opdroeg om te bewijzen dat zij als redelijk handelend verzekeraar een wachttijd van 48 maanden had gehanteerd en 4 uitsluitingsclausules op de polis had geplaatst.

59 Vgl. Rb. Noord-Holland 30 augustus 2023, ECLI:NL:RBNHO:2023:13792, waarin de rechtbank een deskundige benoemde.

60 Vgl. Asser/Van Tiggele, Hartlief & Salomons 7-IX 2024/180-187.

61 HR 7 juli 2023, ECLI:NL:HR:2023:1050, NJ 2023/301, m.nt. N. van Tiggele-van der Velde, JA 2023/112, m.nt. Riyazi en, zij het meer zijdelings, in zijn arrest van HR 5 februari 2021, ECLI:NL:HR:2021:178, NJ 2021/287, m.nt. N. van Tiggele-van der Velde, JA 2021/74, m.nt. E.J. Wervelman. Zie in dit verband ook: R. Noordermeer, ‘De kennisgevingsplicht van art. 7:929 BW – toepassing van het arrest van de Hoge Raad van 7 juli 2023’, VAST 2024 / P-040 en E.J. Wervelman, ‘Ontdekking in de zin van art. 7:929 lid 1 BW; het aanvangsmoment van de tweemaandentermijn bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen’, VAST 2024 / P-010.

doet nadat hij aanwijzingen heeft gekregen dat de verzekeringnemer diens mededelingsplicht niet is nagekomen. Kortom, voor de ontdekking moet een voldoende mate van zekerheid bestaan.⁶² Het enkele vermoeden doet de tweemaandentermijn nog niet aanvangen.⁶³ A-G Hartlief leidt daar (naar mijn overtuiging terecht) uit af dat de voor een ontdekking vereiste mate van zekerheid kan meebrengen dat de verzekeraar de ruimte heeft om een mogelijke schending van de mededelingsplicht eerst nader te (laten) onderzoeken. Dat kan juist ook voorkomen dat de verzekeringnemer al te voorbarig wordt geconfronteerd met het verwijt van schending daarvan.⁶⁴ Er is veel rechtspraak over de “ontdekking” bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen na dit arrest van de Hoge Raad.⁶⁵ Sommige lagere jurisprudentie trekt het moment van ontdekking zeer ver naar voren, zoals de enkele ontvangst van medische informatie bij de medische dienst of beoordeling door de medisch adviseur. Een voorbeeld daarvan vormt het hof Den Haag in zijn arrest van 19 november 2024.⁶⁶ Ik heb eerder aangegeven dat ik mij echt afvraag of dit bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wel klopt.⁶⁷ Deze momenten zeggen op zichzelf niets over het antwoord op de vraag of de verzekeraar op dat moment daadwerkelijk de schending van de mededelingsplicht had ontdekt. Daarvan is pas sprake indien de verzekeraar (cumulatief) heeft voldaan aan het kennisvereiste, het kenbaarheidsvereiste, het vereiste van verschoonbaarheid en relevantie. Daarvoor moet de verzekeraar zich dus een compleet beeld hebben gevormd naar aanleiding van de ontvangen medische informatie. Onderzoek naar de mogelijke schending van de mededelingsplicht vergt een minutieus naspeuren door de medisch adviseur naar wel en niet gemelde feiten voorafgaand aan de totstandkoming van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat kan de nodige tijd kosten en moet zorgvuldig geschieden. Op het moment dat de medische dienst van de verzekeraar een brief van de behandelende sector ontvangt, kan daarom naar mijn mening niet reeds gesproken worden van een dossier over mogelijke verzwijging dat “min of meer rond” is, zoals de Parlementaire Geschiedenis aangeeft.⁶⁸ Het is bovendien – zeker bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen – van belang om de wettelijk verplichte scheiding tussen de medische dienst en de verzekeraar te onderkennen. De medisch adviseur brengt medisch advies uit aan de verzekeraar. Het

is vervolgens de verzekeraar (en niet de medische dienst) die moet voldoen aan alle eisen van artikel 7:928 BW, wil hij zich op de ontdekking daarvan kunnen beroepen. Ik wijs in dit verband ook op de Beroepscode van de Vereniging van Geneeskundig Adviseurs werkzaam in particuliere verzekeringszaken en/of personenschadezaken (GAV) die in artikel 1 lid 8 bepaalt dat de medisch adviseur advies aan de opdrachtgever verstrekt, aldus aan de verzekeraar. Artikel 2 lid 1 Beroepscode GAV bepaalt, in lijn daarmee (voor zover relevant), dat tot de taak van de medisch adviseur aan de zijde van de verzekeraar behoort het beoordelen van de gezondheidstoestand van de betrokkene in de ruimste zin van het woord om tot een advies te komen aan de opdrachtgever bij het aangaan van de verzekering en bij een aanspraak op een uitkering/vergoeding op grond van de verzekeringsovereenkomst. De privacywetgeving kent ook een strikte scheiding tussen het geven van een advies door de medische dienst en het nemen van een besluit door de verzekeraar. Ik wijs in dit verband op de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars die – in lijn daarmee – in artikel 5.1.3 en de toelichting daarop bepalen dat de verzekeraar een beslissing neemt op basis van het medisch advies van de medisch adviseur.⁶⁹ Anders gezegd, stelt dus niet de medisch adviseur de schending van de mededelingsplicht vast, maar de verzekeraar. En dat is precies wat artikel 7:929 lid 1 BW vereist. Ik zou dan ook menen dat het – door het hof Arnhem in 2012⁷⁰ geïntroduceerde en sindsdien – voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen algemeen geldende criterium⁷¹ dat de verzekeraar “ontdekt” door de ontvangst van het medisch advies van de medische dienst niets aan waarde heeft ingeboet sinds het arrest van de Hoge Raad van 7 juli 2023.⁷²

4.5 Bewijs schending mededelingsplicht

De verzekeraar draagt de bewijslast van de schending van de mededelingsplicht. De verzekerde zal hem echter wel in staat moeten stellen tot het leveren van dat bewijs. Doet hij dat niet, dan kan dat leiden tot afwijzing van zijn claim. Dit speelde in de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 25 april 2024.⁷³ De verzekeraar voerde aan hij drie medische rapportages nodig had om de claim te kunnen beoordelen vanwege vastgestelde discrepanties tussen de door de verzekerde gegeven informatie in de gezondheidsverklaring en informatie uit de claim. De verzekerde weigerde deze te

62 Zie ook: Rb. Den Haag 8 april 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:3267.

63 Aldus ook A-G Hartlief in zijn conclusie voor HR 7 juli 2023, ECLI:NL:HR:2023:1050, r.o. 3.18.

64 Vgl. E.J. Wervelman, ‘Ontdekking in de zin van art. 7:929 lid 1 BW; het aanvangsmoment van de tweemaandentermijn bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen’, VAST 2024 / P-010.

65 Vgl. Hof Den Bosch 23 juli 2024, ECLI:NL:GHSHE:2024:2400; Hof Arnhem-Leeuwarden 24 september 2024, ECLI:NL:GHARL:2024:6026; Hof Amsterdam 8 april 2025, ECLI:NL:GHAMS:2025:935 en Hof Den Haag 19 november 2024, ECLI:NL:GHDHA:2024:2538. Zie ook A. Koert, ‘De toepassing van de tweemaandentermijn van art. 7:929 lid 1 BW’, VAST 2024 / P-038 en R. Noordermeer & S. Koster, ‘De kennisgevingsplicht van art. 7:929 BW – wanneer begint de klok te tikken?’, VAST 2024/P-022.

66 Hof Den Haag 19 november 2024, ECLI:NL:GHDHA:2024:2538.

67 Vgl. E.J. Wervelman, ‘Ontdekking in de zin van art. 7:929 lid 1 BW; het aanvangsmoment van de tweemaandentermijn bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen’, VAST 2024 / P-010.

68 Vgl. Kamerstukken I 2005/06, 30137, nr. C, p. 6.

69 Vgl. over de rol van de medisch adviseur bij een onderzoek naar mogelijke schending van de mededelingsplicht: CTG 8 november 2023, ECLI:NL:TGZCTG:2023:147 (ongegronde).

70 Hof Arnhem 12 juni 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BW7904.

71 Zie bijv. Hof Arnhem-Leeuwarden 2 mei 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:3705; Rb. Gelderland 21 februari 2018, ECLI:NL:RBGEL:2018:765; Geschillencommissie KiFiD 6 maart 2019, nr. 2019-165; Geschillencommissie KiFiD 19 juni 2019, nr. 2019-429; Geschillencommissie KiFiD 18 oktober 2018, nr. 2018-650; Geschillencommissie KiFiD 9 januari 2019, nr. 2019-008; Geschillencommissie KiFiD 21 februari 2017, nr. 2017-135 en Geschillencommissie KiFiD 12 februari 2016, nr. 2016-075. Zie ook: Hof Amsterdam 30 mei 2023, ECLI:NL:GHAMS:2023:1225, r.o. 5.19-20 waarin het hof de verzekeraar de ruimte laat om nader onderzoek te doen, ook al blijkt achteraf niet van nieuwe feiten. De verzekeraar had daar volgens het hof een redelijk belang bij.

72 HR 7 juli 2023, ECLI:NL:HR:2023:1050.

73 Geschillencommissie KiFiD 25 april 2024, nr. 2024-0359.

overleggen. De Geschillencommissie KiFiD was van oordeel dat de medische gegevens uit het dossier een onduidelijk beeld gaven over de medische toestand in de precontractuele fase. Dat werd mede veroorzaakt door het ontbreken van medische informatie bij de huisarts en medisch specialisten over de periode 2001-2010. Het verder onderzoeken van de geconstateerde discrepanties op basis van de drie rapporten trof daarom volgens de Geschillencommissie KiFiD een legitiem doel en de verzekeraar had daar een gerechtvaardigd belang bij. Dat deze waren opgesteld na de ingangsdatum van de verzekering maakte dat niet anders, omdat de rapporten informatie konden bevatten over de relevante periode. De verzekeraar mocht de uitkering dan ook opschorten, zolang de verzekerde de rapportages niet had verstrekt.⁷⁴

5. Arbeidsongeschiktheid

De Hoge Raad heeft zich op 6 november 2020⁷⁵ – voor het eerst sinds 2003 – inhoudelijk uitgelaten over het begrip ‘arbeidsongeschiktheid’.⁷⁶ Centraal stond dat “van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is, indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn of haar functioneren”.⁷⁷ Het hof was van oordeel dat uit deze tekst helder volgde dat voor een beroep op deze polis noodzakelijk was dat sprake was van medisch objectieveerbare stoornissen die in relatie staan tot ziekte of ongeval. Voor een relatie met ziekte is voldoende, maar ook noodzakelijk, dat sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, aldus het hof. Niet voldoende is dus dat de verzekerde

klachten ervaart en dat dit door de beoordelende artsen reeel wordt geacht, zonder dat zij de klachten op hun vakgebied kunnen verklaren. In dat laatste geval, zo vervolgt het hof, ontbreekt immers het verband met een ziekte(beeld) en is dus geen sprake van medisch objectieveerbare stoornissen in relatie tot ziekte. Het hof kwam op grond van de diverse medische rapportages tot het oordeel dat de door de verzekerde ervaren klachten en beperkingen niet onder de omschrijving van ‘arbeidsongeschiktheid’ vielen in de zin van artikel 1, omdat geen medisch objectieveerbare stoornissen in relatie tot ziekte waren vastgesteld. Volgens het hof was de uitkering terecht gestaakt. De Hoge Raad liet dit oordeel intact. In cassatie verwierp hij het betoog dat het beroep van de verzekeraar op artikel 1 van de polisvoorwaarden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar was. Het weigeren van een vergoeding die buiten de verzekeringsdekking valt, kan volgens de Hoge Raad naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn, indien zich bijzondere omstandigheden voordoen die dat oordeel rechtvaardigen. Die omstandigheden waren in deze zaak echter niet aan de orde. Voor zover die omstandigheden betrekking hadden op de keuze van de verzekeraar om medisch objectieveerbare stoornissen die niet zijn te herleiden tot een (herkenbaar en benoembaar) ziektebeeld van dekking uit te sluiten, wordt miskend dat de verzekeraar in die keuze vrij was, aldus de Hoge Raad die vervolgt dat om dezelfde reden niet van belang is dat de verzekerde de klachten niet simuleert. Een beroep op de primaire dekkingsomschrijving kan immers niet met succes worden afgeweerd met de stelling dat dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, omdat de redenen waarom de verzekeraar een bepaalde gebeurtenis niet wil verzekeren zich in het concrete geval niet voordoen.⁷⁸

In het arrest van het hof Den Haag van 15 juni 2021⁷⁹ waren psychische klachten uitgesloten van dekking.⁸⁰ Centraal stond de vraag of de psychische problematiek van de verzekerde onder de uitsluitingsclausule viel. De verzekerde leed aan blindheid. De vraag die partijen verdeeld hield, was of dat (volledig) werd veroorzaakt door een (niet gedekte) psychiatrische aandoening. Het hof had behoefte aan deskundige voorlichting. Het hof Den Bosch had die behoefte ook bij het arrest van 28 november 2023⁸¹ waar partijen verdeeld hield of de aandoening *retinitis pigmentosa* gedekt was. Het hof stelde partijen voor om een oogarts benoemen.⁸²

74 Dit oordeel strookt met HR 20 januari 2006, NJ 2006/78, waarin een soortgelijke situatie speelde. Daarin werd de vordering afgewezen, omdat de verzekerde weigerde de door de verzekeraar opgeroepen artsen uit hun geheimhoudingsplicht te ontslaan. Op zichzelf droeg de verzekeraar de bewijslast van de verwijzing, maar nu de verzekerde – door de getuigen niet uit hun geheimhoudingsverplichting te ontslaan – de verzekeraar in een onredelijke zware bewijsspositie liet belanden, bestond grond voor omkering van de bewijslast. En daarin slaagde de verzekerde niet. Zie omtrent dit arrest ook: E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, Deventer: Wolters Kluwer 2016, p. 179-180. Zie de beslissing van 27 januari 2022 van de Commissie van Beroep KiFiD, nr. 2022-0008, waarin de verzekeraar er – volgens hem – ten onrechte bij bleef dat sprake was van schending van de mededelingsplicht.

75 HR 6 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1736, JA 2021/18, m.nt. E.J. Wervelman. Zie over dit arrest ook: N. van Tiggele-van der Velde, ‘Het Ziektebeeld-arrest als sluitstuk op twee fronten’, *AV&S* 2021/2.

76 Vgl. omtrent het begrip ‘arbeidsongeschiktheid’ ook: HvJ EU 23 april 2015, ECLI:EU:C:2015:262, RAV 2015/70; E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, Deventer: Wolters Kluwer 2016, p. 241 e.v.; HR 16 april 1999, NJ 1999/666, m.nt. Clausen; HR 10 oktober 2003, ECLI:NL:HR:2003:AI0859; HR 17 november 2006, ECLI:NL:HR:2006:AZ0757 en HR 10 juli 2020, ECLI:NL:HR:2020:1268.

77 Zie voor een voorbeeld van toetsing van een afwijkende polisvoorwaarde: Hof Den Bosch 28 januari 2020, ECLI:NL:GHSHE:2020:250, JA 2020/59, m.nt. E.J. Wervelman. In de toepasselijke polisvoorwaarden was neergelegd dat de verzekerde die is gekeurd i.h.k.v. de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en hierbij voor ten minste 45% arbeidsongeschikt is verklaard recht heeft op een uitkering. De verzekerde voldeed daaraan nu hij gedurende de looptijd van de verzekering meer dan 50% arbeidsongeschikt was geraakt in die zin. Hij ontving immers een loongerelateerde WGA-uitkering. Zie over dergelijke verzekeringen ook: Geschillencommissie KiFiD 17 oktober 2017, nr. 2017-679; Geschillencommissie KiFiD 6 juni 2019, nr. 2019-389 en Geschillencommissie KiFiD 16 oktober 2019, nr. 2019-803.

78 De verzekerde betoogde voorts nog dat hij niet kon terugvallen op een verplichte verzekering van overheidswege. Ook dat vond in cassatie geen gehoor, omdat dat evenmin meebracht dat het beroep van de verzekeraar op de dekkingsbeperking naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar was.

79 Hof Den Haag 15 juni 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:2396.

80 Meer specifiek was bepaald: “Uitgesloten is arbeidsongeschiktheid door een aandoening of klachten van psychische, psychiatrische of psychosomatische aard. Daaronder wordt tevens verstaan overspanning, overwerkt zijn, burnout, oververmoeidheid.”

81 Hof Den Bosch 28 november 2023, ECLI:NL:GHSHE:2023:3981.

82 Het enkele feit dat de verzekerde zich ziek voelt, geeft nog geen recht op uitkering. Dat blijkt uit de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD 6 april 2023, nr. 2023-0298.

De rechtbank Gelderland wees bij beschikking van 12 februari 2025⁸³ een verzoek tot de benoeming van een verzekeringsarts af, omdat twee verrichte neurologische expertises niet konden leiden tot een vastgestelde medisch objectieveerbare stoornis. Dus was evenmin voldaan aan de eisen van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, ondanks dat het bestaan van klachten bij de verzekerde op zichzelf niet werd betwist. De verzekerde stelde dat zijn klachten het gevolg waren van de nekhernia en dat de ingeschakelde neurologen niet hadden beoordeeld dat een nekhernia kon zorgen voor uiteenlopende klachten. Hij meende voorts dat moest worden meegewogen dat zijn klachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven waren en dat het patroon van klachten plausibel was omdat de klachten consistent, consequent en samenhangend waren en dat hij deze klachten niet had voor de nekhernia. Dat wees de rechtbank van de hand door te overwegen dat het erop leek dat de verzekerde het beoordelingskader ruimer opvatte dan de bestaande jurisprudentie over een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen⁸⁴ en de beoordelingsruimte bij de vaststelling van letselschade in het aansprakelijkheidsrecht leek te willen toepassen. Dat was niet aan de orde, nu het verzochte deskundigenbericht betrekking had op een mogelijke nakomingsvordering uit een verzekeringsovereenkomst, waarbij het de verzekeraar vrijstaat om de dekking in de polisvoorwaarden te beperken.

Het hof Den Bosch wees bij arrest van 19 mei 2020⁸⁵ een claim af, omdat geen sprake was van een psychiatrische stoornis. Volgens de door de rechtbank benoemde psychiater was geen sprake van PTSS of een aanpassingsstoornis. Deze conclusie was consistent en volgde logischerwijs uit zijn bevindingen. De deskundige had de door de verzekerde gemelde klachten van angst, ongerustheid en neerslachtigheid volgens het hof serieus genomen. Zo had hij aangegeven dat die gevoelens weliswaar niet irreëel waren, maar niet zodanig ernstig van aard dat zij als pathologisch konden worden aangemerkt.

6. Claimbehandeling

6.1 Inleiding

Het Verbond van Verzekeraars heeft in 2024 een nieuwe Gedragscode Claimbehandeling opgesteld. Artikel 7 ziet – meer specifiek – op de informatie die de verzekerde krijgt na een claim op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering en geeft informatie over de claimbehandeling (art. 7.1), de verzekering (art. 7.2) en de mogelijke gevolgen van de arbeidsongeschiktheid voor de inkomsten of omzet (art. 7.3). Artikel 7.4 legt uit wie betrokken is bij de claimbehandeling, gevolgd

door artikel 7.5 dat betrekking heeft over “vragen om een second opinion”.⁸⁶

6.2 Vaststelling van (de mate van) arbeidsongeschiktheid

Bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering verloopt de vaststelling van (de mate van) arbeidsongeschiktheid doorgaans als volgt: eerst onderzoekt een medisch deskundige of bij de verzekerde sprake is van objectief medische vaststelbare stoornissen als gevolg van ziekte of ongeval. Deze arts kan een controlerend arts zijn of een medisch specialist.⁸⁷ Vervolgens beoordeelt een verzekeringsarts op basis van de door de medisch deskundige vastgestelde stoornissen en eigen onderzoek of de verzekerde is beperkt in zijn belastbaarheid voor arbeidswerkzaamheden en legt dat vast in een zogenoemde functionele mogelijkhedenlijst.⁸⁸ Daarna maakt de arbeidsdeskundige⁸⁹ op basis van de beperkingen in de belastbaarheid door eigen onderzoek een inschatting van de mate waarin de verzekerde de werkzaamheden van zijn of haar beroep of passende arbeid⁹⁰ niet meer kan verrichten.⁹¹ Deze drie deskundigen hebben ieder hun eigen expertise en beperken zich dan ook wat betreft tot hun oordelen daartoe. Zo mag een arts niet vaststellen in welke mate de verzekerde door zijn beperkingen

⁸⁶ Vgl. hierover: HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800.

⁸⁷ Vgl. de uitspraak van 14 augustus 2019 van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam (ECLI:NL:TGZRAMS:2019:160), waarin het tuchtcollege een klacht van een verzekerde over het medisch advies aan de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar verwierp. Volgens de verzekerde had de medisch adviseur die de claim i.o.v. de verzekeraar behandelde ten onrechte de diagnose fibromyalgie genegeerd (ongegronnd). Zie in dit verband ook de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven (ECLI:NL:TGZREIN:2021:19), waarin het overweegt dat de medisch adviseur nadrukkelijker aan de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar had kunnen toelichten waarom hij aanleiding zag de eerdere diagnoses of klachten te relativiseren. Het acht dat echter niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Daarbij is van belang dat een diagnose op zichzelf nog geen aanleiding geeft om beperkingen te veronderstellen. Het gaat altijd om het totaalbeeld, aldus het tuchtcollege dat daarbij aantekent dat uit de anamnese bleek dat de verzekerde t.t.v. het onderzoek niet of nauwelijks klachten ervoer.

⁸⁸ Vgl. de uitspraak van 13 juni 2022 van het CTG, waarin het de klacht verwierp tegen een medisch adviseur die niet alle relevante medische informatie aan de verzekeringsarts zou hebben toegezonden i.h.k.v. de opdracht tot het verrichten van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek (ECLI:NL:TGZTCG:2022:112). Zie in dit verband ook de uitspraak van 30 oktober 2024 van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, waarin het tuchtcollege geen indicatie aanwezig achtte dat het dossier onvolledig was of dat er nog andere stukken moesten worden toegevoegd na het verstrekken van de opdracht tot een verzekeringsgeneeskundig onderzoek. De medisch adviseur was uitgegaan van de hem toegezonden stukken. Het ontbreken van stukken kon hem dan ook niet worden tegengeworpen.

⁸⁹ Doorgaans zijn bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen arbeidsdeskundigen betrokken die zijn geregistreerd bij de Stichting Register Arbeidsdeskundigen (SRA) en aldaar tuchtrechtelijk zijn aan te spreken. De Gedragscode SRA is gewijzigd in 2023 (www.register-arbeidsdeskundigen.nl). Vgl. omtrent het tuchtrecht voor arbeidsdeskundigen en SRA: A-G Hartlief in zijn conclusie van 6 juli 2018, ECLI:NL:PHR:2018:788, r.o. 4.10.

⁹⁰ Vgl. Handleiding omgaan met Passende Arbeid door arbeidsdeskundigen, 2^e druk 2021, opgesteld door NvVA.

⁹¹ Vgl. de beslissing van het Arbeidsdeskundig Tuchtcollege SRA 22 juni 2023 (nr. 22-73/AT, te kennen via www.register-arbeidsdeskundigen.nl) waarin het AT een klacht tegen een arbeidsdeskundige ongegrond verklaarde. Volgens het AT had de arbeidsdeskundige op inzichtelijke wijze uiteengezet op welke gronden zij tot de arbeidsdeskundige onderbouwing van de mate van arbeidsongeschiktheid kwam. Daarmee voldeed haar rapportage aan de eisen van de Gedragscode SRA.

⁸³ Rb. Gelderland 12 februari 2025, ECLI:NL:RBGEL:2025:1321, JA 2025/74, m.nt. E.J. Wervelman.

⁸⁴ Vgl. het hiervoor besproken arrest HR 6 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1736. De rechtbank gaat in het vonnis ook in op HR 16 april 1999, ECLI:NL:HR:1999:ZC2887.

⁸⁵ Hof Den Bosch 19 mei 2020, ECLI:NL:GHSHE:2020:1601.

nog in staat is (verzekerde) werkzaamheden te verrichten. Die beoordeling is voorbehouden aan de arbeidsdeskundige.^{92, 93} Het bepalen van de arbeidsongeschiktheid is een theoretische exercitie,⁹⁴ waarbij niet de vraag wordt beantwoord of de verzekerde daadwerkelijk in staat is om in de bestaande werksituatie zijn beroepswerkzaamheden te kunnen uitoefenen.⁹⁵ Het gaat bovendien niet om het nog kunnen uitoefenen van het beroep, maar om het nog kunnen verrichten (met beperking) van werkzaamheden die aan het beroep zijn verbonden.⁹⁶

Ofschoon de arbeidsdeskundige als derde deskundige in de drietrapsraket de mate van arbeidsongeschiktheid vaststelt, is een vroege interventie door arbeidsdeskundigen van groot belang bij ondernemers. Bij ondernemers is namelijk van belang om zo snel mogelijk na het ongeval of een ziektemelding opdracht te geven aan een arbeidsdeskundige om de bedrijfseconomische situatie grondig te onderzoeken en vast te leggen. Veel gegevens over de arbeidsituatie ten tijde van de melding gaan namelijk na en door verloop van tijd verloren. Denk aan belangrijke informatiebronnen over werkzaamheden van de ondernemer, zoals agenda's, klantenbestanden en facturen. Deze zijn voor een arbeidsdeskundige belangrijk om de aard en omvang van de arbeid van de ondernemer vast te kunnen stellen. Met het verstrijken van veel tijd gaat deze informatie vaak verloren. Dat compliceert de behandeling van de claim later en heeft dus een negatief effect op de snelheid en de kwaliteit van de schadeafhandeling.⁹⁷

De Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen (NvVA) en de Stichting Register Arbeidsdeskundigen (SRA) hebben in 2023 de Handleiding Omgaan met Persoonsgegevens

door Arbeidsdeskundigen⁹⁸ aangescherpt. Als hoofdregel geldt dat de arbeidsdeskundige de mate van arbeidsongeschiktheid vaststelt aan de hand van de beperkingen in de belastbaarheid die zijn vastgesteld door de verzekeringsarts. Als belangrijke uitzondering daarop is in de nieuwe versie van de Handleiding Omgaan met Persoonsgegevens door Arbeidsdeskundigen bepaald dat de arbeidsdeskundige de opdracht kan ontvangen om uit te gaan van de belemmeringen die de verzekerde ervaart. Vanzelfsprekend moet dat wel duidelijk zijn verankerd in de vraagstelling en is duidelijk dat een en ander afwijkt van de polisvoorwaarden die immers uitgaan van objectief medisch vaststelbare stoornissen. Aangezien veelal in de beginfase van de behandeling van een claim op een arbeidsongeschiktheidsverzekering de beperkingen van de verzekerde in diens belastbaarheid nog niet door een medicus in kaart zijn gebracht, is deze uitbreiding een welkome aanvulling voor de praktijk van alledag.⁹⁹

Om in aanmerking te komen voor een uitkering is, zoals gezegd, noodzakelijk dat de verzekerde bewijst dat bij hem: (i) sprake is van ziekte of ongeval waardoor; (ii) sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen; (iii) waardoor beperkingen bestaan in de belastbaarheid; (iv) waardoor de verzekerde beperkt is in arbeidswerkzaamheden.¹⁰⁰ Dit betekent dat als bij de verzekerde geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot ziekte of ongeval evenmin aanleiding bestaat om een verzekeringsarts te vragen onderzoek te verrichten naar beperkingen in de belastbaarheid.¹⁰¹

Als uitgangspunt geldt dat niet is verzekerd het beroep of bedrijf als zodanig, maar de feitelijke (inkomen generende) werkzaamheden die de verzekerde verricht. Het hof Den Bosch voegde daar nog aan toe dat de mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald aan de hand van de vraag voor welke werkzaamheden de verzekerde is uitgevallen, waardoor dus in bepaald opzicht wordt geabstraheerd van het bedrijf van de verzekerde.¹⁰² Opgelegde beperkingen ter zake van de rijbevoegdheid door het CBR leidden tot het vonnis van 23 november 2022 van de rechtbank Gelderland.¹⁰³ Het CBR oordeelde dat de verzekerde niet verder mocht rijden dan een straal van 30 km rond zijn woonadres. De verzekerde betoogde dat hij daardoor onmogelijk "zakelijk" kon reizen. De verzekeraar bestreed dit en achtte

92 Vgl. A-G Hartlief in zijn conclusie van 6 juli 2018, ECLI:NL:PHR:2018:788, r.o. 4.6.

93 Zie over de scheiding van de werkzaamheden van de medisch specialist, de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige ook de beschikking van de Rb. Den Haag van 19 december 2024, ECLI:NL:RBDHA:2024:22814, waarin zij overweegt dat de neuroloog zich uitsluitend over de medische aspecten van de zaak mag uitlaten, zodat vragen naar een rechtstreekse koppeling met het uitoefenen van het beroep niet toelaatbaar zijn. Het is (evt.) aan een arbeidsdeskundige (nadat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft plaatsgehad) om te oordelen over de arbeidsmogelijkheden, aldus de rechtbank. Zie daarover ook: Rb. Gelderland 12 februari 2025, ECLI:NL:RBGEL:2025:1321, JA 2025/74, m.nt. E.J. Wervelman. Vgl. over de voorgenomen benoeming van een medisch specialist: Rb. Midden-Nederland 12 maart 2025, ECLI:NL:RBMNE:2025:962, waarin zij uitgebreid motiveert waar de uitkomst van een onderzoek van door haar te benoemen deskundigen in financiële zin concreet toe zou gaan leiden.

94 Vgl. Rb. Midden-Nederland 29 november 2024, ECLI:NL:RBMNE:2024:6533 die ook uitgaat van een berekening van de uitkering o.b.v. de theoretische mate van arbeidsongeschiktheid, r.o. 3.9.

95 Zie omtrent het stellen van vragen aan een arbeidsdeskundige n.a.v. diens rapportage de beslissing van 7 juni 2024 van de Tuchtraad Verzekeraars (nr. 24-004), waaruit blijkt dat het een verzekeraar vrijstaat om de arbeidsdeskundige n.a.v. een rapportage vragen te stellen en om een nadere uitleg te vragen. Wel achtte de tuchtraad ongelukkig dat de opdracht aan de arbeidsdeskundige onvoldoende nauwkeurig was geformuleerd als gevolg waarvan discussie was ontstaan. De tuchtraad oordeelde echter dat de verzekeraar door zijn handelen niet de goede naam van of het aanzien van en het vertrouwen in de bedrijfstak had geschaad.

96 Vgl. Hof Arnhem-Leeuwarden 16 april 2019, ECLI:NL:GHARL:2019:3349, r.o. 2.26.

97 E. Adriaansz, 'De invloed van de arbeidsdeskundige op de snelheid en kwaliteit van de schade-afhandeling', *TVP* 2024, p. 105-110.

98 De Handleiding Omgaan met Persoonsgegevens door Arbeidsdeskundigen (2023) is te raadplegen via www.nvva.nl en www.sra.nl.

99 Wel is van belang om duidelijk te maken dat de contractuele, oftewel rechtens afdwingbare toets een andere is, te weten a.g.v. objectief medisch vaststelbare beperkingen in directe relatie tot ziekte of ongeval sprake is van zodanige beperkingen in de belastbaarheid dat de verzekerde daardoor de vereiste ondergrens behaalt om in aanmerking te komen voor een uitkering. Een (objectieve) medische toets dus en niet alleen een registratie van ervaren belemmeringen.

100 Vgl. HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800 en HR 24 maart 1995, *NJ* 1995/350.

101 Zie een voorbeeld: Rb. Gelderland 12 februari 2025, ECLI:NL:RBGEL:2025:1321 die in par. 5 is toegelicht.

102 Hof Den Bosch 25 april 2017, ECLI:NL:GHSHE:2017:1843, r.o. 4.7 en Rb. Gelderland 1 februari 2023, ECLI:NL:RBGEL:2023:574, r.o. 4.7.

103 Rb. Gelderland 23 november 2022, ECLI:NL:RBGEL:2022:6538.

niet (kenbaar) medisch onderbouwd waarom het CBR tot dit besluit was gekomen. In onderling overleg met de verzekeraar had immers een verzekeringsgeneeskundige beoordeling plaatsgevonden waaruit deze beperking niet bleek. De rechtbank stelde de verzekeraar in het gelijk, omdat een verklaring voor de forse discrepantie ontbrak en liet de beperkingen die het CBR de verzekerde had opgelegd verder buiten beschouwing.

De verzekerde die voldoet aan alle eisen van arbeidsongeschiktheid, zal in beginsel recht hebben op een uitkering. Daarvoor is echter wel vereist dat (daadwerkelijk) sprake is van uitval in de werkzaamheden. Wie beperkingen heeft, maar toch volledig werkt, heeft daarom geen recht op uitkering.¹⁰⁴ Alvorens de (hiervoor besproken) drietrapsraket in te stappen, stellen verzekeraars de mate van arbeidsongeschiktheid soms vast aan de hand van een urenvergelijking.¹⁰⁵ Dit speelde in de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 27 december 2024¹⁰⁶ die overwoog dat ook als zou kunnen worden vastgesteld dat – zoals de verzekerde betoogde – hij medisch gezien ten onrechte had gewerkt, dat niet betekende dat voor de beoordeling van de mate van zijn arbeidsongeschiktheid geen rekening meer hoefde te worden gehouden met de mate waarin hij feitelijk had doorgewerkt. Ook bij een sommenverzekering. Daar voegde de Geschillencommissie KiFiD nog aan toe dat het de verzekeraar vrijstaat om de grenzen aan te geven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.¹⁰⁷

6.3 Taakverschuivingsclausules

Er zijn polisvoorwaarden in omloop die niet alleen bepalen dat het gaat om de beoordeling van de ongeschiktheid voor het verrichten van werkzaamheden die zijn verbonden aan het beroep of bedrijf, maar die bij het vaststellen van de werkzaamheden ook bepalen dat de verzekeraar rekening houdt met mogelijke taakaanpassingen, taakverschuivingen en/of aanpassing van de werkomstandigheden. Deze clausule – ook wel de ‘taakverschuivingsclausule’ genoemd – speelde in het arrest dat de Hoge Raad wees op 9 april 2021.¹⁰⁸ De verzekerde was van beroep betonstorter. De bij de verzekerde gestelde diagnose CVS en ongedifferentieerde somatoforme stoornis waren door de verzekeraar niet gemotiveerd bestreden, zodat het hof daarvan uitging. Het hof benoemde ter vaststelling van het recht op uitkering een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige. Uit het arbeidsdeskundig onderzoek volgde 50% arbeidsongeschiktheid voor de eigen beroepsuitoefening. Daarbij constateerde de arbeidsdeskundige dat de inzetbaarheid van de verzekerde vijf uur per dag was (bij een zesdaagse werkweek) en dat er met een reistijd van 2,2 uur per dag slechts 2,8 uur werk op locatie resteerde. Deze resterende inzet achtte het hof te gering om

het eigen beroep/de eigen werkzaamheden naar behoren te verrichten. Daargelaten dat de verzekerde geen eigen bedrijf meer had. Het hof volgde dan ook de conclusie van de arbeidsdeskundige dat vanuit arbeidsdeskundig oogpunt moest worden uitgegaan van volledige arbeidsongeschiktheid. Nu tussen partijen tevens een taakverschuivingsclausule van toepassing was, diende het hof zich daarover uit te laten. Het hof had de arbeidsdeskundige die hij had benoemd, gevraagd: “a) Wat zijn/waren naar uw mening de redelijke (theoretische) mogelijkheden tot taakverschuiving, taakwijziging, voorzieningen binnen het eigen bedrijf/beroep? b) Op welke termijn zijn/waren deze mogelijkheden te realiseren en wat zijn hiervan dan de gevolgen voor de mate van arbeidsongeschiktheid?” De arbeidsdeskundige antwoordde dat de verzekerde met een compagnon werkte; er was geen eigen personeel. Er was een natuurlijke verdeling op basis van ieders affiniteiten en competenties. De betrokkene was de man op de werklocatie, de compagnon was de man met de ondernemerstaken. Het is zo dat de compagnon weleens bijspiong of samen met de betrokkene een kleinere klus deed, maar dat maakte hem nog niet geschikt voor de rol van meewerkend uitvoerder op locatie. Andersom, de verzekerde is duidelijk de praktijkman, heeft wel veel praktijkervaring maar een beperkte scholing. Het was niet aanneemelijk dat de verzekerde voldoende competenties had om de ondernemerstaken van zijn compagnon over te nemen. Los daarvan blijft gelden dat dit maar voor een beperkt aantal uren zou kunnen, gelet op de urenbeperking, aldus steeds de arbeidsdeskundige. Het hof leidde hieruit af dat de arbeidsdeskundige van oordeel was dat taakverschuiving niet tot de mogelijkheden behoorde. De arbeidsdeskundige van de verzekeraar had een opsomming gemaakt van (theoretische) mogelijkheden. Volgens het hof verloor de verzekeraar daarmee uit het oog dat de verzekerde al negen jaar geen eigen bedrijf meer had. Gesteld noch gebleken was verder dat de verzekerde in staat moest worden geacht om thans, op 59-jarige leeftijd, een soortgelijk, nieuw bedrijf uit te oefenen met inachtneming van taakverschuivingen met een nieuwe compagnon. En, zo vervolgt het hof, als er nog wel sprake zou zijn geweest van het bedrijf van de verzekerde, dan wijst het hof erop dat de deskundige de resterende inzetbaarheid ook te gering had geoordeeld voor de verzekerde om de eigen werkzaamheden naar behoren te kunnen verrichten. Voor wat betreft de mogelijkheid voor de verzekerde om de ondernemerstaken van zijn compagnon over te nemen, volgde het hof de bevindingen en het antwoord van de arbeidsdeskundige. De Hoge Raad liet dit oordeel in cassatie intact.

Een beroep op dit arrest van de Hoge Raad strandde in de zaak die leidde tot het vonnis van de rechtbank Gelderland van 23 november 2022.¹⁰⁹ De rechtbank overwoog dat het in die zaak, anders dan in de zaak waarover de rechtbank oordeelde, ging om taakverschuiving in de zin van het verrichten van andere taken en werkzaamheden binnen hetzelfde bedrijf. De taakverschuiving waarop de zaak van de

104 Vgl. Rb. Midden-Nederland 29 november 2024, ECLI:NL:RBMNE:2024:6533, r.o. 3.9.

105 Hof Den Bosch 23 november 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3518, r.o. 8.18 en Geschillencommissie KiFiD 24 oktober 2024, nr. 2024-0923.

106 Geschillencommissie KiFiD 27 december 2024, nr. 2024-1131.

107 Vgl. HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435.

108 HR 9 april 2021, ECLI:NL:HR:2021:521 (Art. 81 RO).

109 Rb. Gelderland 23 november 2022, ECLI:NL:RBGEL:2022:6538.

rechtbank zag, was van een andere, veel beperktere aard. De arbeidsdeskundige die de rechtbank in die zaak had benoemd, doelde op taakverschuiving in de zin van een (al dan niet gedeeltelijke) verplaatsing van administratieve werkzaamheden naar de ochtenduren, oftewel een verplaatsing van eigen, gebruikelijke taken en werkzaamheden naar een ander moment op de dag. Naar de overtuiging van de rechtbank mocht een dergelijke aanpassing in redelijkheid van de verzekerde worden verlangd. De rechtbank tekende daarbij overigens nog aan dat daar niet aan afdeed dat de verzekerde de bedrijfsvoering al jarenlang had gestaakt. De verzekerde achtte zich immers onverkort volledig arbeidsongeschikt. De rechtbank overweegt daarover dat een beoordeling op basis van de feitelijke en pragmatische mogelijkheden daardoor sowieso onmogelijk is, zodat de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid beperkt moet blijven tot een theoretische exercitie.

Er zijn overigens verschillende taakverschuivingsclausules in omloop. Zeer ruim geformuleerd was de clausule in het arrest van het hof Den Haag van 25 januari 2022.¹¹⁰ Het ging niet alleen om taakverschuivingen binnen het eigen beroep/bedrijf, maar ook binnen de eigen beroepsgroep/bedrijfstak. Een redelijke uitleg van die polisvoorwaarde bracht volgens het hof mee dat bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid niet alleen rekening moest worden gehouden met de werkzaamheden die de verzekerde kon uitoefenen als zelfstandige, maar ook met werkzaamheden die hij – binnen de eigen beroepsgroep of bedrijfstak – kon uitoefenen in loondienst. Dat hij ten tijde van het ongeval ruim twintig jaar als ondernemer werkzaam was en een grote onderneming met diverse dochterondernemingen had opgebouwd, stond daaraan niet in de weg.¹¹¹ Bij toepassing van taakverschuivingsclausules is van belang om na te gaan of de verzekerde met de geduide taakverschuiving tot een voldoende rendabele exploitatie kan komen. Oftewel, of de taken die deel uitmaken van de arbeidsgeschiktheid in voldoende mate geldgenererend zijn. De rechtbank Gelderland achtte bij vonnis van 2 december 2020¹¹² een vraag daarnaar aan de benoemde arbeidsdeskundige relevant.¹¹³ De deeltaak klein brood was in die zaak voor het deel dat de verzekerde arbeidsgeschikt was (30%) geldgenererend. Daarom bestond volgens de rechtbank op zichzelf geen aanleiding om dit deel arbeidsgeschiktheid buiten beschouwing te laten. Bij de mogelijkheid van taakaanpassing tot werken in de winkel wees de arbeidsdeskundige erop dat een bakker circa 30% duurder was dan een winkelmedewerker en geen sprake was van een gelijkwaardige uitwisseling. In feite gaf de arbeidsdeskundige hiermee volgens de rechtbank aan dat dit niet rendabel was en daarom niet als taakaanpassing in aanmerking kwam. De rechtbank merkte

op dat de verzekering tot doel had om de ongeschiktheid tot verrichten van de werkzaamheden die aan het beroep/bedrijf waren verbonden te verzekeren, niet een verzekering voor het beroep/bedrijf op zich.¹¹⁴

6.4 Dekkingsvragen

In de verslagperiode is een aantal gerechtelijke procedures gevoerd over dekkingsvragen. Het hof Den Haag oordeelde bij arrest van 5 december 2023¹¹⁵ dat een tandarts gedekt was onder een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het op de polis vermelde jaarinkomen was verzekerd, te weten het jaarinkomen van een zelfstandig ondernemer, dan wel een directeur-grotaandeelhouder (dga). Het inkomen van een werknemer werd niet verzekerd. Daarom was in de polisvoorwaarden opgenomen dat onmiddellijk aan de verzekeraar moest worden gemeld als de verzekerde verplicht verzekerd werd voor werknemersverzekeringen. Kortom, het inkomen dat een verzekerde verdiende als werknemer die verplicht was verzekerd voor de werknemersverzekeringen was niet gedekt onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering, omdat uitsluitend het inkomen van een zelfstandig beroepsbeoefenaar of een dga werd verzekerd. De rechtbank oordeelde dat de tandarts niet als zelfstandige beroepsbeoefenaar en/of dga kon worden aangemerkt. Zij kwam in beroep. Met succes. Het hof stelde voorop dat de polisvoorwaarden niet definieerden wat moest worden verstaan onder een 'dga'. De verzekeraar had aansluiting gezocht bij de Regeling aanwijzing directeur-grotaandeelhouder.¹¹⁶ Uit artikel 2 lid 1 onder a van die regeling volgt dat een dga een bestuurder is die houder is van aandelen en ten minste de helft van de stemmen in de algemene vergadering van de vennootschap vertegenwoordigt. Artikel 1 aanhef en onder c van de regeling bepaalt dat onder 'bestuurder' wordt verstaan: de statutair bestuurder van een vennootschap. Het hof ging uit van de door de verzekeraar gehanteerde definitie van 'dga' en achtte aannemelijk dat de verzekeraar bij het opstellen van de polisvoorwaarden wilde aansluiten bij die regeling. Daarin wordt vastgesteld wanneer een dga niet verplicht verzekerd is voor de werknemersverzekeringen, wat dus ook aansluit bij de doelstelling van de verzekeraar om enkel dga's te verzekeren die niet verzekerd zijn voor de werknemersverzekeringen. Tussen partijen stond vast dat de tandarts 50% van de aandelen bezat. Betwist was niet dat zij daarmee ook de helft van de stemmen in de algemene vergadering van aandeelhouders vertegenwoordigde, zodat in zoverre was voldaan aan artikel 2 lid 1 onder a van de regeling. In geschil was of zij ook was aan te merken als statutair directeur. Volgens het hof had de tandarts de stelling van de verzekeraar dat zij geen statutair bestuurder was voldoende gemotiveerd betwist. Het hof achtte nog wel

110 Hof Den Haag 25 januari 2022, ECLI:NL:GHDHA:2022:113.

111 Zie omtrent taakverschuivingsclausules ook: Hof Den Haag 10 september 2024, ECLI:NL:GHDHA:2024:1517, JA 2024/169, m.nt. E.J. Wervelman; Hof Den Bosch 23 november 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3518 en Hof Den Bosch 25 april 2017, JA 2017/116.

112 Rb. Gelderland 2 december 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:7185, r.o. 2.9.

113 Zie bijv. Hof Arnhem-Leeuwarden 28 januari 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:745 (verwijzing door rechtbank).

114 Vgl. Rb. Gelderland 2 juni 2021, ECLI:NL:RBGEL:2021:2617, waarin de rechtbank vanwege de toepasselijkheid van een taakverschuivingsclausule een deskundige benoemde en (o.m.) vroeg naar de redelijke mogelijkheden voor taakverschuiving, taakaanpassing of voorzieningen binnen het eigen beroep of bedrijf. Het bedrijf was inmiddels beëindigd, waardoor de bepaling van de arbeidsongeschiktheid volgens de rechtbank dus een theoretische vaststelling inhield.

115 Hof Den Haag 5 december 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:2256.

116 *Scrtt.* 1997, 248, p. 15.

denkbaar dat sprake was van een schijnconstructie in die zin dat de tandarts in werkelijkheid een gewone werknemer was en geen statutair bestuurder voor wie ten onrechte nooit premies voor de werknemersverzekeringen waren afgedragen. Dat dat het geval was, was echter niet komen vast te staan.¹¹⁷

In het arrest van 4 juni 2024 van het hof Arnhem-Leeuwarden¹¹⁸ stond de vraag centraal of de verzuimverzekeraar gehouden was tot (verdere) uitkeringen, omdat de vraag rees of de betrokkene op het moment dat hij uitviel (al dan niet) werknemer was. Na het horen van getuigen oordeelde het hof dat onvoldoende twijfel was gezaaid over de door de verzekeraar aangevoerde feiten en omstandigheden en hij voorshands bewezen achtte dat geen sprake was van een daadwerkelijke gezagsverhouding tussen de verzekeringnemer als werkgever en de betrokkene als werknemer. De verzekeringnemer leverde bewijs, maar zonder succes.

Dekking onder een verzuimverzekering speelde ook in het arrest van het hof Arnhem-Leeuwarden van 22 augustus 2023.¹¹⁹ Partijen verschilden in die zaak van mening over diverse aspecten. Eén daarvan was of de werknemer medisch arbeidsongeschikt was. Het hof was van oordeel dat dat het geval was. De strekking van een verzuimverzekering was om uitkering te verlenen voor loonschade bij arbeidsongeschiktheid waarbij voor het begrip 'arbeidsongeschiktheid' werd aangesloten bij de socialeverzekeringswetgeving. Partijen waren het erover eens dat dit aan de orde is als een werknemer als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet of verminderd in staat is met arbeid te verdienen hetgeen soortgelijke gezonde personen met arbeid gewoonlijk verdienen. Op grond van een in de polisvoorwaarden opgenomen uitsluiting bestond geen recht op uitkering als de arbeidsongeschiktheid "situatief" was. Daarvan was sprake als dit door de arbodienst of de bedrijfsarts werd aangegeven. Het door de verzekeraar opgeworpen argument van situatieve arbeidsongeschiktheid werd verworpen. Het enkele feit dat het arbeidsconflict mogelijk al speelde voor het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid betekende niet dat de latere arbeidsongeschiktheid haar oorsprong niet vond in medische gronden.¹²⁰ Het hof wierp de werkgever wel tegen dat hij artikel 3 lid 2 onder d van de polisvoorwaarden had geschonden.¹²¹ Tussen de werkgever en de werknemer had mediation plaatsgevonden. In het advies dat de bedrijfsarts nadien had opgesteld, had hij echter opnieuw geadviseerd

om door te gaan met mediation. Op dat moment had de werkgever als verzekeringnemer moeten begrijpen dat, gelet op het herhaalde advies van de bedrijfsarts, toch vervolgesprekken noodzakelijk waren en had hij daadwerkelijk direct stappen moeten zetten om de voortzetting van mediation in gang te zetten, ook al vond hij zelf dat dat niet nodig was. Dat had hij niet gedaan. De bedrijfsarts had achteraf toegelicht dat mediation moest worden voortgezet om re-integratie mogelijk te kunnen maken. Omdat een werkgever op grond van artikel 7:658a BW gehouden is om zo tijdig mogelijk maatregelen te treffen die redelijkerwijs nodig zijn om de werknemer weer arbeid te laten verrichten, had de werkgever – vanaf toen – niet voldaan aan de op hem rustende wettelijke verplichting.

Er zijn producten in omloop waarmee werknemers een aanvulling krijgen op hun WAO- of WIA-uitkering. Werknemers die op de ingangsdatum van de verzekering een WAO- of WIA-uitkering ontvangen, zijn daarbij doorgaans niet meeverzekerd. Een voorbeeld hiervan is te vinden in het vonnis van de rechtbank Gelderland van 24 april 2024.¹²² Tussen partijen stond vast dat de werknemer ten tijde van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst volgens het UWV als gevolg van ziekte beperkt was om te werken. Daarmee stond vast dat hij bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 4 van de polisvoorwaarden en dus niet onder de dekking viel. Gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers worden overigens niet automatisch geaccepteerd, mogelijk wel voor het arbeidsgeschikte deel.¹²³

Doorgaans zijn van dekking uitgesloten ongevallen die het gevolg zijn van het deelnemen aan wedstrijden en trainingen indien die een snelheidselement bevatten of dat element overheerst. Een dergelijke polisvoorwaarde vormde de inzet van de procedure die leidde tot het arrest van het hof Arnhem-Leeuwarden van 14 februari 2023.¹²⁴ De verzekerde had een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten via een tussenpersoon. Hij beoefende op een redelijk hoog niveau met een licentie voor wedstrijden autocross en reed daarbij zo'n twintig nationale en internationale wedstrijden per jaar. De opvolgend tussenpersoon die de arbeidsongeschiktheidsverzekering in zijn portefeuille had overgenomen, had de verzekerde een tijdje in de autocross gesponsord. Op enig moment kreeg hij tijdens een autocross een ernstig ongeval, brak zijn rug en liep een (incomplete) hoge dwarslaesie op. De verzekeraar wees de claim af, waarna de verzekerde zich richtte tot de tussenpersoon die hem een tijdje had gesponsord. Dat trof doel. Volgens het hof had de tussenpersoon – die wist dat de verzekerde aan autocross deed – moeten navragen wat die activiteiten precies inhielden, hem (vervolgens) op de dekkingsuitsluiting moeten wijzen en met hem moeten overleggen over een oplossing. Hetzij door de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar

117 Vgl. over dit arrest: A. Koert, 'Dekking van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen', VAST 2024 / B006.

118 Hof Arnhem-Leeuwarden 4 juni 2024, ECLI:NL:GHARL:2024:3737.

119 Hof Arnhem-Leeuwarden 22 augustus 2023, ECLI:NL:GHARL:2023:7030.

120 Aldus art. 1 lid 3 van de toepasselijke polisvoorwaarden. De werkgever was niet gehouden tot loondoorbetaling, zoals bedoeld in art. 3 lid 1 onder d van de polisvoorwaarden.

121 Daarin stond dat er geen recht op uitkering bestond indien de verzekeringnemer adviezen van de arbodienst/bedrijfsarts niet opvolgde en zich niet strikt aan de wettelijke verplichtingen hield. De verplichting om adviezen van de bedrijfsarts en de arbodienst op te volgen, was verankerd in art. 10 van de polisvoorwaarden.

122 Rb. Gelderland 24 april 2024, ECLI:NL:RBGEL:2024:2445.

123 Vgl. Geschillencommissie KiFiD 18 juli 2024, nr. 2024-0618.

124 Hof Arnhem-Leeuwarden 14 februari 2023, ECLI:NL:GHARL:2023:1290.

op de hoogte te brengen van het risico alsnog bij te verzekeren, hetzij door op zoek te gaan naar een voor de verzekerde aanvaardbare en betaalbare arbeidsongeschiktheidsverzekering bij een andere verzekeraar waarin het risico voor autocrosswedstrijden niet zou worden uitgesloten.

Een beroep op de alcoholuitsluitingsclausule vormde de inzet van het vonnis van de rechtbank Midden-Nederland van 22 januari 2025.¹²⁵ De verzekerde was 's nachts met zijn fiets gevallen, had diverse lichamelijke en psychische klachten opgelopen en raakte gedeeltelijk arbeidsongeschikt in de zin van de polisvoorwaarden. De verzekeraar weigerde uitkering en beriep zich (onder meer) op de alcoholuitsluitingsclausule in artikel 7.2 van de toepasselijke polisvoorwaarden.¹²⁶ Dat slaagde niet bij de rechtbank, omdat de verzekeraar niet (voldoende) aannemelijk maakte dat de verzekerde te veel alcohol had gedronken, en ook niet dat daardoor het verkeersongeluk is gebeurd, waarbij zij uitgebreid ingaat op de medische informatie en de verklaringen.

7. Opzet tot misleiding

7.1 *Opzet tot misleiding bij claimbehandeling*

De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 21 februari 2020¹²⁷ uiteengezet wat moet worden verstaan onder het 'opzet tot misleiding'. Hij verwijst naar zijn arrest van 25 maart 2016¹²⁸ waarin hij deze bewoordingen aldus uitlegt dat het recht op uitkering vervalt, indien de verzekeringnemer niet aan zijn in artikel 7:928 BW bedoelde mededelingsplicht heeft voldaan met de bedoeling de verzekeraar ertoe te bewegen een overeenkomst aan te gaan die hij niet of niet op dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. De Hoge Raad overweegt dat artikel 7:930 lid 5 en artikel 7:941 lid 5 BW op vergelijkbare wijze en, wat betreft het opzet tot misleiding, in gelijke bewoordingen de meest vergaande sanctie, te weten algeheel verval van het recht op uitkering, regelen die kan worden verbonden aan schending van de mededelingsplicht. De Hoge Raad overweegt dan ook dat bij de beantwoording van de vraag of de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde met de schending van de in artikel 7:941 lid 2 BW bedoelde mededelingsplicht het opzet heeft gehad om de verzekeraar te misleiden, moet worden onderzocht of hij daarbij de bedoeling heeft gehad de verzekeraar te bewegen tot het verstrekken van een uitkering die hij zonder die schending niet zou hebben verstrekt. De Hoge Raad oordeelde dat van opzet tot misleiding geen sprake was. De verzekeringnemer had ten onrechte de uitbreiding van zijn werkzaamheden niet aan de verzekeraar gemeld,

maar dat leidde echter nog niet tot opzet tot misleiding.¹²⁹ Het vermelden waard is overigens dat het hof oordeelde dat de verzekeraar voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid in hoge mate afhankelijk is van mededelingen van de verzekerde. Een redelijk handelend verzekerde had dit moeten beseffen, zodat melding van de uitbreiding in ieder geval had moeten plaatsvinden waarna de verzekeraar desgewenst nader onderzoek naar de omvang en aard van de werkzaamheden had kunnen verrichten. Het hof was daarbij van oordeel dat de polisvoorwaarden als geheel moesten worden gelezen en dit ook tegen de achtergrond van de polisvoorwaarden als geheel bezien een algemene (dus ook spontane) mededelingsplicht van relevante feiten en omstandigheden inhoudt voor de verzekerde. Daarbij speelt het karakter van de arbeidsongeschiktheidsverzekering een rol, waarbij de verzekeraar moet kunnen vertrouwen op informatie die de verzekerde heeft verstrekt en bereid is te verstrekken. Die mededelingsplicht houdt volgens het hof niet alleen de verplichting in tot het verstrekken van informatie die door de verzekeraar wordt gevraagd, maar ook tot het – spontaan – meedelen van feiten en omstandigheden waar niet om is gevraagd. Juist omdat deze niet bij de verzekeraar, maar wel bij de verzekerde bekend zijn en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat deze van belang zijn voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering. Het hof voegt daaraan toe dat niet alleen de toepasselijke polisvoorwaarden, maar ook artikel 7:941 lid 2 BW uitgaat van een spontane informatieplicht.

Het hof Den Haag overwoog bij arrest van 28 februari 2023¹³⁰ dat het oogmerk om te misleiden – dat wil zeggen: het oogmerk om een hogere uitkering te krijgen dan waarop recht bestaat, dan wel een uitkering te verkrijgen waarop bij kennis van de ware stand van zaken in het geheel geen recht bestaat – een innerlijke toestand van de verzekerde of uitkeringsgerechtigde is die alleen kan worden aangetoond door middel van vermoedens, af te leiden uit de feiten en omstandigheden van het geval. De verzekerde betoogde dat zij tot niets in staat was, dat wil zeggen: geen werkzaamheden kon verrichten en zich ook niet in het openbaar kon begeven, terwijl uit onderzoek bleek dat die mededelingen niet juist waren. Saillant was dat de melding van arbeidsongeschiktheid – volledig en langdurend – kort na de ingangsdatum van de verzekering plaatsvond. Bovendien gold datzelfde voor de door de verzekerde bij een andere verzekeraar afgesloten verzuimverzekering voor haar werknemer (haar echtgenoot). Ook de echtgenoot was kort na de ingangsdatum van de verzuimverzekering uitgevallen. Het viel op dat de mededelingen die de verzekerde tegenover die verzekering had gedaan over het ziektebeeld van haar

125 Rb. Midden-Nederland 22 januari 2025, ECLI:NL:RBMNE:2025:963.

126 Luidende, voor zover relevant, als volgt: "Er is geen dekking als: het alcoholgehalte in het bloed bij verzekerde op het moment van het ongeluk of van een ongeval hoger is dan wettelijk mag; wij aannemelijk maken dat het verkeersongeluk gebeurde doordat de verzekerde te veel alcohol had gedronken."

127 HR 21 februari 2020, ECLI:NL:HR:2020:311.

128 HR 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507.

129 De Hoge Raad vernietigde het arrest van het hof wel, door te oordelen dat de verzekeraar de mogelijkheid was ontnomen om nader onderzoek te doen naar de uitbreiding van de werkzaamheden, met mogelijke consequenties voor zijn bewijspositie in een later stadium. Daardoor kon de verzekeraar in een redelijk belang zijn geschaad als bedoeld in art. 7:941 lid 4 BW, maar het hof had dat niet beoordeeld.

130 Hof Den Haag 28 februari 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:271.

echtgenoot een grote mate van gelijkenis vertoonden met het ziektebeeld van haarzelf, zoals dat door haar echtgenoot was geschetst tegenover de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar.

Een verzekerde moet alle relevante informatie verschaffen, zoals blijkt uit het vonnis van de rechtbank Oost-Brabant van 15 februari 2023¹³¹ waarin de verzekerde stelde dat hij wel degelijk informatie had verschaft aan de verzekeraar. Dat had hij niet gedaan en had de verzekeraar opzettelijk misleid. De verzekerde had een beeld geschetst dat hij slechts conciërgeachtige werkzaamheden kon verrichten met een maximum van 2,5 uur per dag vanwege rugklachten. Uit onderzoek bleek echter dat hij op 4 dagen per week 8 uur, 5 uur, 7,5 uur respectievelijk 6,5 uur per dag werkte en zaken met materiaal en kalkzandsteen blokken droeg; hij was tegelzetter.¹³² De verzekerde had de verzekeraar meerdere keren niet geïnformeerd over zijn werkzaamheden, terwijl dat wel relevant was voor de beoordeling en hij wist dat hij de niet-gemelde gegevens had moeten melden. Hij had bovendien onwaarheden verteld over de werkzaamheden die hij (wel) kon verrichten.

Bij beoordeling van het recht op uitkering is het *mogen* uitoefenen van het beroep van wezenlijk belang. Het hof Den Haag achtte dat evident bij het arrest van 3 augustus 2021¹³³ waarin het aannam dat sprake was van opzet tot misleiding. Verzekerd is immers alleen het niet kunnen verrichten van werkzaamheden als huisarts als gevolg van – kort gezegd – ziekte of ongeval, en niet het niet *mogen* verrichten van de werkzaamheden vanwege een tuchtrechtelijke maatregel. De verzekerde huisarts was door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg de maatregel van doorhaling van zijn inschrijving in het BIG-register opgelegd. Dat had hij ten onrechte niet aan de verzekeraar gemeld. Voor een hoogopgeleid persoon als de verzekerde had zonder meer duidelijk moeten zijn dat voor de verzekeraar – met het oog op de causaliteitsbeoordeling – de inschrijving in het BIG-register van wezenlijk belang was. Als de verzekerde dat toch niet spontaan zou hebben begrepen, dan had hij dat in ieder geval in redelijkheid moeten begrijpen uit de mail van de verzekeraar die vroeg naar opheldering over een mogelijke schorsing. Desondanks had de verzekerde de verzekeraar daar niet over geïnformeerd. Dat rechtvaardigde de veronderstelling dat de verzekerde dat bewust had achtergehouden. De verzekerde had de wettelijke en contractuele verplichting om niet alleen desgevraagd, maar ook spontaan deze informatie te verstrekken nu deze onmiskenbaar van belang was voor de verzekeraar.¹³⁴ De verzekerde betoogde nog dat de polisvoorwaarde waarin was bepaald dat geen rekening

wordt gehouden met mogelijk verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van de arbeid of het beroep, voor hem aanleiding vormde om te veronderstellen dat hij de schorsing niet hoefde te melden. Het hof verwierp dat. Daartoe overwoog hij dat het voor een recht op uitkering niet van belang is of er een oorzakelijk verband bestaat tussen objectief medisch vast te stellen stoornissen en het niet kunnen uitoefenen van de functie. Dat van arbeidsongeschiktheid alleen sprake is als de werkzaamheden die horen bij het beroep niet kunnen worden uitgevoerd als gevolg van objectief medisch vast te stellen stoornissen blijkt immers uit het begrip ‘arbeidsongeschiktheid’.¹³⁵ Het hof wees erop dat dat met de zinsnede “geen rekening wordt gehouden met” nog eens werd benadrukt. Daarmee is volgens het hof buiten twijfel gesteld dat, indien – als gevolg van objectief medisch vast te stellen stoornissen – (ook) sprake is van een verminderde mogelijkheid tot het verkrijgen van werk, dit niet (mede) van invloed is op de mate van arbeidsongeschiktheid. De verzekerde had de schorsing bestreden. Hij stelde zelf letterlijk dat hij “nooit geschorst was”, wat niet klopte. Daarbij gold dat de verzekerde moet hebben begrepen dat de verzekeraar informatie over een eventuele schorsing wilde ontvangen. Dat hij – desondanks – deze informatie aan de verzekeraar had onthouden en zelfs had ontkend dat van een schorsing sprake was in plaats van toe te lichten dat op dat moment de schorsing nog niet onherroepelijk was, in combinatie met het verzoek om de bevestiging dat er niks aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering was veranderd, kon niet anders worden uitgelegd dan dat hij hiermee had gepoogd om de verzekeraar te misleiden, zodat de verzekering ongewijzigd in stand zou blijven. De verzekerde kwam tijdens de claimbehandeling ook de “probleemanalyse AOV” van de verzekeraar onder ogen. Daaruit bleek dat de verzekeraar niet op de hoogte was van het feit dat hij niet meer als huisarts werkzaam mocht zijn. Het hof leidt daaruit af dat de verzekerde nooit de bedoeling heeft gehad om de verzekeraar volledig en naar waarheid te informeren. Dat hij de verzekeraar zou informeren, had wel van hem mogen worden verwacht, zeker ook nu de verzekeraar bij toezending van het gespreksverslag expliciet had gevraagd: “Als u vindt dat er iets ontbreekt of niet juist is weergegeven, wilt u dat dan vooral laten weten.”¹³⁶

Voor opzet tot misleiding is niet steeds vereist dat de te bewijzen feiten en omstandigheden onomstotelijk vaststaan. Er moet een redelijke mate van zekerheid bestaan dat het feit zich heeft voorgedaan.¹³⁷ Het hof Amsterdam was bij

131 Rb. Oost-Brabant 15 februari 2023, ECLI:NL:RBOBR:2023:600.

132 De arbeidsongeschiktheidsverzekeraar kwam hierachter door een melding bij een beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar vanwege een claim van een klant die vond dat hij slecht werk had geleverd.

133 Hof Den Haag 3 augustus 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:1396.

134 HR 15 oktober 2019, ECLI:NL:HR:2019:1631 en HR 21 februari 2020, ECLI:NL:HR:2020:311.

135 Art. 3a van de toepasselijke polisvoorwaarden luidde: “Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze overeenkomst indien er indirecte relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% beperkt is om de beroepsbezigheden, verbonden aan het laatst bij de maatschappij bekende beroep te verrichten.”

136 Zie in gelijke zin: Rb. Overijssel 21 juli 2021, ECLI:NL:RBOVE:2021:2993 en Rb. Den Haag 23 juni 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:6619.

137 HR 16 februari 2018, ECLI:NL:HR:2018:182 en Rb. Noord-Nederland 14 april 2021, ECLI:NL:RBNNE:2021:1183.

arrest van 12 mei 2020¹³⁸ van oordeel dat de verzekerde bewust informatie had achtergehouden. Gelet op de inhoud van de polisvoorwaarden en de regelmatige gesprekken tussen de door de verzekeraar ingeschakelde deskundigen, waarbij onder meer was gesproken over het welzijn, de dagelijkse activiteiten, de werkzaamheden en de arbeidscapaciteit, had de verzekerde zich kunnen en moeten realiseren dat de informatie over de arbeidsovereenkomsten en de daarmee verworven inkomsten voor de verzekeraar van belang was voor de beoordeling van de uitkeringsplicht. Desalniettemin had de verzekerde niet op eigener beweging en ook niet in reactie op vragen van de ingeschakelde deskundigen naar waarheid melding gemaakt van deze arbeidsovereenkomsten en looninkkomsten. Daaruit leidde het hof opzettelijke misleiding af. Dat bleek uit het feit dat de verzekerde op het moment dat hij geconfronteerd werd met de kennis van de verzekeraar over de arbeidsovereenkomst nog steeds in strijd met de waarheid verklaarde over de periode daarvoor en de informatie over de eerdere arbeidsovereenkomst en de daarmee verworven looninkkomsten bewust achterhield. Vanwege het opzet tot misleiding verviel de uitkering, behoudens voor zover de misleiding het verval van recht op uitkering onder de gegeven omstandigheden niet zou rechtvaardigen. Daartoe overweegt het hof dat artikel 7:941 lid 5 BW de rechter bij de eventuele toepassing van een sanctie van verval van uitkering de mogelijkheid biedt om met de bijzonderheden van elk geval rekening te houden. De Parlementaire Geschiedenis wijst erop¹³⁹ dat de rechter aldus een gezien de zwaarte van het bedrag passende, meer proportionele sancties kan toepassen, bijvoorbeeld indien het frauduleus handelen slechts betrekking heeft op een van de verschillende vorderingen die de verzekerde onder verschillende rubrieken van de polis heeft ingediend. Daaraan is toegevoegd dat wel als uitgangspunt moet gelden dat gezien het opzet tot misleiding alleen in bijzondere omstandigheden aangenomen kan worden dat het (gehele) verval van de uitkering niet gerechtvaardigd is.¹⁴⁰ Naar het oordeel van het hof waren geen bijzondere omstandigheden gesteld of gebleken op grond waarvan het verval van recht op uitkering niet gerechtvaardigd was.¹⁴¹ Mijns inziens moet algeheel verval in beginsel altijd het uitgangspunt zijn.¹⁴²

Een verzekerde zal moeten melden dat hij heeft gewerkt in diverse periodes waarin hij volledig arbeidsongeschikt was gemeld. Dat blijkt uit het vonnis van de rechtbank Gelderland van 11 oktober 2019.¹⁴³ Bij de beoordeling stond voorop dat een verzekeringsovereenkomst als waar het

hier om gaat een bijzonder vertrouwenskarakter heeft en de verzekeraar er bij de behandeling van een schadeclaim op moet kunnen vertrouwen dat de verzekerde juiste en zo volledig mogelijke informatie ter zake verstrekt. Bij het beoordelen van de uitkeringsplicht komt het aan op de vraag in hoeverre de verzekerde beperkt is in de uitoefening van de aan het verzekerde beroep verbonden werkzaamheden. Evident is dat ten aanzien van die beperkingen zoveel mogelijk helderheid moet worden gegeven. Dat betekent dat de verzekerde een zo volledig mogelijk beeld moest geven van hetgeen waartoe hij in staat was en wat hij in dat kader ondernam. Uit die informatie moet de verzekeraar immers kunnen afleiden hoe het was gesteld met de (ontwikkeling van de) arbeidsongeschiktheid en de toekomstverwachtingen daaromtrent, aldus steeds de rechtbank die de vordering tot terugbetaling toewees.^{144, 145}

De Geschillencommissie KiFiD oordeelde op 23 januari 2024¹⁴⁶ dat de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek was geschonden, omdat de verzekeraar alleen vermoedens had en nog geen redelijk vermoeden zoals artikel 1.1 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek vereist.¹⁴⁷ De filmpjes op social media waarop de verzekerde was te zien, waren volgens hem slechts promotiemateriaal. Deze lieten weliswaar zien dat de verzekerde in zijn zaak aanwezig was en werkzaamheden verrichtte, maar niet of dit structureel of incidenteel was of wellicht slechts een pose voor het promotiefilmpje. De verzekeraar had ook het beginsel van subsidiariteit geschonden, omdat hij de informatie op een andere, minder ingrijpende manier had kunnen verkrijgen dan een meerdaagse observatie. De Geschillencommissie KiFiD liet het onderzoeksmateriaal buiten beschouwing en verklaarde de klacht gegrond.¹⁴⁸

144 Vgl. voor de veroordeling tot achterstallige premies en onderzoekskosten het tussenvonnis en het eindvonnis: Rb. Gelderland 8 januari 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:977 en Rb. Gelderland 12 februari 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:1132.

145 Vgl. het Gerecht in eerste aanleg van Curaçao 18 mei 2020, ECLI:NL:OGEAC:2020:127, waarin hij het betoog van de verzekeraar dat de verzekerde substantieel meer werkte dan volgde uit de door hem verstrekte informatie verwierp. Vgl. voor afwijzing van een beroep op bewust onjuist informeren ook: Tuchtraad Verzekeraars 12 juli 2021, nr. 21-005, waarin hij aangeeft dat de gevolgen – en m.n. het opnemen van de persoonsgegevens van de verzekerde in een extern en intern waarschuwingssysteem – zo verstrekkend zijn, dat door het vermelden daarvan het verzoek tot ondertekenen van de machtiging te dwingend is geformuleerd en de brief daardoor tegenover de verzekerde als ongerechtvaardigd dreigend moest worden geoordeeld. De verzekeraar had de verzekerde verzocht om een machtiging te ondertekenen en daarbij aangegeven dat het “consequenties kon hebben” als hij de machtiging niet zou ondertekenen. Zelfs als er een discrepantie bestond, dan nog kon daaruit volgens de tuchtraad nog niet de conclusie worden getrokken dat de verzekerde de verzekeraar bewust onjuist had geïnformeerd. Bij beslissing van 6 november 2020 wees ook de Geschillencommissie KiFiD een beroep op opzet tot misleiding af, omdat zij niet bekend was met de vragen die de arbeidsdeskundige aan de verzekerde had gesteld op grond waarvan de hoogte van de uitkering en het beroep op opzet tot misleiding was gebaseerd, nr. 2020-902.

146 Geschillencommissie KiFiD 23 januari 2025, nr. 2024-0071.

147 Deze gedragscode is inmiddels ingetrokken door het Verbond van Verzekeraars. Zie hierover: L. Warendorf & S. Schauwaert, ‘Afschaffing Gedragscode Persoonlijk Onderzoek, wat zijn de gevolgen voor de praktijk?’, *L&S* 2025-2/6.

148 Vgl. omtrent deze problematiek ook: HR 18 april 2014, ECLI:NL:HR:2014:942.

138 Hof Amsterdam 12 mei 2020, ECLI:NL:GHAMS:2020:1358.

139 *Kamerstukken II* 1999/2000, 19529, nr. 5, p. 27-28.

140 Daarbij wijst het hof expliciet op HR 3 december 2004, ECLI:NL:HR:2004:AQ8089.

141 Zie voor toewijzing van slechts een gedeeltelijke terugbetaling i.g.v. opzet tot misleiding: Rb. Oost-Brabant 15 november 2023, ECLI:NL:RBOBR:2023:5343, JA 2024/23, m.nt. Riyazi en Rb. Gelderland 12 februari 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:1132.

142 In gelijke zin Riyazi in haar noot onder Rb. Oost-Brabant 15 november 2023, ECLI:NL:RBOBR:2023:5343, JA 2024/23.

143 Rb. Gelderland 11 oktober 2019, ECLI:NL:RBGEL:2019:4527.

7.2 Opzet tot misleiding bij aangaan arbeidsongeschiktheidsverzekering

Van opzet tot misleiding bij het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering was sprake in het vonnis van de rechtbank Midden-Nederland van 26 juni 2024.¹⁴⁹ De verzekeringnemer had in 2022 de arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en onvermeld gelaten dat zij in 2018 een ernstig ongeval had gehad, met – naar later bleek – whiplashachtige en/of nekklachten tot gevolg. Daarvoor had zij onderzoeken ondergaan, een revalidatieprogramma gevolgd en waren expertises verricht. Een en ander had de verzekerde volgens de rechtbank nog vers in het geheugen moeten liggen. De gezondheidsverklaring was helder geformuleerd en de verzekerde had meermaals, bij verschillende vragen, het ongeval in 2018 kunnen en moeten noemen. Een van de vragen luidt zelfs: “Is een van de aandoeningen, ziekte of klachten een (indirect) gevolg geweest van een ongeval?” De rechter achtte het zeer onwaarschijnlijk dat de verzekerde steeds over de precieze vraagstelling heeft heen gelezen. Ook haar stelling dat zij geen last meer had van haar schouders en dacht dat zij het ongeval en de daarmee gepaard gaande gevolgen daarom niet hoefde te vermelden, gaat niet op. In de gezondheidsverklaring beginnen veel vragen met “Had of heeft u (...)”, wat aangeeft dat ook wordt gevraagd naar lichamelijke klachten uit het verleden.¹⁵⁰ De verzekerde was als tandarts hoogopgeleid en medisch onderlegd, zodat zij volgens de rechtbank begrijpt, althans behoort te begrijpen, dat bij het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering ook klachten uit het verleden moeten worden gemeld. Het beroep van tandarts is daarnaast sterk schouderbelastend, wat dus een extra hoog risico vormt op het ontstaan van schouderklachten, aldus de rechtbank.

In de beslissing van de Geschillencommissie KiFiD van 20 januari 2021¹⁵¹ was ook sprake van opzet tot misleiding. Bij het sluiten van de verzekering waren oogklachten onvermeld gebleven; bij de herbeoordeling was niet gemeld dat de verzekerde rugklachten had en de ziekte van Bechterew. De verzekerde had zelfs medicijnen gebruikt en een arts bezocht. Hij kon de rugklachten niet zijn vergeten, omdat hij na april 2014 en voor het invullen van de aanvullende gezondheidsverklaring in mei 2016 vier keer een reumatoloog voor die klachten had bezocht. Bovendien had het laatste consult twee maanden plaatsgehad voor het invullen van de betreffende vragenlijst en gebruikte hij ook toen de voorgeschreven medicijnen voor rugklachten en de ziekte van Bechterew. Dat de verzekerde niet wist dat de (lage) rugklachten verband hielden met die ziekte, helpt hem niet. Hij had de (lage) rugklachten moeten melden. Die waren recent

voorgekomen. Het kon niet anders dan dat hij bewust – dus opzettelijk – had besloten hiervan niets te melden.¹⁵²

Er is in de verslagperiode ook jurisprudentie verschenen waarin geen sprake is van opzet tot misleiding bij het aangaan van de arbeidsongeschiktheidsverzekering,¹⁵³ zoals blijkt uit het arrest van het hof Den Haag van 30 april 2024.¹⁵⁴ De verzekerde had bij het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in 2010 recidiverende psychische klachten niet gemeld. De rechtbank en het hof waren van oordeel dat de verzekerde de verzekeraar daar wel over had moeten informeren, omdat deze noemenswaardig waren en de verzekerde had moeten begrijpen dat die voor de beoordeling van de aanvraag relevant waren. Dat die opzettelijk waren verzwegen, had de verzekeraar echter niet aannemelijk gemaakt. Het enkel (al dan niet opzettelijk) verzwijgen van gegevens dat voortkomt uit een onjuiste, maar niet onbegrijpelijke inschatting van welke gegevens voor een verzekeraar relevant zijn, was onvoldoende om van opzet tot misleiden te kunnen spreken.¹⁵⁵

8. Verjaring

Volgens artikel 7:942 lid 1 BW verjaart een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering door verloop van drie jaar na aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. De verjaring gaat dus lopen wanneer de uitkering opeisbaar is en de tot uitkering gerechtigde met die opeisbaarheid bekend is geworden. De verjaringsproblematiek is gedurende de verslagtermijn een paar keer getoetst. Bespreking hiervan is van belang, omdat het KiFiD geheel anders tegen deze materie aankijkt dan de civiele rechter. Volgens het KiFiD geldt artikel 3:308 BW ingevolge waarvan in geval van een aanspraak op periodieke uitkeringen uit een arbeidsongeschiktheidsverzekering elke afzonderlijke termijn een vorderingsrecht vormt. De verjaringstermijn daarvan gaat pas lopen op het

¹⁴⁹ Rb. Midden-Nederland 26 juni 2024, ECLI:NL:RBMNE:2024:3779.

¹⁵⁰ Ook meldde de toelichting: “Bij gegevens over uw gezondheid vraagt de verzekeraar naar bepaalde aandoeningen, ziekte, klachten of gebreken die u ooit heeft gehad. Sommige dingen zijn misschien al heel lang geleden. Is dat nog wel belangrijk, vraagt u zich misschien af. Ja (...)”

¹⁵¹ Geschillencommissie KiFiD 20 januari 2021, nr. 2021-0042.

¹⁵² Zie voor andere voorbeelden van opzet tot misleiding bij het aangaan van een arbeidsongeschiktheidsverzekering: Geschillencommissie KiFiD 8 september 2021, nr. 2021-0795; Geschillencommissie KiFiD 15 mei 2023, nr. 2023-0371 en Geschillencommissie KiFiD 27 december 2023, nr. 2023-1000. Rb. Den Haag 21 januari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:8636 oordeelde dat de verzekeraar opzettelijk was misleid bij het aangaan van een ziekteverzuimverzekering vanwege het aangaan van een fictief dienstverband. Zie voor opzet tot misleiding bij het aangaan van een levensverzekering: Gemeenschappelijk Hof van Justitie van Aruba, Curaçao, Sint Maarten en van Bonaire, Sint Eustatius en Saba 6 juni 2023, ECLI:NL:OGHACMB:2023:179.

¹⁵³ Vgl. bijv. Geschillencommissie KiFiD 3 maart 2020, nr. 2020-203; Geschillencommissie KiFiD 31 maart 2021, nr. 2021-0295; Geschillencommissie KiFiD 8 september 2021, nr. 2021-0807 en Rb. Noord-Holland 26 april 2023, ECLI:NL:RBNHO:2023:6723.

¹⁵⁴ Hof Den Haag 30 april 2024, ECLI:NL:GHDHA:2024:650.

¹⁵⁵ Wel had de verzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt dat hij bij kennis van de ware stand van zaken vanwege het structurele karakter van de klachten i.c.m. de klachten van het bewegingsapparaat en het fysiek zware beroep de aanvraag als redelijk handelend verzekeraar zou hebben afgewezen. Hij hoefde daarom geen uitkeringen te doen. Zie voor een ander voorbeeld waarin geen opzet tot misleiding werd aangenomen, maar de niet-gemelde klachten wel werden geclausuleerd vanwege schending van de mededelingsplicht: Geschillencommissie KiFiD 14 augustus 2020, nr. 2020-662.

moment van opeisbaarheid van die termijn. Volgens het KiFiD vormt artikel 7:942 lid 1 BW voor de lengte van de termijn en het aanvangstijdstip een bijzondere regeling ten opzichte van artikel 3:308 BW. De Commissie van Beroep verwijst in haar beslissing van 24 juni 2021¹⁵⁶ naar haar uitspraak van 26 juni 2018,¹⁵⁷ waarin zij het standpunt heeft verworpen dat de aanspraak uit een arbeidsongeschiktheidsverzekering als zodanig kan verjaren, los van de daaruit voortvloeiende periodieke betalingsverplichtingen. Dit oordeel staat diametraal tegenover het arrest van het hof Amsterdam van 8 september 2020¹⁵⁸ dat tot uitgangspunt neemt dat de verplichting tot het doen van een uitkering opeisbaar is op het moment dat het verzekerde risico (de arbeidsongeschiktheid) zich heeft verwezenlijkt. Op dat moment is de verzekerde bekend met de opeisbaarheid van zijn vordering op de verzekeraar (art. 7:942 lid 1 BW). Het hof citeerde daarbij de polisvoorwaarden ingevolge waarvan arbeidsongeschiktheid was gedefinieerd als de situatie waarin een “verzekerde geheel of gedeeltelijk ongeschikt is om werkzaamheden te verrichten als gevolg van medisch objectieve vast te stellen stoornissen die rechtstreeks zijn veroorzaakt door zijn ziekte”. Volgens het hof was de vordering verjaard, omdat onderscheid moest worden gemaakt tussen enerzijds het ontstaan van de aanspraak op een uitkering jegens de verzekeraar met het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Daarmee ontstaat de verplichting tot het doen van een uitkering volgens artikel 7:942 lid 1 BW. Anderzijds geldt de periodieke berekening en de betaling van de uitkering van artikel 3:308 BW. In de situatie dat de aanspraak jegens de verzekeraar en dus de verplichting van het doen van een uitkering op grond van artikel 7:942 lid 1 BW is verjaard, wordt niet toegekomen aan de verplichting tot periodieke betalingen. Zonder aanspraak op het doen van uitkering kunnen ter zake van de maandtermijnen geen (nog niet opeisbare) verbintenissen ontstaan. De verjaring van artikel 3:308 BW kan bijvoorbeeld wel spelen in de situatie dat de verzekerde een toegekende aanspraak onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft, maar een of meer verschuldigde maandelijkse uitkeringen niet of niet geheel zijn betaald, aldus – steeds – het hof.¹⁵⁹ Ik deel die visie. Een bepaling als artikel 7:942 BW – deel uitmakend van titel 7.17 BW – geldt naar mijn mening als *lex specialis* voor het verzekeringsrecht en vormt dus, anders dan de algemene regeling van Boek 3 BW, de basis voor het geven van een antwoord over het aanvangen van de verjaringstermijn.

9. Privacy

Het Verbond van Verzekeraars en OVAL stelden in de verslagperiode de Handleiding privacy Inkomensverzekeringen (juli 2020) (niet-zijnde WIA-aanvullingen) op verzoek van inkomensverzekeraars, arbodiensten en re-integratiebedrijven op. Deze handleiding omvat de al eerder opgestelde handleiding privacy verzuimverzekeringen, uitgebreid met richtlijnen over de omgang met persoonsgegevens in het kader van de WGA-ERD-verzekering. De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars is voorts aangepast per 1 juli 2024. Een in het oog springende wijziging voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is de toelichting op artikel 5.1.3 waarin de situatie is beschreven dat de claimbehandelaar spontaan gezondheidsgegevens ontvangt van de verzekerde. Deze mag hij niet zelf vastleggen, maar geeft de gezondheidsgegevens door aan de medisch adviseur en informeert de verzekerde hierover. Nieuw is dat dat (thans) “alleen anders is als er geen medisch beoordelingstraject¹⁶⁰ nodig is (bijvoorbeeld bij licht letsel)”. In dat geval (spontaan ontvangen dus) legt de claimbehandelaar de gezondheidsgegevens vast in het technisch dossier, zo vervolgt de toelichting.¹⁶¹ Wel is de Medische Paragraaf van de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) duidelijk over de situatie waarin er wel een medisch beoordelingstraject is gestart. In dat geval is altijd uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig, aldus nog steeds de toelichting.

De codificatie over het omgaan met gezondheidsgegevens in de situatie dat er geen medisch beoordelingstraject wordt opgestart, gold al geruime tijd voor aansprakelijkheidsverzekeringen, maar geldt sinds 1 juli 2024 dus ook voor *first-party* verzekeringen, zoals een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ik ben hier op zichzelf content mee, omdat dit onduidelijkheden op dit punt wegneemt. Ik veroorloof mij wel twee kanttekeningen. Alhoewel ik mij allereerst de worsteling met het maken van een keuze waar de gezondheidsgegevens moeten worden opgeslagen realiseer (er is geen medisch adviseur bij de claim betrokken), acht ik de keuze om gezondheidsgegevens vast te leggen in het technisch dossier toch minder gelukkig. Niet uit het oog te verliezen is dat het gaat om gezondheidsgegevens waarvan de bescherming met deze keuze dus niet (optimaal) wordt geborgd, getuige op de opslag buiten het medisch dossier. Daarnaast vraag ik mij af of de toelichting op het punt van de “toestemming” zo in zijn algemeenheid wel geldt voor *first-party* verzekeringen, zoals arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Voor

¹⁵⁶ Commissie van Beroep KiFiD 24 juni 2021, nr. 2021-0001b. Deze beslissing van de Commissie van Beroep KiFiD was de inzet voor Hof Arnhem-Leeuwarden 24 september 2024, ECLI:NL:GHARL:2024:6026, waarin het hof het beroep van de verzekeraar tot vernietiging van de bindende beslissing afwees.

¹⁵⁷ Commissie van Beroep KiFiD 26 juni 2018, nr. 2018-043.

¹⁵⁸ Hof Amsterdam 8 september 2020, ECLI:NL:GHAMS:2020:2444.

¹⁵⁹ Zie in gelijke zin Rb. Gelderland 1 februari 2023, ECLI:NL:RBGEL:2023:574, r.o. 4.2 en 4.3. Zie omtrent deze problematiek ook: Geschillencommissie KiFiD 24 februari 2023, nr. 2023-160, waarin een vordering op de ongevalverzekering als verjaard werd afgewezen door de Geschillencommissie KiFiD. Zie voor een afgewezen vordering tot premierestitutie: Geschillencommissie KiFiD 10 oktober 2024, nr. 2024-0872.

¹⁶⁰ Een definitie van ‘medisch beoordelingstraject’ ontbreekt helaas. Ook de Medische Paragraaf die hoort bij de GBL gaat hier niet op in. Ik kan mij goed voorstellen dat de praktijk ter inkleuring van dit begrip aansluiting zoekt bij het ‘medisch traject’ als bedoeld in art. 1 lid 7 van de Beroepscode GAV: “Alle geneeskundige handelingen in de ruimste zin van het woord, die noodzakelijk zijn om te komen tot een medisch advies bij acceptatie- en claimbehandeling in particuliere verzekeringszaken en personenschadezaken. In dit medisch traject worden de bevindingen en conclusies die noodzakelijk zijn om de voorliggende vraagstelling te kunnen beantwoorden, geïnventariseerd en zoveel mogelijk vastgelegd.”

¹⁶¹ Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars, p. 41, als toelichting op art. 5.1.3.

deze verzekeringen lijkt toestemming in de zin van de AVG niet vereist.¹⁶² Als een verzekeraar de benodigde medische gegevens in handen krijgt, mag hij die, voor zover noodzakelijk, verwerken, zoals blijkt uit artikel 30 lid 3 sub b UAVG.¹⁶³ Deze grondslag voor de verwerking van gezondheidsgegevens blijkt bovendien uit artikel 5.1.1 onder b van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. Daarin is bepaald dat de verzekeraar alleen gezondheidsgegevens verwerkt als dit noodzakelijk is voor de beoordeling en acceptatie van een betrokkene en het uitvoeren van een verzekering. De mogelijkheid die het nationale recht biedt op het verbod om persoonsgegevens over de gezondheid te verwerken, is voor verzekeraars gebaseerd op de ruimte die de AVG daartoe biedt in artikel 9 lid 2 onderdeel g.¹⁶⁴ Om de onduidelijkheid over de werking van artikel 30 lid 3 sub b UAVG voor verzekeraars weg te nemen, is momenteel een wetsvoorstel voor de Verzamelwet Gegevensbescherming aanhangig.

10. Buitengerechtigde kosten

De rechtbank Den Haag liet zich bij vonnis van 18 juli 2024¹⁶⁵ uit over een vordering ter zake van buitengerechtigde kosten die de verzekerde stelde te hebben gemaakt om een hogere uitkering te krijgen. De verzekerde betoogde dat de verzekeraar was tekortgeschoten door jarenlang geen 60 maar slechts 30% van het verzekerde bedrag uit te keren. Hij had daarom juridische en medische expertise ingehuurd. De kosten daarvan dienden door de verzekeraar te worden vergoed uit hoofde van artikel 6:74 en artikel 6:96 lid 2 sub b en/of c BW, aldus de verzekerde. De rechtbank wees de vordering af door te overwegen dat deze kosten slechts voor vergoeding in aanmerking komen, indien er een wettelijke verplichting tot schadevergoeding bestaat. Die verplichting zou kunnen voortvloeien uit een toerekenbare tekortkoming van de verzekeraar door de verzekerde een te lage uitkering toe te kennen. De verzekeraar had volgens de rechtbank echter goede gronden om de uitkering te verlagen, aangezien uit het verrichte onderzoek een lager arbeidsongeschiktheidspercentage volgde. De enkele omstandigheid dat uiteindelijk na de herbeoordeling was vastgesteld dat dit een hoger percentage moest zijn, maakt

nog niet dat de verzekeraar destijds bij het vaststellen van de hoogte van de uitkering ten onrechte van een lager percentage was uitgegaan en daarom was tekortgeschoten. Van een tekortkoming zal pas sprake zijn als de verzekeraar het verwijt kan worden gemaakt dat hij niet heeft gedaan wat van hem mocht worden verwacht op grond van de overeenkomst tussen partijen. Bijvoorbeeld wanneer de verzekeraar niet zorgvuldig onderzoek zou hebben laten plaatsvinden of de onderzoeksresultaten had genegeerd. Daarvan was geen sprake. Concrete omstandigheden waarom de verzekeraar zou zijn tekortgeschoten, anders dan dat hij achteraf gezien (op gerechtvaardigde gronden) een te late uitkering had toegerekend, had de verzekerde niet gesteld en waren ook niet gebleken.¹⁶⁶

11. Verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering

De regering is al geruime tijd bezig om voor zelfstandigen, net als voor werknemers, een verplichte, budgetneutrale, arbeidsongeschiktheidsverzekering in te voeren die voor eenieder toegankelijk is. De gedachte is dat zelfstandigen hierdoor beter beschermd zijn tegen verlies van inkomen bij langdurige arbeidsongeschiktheid en deze verzekering zorgt voor een gelijk spelveld tussen zelfstandigen onderling en tussen werknemers en zelfstandigen. In de verslagperiode heeft een internetconsultatie van het wetsvoorstel plaatsgevonden. Uit de brief van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 22 november 2024 aan de Tweede Kamer¹⁶⁷ blijkt dat ruim 2.000 reacties zijn ontvangen. In de kern genomen komt het commentaar neer op onzekerheid over de grondslag van de winst uit onderneming en de druk die het wetsvoorstel op het UWV legt vanwege de reeds bestaande schaarse capaciteit. Daarnaast wordt uitvoering van het wetsvoorstel complex geacht. De minister geeft aan dat hij verwacht dat het aangepaste wetsvoorstel op zijn vroegst in het derde kwartaal van 2025 bij de Tweede Kamer kan worden ingediend om op zorgvuldige wijze opvolging te kunnen geven aan de ontvangen bezwaren en adviezen.¹⁶⁸

12. Afronding en conclusie

De verslagperiode 2020-2025 bevat veel rechtspraak en nieuwe wet- en regelgeving over particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Een paar onderwerpen springen

162 *Kamerstukken II* 2017/18, 34851, nr. 3, p. 112, p. 112: "Onderdeel b: verzekeraars (is ontleend aan het thans geldende artikel 21, eerste lid, onderdeel b, van de Wbp). Uit de verwijzingen naar artikel 1:1 van de Wft volgt dat het in dit onderdeel uitsluitend gaat om herverzekeringen, levensverzekeringen, natura-uitvaartverzekeringen en schadeverzekeringen. (...) Verzekeraars hebben weliswaar veelal een contractuele relatie met een verzekerde, maar daarbij kan niet steeds worden uitgegaan van een op gegevensverwerking gerichte, uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. In veel gevallen zal daarom de verwerking van gegevens over gezondheid door verzekeraars niet gebaseerd kunnen worden op artikel 9, tweede lid, onderdeel a, van de verordening. Om elke twijfel daarover uit te sluiten bevat dit onderdeel een uitzondering voor deze verwerkingen op het algemene verbod van artikel 9, eerste lid, van de verordening."

163 Zie in gelijke zin E.L. Teichert & S.E.J.P. van den Berg, 'Toestemming onder druk: Een kritische noot bij het oordeel van de Hoge Raad over medische gegevens', *AV&S* 2024/34. Zie over deze materie in bredere zin: S. de Zwart, 'Privacy in het verzekeringsrecht', *AV&S* 2022/20.

164 Vgl. *Kamerstukken II* 2022/23, 36264, nr. 3, p. 24.

165 Rb. Den Haag 18 juli 2024, ECLI:NL:RBDHA:2024:11208. Tegen dit oordeel is hoger beroep ingesteld.

166 Zie in gelijke zin: Geschillencommissie KiFiD 10 december 2024, nr. 2024-1091a waarin de Geschillencommissie van oordeel was dat geen sprake was van tekortkoming van de verzekeraar en deze daarom niet kon worden verplicht tot schadevergoeding (WGA-Hiaatverzekering). Zie in dit verband ook: Hof Arnhem-Leeuwarden 13 augustus 2013, ECLI:NL:GHARL:2013:6004 en Rb. Amsterdam 28 april 2021, ECLI:NL:RBAMS:2021:2540 waarin de buitengerechtigde kosten werden toegewezen zonder discussie over toerekenbaar tekortschieten. Vgl. omtrent de vergoeding van buitengerechtigde kosten bij een SVI (Schadeverzekering Inzittenden): HR 9 september 2022, ECLI:NL:HR:2022:1174.

167 2024/0000915391.

168 Vgl. N. van Tiggele-van der Velde, 'Als verplichten zekerheid biedt. Een redactioneel over bescherming van de zzp'er tegen het risico van arbeidsongeschiktheid', *AV&S* 2022/17.

in het oog. Zo kiest de jurisprudentie over het karakter van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, te weten een schade- of een sommenverzekering, inmiddels meer dan eens de tussenweg van de verzekering met een gemengd karakter (par. 3.3). Ik kan daarmee op zichzelf zeker wel leven, zij het dat ik er wel voor wil pleiten dat de rechter in voorkomend geval dan aangeeft of het schade- dan wel het sommenkarakter overheerst met het oog op mogelijk regres door de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar, de discussie over het al dan niet kunnen verrekenen van de uitkering in geval van een letselschadevordering uit hoofde van artikel 6:100 BW en de discussie over de verschuldigdheid van buitengerechtelijke kosten (par. 10). Daarnaast heeft de Hoge Raad¹⁶⁹ in 2020 meer richting gegeven aan het begrip 'arbeidsongeschiktheid' (par. 5). Ik zie dat als winst, omdat daarmee onduidelijkheden over de omvang van de dekking zijn weggenomen. In 2023 heeft de Hoge Raad zich uitgelaten over het (subjectieve) moment van ontdekking van de schending van de mededelingsplicht.¹⁷⁰ De recente inkleuring van de maatstaf voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen door de lagere rechtspraak vereist naar mijn oordeel aandacht vanwege de wettelijke geheimhoudingsplicht van de medisch adviseur en het daarmee gepaard gaande "slot" op gezondheidsgegevens. Recente oordelen over het moment van ontdekking verliezen dat naar mijn oordeel (als uitgangspunt) uit het oog, zoals ik uiteen heb gezet in paragraaf 4.4. Niet voor niets nam het hof Arnhem¹⁷¹ in 2012 tot uitgangspunt dat het moment van ontdekking doorgaans ligt bij de ontvangst van het medisch advies door de verzekeraar. Het risico ligt thans op de loer dat verzekeraars om zich – voor de zekerheid – te wapenen sneller een beroep zullen gaan doen op schending van de mededelingsplicht, met alle effecten van dien voor wie daarmee wordt geconfronteerd. Dat zal diegene immers moeten melden bij de aanvraag van een nieuwe verzekering als daarnaar wordt gevraagd, met alle complicaties die daar dan uit (kunnen) voortvloeien. Ik ben voorts verheugd om te kunnen constateren dat het Verbond van Verzekeraars met de introductie van Gedragscode Claimbehandeling¹⁷² de oproepen tot verbetering van het herbeoordelingsproces ter harte heeft genomen door en – daarmee – in de woorden van Hartlief "de handschoen heeft opgepakt".¹⁷³ Verzekeraars zelf hebben sinds 2018 overigens ook niet stilgezeten. Zo bevatten de in omloop zijnde arbeidsongeschiktheidsverzekeringen inmiddels een (overigens inhoudelijk gezien vrij divers) contractueel recht op een second opinion.

Tot slot spreek ik de hoop uit dat de Hoge Raad spoedig in de gelegenheid zal zijn om zich uit te laten over de verjaring

van vorderingen uit hoofde van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (par. 8). De huidige discrepantie tussen de opvatting van het KiFiD en de civiele rechter is onwenselijk en leidt tot onduidelijkheid. Zelf voel ik meer voor de visie van de laatste, omdat een bepaling als artikel 7:942 BW – deel uitmakend van titel 7.17 BW – naar mijn mening als *lex specialis* geldt voor het verzekeringsrecht en dus, anders dan de algemene regeling van Boek 3 BW, de basis vormt voor het geven van een antwoord op de vraag over het aanvangen van de verjaringstermijn.

169 Vgl. HR 6 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1736, JA 2021/18, m.nt. E.J. Wervelman en HR 10 juli 2020, ECLI:NL:HR:2020:1268 (Art. 81 RO).

170 HR 7 juli 2023, ECLI:NL:HR:2023:1050, NJ 2023/301, m.nt. N. van Tiggelevan der Velde. Zie ook E.J. Wervelman, 'Ontdekking in de zin van art. 7:929 lid 1 BW; het aanvangsmoment van de tweemaandentermijn bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen', VAST 2024 / P-010.

171 Hof Arnhem 12 juni 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BW7904.

172 De meest recente versie is van 2024 (www.verzekeraars.nl).

173 Concl. A-G Hartlief 6 juli 2018, ECLI:NL:PHR:2018:788, r.o. 7.32-36 en 7.56 voor HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800.