

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0013

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

Datum uitspraak	6 januari 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Univé Noord-Nederland Verzekeraar N.V., gevestigd te Assen, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitskomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

De consument vordert een correctie op de premie voor zijn verzekeringen en dat de verzekeraar een aantal aanpassingen doorvoert binnen de verzekeringen, waaronder het herstel van de dekking. Volgens de consument heeft de verzekeraar zijn recht op inzage en correctie geschonden en hem verder niet correct bejegend en behandeld. De verzekeraar heeft toegelicht welke aspecten kunnen meewegen bij het bepalen van de hoogte van de premie. Verder heeft de verzekeraar aspecten van de verzekeringen toegelicht en excuses gemaakt voor de wijze waarop de consument is bejegend en behandeld. De commissie oordeelt dat de verzekeraar niet verplicht is om inzage te geven in de mate waarin de verschillende componenten bijdragen aan de hoogte van de premie. Het staat de consument vrij om de verzekeringen conform de geldende voorwaarden op te zeggen als hij het niet eens is met het interne acceptatiebeleid, de dekking of de hoogte van de premie. Verder heeft de verzekeraar het inzage- en correctierecht van de consument niet geschonden. De verzekeraar heeft de consument op de klachtonderdelen die betrekking hebben op de leegstandclausule, de communicatie en de bejegening gelijk gegeven. De commissie volgt de verzekeraar daarin en oordeelt dat deze klachtonderdelen gegrond zijn. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond. Hoewel een aantal klachtonderdelen gegrond zijn worden alle vorderingen van de consument 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 informatie van de consument 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 Voor het overlijden van de broer van consument op 1 maart 2024 had de broer een aantal verzekeringen afgesloten bij de verzekeraar, waaronder een particuliere woonverzekering, een gebouwenverzekering en een opruimingskostenverzekering, hierna verder gezamenlijk de verzekeringen genoemd. De consument is als erfgenaam in de rechten getreden van zijn broer ten aanzien van de verzekeringen en is benoemd als executeur van de nalatenschap. Daarbij is de consument vanaf 1 maart 2024 eigenaar geworden van [Perceel], waar de voornoemde verzekeringen betrekking op hebben.
- 2.2 De consument heeft naar aanleiding van facturen van de verzekeraar onderzoek gedaan naar de hoogte van de voor de verzekeringen verschuldigde premie. Daarbij heeft de consument de premie onder andere vergeleken met de premie voor een ander pand van de consument en die van zijn kinderen. Het verschil tussen de premies vond de consument dermate hoog dat hij daarover een toelichting heeft gevraagd bij de verzekeraar. Daarnaast heeft de consument ten aanzien van de verzekeringen verzocht om toepassing van een aantal correcties.
- 2.3 De verzekeraar heeft gereageerd op het verzoek van de consument, daaruit blijkt dat niet alle door de consument verzochte correcties kunnen worden toegepast. De premies worden automatisch berekend op basis van een aantal factoren. De verzekeraar heeft aangegeven het verschil tussen de premies niet precies te kunnen toelichten. Daarbij heeft de verzekeraar de consument laten weten dat alle garageboxen zijn verzekerd voor € 76.000. Deze garageboxen vallen niet onder de particuliere woonverzekering.
- 2.4 De consument heeft de verzekeraar onder andere laten weten dat het verschil in premies te groot is. De verzekeraar is intern nagegaan waarom een verschil tussen de premies bestaat. Volgens de verzekeraar is dat het geval, omdat het gehele perceel is verzekerd naar aanleiding van een inspectie in 2019. Dit perceel bestaat uit twee nummers. Bij het berekenen van de premie via de website van de verzekeraar, kan slechts een nummer worden betrokken bij de berekening. Daarom komt de premie online lager uit. In de praktijk wordt een correctie toegepast, omdat in feite twee nummers zijn verzekerd. De consument heeft naar aanleiding van het voorgaande verzocht om een afschrift van het verslag, de berekening van toen geëxtrapoleerd naar de premie van nu. De verzekeraar heeft dat verzoek afgewezen, omdat taxatierapporten en berekeningen van de premie niet worden afgegeven aan relaties.
- 2.5 De consument kan zich niet vinden in de reactie van de verzekeraar. Een nummer betreft via BAG-viewer een kamer van 30m², wat vergelijkbaar is met een schuur aan huis en daarmee dus tot hetzelfde perceel hoort. De consument heeft wederom verzocht om een toelichting op de premieberekening en op welke wijze hij gebruik kan maken van zijn wettelijke inzage- en correctierecht.

De verzekeraar heeft de consument laten weten dat volgens BAG-viewer sprake is van twee gedeelten en dat deze gedeelten ook zijn toegepast op de verzekeringen. Verder heeft de verzekeraar de consument laten weten dat een verdere specificatie van de premie niet voorhanden is en het niet nodig is om een inspecteur in te schakelen voor een inspectie, zoals door de consument verder werd verzocht. De verzekeraar heeft de consument laten weten dat hij via een klacht meer inzicht kan opvragen.

- 2.6 De consument heeft daaropvolgend een klacht ingediend bij de verzekeraar. Naar aanleiding daarvan heeft er telefonisch een gesprek plaatsgevonden tussen de consument en de verzekeraar. De verzekeraar heeft hetgeen is besproken met de consument per e-mail op 31 december 2024 bevestigd. Hier staat onder andere:

*"(...) heeft communicatie gehad met een medewerker van Unive Noord- Nederland en is er met hem niet uitgekomen. Waarbij (...) vindt dat er onvoldoende naar zijn inbreng is geluisterd.
Ons antwoord
De verzekeringen lopen op naam van erven van (...)
De woning en [garageboxen] staat te koop.

Leegstand vanuit onze voorwaarden is van toepassing.

De [premieopbouw] van de particuliere woonverzekering en factoren die hier invloed op hebben zijn besproken en toegelicht. De voorwaarden van deze verzekeringen zijn met (...) besproken.
(...) geeft aan dat hij niet de enige erfgenaam is en dat de verklaring van erfrecht ondertussen is opgemaakt. We hebben meneer verzocht om deze nog aan te leveren voor verdere informatie en om mutaties door te kunnen voeren voor de erfgenamen. (...) heeft aangegeven dit niet aan te willen leveren.
(...) is tijdens ons gesprek niet tevreden over de verstrekte informatie en wenst inzage in de inspectie 2019. Er is in 2019 een inspectie op afstand gedaan, die notities zijn doorgenomen, documentatie hiervan is niet aanwezig. (...)
(...)"*

- 2.7 De consument heeft daarna zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en de vorderingen

- 2.8 De consument vordert inzage in de onderbouwing van de premie voor de verzekeringen en herstel van de volledige dekking. Daartoe is de verzekeraar gehouden, omdat de verzekeraar informatie heeft achtergehouden, ten onrechte een sanctie heeft opgelegd en een gekleurde weergave heeft gegeven van het gesprek dat heeft plaatsgevonden met de klachtbehandelaar. De consument vordert gelet op het voorgaande ook een schadevergoeding van € 517,-. Dit bedrag bestaat uit het verschil tussen de premie voor de woonverzekering en de gebouwenverzekering en betreft voor een deel imagoschade.

Het verweer

- 2.9 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie dient de vraag te beantwoorden of de consument recht heeft op inzage in de onderbouwing van de hoogte van de premie voor de verzekeringen en aanpassingen binnen de verzekeringen. Daarnaast begrijpt de commissie uit de klacht van de consument dat hij tijdens de behandeling van zijn klacht bij de verzekeraar niet correct is bejegend. De commissie komt tot het oordeel dat de consument geen recht heeft op inzage in de onderbouwing van de hoogte van de premie en dat de verzekeraar heeft erkend dat de consument niet correct is geholpen gedurende de klachtbehandeling. Daarvoor heeft de verzekeraar excuses gemaakt. De commissie oordeelt dat de klachtonderdelen van de consument ten dele gegrond zijn, maar dit niet leidt tot enige vergoedingsplicht vanuit de verzekeraar, waardoor alle vorderingen van de consument worden afgewezen. Het oordeel licht de commissie hierna verder toe.

De verzekeraar hoeft geen inzage te geven in de onderbouwing van de premie

- 3.2 Voordat de commissie nader ingaat op de vraag of de verzekeraar gehouden is een nadere onderbouwing van de premie te verstrekken aan de consument, stelt de commissie het volgende voorop.
- 3.3 Het staat een verzekeraar vrij de grenzen te bepalen van de risico's waartegen hij wel en geen dekking wenst te verlenen.¹ Daarnaast is het van belang dat het product 'verzekering' een sociale functie heeft. Deze sociale functie ziet op de zekerheid die een verzekering biedt aan het individu door risico's die hij in het maatschappelijk verkeer loopt en die hij zelf niet kan dragen, af te wentelen op een collectiviteit. De kerngedachte van verzekeren is dan ook dat het risico wordt gedeeld. Dit betekent dat elke verzekeringnemer door het betalen van premie meebetaalt aan schadeloosstelling van anderen. Heeft een verzekerde zelf schade dan kan hij, vanuit deze solidariteitsgedachte, ook een beroep doen op de verzekering.
- 3.4 De commissie stelt verder voorop dat de verzekeraar niet gehouden is om inzicht te geven in de mate waarin aspecten worden meegewogen bij het vaststellen van de (nieuwe) premie. In lijn met de uitspraak van de Commissie van Beroep Kifid 2017-021, merkt de commissie op dat het niet aan Kifid is om de redelijkheid te beoordelen van de premies waartegen de verzekeraar de risico's onder de verzekeringen wenst te verzekeren.

¹ HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, te raadplegen op www.rechtspraak.nl.

Dit kan anders zijn als de premiestijging naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

- 3.5 De commissie begrijpt de klacht van de consument zo dat hij inzicht wil krijgen in de bepaling van de hoogte van de premie voor de verzekeringen. Daarover heeft hij meerdere malen een toelichting gevraagd aan de verzekeraar. De verzekeraar heeft naar voren gebracht dat verschillende aspecten worden meegewogen bij het vaststellen van de premie voor een woning, waaronder het type woning, de WOZ-waarde die door de gemeente is bepaald, het bouwjaar en de oppervlakte. Volgens de verzekeraar wordt het verschil in de hoogte van de daadwerkelijke premie en de premie via het berekeningsprogramma op de website veroorzaakt door het gegeven dat ten tijde van de ingangsdatum van de verzekeringen sprake was van twee percelen. Het online premiemodel kan maar voor één perceel de premie (en de achterliggende herbouwwaarde) berekenen. Daardoor was de achterliggende herbouwwaarde via het premiemodel niet toereikend gelet op de totale oppervlakte van de woning en is de herbouwwaarde naar boven bijgesteld. In 2019 is de achterliggende herbouwwaarde opnieuw beoordeeld door de risicodeskundige van de verzekeraar en is vastgesteld dat deze toereikend was voor beide percelen. Als de consument de woning opnieuw zou willen verzekeren, dan geldt de online berekende premie niet. Een premie voor een dergelijk pand is altijd maatwerk. De verzekeraar erkent dat de begeleidende informatie bij de premieberekening op de website onvolledig is en geeft aan dat te zullen aanpassen.
- 3.6 De commissie oordeelt dat de verzekeraar met het voorgaande voldoende heeft toegelicht op welke aspecten worden meegewogen bij het vaststellen van de premie. Zoals hiervoor is overwogen hoeft de verzekeraar geen inzage te geven in de mate waarin de genoemde aspecten worden meegewogen in het vaststellen van de premie. De verzekeraar hoeft verder geen onderbouwing te geven aan de consument. De klacht is ongegrond en de vorderingen worden afgewezen.

De schuur

- 3.7 De consument heeft aangevoerd dat de schuur om onduidelijke redenen niet is meeverzekerd op de particuliere woonverzekering. De verzekeraar heeft laten weten dat als dit het houten schuurtje betreft dat links achter de woning staat, dit een bijgebouw betreft van minder dan 60m². Alle bijgebouwen, dat zijn alle gebouwen die vrij van de woning staan, zijn standaard gratis meeverzekerd op de particuliere woonverzekering. Op het polisblad stond volgens de verzekeraar foutief vermeld dat bijgebouwen niet zijn meeverzekerd. Het polisblad is daarop aangepast. De verzekeraar heeft aangevoerd dat een eventuele schade aan de schuur in behandeling zou zijn genomen. Als de consument met de schuur bedoelt, de door de inspecteur opgemerkte schuur achter de woning, dan geldt dat geen sprake is van een bijgebouw, maar van een aanbouw, omdat geen sprake is van een losstaande schuur.

De commissie oordeelt dat de verzekeraar met de hiervoor gegeven toelichting voldoende duidelijk heeft gemaakt welke schuur is meeverzekerd onder de voornoemde verzekering, zodat dit onderdeel verder geen nadere bespreking behoeft. De klacht is daarmee ongegrond.

Zijn de garageboxen ten onrechte ondergebracht onder de zakelijke gebouwenverzekering?

- 3.8 De consument heeft aangevoerd dat de garageboxen ten onrechte zijn ondergebracht onder de zakelijke gebouwenverzekering. De consument begrijpt dat het verhuren van garageboxen wordt gezien als een zakelijke activiteit en derhalve niet kan worden ondergebracht bij de particuliere woonverzekering. In het geval van de consument wordt echter meer dan de helft van de garageboxen privé gebruikt. De consument heeft nergens kunnen ontdekken dat bij verhuur, hoe gering ook, alle garageboxen onder de zakelijke gebouwenverzekering vallen, terwijl de meeste garageboxen privé worden gebruikt. Hierdoor loopt de consument een hogere pakketkorting mis. De verzekeraar heeft toegelicht dat het inderdaad klopt dat niet in de voorwaarden terug te lezen is dat garageboxen niet kunnen worden meeverzekerd op een particuliere woonverzekering wanneer er één of meerdere garagebox(en) word(t)(en) verhuurd. Dit uitgangspunt vloeit voort uit het interne acceptatiebeleid van de verzekeraar. Volgens dit beleid biedt de particuliere woonverzekering geen dekking voor garageboxen, als sprake is van verhuur. Hierbij maakt de verhouding of oppervlakte van privé gebruikte garageboxen ten opzichte van verhuurde garageboxen niet uit. Bij verhuur worden alle garageboxen, ook de garageboxen die privé worden gebruikt, verzekerd onder een aparte gebouwenpolis.
- 3.9 De commissie stelt vast dat tussen partijen niet ter discussie staat dat een garagebox in verhuurde staat niet kan vallen binnen de dekking van de particuliere woonverzekering. Dit vloeit onder andere ook voort uit artikel 2.1.1. van de voorwaarden van die verzekering. De commissie stelt eveneens vast dat conform het interne acceptatiebeleid van de verzekeraar de dekking voor alle garageboxen, al dan niet in verhuurde staat of voor privégebruik, wordt opgenomen in de dekking van de gebouwenverzekering, als een van de garageboxen wordt verhuurd. Naar het oordeel van de commissie staat het de verzekeraar vrij om een dergelijk beleid te voeren. De commissie begrijpt dat de consument een hogere pakketkorting misloopt, omdat de garageboxen onder de zakelijke gebouwenverzekering zijn verzekerd en niet onder de particuliere woonverzekering. Een dergelijke pakketkorting wordt namelijk alleen toegekend bij de particuliere verzekeringen. De commissie kan de verzekeraar niet dwingen om een hogere pakketkorting toe te passen, omdat de toepassing daarvan voortvloeit uit het interne beleid van de verzekeraar en de consument niet aan dat beleid voldoet. De verzekeringsperiode loopt van 23 januari 2025 tot en met 23 januari 2026. Hierna worden de verzekeringen automatisch met één jaar verlengd. Het staat de consument vrij om de verzekeringen elke dag op te zeggen. Als de consument zich niet kan verenigen met het interne beleid van de verzekeraar, dan zou de consument de verzekeringen kunnen opzeggen. De commissie oordeelt gelet op het voorgaande dat de klacht ongegrond is.

Zijn de garageboxen ten onrechte premier risk verzekerd onder de gebouwenverzekering?

- 3.10 De consument heeft aangevoerd dat het voor hem niet duidelijk is dat de bij de verzekering van de garageboxen sprake is van een premier risk dekking. De verzekeraar heeft dat in kleine lettertjes verstopt in de voorwaarden. De consument wil een verlaging van de verzekerde som, maar de verzekeraar dreigt met de mogelijke gevolgen van onderverzekering. De verzekeraar heeft toegelicht dat sprake is van een maximale vergoeding bij de dekking van de garageboxen. Daarbij heeft de consument garantie tegen onderverzekering. De verzekerde som vloeit voort uit een inspectie die in 2019 heeft plaatsgevonden. Als de consument kiest voor een lagere verzekerde som dan is de verzekeraar verplicht om hem te wijzen op de risico's van onderverzekering. Dat is geen represaille, maar daar is de verzekeraar vanuit de op hem rustende zorgplicht toe verplicht om op te wijzen. De commissie oordeelt de verzekeraar voldoende heeft toegelicht dat en waarom sprake is van een premier risk dekking. Ook heeft de verzekeraar voldoende toegelicht dat verlaging van de verzekerde som eventueel mogelijk is, maar dat de consument daarbij wel het risico van onderverzekering loopt. De commissie merkt hierbij op dat niet gebleken is dat de broer van de consument destijds heeft geprotesteerd tegen de verzekerde som die naar aanleiding van de inspectie in 2019 is opgenomen. Voor zover de klacht van de consument inhoudt dat de garageboxen voor een te hoog bedrag zijn verzekerd geldt dat deze klacht gelet op het voorgaande ongegrond is.

Is sprake van een dubbele verzekering, omdat kostenposten in de opruimingsverzekering ook al onder de gebouwenverzekering worden vergoed en de consument daardoor recht heeft om minder vergoeding

- 3.11 De consument heeft aangevoerd dat hij ten onrechte dubbel verzekerd is. Zo worden bepaalde kostenposten, zoals de beredderingskosten en de kosten voor een expert onder de opruimingskostenverzekering al gedekt onder de gebouwenverzekering. Volgens artikel 7.3 van de voorwaarden van de opruimingskostenverzekering geldt dan dat de consument minder vergoeding krijgt. Volgens de verzekeraar is geen sprake van een dubbele verzekering, omdat de opruimingskosten niet worden vergoed onder de gebouwenverzekering.
- 3.12 De commissie stelt vast dat in artikel 7.3 van de voorwaarden voor de opruimingskostenverzekering het volgende is opgenomen:

"(...)

7.3 U krijgt minder vergoeding als u dubbel verzekerd bent

Zijn de opruimingskosten ook (deels) verzekerd op een andere verzekering? Dan vergoeden wij uit de Opruimingskostenverzekering alleen het (deel van het) schadebedrag waarvoor u niet dubbel verzekerd bent.

Goed om te weten: deze regel gaat niet over vergoedingen die u krijgt vanuit de Gebouwenverzekering, Roerende Zaken verzekering, Woonverzekering (...)"

- 3.13 De commissie oordeelt dat artikel 7.3 alleen betrekking heeft op opruimingskosten. In tegenstelling tot hetgeen de consument aanvoert, betreffen deze kosten dus niet dezelfde kostenposten als bereddingskosten, herstelkosten en kosten voor een expert. Bovendien merkt de commissie op dat in artikel 7.3 van de voorwaarden staat dat de vermindering van de vergoeding geen betrekking heeft op vergoedingen die de consument eventueel zou kunnen krijgen uit hoofde van de gebouwenverzekering of de woonverzekering. Dat de consument dubbel is verzekerd, dan wel nadeel heeft geleden is verder door hem onvoldoende gesubstantieerd, waardoor deze klacht ongegrond is.

Recht op inzage

- 3.14 Volgens de consument heeft de verzekeraar niet voldaan aan zijn wettelijke plicht tot het verstrekken van inzage aan de consument en hem in de gelegenheid te stellen tot het uitoefenen van zijn correctierecht. De verzekeraar heeft aangevoerd dat het recht op inzage en het recht op rectificatie conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) alleen betrekking heeft op persoonsgegevens. Het doel van het recht op inzage is dat de consument moet kunnen controleren of zijn persoonsgegevens kloppen en of de verzekeraar zijn gegevens correct verwerkt. Het recht op rectificatie kan worden uitgeoefend na het uitoefenen van het recht op inzage en alleen in de situaties wanneer de persoonsgegevens niet kloppen of niet compleet zijn. De consument heeft onder andere inzage gevraagd in andere gegevens dan zijn eigen persoonsgegevens. Dit valt volgens de verzekeraar? niet onder het inzage recht van de AVG. De termijn van 30 dagen is in tegenstelling tot wat de consument beweert niet aangevangen.
- 3.15 De commissie stelt vast dat de consument voor het eerst gebruik heeft willen maken van het door hem genoemde recht op inzage toen de verzekeraar weigerde het verslag van de inspectie uit 2019 bij [Perceel] te overleggen. Volgens de consument is dat ook het moment waarop de termijn van 30 dagen is aangevangen. De commissie stelt vast dat niet ter discussie staat dat de consument geen verklaring van erfrecht heeft overgelegd aan de verzekeraar, terwijl de verzekeraar daar wel om heeft verzocht. De verzekeraar was derhalve niet verplicht om de gevraagde gegevens te delen. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond. Al het overige dat de consument in dit kader naar voren heeft gebracht, leidt niet tot een andere conclusie.

De leegstandclausule is niet van toepassing

- 3.16 De commissie stelt vast dat de verzekeraar in zijn reactie naar de erven van de broer van de consument heeft geschreven dat de leegstandclausule van toepassing was. Tijdens de procedure bij Kifid heeft de verzekeraar bevestigd dat de leegstandclausule niet van toepassing is geweest op de verzekeringen. Daarmee is in eerste instantie een onjuiste mededeling gedaan richting de consument, maar deze onjuiste mededeling heeft de verzekeraar tijdens de procedure bij Kifid gecorrigeerd.

De verzekeraar heeft bevestigd dat de leegstandclausule niet van toepassing is geweest op de verzekeringen van de consument. De consument heeft zich hierover terecht beklagd, zodat deze klacht gegrond is.

Bejegening van de consument

- 3.17 De consument voert aan dat hij onjuist is behandeld en bejegend door de verzekeraar, onder andere doordat zaken niet tijdig aan hem zijn toegelicht en een onjuiste weergave van een telefoongesprek met de consument is opgenomen in een e-mailbericht van de verzekeraar. De verzekeraar erkent dat hij tekort is geschoten in de behandeling van de klacht van de consument en de afwikkeling daarvan. Een meer adequate beantwoording van de vragen van de consument had de gang naar Kifid wellicht kunnen voorkomen. De verzekeraar heeft excuses aangeboden aan de consument voor alle onvolkomenheden die hij heeft ervaren binnen het gehele klachtenproces. Concreet zal de verzekeraar naar aanleiding van deze ervaringen met de consument een tweetal verbeteringen doorvoeren. Zo wordt op de website via het premieberekeningsprogramma voortaan weergegeven dat het hierbij om een indicatie gaat, waar geen rechten aan kunnen worden ontleend en worden aanpassingen doorgevoerd in de gebouwenverzekering en de vergoedingsregeling die op het polisblad wordt getoond.
- 3.18 De commissie stelt vast dat communicatie richting de consument inderdaad te wensen heeft overgelaten. Zo zijn bepaalde zaken pas toegelicht en verduidelijkt gedurende de klachtenprocedure bij het Kifid, zoals onder andere, de weergave van het telefoongesprek met de consument, het wel of niet van toepassing zijn van de leegstandsclausule en het interne acceptatiebeleid van de verzekeraar en zo meer. De commissie oordeelt dat de klacht van de consument over de bejegening en de communicatie daarom gegrond is. Dat wordt ook niet door de verzekeraar ontkend. De verzekeraar heeft daarvoor excuses en verbetering aangeboden. Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar met het maken van excuses en het in gang zetten van een aantal aanpassingen spijt betuigd en voldoende duidelijk gemaakt de consument en zijn klachten serieus te nemen. Daarmee is dit onderdeel van het geschil naar het oordeel van de commissie voldoende beslecht. Een met dit klachtonderdeel samenhangende vordering tot schadevergoeding vanwege imago-schade wordt gelet op het voorgaande dan ook afgewezen.

4. De beslissing

De klacht van de consument is ten dele grond. Hoewel de klacht op onderdelen gegrond is leidt dit niet tot toewijzing van de vorderingen. De commissie wijst de vorderingen daarom af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/in-beroep-gaan-bij-kifid/.

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/.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl