

## Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0045

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus,  
mr. G.W.N.M. van Laarhoven, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	14 januari 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Siebelink Assurantiën B.V., gevestigd te Doetinchem, verder te noemen de adviseur
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de wetgeving

### Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zorgplicht. De consument vordert van de adviseur vergoeding van de misgelopen uitkering van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. Volgens de consument heeft de adviseur zijn verzoek om de verzekerde bedragen te verhogen niet goed uitgevoerd. Ook vordert de consument inzage in zijn volledige dossier. De commissie oordeelt dat de consument niet tijdig bij de adviseur heeft geklaagd nadat hij het door hem gestelde gebrek in de prestatie van de adviseur had moeten ontdekken. Zijn vordering komt daarom niet voor verdere inhoudelijke behandeling in aanmerking. Omdat zijn vorderingsrecht is vervallen doordat hij zijn klachtplicht heeft geschonden, heeft de consument geen belang bij zijn verzoek tot inzage in het volledige dossier. De vorderingen van de consument worden afgewezen.

### 1. Procedure

- 1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de adviseur; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de adviseur.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 28 oktober 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig. Namens de adviseur was (mede) eigenaar de heer [naam] aanwezig. De adviseur werd vertegenwoordigd door mevrouw mr. C.V. Spanjaarsberg en mevrouw mr. N.F. Klein Nagelvoort, advocaten te Rotterdam.
- 1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

## 2. Het geschil

*Wat is er gebeurd?*

- 2.1 De adviseur heeft voor de consument in 2016 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering) bemiddeld. De verzekerde bedragen voor rubriek A (eerste jaar) als rubriek B (tweede en volgende jaren) waren € 65.000,-.
- 2.2 Per e-mail van 1 april 2022 heeft de adviseur de consument de brief van de verzekeraar van 15 maart 2022 gestuurd. Bij die brief bevond zich het 'Formulier zekerheid bij arbeidsongeschiktheid' met de bijbehorende toelichting en een formulier 'Verhogingsaanbod'. De adviseur heeft in zijn e-mail toegelicht dat de verzekeraar deze informatie eens in de drie jaar aan verzekeringnemers stuurt om te kunnen bepalen of de verzekering nog aansluit bij de huidige situatie. De adviseur heeft als bijlage het door de consument drie jaar eerder ingevulde formulier meegezonden en verzocht om contact op te nemen als er vragen zijn.
- 2.3 De consument heeft het 'Formulier zekerheid bij arbeidsongeschiktheid' ingevuld en op 19 april 2022 ondertekend. Bij de vraag naar zijn inkomen in de afgelopen drie jaar heeft hij voor 2020 en 2021 een bedrag ingevuld van totaal € 100.000,- en bij 2019 een bedrag van € 0,- met als toelichting dat dit jaar verlieslatend was in verband met onder andere personeelsverloop. De consument heeft op de vraag in het formulier Verhogingsaanbod naar de bedragen die hij wil verzekeren, voor rubriek A en rubriek B € 80.000,- vermeld.
- 2.4 Nadat de adviseur het ingevulde 'Formulier zekerheid bij arbeidsongeschiktheid' van de consument had teruggekregen, heeft hij dit formulier per e-mail van 25 mei 2022 aan de verzekeraar verzonden. De verzekeraar heeft vervolgens per brief van 23 juni 2022 aan de consument de ontvangst van het formulier bevestigd. In deze brief is vermeld:

***“Verzekerd bedrag***

*Wij verzekeren maximaal 90% van het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie jaar. Het verzekerd bedrag is gelijk aan of minder dan 90% van uw gemiddelde inkomen. Uw verzekering blijft ongewijzigd. Bij arbeidsongeschiktheid gaan wij uit van het verzekerde bedrag zoals vermeld op de polis:*

*Verzekerd bedrag rubriek A: € 65.000,00*

*Verzekerd bedrag rubriek B: € 65.000,00*

***Beroep en werkzaamheden***

*Uw beroep en werkzaamheden komen overeen met de gegevens die bij ons bekend zijn. Om deze reden blijft het verzekerde beroep onveranderd. Bij arbeidsongeschiktheid gaan wij uit van het beroep en de werkzaamheden zoals vermeld op de polis: Advocaat.*

***Offerte***

*Op het zekerheidsformulier hebt u aangegeven dat u graag een offerte wenst. Binnenkort ontvangt u van ons een offerte.”*

- 2.5 Per e-mail van 30 juni 2022 heeft de adviseur van de verzekeraar een offerte ontvangen voor de verzekering met een verzekerd bedrag voor rubriek A en rubriek B van € 80.000,- en een door de consument in te vullen gezondheidsverklaring, met het verzoek om dit met de consument te bespreken.
- 2.6 Per e-mail van 16 mei 2023 heeft de adviseur aan de consument het nieuwe polisblad van de verzekering toegezonden in verband met de aanpassing van de polisvoorwaarden per 1 juni 2023. Op dit polisblad zijn als verzekerde bedragen voor rubriek A en B € 65.000,- vermeld.
- 2.7 In april 2024 heeft de consument aan de verzekeraar melding gedaan van zijn volledige arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar heeft na beoordeling van de melding besloten om de consument met terugwerkende kracht per 1 januari 2024 een uitkering toe te kennen op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid.
- 2.8 Op 6 augustus 2024 hebben de adviseur en de consument gesproken over de niet verhoogde verzekerde bedragen. Per e-mail van 7 augustus 2024 heeft de consument de adviseur aansprakelijk gesteld voor de hierdoor geleden schade. De adviseur heeft de behandeling van de zaak uit handen gegeven aan zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. Partijen hebben gediscussieerd over de aansprakelijkheid van de adviseur en over het verzoek van de consument om alle stukken van het dossier van de adviseur te mogen inzien. Zij zijn daar samen niet uitgekomen, waarna de consument zijn klacht bij Kifid heeft ingediend.

#### *De klacht en vordering*

- 2.9 De adviseur heeft in 2022 zijn zorgplicht tegenover de consument geschonden bij de uitvoering van zijn verzoek tot verhoging van de verzekerde bedragen van € 65.000,- naar € 80.000,-. De consument lijdt hierdoor schade omdat hij arbeidsongeschiktheidsuitkering mist sinds de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheidsuitkering op 1 januari 2024 tot de einddatum van de verzekering op 1 november 2031. De consument vordert schadevergoeding van € 117.000,- te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 7 augustus 2024. Ook vordert hij inzage in het dossier van de adviseur. Als onderbouwing van zijn vorderingen voert hij het volgende aan.
- 2.10 De adviseur heeft verzuimd hem de offerte van de verzekeraar van de verhoging van de verzekerde bedragen naar € 80.000,- toe te sturen. De adviseur heeft geen enkel bewijs geleverd dat er met hem over de offerte is gesproken en/of dat hij geen prijs meer stelde op de verhoging. Dit is in zijn algemeenheid ook zeer onwaarschijnlijk. Een telefoonnotitie van het gesprek waarin hij dat te kennen zou hebben gegeven of een schriftelijke bevestiging daarvan, ontbreken. Hij vertrouwde erop dat de adviseur de verhoging conform zijn verzoek zou realiseren of het uitdrukkelijk zou laten weten als niet aan zijn verzoek was of kon worden voldaan. Er was geen reden om eerder te klagen dan in augustus 2024, toen duidelijk werd dat de uitkering werd gebaseerd op een verzekerde som van € 65.000,-.

- 2.11 De adviseur weigert om inzage te geven in het volledige dossier. Hij geeft geen inzage in de correspondentie met de verzekeraar of de berekening van de korting op de premie via de serviceorganisatie voor advocaten en notarissen. Inzage in het hele dossier kan een volledig beeld geven van het handelen of niet handelen van de adviseur. Het is nog steeds niet duidelijk wat de complete inhoud van het dossier behelst, waarbij er een tegenstrijdig belang kan ontstaan tussen de adviseur als opdrachtnemer van de consument en de adviseur die schadeplichtig is tegenover de consument.

*Het verweer*

- 2.12 De adviseur voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

### **3. De beoordeling**

*Waar gaat het om?*

- 3.1 De consument legt de commissie de vraag voor of de adviseur zijn zorgplicht heeft geschonden bij de bemiddeling van de verhoging van de verzekerde bedragen van de verzekering. De commissie komt echter niet toe aan de beantwoording van die vraag, omdat het beroep van de adviseur op de schending van de klachtplicht slaagt. Voor de klacht van de consument over de inzage in het volledige dossier van de adviseur ontbreekt daarom het belang. Hierna licht de commissie haar oordelen toe.

*Het juridisch kader van de klachtplicht*

- 3.2 Uit artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek (BW)<sup>1</sup> volgt dat een schuldeiser (de consument) op een gebrek in de prestatie geen beroep meer kan doen, als hij niet binnen bekwame tijd nadat hij het gebrek heeft ontdekt of redelijkerwijs had moeten ontdekken bij de schuldenaar (de adviseur) hierover heeft geprotesteerd. De vraag of binnen bekwame tijd is geklaagd, dient te worden beantwoord onder afweging van alle betrokken belangen en met inachtneming van alle relevante omstandigheden. Relevant zijn onder meer de waarneembaarheid van het gebrek, de deskundigheid van partijen, de onderlinge verhouding van partijen, de aanwezige juridische kennis en de behoefte aan voorafgaand deskundig advies, waarbij van gewicht is of (in dit geval) de adviseur door het late tijdstip waarop het protest is gedaan in zijn belangen is geschaad, zoals een benadeling in zijn bewijspositie of een aantasting van zijn mogelijkheden om de gevolgen van de gestelde tekortkoming te beperken.

---

<sup>1</sup> De tekst van artikel 6:89 BW is opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

De tijd die is verstreken tussen het moment dat het gebrek in de prestatie is ontdekt of had moeten worden ontdekt en het indienen van de klacht is weliswaar een belangrijke factor, maar niet doorslaggevend.<sup>2</sup>

*Heeft de consument te laat geklaagd?*

- 3.3 In de brief van de verzekeraar van 23 juni 2022 is vermeld dat de verzekeraar uitgaat van verzekerde bedragen van € 65.000,- voor rubriek A en B. Uit deze brief was voor de consument kenbaar dat de door hem gewenste verhoging van de verzekerde bedragen nog niet was gerealiseerd. Onder het dikgedrukte kopje “offerte” is vermeld dat hij binnenkort een offerte ontvangt. Hierop heeft de consument geen actie ondernomen richting de adviseur. De consument had dat in ieder geval moeten doen na de ontvangst van het op 16 mei 2023 toegezonden polisblad. Op een verzekerde rust de verplichting om het toegezonden polisblad te controleren op juistheid.<sup>3</sup> Op het polisblad zijn de verzekerde bedragen van € 65.000,- duidelijk vermeld. De consument had daarover bij de adviseur aan de bel moeten trekken.
- 3.4 In haar beoordeling weegt de commissie mee dat de consument advocaat was van beroep en in staat is om het ‘Formulier zekerheid bij arbeidsongeschiktheid’ te lezen, te begrijpen en desgewenst vragen daarover te stellen aan de adviseur, die hem bij het toezenden van de formulieren in zijn e-mail van 1 april 2022 verzocht heeft om contact met hem op te nemen als er vragen over zijn.
- 3.5 Uit het voorgaande volgt dat als de consument niet is geïnformeerd over de ontvangst van de offerte, het op zijn weg lag om bij de adviseur te informeren naar het uitblijven daarvan, gelet op de vermelding van de verzekerde bedragen van € 65.000,- in de brief van 23 juni 2022 en de aankondiging dat hij binnenkort een offerte zou ontvangen. Ook na de ontvangst van het polisblad op 23 juni 2023, waarin de volgens de consument onjuiste verzekerde bedragen staan, had hij moeten informeren bij de adviseur.
- 3.6 Pas in augustus 2024, nadat hij volledig arbeidsongeschikt was geworden, heeft de consument zich beklaagd over het uitblijven van de verhoging. Naar het oordeel van de commissie heeft de consument daarmee niet binnen bekwame tijd nadat hij het (vermeende) gebrek heeft ontdekt of redelijkerwijs had moeten ontdekken, bij de adviseur geklaagd. Hierbij is van belang dat de adviseur is benadeeld omdat hem de mogelijkheid is ontnomen om in een zo’n vroeg mogelijk stadium het verzekerde bedrag alsnog te laten verhogen en daarmee (eventuele) schade zo veel mogelijk te beperken.

---

<sup>2</sup> HR 8 oktober 2010, ECLI:NL:HR:2010:BM9615, HR 8 februari 2013. ECLI:NL:HR:2013:BY4600, en HR 12 december 2014, ECLI:NL:HR:2014:3593, te vinden op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).

<sup>3</sup> Hof Den Haag 7 oktober 2014, ECLI:NL:GHDHA:2014:3108, r.o. 3.7, te vinden op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).

Een afweging van de over en weer betrokken belangen brengt naar het oordeel van de commissie in dit geval mee dat de consument in de gegeven omstandigheden geen beroep meer kan doen op een schending van de zorgplicht door de adviseur, zodat het beroep van de adviseur op artikel 6:89 BW slaagt.

#### *Verzoek inzage volledige dossier*

- 3.7 Het verzoek van de consument om te bepalen dat de verzekeraar inzage moet geven in het volledige dossier wijst de commissie af omdat hij daar geen belang bij heeft.
- 3.8 In artikel 3:303 BW (zie bijlage) staat dat zonder voldoende belang niemand een rechtsvordering toekomt. Het doel van het verzoek van de consument is om een volledig beeld te krijgen van het handelen of niet handelen van de adviseur ter beoordeling van zijn aansprakelijkheid voor het niet verhogen van de verzekerde sommen. Het eventuele vorderingsrecht van de consument is echter vervallen doordat hij zijn klachtplicht heeft geschonden. Inzage in het volledige dossier maakt niet dat dit vervallen recht kan herleven. De consument heeft daarom geen belang bij het verzoek tot inzage.

#### *Conclusie*

- 3.9 De conclusie is dat de consument niet tijdig, nadat hij dit had moeten ontdekken, heeft geklaagd over de door hem gestelde gebrekkige prestatie van de adviseur. De vordering tot vergoeding van de misgelopen uitkering komt daarom niet voor verdere inhoudelijke behandeling in aanmerking. Bij inzage van het volledige dossier heeft de consument geen belang. De vorderingen van de consument zullen daarom worden afgewezen.

## **4. De beslissing**

De commissie wijst de vorderingen af.

*Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.*

*Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website [www.kifid.nl/reglementen/](http://www.kifid.nl/reglementen/).*

## **Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening**

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: [www.kifid.nl](http://www.kifid.nl)

## **Bijlage - Relevante bepalingen uit de wetgeving**

### **Burgerlijk Wetboek**

#### **Artikel 3:303**

Zonder voldoende belang komt niemand een rechtsvordering toe.

#### **Artikel 6:89**

De schuldeiser kan op een gebrek in de prestatie geen beroep meer doen, indien hij niet binnen bekwame tijd nadat hij het gebrek heeft ontdekt of redelijkerwijze had moeten ontdekken, bij de schuldenaar terzake heeft geprotesteerd.