Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0383

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. G.W.N.M. van Laarhoven MMO, J.J. Turkesteen, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	16 mei 2025
Klacht van	De consument
Tegen	HDI Global SE, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de Gedragscode Behandeling Letselschade

Samenvatting

WAM-dekking. De consument klaagt over de wijze waarop zijn letselschade door de verzekeraar is behandeld en over de weigering om de door hem gevorderde slotbetaling te doen. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de schadebehandeling mocht uitbesteden. Voor zover de verzekeraar tekort is geschoten bij het (laten) behandelen van de schade, is de consument daardoor niet in een nadeligere positie gebracht. De verzekeraar mocht nader onderzoek laten doen naar de impact van de aanrijding en op grond van de conclusies daaruit, het standpunt innemen dat hij niet gehouden is tot verdere betalingen. Op de consument rust dan, gelet op de gemotiveerde betwisting van de verzekeraar, de plicht om bewijs aan te dragen voor het causaal verband tussen de aanrijding en de gevorderde schade. De klachtonderdelen van de consument zijn ongegrond, zijn vordering wordt 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 en de brief van zijn vertegenwoordiger met een toelichting op de klacht; 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 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 29 januari 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger de heer J.H. Dijkstra van Content Letselschadespecialisten. Namens de verzekeraar was aanwezig: de heer [naam 1], general counsel.

1.3 De verzekeraar 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 Op 27 december 2021 heeft een aanrijding plaatsgevonden tussen de door de consument bestuurde bestelbus en de bij de verzekeraar verzekerde personenauto. Per e-mail van 31 januari 2022 heeft de verzekeraar aansprakelijkheid erkend op grond van het door beide bestuurders ondertekende aanrijdingsformulier.

2.2 Per brief van 31 maart 2022 heeft de vertegenwoordiger van de consument aan de verzekeraar het advies van zijn medisch adviseur, zijn brief aan de medisch adviseur van de verzekeraar en de nota's van de fysiotherapeut van in totaal bijna € 1.000,- toegezonden, met het verzoek om een voorschot van € 2.000,- over te maken aan de consument. In de brief en de daarbij toegezonden medische informatie is vermeld dat de consument eerder betrokken is geweest bij een aanrijding waarbij hij achteruit tegen een geparkeerde auto reed en dat hij daarvoor bij nog vier aanrijdingen was betrokken waarbij hij van achterop werd aangereden. Verder is vermeld dat de consument op het moment van de aanrijding niet werkzaam was als gevolg van een operatie, dat hij een uitkering ontving op grond van de Ziektewet en dat hij door het overlijden van zijn vader studievertraging had opgelopen.

2.3 Op 12 april 2022 heeft de verzekeraar aan de consument een voorschot van € 2.000,- betaald.

2.4 Op 10 mei 2022 heeft de vertegenwoordiger van de consument een schadestaat aan de verzekeraar verzonden met het verzoek om betaling van een aanvullend voorschot van € 2.000,-. Op 9 juli 2022 werd opnieuw een schadestaat gezonden, waarbij het verzochte aanvullend voorschot was verhoogd naar € 3.000,-.

2.5 Per e-mails van 8 en 9 augustus 2022 heeft de verzekeraar het advies van zijn medisch adviseur aan de vertegenwoordiger van de consument gezonden. Op grond daarvan heeft de verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de medische causaliteit tussen de klachten van de consument en de aanrijding van 27 december 2021 niet kan worden vastgesteld omdat medische informatie over de eerdere aanrijdingen en de operatie ontbreekt. Daarbij heeft de verzekeraar erop gewezen dat de consument op de achterzijde van het aanrijdings-formulier heeft genoteerd dat de personenauto met een snelheid van 8 km per uur reed ten tijde van het ongeval, er sprake was van lichte schade aan de bestelbus waarin hij reed en dat het met een dergelijke lage snelheid volgens zijn medisch adviseur niet mogelijk is dat er letsel ontstaat.

2.6 Per e-mail van 8 augustus 2022 heeft de verzekeraar aan de vertegenwoordiger van de consument gemeld dat de consument met het betaalde voorschot van € 2.000,- al grotendeels schadeloos was gesteld en het voorstel gedaan om de zaak af te wikkelen met een slotbetaling van € 1.500,-.

Per e-mail van 9 augustus 2022 heeft de verzekeraar gevraagd om een regelingsvoorstel te doen uitgaande van een restloos herstel van de nekklachten binnen een paar maanden en van de kneuzing van de rechter ringvinger binnen enkel weken. De verzekeraar heeft in deze e-mails verzocht om de schadeposten nader te onderbouwen en medische informatie toe te sturen aan zijn medisch adviseur als niet wordt ingestemd met de aangeboden slot-betaling.

2.7 Per brief van 14 september 2022 heeft de vertegenwoordiger van de consument geschreven dat het volgens hem duidelijk is dat de zaak nog niet geregeld kan worden. Hij heeft er daarbij op gewezen dat bij het bepalen van de impact ook gekeken moet worden naar de snelheid waarmee de consument zelf reed. Op het aanrijdingsformulier heeft de consument genoteerd dat dit 30 km p/u was. Zijn medisch adviseur heeft met een wetenschappelijk artikel over inzichten vanuit de letselbiomechanica onderbouwd gerapporteerd dat ook bij lage snelheden letsel kan ontstaan. Verder heeft hij verwezen naar de informatie van de fysiotherapeut waaruit blijkt dat de consument van het eerdere ongeval volledig is hersteld. De vertegenwoordiger heeft in zijn brief verzocht om gelet op het tekort op de schadestaat een aanvullend voorschot van € 5.500,- te betalen aan de consument.

2.8 Per e-mail van 20 september 2022 werd de consument geïnformeerd namens de verzekeraar dat de schadebehandeling was overgedragen aan een externe partij, hierna te noemen: het schadebehandelingskantoor.

2.9 Op 8 december 2022 is de consument een voorschot van € 2.500,- toegezegd, dat met enige vertraging werd betaald. Daarna volgde op 27 december 2022 en 3 maart 2023 nog aanvullende voorschotten van achtereenvolgens € 5.000,- en € 4.000,-.

2.10 Op 9 maart 2023 heeft het schadebehandelingskantoor het advies van de medisch adviseur van de verzekeraar ontvangen waarin is geconcludeerd dat er door de medisch adviseur van de consument geen argumenten zijn gegeven voor een medisch causaal verband tussen de klachten van de consument en het ongeval.

2.11 Op 24 april 2023 heeft de consument bezoek gehad van de re-integratiedeskundige om de mogelijkheden van begeleiding gericht op optimale benutting van de bij betrokkene aanwezige verdiencapaciteit in kaart te brengen. De re-integratiedeskundige heeft op 4 mei 2023 gerapporteerd met het advies om de consument deel te laten nemen aan een multidisciplinair revalidatieprogramma. Na instemming van het schadebehandelingskantoor met het voorgestelde revalidatietraject heeft er een intake plaatsgevonden bij een revalidatiecentrum.

2.12 Per e-mail van 3 juli 2023 heeft de schadebehandelaar de vertegenwoordiger van de consument onder meer verzocht om een recente schadestaat en informatie over de eerdere schadegevallen en de afwikkeling daarvan.

2.13 Per brief van 9 juli 2023 heeft de vertegenwoordiger van de consument de vaststellingsovereenkomsten toegezonden van twee eerdere aanrijdingen, een bijgewerkte voorlopige schadestaat en informatie van het UWV waaruit blijkt dat de consument minder dan 35% arbeidsongeschikt wordt geacht, waardoor hij geen Ziektewetuitkering meer ontvangt. Gevraagd is om een aanvullend voorschot van € 9.000,-.

2.14 Op 31 juli 2023 heeft de vertegenwoordiger van de consument telefonisch overleg gehad met de schadebehandelaar over een pragmatisch afwikkeling waarbij van de kant van de consument een bedrag van € 25.000,- is genoemd en de schadebehandelaar heeft gezegd dat hij dacht aan een bedrag van € 15.000,- wat hij met de verzekeraar moest bespreken.

2.15 Op 4 augustus 2023 heeft het schaderegelingskantoor opdracht gegeven om een zogenoemd Delta-V onderzoek te doen, waarbij op basis van de voertuigschade de snelheidsverandering en daarmee de impact van de aanrijding wordt onderzocht. In de voorbereiding van dat onderzoek is gebleken dat de schade aan de bestelbus al voor de aanrijding aanwezig was.

2.16 Per e-mail van 14 augustus 2023 heeft de schadebehandelaar aan de vertegenwoordiger van de consument het telefoongesprek van die dag bevestigd waarin hij de bevinding van de onderzoeker heeft gedeeld dat de schade aan de linkervoorzijde van de bestelbus al eerder is gemeld op 31 december 2020 bij een andere verzekeraar, zodat een onderzoek naar fraude een volgende stap zou kunnen zijn. De vertegenwoordiger van de consument is verzocht dit met de consument te bespreken.

2.17 Per brief van 14 augustus 2023 heeft de vertegenwoordiger van de consument aan de schadebehandelaar laten weten dat de consument verbaasd reageerde op de bevinding dat de schade aan de bestelbus al eerder was gemeld, dat dit hem niet bekend was en dat hij de bestelbus geleend had van een vriend waar hij inmiddels geen contact meer mee had.

2.18 Per e-mail van 10 oktober 2023 heeft het schadebehandelaarskantoor gereageerd op de klacht van de vertegenwoordiger van de consument dat de schadebehandelaar zijn telefoon niet had opgenomen en niet had gereageerd op een zestal ingesproken voicemailberichten met terugbelverzoeken. In die reactie heeft de klachtbehandelaar toegezegd de klacht met de schadebehandelaar op te nemen en heeft hij geschreven dat het niet goed is dat er niet is gereageerd.

2.19 De schadebehandelaar heeft dezelfde dag, op 10 oktober 2023, per e-mail aan de vertegenwoordiger bericht dat de onderzoeker de volgende dag contact met hem zal opnemen en dat gezien de onduidelijkheden omtrent de toedracht van de aanrijding en de gevolgen hiervan geen aanvullend voorschot kan worden verstrekt.

2.20 Op 30 januari 2024 heeft de vertegenwoordiger van de consument bij Kifid een klacht ingediend tegen het schadebehandelingskantoor. Per brief van 5 februari 2025 is hij door Kifid geïnformeerd dat de klacht niet behandelbaar is omdat het schaderegelingskantoor niet is aangesloten bij Kifid.

2.21 Per e-mail van 8 februari 2024 heeft de schadebehandelaar het eindrapport van de door het schadebehandelingskantoor ingeschakelde deskundige van 11 januari 2024 toegezonden aan de vertegenwoordiger van de consument. In het rapport heeft de onderzoeker onder meer de volgende conclusies vermeld:

> *"(...)*
> - *Er heeft vermoedelijk wel een aanrijding tussen de [merk personenauto] en de [merk bestelbus] plaatsgevonden, maar daarbij is weinig materiële schade ontstaan.*
> - *(...)*
> - *Van een opzetaanrijding is vooralsnog niets gebleken.*
> - *De [merk personenauto] heeft laag gepositioneerde lichte beschadigen aan de rechter voorzijde opgelopen. Van schade op die hoogte bij de [merk bestelbus] is niets gebleken. Bij de expertise is namelijk alleen maar hoger gepositioneerde schade opgenomen, welke bovendien al van een eerder evenement afkomstig is. Deze schade is dus dubbel geclaimd.*
> - *(...)*
> - *Vanwege de lichte beschadigingen aan de [merk personenauto] en geclaimde oude schade aan de [merk bestelbus] achten wij het niet aannemelijk dat [naam consument] noemenswaardig letsel bij de aanrijding heeft opgelopen"*

2.22 In de e-mail van 8 februari 2024 heeft de schadebehandelaar geschreven:

> "(...)
> *Het onderzoek is afgerond en ik stuur u het rapport hiervan. In het kort komt het er op neer dat er wel een aanrijding heeft plaats gevonden maar dat er zeer weinig schade aan de auto's is ontstaan. De schade aan de auto van uw relatie is onbekend. Er is wel schade aan de auto geclaimd maar deze is bij een eerder ongeval ontstaan. Deze schade is ten onrechte dubbel geclaimd. Onze expert heeft geen enkele meer schade kunnen vaststellen. Aan de auto van onze relatie is een zeer kleine schade ontstaan. Gezien het verschil in gewicht van beide voertuigen en het feit dat het een aanrijding aan de zijkant betreft heeft de aanrijding een zeer kleine impact gehad.*
>
> *Het staat voor mij en ook de onderzoeker dan ook vast dat geen letselschade kan zijn ontstaan. Eventuele klachten en beperkingen staan los van dit ongeval en kunnen mogelijk nog een gevolg zijn van alle eerdere ongevallen die uw relatie heeft gehad.*
>
> *Ik kan u namens onze opdrachtgever dan ook geen vergoeding meer verstrekken. Indien uw relatie niet akkoord gaat en zijn vordering doorzet, behoud ik me namens onze opdrachtgever het recht voor om onterecht betaalde voorschotten terug te vorderen bij uw cliënt. (...)"*

2.23 Op 4 april 2024 heeft de vertegenwoordiger van de consument een klacht ingediend bij de verzekeraar over het uitblijven van een reactie van het schaderegelingskantoor op zijn brief van 2 maart 2024, ondanks een op 22 maart 2024 op de voicemail van de schade-behandelaar ingesproken herinnering.

2.24 Per e-mail van 5 april 2024 heeft de schadebehandelaar gereageerd op de brief van de vertegenwoordiger van de consument van 2 maart 2024 met de mededeling:

> *"Ik heb ons standpunt duidelijk gemaakt en wil ondanks uw argumenten hier niet van afwijken. Ik heb uw brief ter behandeling naar onze opdrachtgever gestuurd."*

2.25 Per e-mail van 9 april 2024 heeft de verzekeraar de ontvangst van de klacht bevestigd en medegedeeld binnen 20 werkdagen te zullen reageren. Per brief van 7 mei 2024 heeft de vertegenwoordiger van de consument een herinnering gestuurd aan de verzekeraar.

2.26 De vertegenwoordiger van de consument heeft op 12 augustus 2024 namens de consument een klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

2.27 De consument klaagt over het niet of te laat reageren door de verzekeraar en door het schadebehandelingskantoor. Het heeft vier maanden geduurd voordat werd gereageerd op het op 31 maart 2022 toegezonden medisch advies. Na het verzoek om verdere bevoorschotting van 10 mei 2022 heeft het vier maanden geduurd voordat er werd gereageerd en zeven maanden voordat er een passend voorschot is betaald. De verzekeraar heeft de ontvangst van de op 4 april 2024 door de consument ingediende klacht bevestigd, maar niet beantwoord.

2.28 De consument klaagt er ook over dat de verzekeraar de schadebehandeling heeft overgedragen aan een externe partij met structurele achterstanden, die niet is aangesloten bij Kifid. De totale klachtprocedure is hierdoor onnodig verlengd, onnodig gecompliceerd en kostbaarder.

2.29 De verzekeraar handelde volgens de consument in strijd met gedragsregel 3 uit de Gedragscode Letselschade Behandeling (GBL) (zie bijlage) die voorschrijft dat de verzekeraar alert en zorgvuldig handelt door het onderzoek naar de aansprakelijkheid van haar verzekerde direct na de aanrijding te starten. De verzekeraar had volgens de consument na erkenning van de aansprakelijkheid en nadat de schaderegeling al twee jaar liep, de impact van de aanrijding niet plotseling mogen opvoeren als reden om het letsel niet als ongevalsgevolg te accepteren. Aan dit standpunt lag geen nieuwe informatie ten grondslag. De consument mocht uit de gang van zaken (de erkenning van de aansprakelijkheid, het betalen van voorschotten, het gesprek met de re-integratiecoach en de instemming met het volgen van een multidisciplinair traject) gerechtvaardigd afleiden dat hij schadeloos zou worden gesteld.

2.30 De consument klaagt er ook over dat het schadebehandelingskantoor in de brief van 8 februari 2024 dreigt met de terugvordering van de betaalde voorschotten indien hij zich niet neerlegt bij de weigering om tot verdere betaling over te gaan.

2.31 De consument vordert vergoeding van een bedrag van € 17.411,75 voor materiële en immateriële schade die hij heeft geleden als gevolg van het ongeval, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 2 juli 2024.

Het verweer

2.32 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 moet de vraag beantwoorden of de verzekeraar de door de consument gevorderde (slot)betaling moet voldoen. Zij zal daarbij eerst ingaan op de door de consument gestelde tekortkomingen in de schadebehandeling en daarna op het volgens hem opgewekte vertrouwen dat geen beroep meer zou worden gedaan op de geringe impact van de aanrijding en mogelijke pre-existente klachten.

Uitbesteding schadebehandeling

3.2 De commissie zal eerst ingaan op de klacht dat de verzekeraar de schadebehandeling heeft uitbesteed aan een derde partij die niet is aangesloten bij Kifid. Zij volgt daarbij de verzekeraar in zijn verweer dat het hem vrij staat om de schadebehandeling uit te besteden aan een derde partij, waarbij onweersproken is dat het gaat om een professionele gerespecteerde partij in de markt met ervaring in het afwikkelen van schades namens verzekeraars. De uitbesteding doet geen afbreuk aan de klachtprocedure bij de verzekeraar die is aangesloten bij Kifid. De vertegenwoordiger van de consument heeft uit eigen beweging een klacht tegen het schadebehandelingskantoor ingediend bij Kifid. Niet gesteld of gebleken is dat hij door het schadebehandelingskantoor naar Kifid is verwezen of dat hij hierover door de verzekeraar onjuist is geïnformeerd. Bij het Kifid zijn financieel dienstverleners aangesloten. Het lag op de weg van de vertegenwoordiger van de consument om het dienstverlenersregister van Kifid te raadplegen[1] voordat hij de klacht bij Kifid indiende, om te controleren of het schadebehandelingskantoor is aangesloten bij Kifid. De klacht dat de klachtprocedure door de uitbesteding onnodig is verlengd, onnodig is gecompliceerd en kostbaarder is, is gelet op het voorgaande ongegrond.

[1] Zie www.kifid.nl/register.

Niet of te laat reageren

3.3 De klacht over het niet of te laat reageren ziet met name op het door de verzekeraar pas na vier maanden reageren op de toegezonden medische stukken, het pas na zeven maanden voldoen aan de verzoeken om verdere voorschotbetalingen en het niet door de verzekeraar, maar door de klachtbehandelaar van het schadebehandelingskantoor zelf reageren op de klacht over het uitblijven van een reactie op de brief van de vertegenwoordiger van de consument van 2 maart 2024.

3.4 Onweersproken is dat de verzekeraar na de erkenning van de aansprakelijkheid op 31 januari 2022 opdracht heeft gegeven aan haar medisch adviseur tot het uitbrengen van een medisch advies en daartoe de beschikbare stukken heeft toegezonden. Dat bepaalde stukken door de medisch adviseur van de verzekeraar niet zijn ontvangen kan de verzekeraar niet worden verweten. Er is door de consument onvoldoende onderbouwd dat de verzekeraar zich op dit punt onvoldoende heeft ingespannen of anderszins een verwijt treft. Het klachtonderdeel over het pas na vier maanden reageren op de medische stukken is daarom ongegrond.

3.5 Ten aanzien van de voorschotbetalingen geldt dat de verzekeraar op 12 april 2022 een voorschotbetaling heeft gedaan van € 2.000,-. De commissie volgt de verzekeraar in zijn verweer dat hij gelet op de ontvangen informatie over vijf eerdere aanrijdingen, het advies van zijn medisch adviseur mocht afwachten alvorens te beslissen over aanvullende voorschotbetalingen. Op 8 augustus 2022 heeft de verzekeraar zich onder toezending van het medisch advies op het standpunt gesteld dat de medische causaliteit tussen de klachten van de consument en de aanrijding van 27 december 2021 niet kan worden vastgesteld omdat medische informatie over de eerdere aanrijdingen ontbrak. De verzekeraar heeft daarmee voldoende onderbouwd dat er pas na verdere correspondentie aanleiding was om vanaf december 2022 voorschotbetalingen te doen. Het klachtonderdeel dat pas na zeven maanden is voldaan aan het verzoek om verdere voorschotbetalingen is daarom ongegrond.

3.6 De verzekeraar heeft in de procedure bij Kifid gesteld dat hij niet meer heeft gereageerd op de klacht van de vertegenwoordiger van de consument van 4 april 2025 omdat hij in de veronderstelling was dat het schadebehandelingskantoor dit al voldoende had gedaan. Hij heeft daarbij erkend dat het schadebehandelingskantoor de klacht niet door de schade-behandelaar zelf had moeten laten beantwoorden, dat er meer inhoudelijk had moeten worden gereageerd en dat de vertegenwoordiger van de consument ook een reactie van de verzekeraar zelf had mogen verwachten. De verzekeraar erkent daarmee op dit punt tekort te zijn geschoten. Dit klachtonderdeel is daarom gegrond, maar er is niet gesteld of gebleken dat de consument door deze tekortkomingen in een nadeligere positie is gebracht.

Het onderzoek

3.7 De klacht dat het namens de verzekeraar in augustus 2023 ingestelde onderzoek in strijd is met gedragsregel 3 van de GBL is ongegrond. Deze gedragsregel ziet namelijk op de vaststelling van de aansprakelijkheid waarvan in gedragsregel 4 (zie bijlage) is bepaald dat de verzekeraar er naar streeft om binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijk-stelling een onderbouwd standpunt in te nemen over de aansprakelijkheid. De verzekeraar heeft de aansprakelijkheid van zijn verzekerde iets meer dan een maand na de aanrijding erkend. De erkenning van aansprakelijkheid ziet op het sine-qua-non-verband: er is een aanrijding waarvoor de verzekerde van de verzekeraar aansprakelijk is. Daarna komt het aan op het vaststellen en vergoeden van de schade. De verzekeraar heeft daarbij vanaf het begin kenbaar gemaakt dat volgens zijn medisch adviseur op grond van de beschikbare medische informatie, het medisch causaal verband ontbreekt tussen de aanrijding van 27 december 2021 en de klachten van de consument. Het past binnen een normale en zorgvuldige schaderegeling dat de verzekeraar bij het ontbreken van overeenstemming over de aan de aanrijding toe te rekenen schade opdracht geeft tot een onderzoek naar de impact van de aanrijding. Gelet op de aan een dergelijk onderzoek verbonden kosten ligt het niet voor de hand dat de verzekeraar dat al in een vroeg stadium doet. Dat het onderzoek 20 maanden na de aanrijding is gestart brengt niet mee dat daardoor gedragsregel 3 van de GBL is geschonden.

Rechtsverwerking

3.8 Volgens vaste rechtspraak[2] kan van rechtsverwerking slechts sprake zijn indien de verzekeraar zich heeft gedragen op een wijze die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onverenigbaar is met het vervolgens ingenomen standpunt. Vereist is de aanwezigheid van bijzondere omstandigheden als gevolg waarvan bij de consument het gerechtvaardigd vertrouwen is gewekt dat de verzekeraar zijn schade zondermeer zou vergoeden. Een beroep op rechtsverwerking kan ook slagen als de positie van de consument onredelijk wordt benadeeld of verzwaard doordat de verzekeraar zich alsnog beroept op het ontbreken van het causaal verband.

3.9 De verzekeraar heeft de vertegenwoordiger van de consument herhaaldelijk geïnformeerd dat volgens hem het causaal verband tussen de aanrijding van 27 december 2021 en de gevorderde schade niet is aangetoond. De voorschotbetalingen, het inschakelen van een re-integratiedeskundige en de instemming met het volgen van een multidisciplinair traject passen in een actief schaderegelingsbeleid. Daarmee heeft de verzekeraar echter zijn beroep op het ontbreken van een juridisch causaal verband tussen de gevorderde schade en de aanrijding van 27 december 2021 niet prijsgegeven.

[2] Hoge Raad 29 september 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1827 r.o. 3.3. te vinden op www.rechtspraak.nl.

De vertegenwoordiger van de consument is bij de aankondiging van het onderzoek uitdrukkelijk medegedeeld dat in afwachting van de uitkomsten van het onderzoek geen voorschotten meer zouden worden betaald. De uitkomsten van dat onderzoek hebben geleid tot een standpunt inzake de verdere schadebehandeling. Waarom de consument desondanks er gerechtvaardigd op heeft mogen vertrouwen dat de verzekeraar het ontbreken van het juridisch causaal verband tussen de aanrijding en de schade niet meer aan de orde zou stellen, is tegen die achtergrond niet duidelijk. Het beroep op rechts-verwerking slaagt dan ook niet.

Bewijslast consument

3.10 Op de consument rust, bij voldoende betwisting door de verzekeraar, de bewijslast van het juridisch causaal verband tussen het ongeval en de schade. Zonder de aanwezigheid van dit verband bestaat er immers geen verplichting tot het vergoeden van geleden schade. Wanneer de klachten al bestonden voor het ongeval, deze niet door het ongeval verklaard kunnen worden en/of er een alternatieve oorzaak voor de klachten is, ontbreekt dit verband. Namens de verzekeraar is in de e-mail van 8 februari 2024, gebaseerd op het rapport van 11 januari 2024, het standpunt ingenomen dat er als gevolg van de aanrijding van 27 december 2021 geen schade kan zijn ontstaan. Daarmee heeft de verzekeraar het juridisch causaal verband voldoende gemotiveerd betwist. Het is dan aan de consument om het standpunt van de verzekeraar dat het juridisch causaal verband ontbreekt te weerleggen. De commissie is van oordeel dat de consument niet aan deze, op hem rustende bewijslast heeft voldaan.

Voorbehoud terugvorderingsrecht

3.11 Voorschotten hebben naar hun aard een voorlopig karakter, vooruitlopend op de definitieve schadevaststelling. De verzekeraar heeft verklaard de voorschotten niet op de consument te zullen terugvorderen, maar zich wel zijn rechten voor te behouden. Naar het oordeel van de commissie is er in die situatie geen sprake van dreiging zoals de vertegenwoordiger van de consument stelt. Het staat de verzekeraar vrij om zich zijn rechten voor te behouden. Het klachtonderdeel dat de verzekeraar heeft gedreigd met terugvordering van de betaalde voorschotten is daarom ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit de Gedragscode Behandeling Letselschade

Gedragsregel 3: Onderzoek starten
De verzekeraar handelt alert en zorgvuldig door het onderzoek naar de aansprakelijkheid van haar verzekerde direct na de aansprakelijkstelling te starten.

Gedragsregel 4: Standpunt innemen
Binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling neemt de verzekeraar een onderbouwd standpunt over de aansprakelijkheid in.