Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0245

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. W.H. Luk, secretaris)

Datum uitspraak	19 maart 2024
Klacht van	De consument
Tegen	DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Gedeeltelijk beslissing over behandelbaarheid en gedeeltelijk bindend advies
Uitkomst	Gedeeltelijk niet behandelbaar en gedeeltelijk vordering afgewezen

Samenvatting

Rechtsbijstandverzekering. De consument klaagt over de verleende rechtsbijstand en het ten laste brengen van twee declaraties op het kostenmaximum. De verzekeraar voert aan dat Kifid de klacht niet kan behandelen omdat de Geschillencommissie Kifid en de Commissie van Beroep Kifid zich al in 2014/2015 hierover heeft uitgesproken. Voor zover de klacht wel behandelbaar is, zijn de vorderingen van de consument volgens de verzekeraar verjaard. De commissie volgt de verzekeraar in die zin dat een deel van de klacht niet-behandelbaar is. Voor het overige wordt de vordering afgewezen.

1. Procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar 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 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 Partijen 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 De consument heeft sinds 1999 een rechtsbijstandverzekering bij de verzekeraar. Vanaf 2007 heeft de consument een beroep op zijn rechtsbijstandverzekering gedaan voor geschillen met de buurman. De verzekeraar heeft rechtsbijstand verleend. Vervolgens heeft de consument bij de verzekeraar geklaagd over de kwaliteit van de verleende rechtsbijstand en het handelen van de verzekeraar.

Omdat partijen er onderling niet zijn uitgekomen, heeft de consument bij Kifid een klacht ingediend. De consument heeft gesteld dat de verzekeraar in diverse opzichten in zijn dienstverlening was tekortgeschoten en hij heeft een schadevergoeding gevorderd. Op 24 februari 2015 heeft de Geschillencommissie Kifid de vordering van consument afgewezen (dossiernr. [dossiernummer 1]). Op 1 juli 2015 heeft de Commissie van Beroep Kifid de beslissing van de Geschillencommissie gehandhaafd (dossiernr. [dossiernummer 2]).

2.2 Bij brief van 8 maart 2021 heeft de consument de verzekeraar meegedeeld dat zijn onvrede over de dienstverlening na zijn eerdere klacht door de jaren heen is gebleven. De consument heeft als voorbeeld genoemd dat de behandelaar in 2009 na het verzenden van een sommatiebrief aan de buurman heeft nagelaten om gerechtelijke stappen te ondernemen. Verder heeft de consument in zijn klacht de onenigheid genoemd tussen de verzekeraar en de advocaat over de gedeclareerde bedragen en het resterende bedrag van het kostenmaximum, alsmede een declaratie van 4 januari 2010 van € 1.950,- die de verzekeraar 10 jaar later ten onrechte heeft opgevoerd. De verzekeraar heeft bij brief van 10 maart 2021 gereageerd op de klacht van de consument. De consument heeft bij brief van 8 april 2021 zijn ongenoegen over die reactie van de verzekeraar geuit en verzocht om de klacht aan de directie van de verzekeraar voor te leggen. De verzekeraar heeft de consument bij brief van 15 juni 2021 meegedeeld dat de klacht, voor zover deze ziet op de verleende rechtsbijstand, al eerder door de Geschillencommissie en de Commissie van Beroep van Kifid in 2014/2015 is behandeld. Verder heeft de verzekeraar de consument erop gewezen dat de factuur al in 2010 is voldaan en ook op dat moment ten laste van het kosten-maximum is gekomen.

2.3 De consument heeft bij brief van 25 juni 2021 aan de verzekeraar opnieuw zijn ongenoegen geuit. De verzekeraar heeft in zijn brief van 13 juli 2021 verwezen naar de inhoud van de brief van 15 juni 2021.

2.4 De consument heeft bij brief van 27 augustus 2021 een beroep op de geschillenregeling gedaan. Volgens de consument moest er onder meer onderzoek worden gedaan naar mogelijke fouten die de medewerkers van de verzekeraar hebben gemaakt bij de behandeling van verschillende dossiers van hem. Daarnaast moest er volgens de consument onderzoek worden gedaan naar een 10 jaar oude declaratie van € 1.950,- die de verzekeraar onverwacht en ten onrechte heeft opgevoerd als gevolg waarvan de advocaat van de consument een lopende procedure in december 2019 moest staken. De consument heeft ook gevraagd om de gegevens van de beroepsaansprakelijkheids-verzekeraar van de verzekeraar.

2.5 De consument heeft bij brief van 8 december 2021, gericht aan de beroeps-aansprakelijkheidsverzekeraar van de verzekeraar, een beroep op de aansprakelijkheidsverzekering van de verzekeraar gedaan.

De beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar heeft de consument per e-mail van 16 december 2021 meegedeeld dat hij geen beroep op de verzekering kan doen. De consument zal zich rechtstreeks tot de verzekeraar moeten wenden.

2.6 De consument heeft de verzekeraar bij brief van 31 januari 2022 aansprakelijk gesteld voor wanprestatie en als voorschot op een nader te bepalen vergoeding van materiële en immateriële schade een bedrag van € 7.500,- gevorderd. De verzekeraar heeft de aansprakelijkstelling bij brief van 9 februari 2022 van de hand gewezen en de consument gewezen op de uitgebreide correspondentie die in het verleden hierover is gevoerd.

De klacht en vordering

2.7 De consument vindt dat de verzekeraar in de verleende rechtsbijstand toerekenbaar is tekortgeschoten, als gevolg waarvan hij materiële en immateriële schade lijdt. De consument vordert van de verzekeraar een schadevergoeding, te vermeerderen met de wettelijke rente. Op het schadeformulier heeft de consument vermeld dat zijn schade meer dan € 25.000,- bedraagt. Daarnaast vordert de consument dat de commissie de declaraties van € 1.950,- en € 1.071,- uit 2010 onderzoekt. Deze bedragen zijn volgens de consument ten onrechte in mindering gebracht op het kostenmaximum.

2.8 De consument betwist het standpunt van de verzekeraar dat zijn klacht niet behandelbaar is. Het is namelijk zeer wel mogelijk dat sprake is geweest van een (opzettelijke) fout aan de kant van de verzekeraar. De verzekeraar heeft daarvoor een aansprakelijkheidsverzekering.

2.9 De consument voert ter onderbouwing van zijn vordering het volgende aan. De medewerkers van de verzekeraar hebben (beoordelings)fouten gemaakt en onzorgvuldig en onvoldoende voortvarend gehandeld in de geschillen met de buurman. De advocaat van de consument heeft uiteindelijk herstelwerkzaamheden moeten verrichten door direct na ontvangst van de opdracht van de verzekeraar de buurman in een kort geding te betrekken. De voortdurende inadequate dienstverlening door de medewerkers van de verzekeraar hebben tot een toename van de aard, de ernst en de duur van de zaak geleid. Dit was allemaal anders geweest als de verzekeraar al in 2009 een procedure tegen de buurman was gestart. Het bedrag van € 837,49 dat nog resteert van het kostenmaximum is ontoereikend om een rechtszaak te starten ter verkrijging van een vergoeding van de ontstane materiële en immateriële schade. Als gevolg van de jarenlange overlast en hinder is bij de consument PTSS vastgesteld.

2.10 De verzekeraar heeft in de klachtprocedure bij Kifid zeven declaraties genoemd die in totaal € 9.112,52 bedragen. Dit is een aanmerkelijk verschil met het bedrag van € 11.662,51 dat de verzekeraar eerder in 2020 heeft genoemd. Het door de verzekeraar genoemde resterende bedrag van € 837,49 is dan ook niet juist.

Dat bedrag zou hoger moeten zijn. Volgens de consument heeft de verzekeraar ten onrechte een declaratie van 11 maart 2010 van een eerder ingeschakelde advocaat ten bedrage van € 1.950,- en een declaratie van € 1.071,- van een andere advocaat ten laste van het kostenmaximum gebracht.

Het verweer

2.11 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

Behandelbaarheid

3.1 Voordat de commissie tot een inhoudelijke beoordeling van het geschil kan komen, dient eerst te worden beslist op het door de verzekeraar gevoerde verweer over de behandelbaarheid van de klacht van de consument.

3.2 De verzekeraar voert aan dat de klachten van de consument die zien op de kwaliteit van de verleende rechtsbijstand en de declaratie van € 1.950,- niet behandelbaar zijn op grond van artikel 2 van het Reglement Geschillencommissie financiële dienstverlening (Kifid) Bemiddeling en (bindend) advies – vanaf 1 april 2017 tot 1 april 2022 (verder te noemen het reglement). Die klachten heeft Kifid al eerder behandeld en beoordeeld in de uitspraak van de Geschillencommissie Kifid van 24 februari 2015 en in de uitspraak van de Commissie van Beroep Kifid van 1 juli 2015. Daarnaast voert de verzekeraar aan dat Kifid de klachten over de declaraties van € 1.950,- en € 1.071,- uit 2010 ook niet kan behandelen, omdat de consument deze klachten meer dan een jaar nadat hij die aan de verzekeraar voorlegde, bij Kifid heeft ingediend. Daarmee heeft de consument op grond van artikel 5.1 van het reglement zijn klachten te laat ingediend.

3.3 In artikel 2 van het reglement is, voor zover relevant, het volgende opgenomen:

> *"**Artikel 2 Welke klachten behandelt de Geschillencommissie niet?***
> *2.1 De Geschillencommissie behandelt een Klacht niet voor zover:*
>
> *a) de Klacht al in behandeling is bij, of eerder is behandeld door, de Geschillencommissie, de voormalige Ombudsman van Kifid of door een geschillencommissie bij een van de voorgangers van Kifid;*
> *(…)"*

In artikel 5 van het reglement is, voor zover relevant, het volgende bepaald:

"Artikel 5 Termijn van indiening

5.1 De Klacht moet bij de Geschillencommissie worden ingediend binnen een jaar nadat Consument zijn Klacht aan de Financiële dienstverlener heeft voorgelegd. *Deze termijn kan niet worden verkort door de termijnen die zijn genoemd in 5.2 tot en met 5.4.*

5.2 De Klacht moet worden ingediend binnen drie maanden na de dagtekening van de brief of het bericht waarin de Financiële dienstverlener definitief zijn standpunt over de Klacht aan Consument kenbaar heeft gemaakt, mits in die brief wordt verwezen naar Kifid en wordt gewezen op de driemaandentermijn.

5.4 Als de Financiële dienstverlener bij het kenbaar maken van zijn definitieve standpunt niet heeft gewezen op de mogelijkheid de Klacht aan (de Geschillencommissie bij) Kifid voor te leggen, moet Consument de Klacht indienen binnen een redelijke termijn nadat hij begreep of had behoren te begrijpen dat hij met zijn Klacht bij (de Geschillencommissie bij) Kifid terecht kon. Dat geldt ook als de Financiële dienstverlener in de interne klachtprocedure niet binnen acht weken heeft gereageerd op de Klacht."

De klacht over de verleende rechtsbijstand

3.4 In de procedure die de consument in 2014 bij Kifid aanhangig heeft gemaakt stond centraal of de verzekeraar is tekortgeschoten in de uitvoering van de rechtsbijstand. Volgens de consument had de verzekeraar de geschillen met zijn buurman niet efficiënt en adequaat behandeld omdat hij na melding in 2007 geen juiste beoordeling van de juridische problematiek had gemaakt en niet direct een civiele procedure tegen de buurman was gestart. De Geschillencommissie Kifid heeft toen onder meer geoordeeld dat niet is gebleken dat de verzekeraar in de uitvoering van de rechtsbijstand is tekortgeschoten. Ook heeft de Geschillencommissie Kifid in die zaak geoordeeld dat niet is komen vast te staan dat de vermeende tekortkomingen tot de door de consument gestelde schade hebben geleid. De Commissie van Beroep Kifid heeft dit oordeel van de Geschillencommissie bevestigd.

3.5 De klacht die de consument in onderhavige procedure bij Kifid heeft ingediend is naar het oordeel van de commissie ten dele gelijk aan de onder 3.4 genoemde klacht. Ook nu stelt de consument dat de verzekeraar de gemelde geschillen met de buurman onvoldoende voortvarend heeft behandeld door een verkeerde beoordeling van de juridische problematiek te maken en door na te laten om na de verzending van de sommatiebrief in 2009 een civiele procedure te starten tegen de buurman. Dit heeft de consument ook in de eerdere procedure al naar voren gebracht. De commissie kan deze klacht daarom niet opnieuw behandelen.

3.6 Indien en voor zover de consument aan zijn vordering andere gedragingen van medewerkers van de verzekeraar ten grondslag legt, overweegt de commissie dat niet duidelijk is wat de consument de verzekeraar concreet verwijt. De consument heeft zijn vordering op dit punt ook niet nader onderbouwd. De enkele stelling dat het zeer goed mogelijk is dat er destijds fouten zijn gemaakt door medewerkers van de verzekeraar, vindt de commissie onvoldoende.

De klacht over de declaraties

3.7 De verzekeraar is van mening dat Kifid ook de klacht van de consument over de declaraties van € 1.950,- en € 1.071,- niet kan behandelen. Volgens de verzekeraar heeft de Geschillencommissie Kifid de klacht over de eerste declaratie al in de eerdere procedure behandeld. Naar het oordeel van de commissie blijkt uit de eerdere uitspraak echter niet dat specifiek over deze declaratie is geoordeeld. Het beroep van de verzekeraar dat dit klachtonderdeel op grond van artikel 2 van het reglement niet behandelbaar is, treft daarom geen doel.

3.8 De verzekeraar stelt verder dat Kifid de klachten over de twee declaraties niet kan behandelen, omdat de consument de klachten hierover niet heeft ingediend binnen de in artikel 5 van het reglement genoemde termijn van een jaar nadat hij hierover bij de verzekeraar heeft geklaagd. De verzekeraar verwijst daarbij in het bijzonder naar de berichten van de consument van 25 november 2020 en 3 februari 2021. Uit de door de verzekeraar verstrekte citaten uit deze berichten kan de commissie opmaken dat de consument de verzekeraar heeft meegedeeld dat sprake was van een aanzienlijke discrepantie tussen de bedragen die voor vergoeding in aanmerking kwamen en dat het resterende bedrag van het kostenmaximum van € 837,49 niet genoeg zou zijn. Anders dan de verzekeraar ziet de commissie in deze citaten geen klachtuiting. Dit is anders bij de brief van de consument van 8 maart 2021, waarin hij, na zijn eerdere klacht uit 2009, opnieuw een beroep doet op de klachtenregeling van de verzekeraar. Aangezien de consument zijn klacht vervolgens op 18 februari 2022, en dus binnen een jaar na de klachtuiting en binnen drie maanden na het definitief standpunt van de verzekeraar, bij Kifid heeft ingediend, is de klacht op grond van artikel 5 van het reglement behandelbaar.

3.9 Op grond van artikel 7:942 lid 1 BW verjaart een rechtsvordering tegen een verzekeraar tot het doen van een uitkering door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

3.10 De verzekeraar is van mening dat de vordering van de consument op dit punt is verjaard. De declaratie van € 1.950,- heeft de verzekeraar de consument al op 3 november 2010 toegezonden. Verder is de consument al ruim 12 jaar bekend met de kostenpost van € 1.071,-.

De advocaat van de buurman heeft de advocaat van de consument bij brief van 8 november 2010 namelijk al verzocht om het bedrag van de kostenveroordeling van € 1.071,- te betalen. Dit bedrag, bestaande uit € 255,- voor het griffierecht en € 816,- voor het salaris van de advocaat van de buren, staat ook in het vonnis van de voorzieningenrechter van 5 november 2010. De consument is van mening dat van verjaring geen sprake kan zijn, omdat hij pas in september 2020 door zijn advocaat werd geïnformeerd over de problemen met de verzekeraar over de declaraties.

3.11 De commissie is van oordeel dat de vraag of sprake is van verjaring in het midden kan blijven. De commissie begrijpt de klacht van de consument op dit punt namelijk zo, dat in 2020 een discussie tussen zijn advocaat en de verzekeraar is ontstaan over de declaraties en het resterende bedrag van het kostenmaximum. Volgens de verzekeraar is van het kostenmaximum nog een bedrag van € 837,49 over. De commissie overweegt dat de verzekeraar de consument per e-mail van 26 november 2020 een overzicht heeft verstrekt van de betaalde declaraties in het dossier van in totaal € 11.662,51. Dat de verzekeraar de gedeclareerde bedragen van € 1.071,- en € 1.950,- ten onrechte of dubbel ten laste van het kostenmaximum van het dossier heeft gebracht of dat sprake is van dubbeltelling, is niet gebleken. De verzekeraar heeft de betaling van de gedeclareerde bedragen voldoende toegelicht. Wel heeft de verzekeraar de commissie bericht dat een declaratie van 18 december 2019 van € 1.665,19 en een declaratie van 28 november 2018 van € 595,49, in totaal dus € 2.260,68, mogelijk in een ander dossier van de consument horen. De verzekeraar is bereid het kostenmaximum van de consument aan te vullen, zodat van het kosten-maximum € 837,49 en € 2.260,68, dus in totaal € 3.098,17 resteert. De commissie merkt op dat de klacht van de consument niet ziet op deze declaraties maar zij gaat er wel van uit dat de verzekeraar zijn aanbod gestand doet.

Schade

3.12 Ten overvloede overweegt de commissie nog dat de consument zijn schade niet nader heeft onderbouwd. Ook het causaal verband tussen het vermeende tekortschieten door de verzekeraar en de gestelde materiële en immateriële schade ontbreekt. Dus ook als wel sprake zou zijn van een toerekenbare tekortkoming aan de kant van de verzekeraar, zou de vordering niet kunnen worden toegewezen.

Conclusie

3.13 Het hiervoor overwogene leidt de commissie tot de conclusie dat de klacht van de consument niet-behandelbaar is voor zover die betrekking heeft op de verleende rechtsbijstand in de gemelde geschillen met de buurman. Voor het overige deel is de klacht van de consument ongegrond en zal zijn vordering worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie verklaart de klacht van de consument gedeeltelijk niet-behandelbaar. Voor het overige wijst de commissie de vordering af.

Deze uitspraak is gedeeltelijk een beslissing over behandelbaarheid en gedeeltelijk een bindend advies. Tegen de beslissing over de behandelbaarheid kunt u geen beroep instellen. Of u tegen het bindend advies beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. 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/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 1 maand na de verzenddatum van de uitspraak een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie vanaf 1 april 2017, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl