Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0439

(mr. A.J.J. le Poole, voorzitter en mr. W.H. Luk, secretaris)

Datum uitspraak	8 mei 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Den Haag, h.o.d.n. ING Verzekeren, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen

1. Procedure

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) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument; 4) de dupliek van de verzekeraar en 5) de e-mailcorrespondentie van partijen na dupliek.

1.1 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.

1.2 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. De kern

De consument heeft na een aanrijding met een ander voertuig de schade bij de verzekeraar gemeld. Hij is niet tevreden over de wijze waarop de verzekeraar de schadeclaim heeft behandeld. Volgens de consument heeft de verzekeraar wanprestatie gepleegd op grond waarvan hij recht heeft op schadevergoeding. De consument vordert van de verzekeraar een bedrag van € 1.000,- als vergoeding voor de door hemzelf verrichte werkzaamheden; een immateriële schadevergoeding van € 500,- en de wettelijke rente over de verhoogde premie in de maanden juli en augustus 2025. Daarnaast vordert de consument dat de verzekeraar de ten onrechte geplaatste registraties in de interne en externe systemen verwijdert en excuses voor de gemaakte fouten aanbiedt. De commissie overweegt dat de verzekeraar bereid is de wettelijke rente te betalen en dat hij eerder zijn excuses heeft aangeboden. Voor het overige ziet de commissie geen gronden om de vorderingen van de consument toe te wijzen.

3. De beoordeling

3.1 De commissie moet de vraag beantwoorden of de verzekeraar in de behandeling van de schadeclaim toerekenbaar is tekortgeschoten en zo ja, of de verzekeraar moet voldoen aan de vorderingen van de consument. De commissie stelt vast dat de auto van de consument als gevolg van het ongeval beschadigd is geraakt en dat de consument de verzekeraar heeft meegedeeld dat hij nek- en schouderklachten heeft. De commissie begrijpt de klacht van de consument zo dat hij vindt dat de verzekeraar bij zowel het verhalen van de materiële schade als de (mogelijke) letselschade is tekortgeschoten. De commissie zal hierna eerst ingaan op de letselschadeclaim en vervolgens de behandeling van de schadeclaim op de autoverzekering.

De behandeling van de letselschadeclaim

3.2 Nadat de consument de schade aan zijn auto heeft gemeld bij de verzekeraar, heeft hij de verzekeraar een dag later bericht dat hij naar de huisarts is geweest in verband met nek- en schouderklachten en de huisarts heeft aangegeven dat dit door het ongeval komt. De schadebehandelaar heeft dit bericht doorgestuurd aan de afdeling Personenschade. Het is de commissie niet bekend op welke wijze de afdeling Personenschade de claim heeft behandeld of tot welke uitkomst dit heeft geleid. Of de verzekeraar daarin fouten heeft gemaakt, kan de commissie niet beoordelen. Wel staat vast dat de verzekeraar heeft erkend dat hij een eventuele letselschadeclaim aan de rechtsbijstandverlener had moeten overdragen en dit niet is gebeurd. De verzekeraar heeft aangegeven dat het nog steeds mogelijk is om voor de letselschadeclaim een beroep te doen op de rechtsbijstand dekking. Dat de mogelijkheid definitief is ontnomen, zoals de consument stelt, is niet gebleken.

3.3 Een vordering tot immateriële schade kan niet worden toegewezen omdat niet is gebleken dat de consument lichamelijk of geestelijk letsel heeft opgelopen door het handelen van de verzekeraar. Een gevoel van psychisch onbehagen, zoals een gevoel van onzekerheid of frustratie, is in dit kader onvoldoende.[1] De commissie oordeelt dat de verzekeraar mocht volstaan met het aanbieden van excuses wijst de vordering van de consument op dit punt af.

De behandeling van de materiële schade aan de auto

3.4 De consument verwijt de verzekeraar dat de schadeafwikkeling niet goed is aangepakt en te lang heeft geduurd. Daarnaast heeft de verzekeraar hem ten onrechte niet gewezen op de mogelijkheid van rechtsbijstand.

[1] HR 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:ZC1608, NJ 1997/366, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Bij de schadeafhandeling heeft hij zelf werkzaamheden verricht om zijn gelijk te krijgen, zoals het bestuderen van de juridische mogelijkheden na het sepot van de politie; het instellen van een artikel 12 Sv-procedure; het verzamelen en analyseren van bewijsmateriaal en het corresponderen met de politie, het Openbaar Ministerie en de verzekeraar. De consument heeft circa 20 uur besteed voor zijn werkzaamheden en met een gematigd uurtarief van € 50,- per uur, vordert hij van de verzekeraar een vergoeding van € 1.000,- voor de door hem verrichte werkzaamheden.

3.5 De commissie oordeelt dat er geen sprake is geweest van een fout van de verzekeraar op grond waarvan de consument recht heeft op schadevergoeding. Ter toelichting geldt het volgende.

3.6 Door de consument is op 27 december 2024 een schademelding gedaan onder zijn allrisk autoverzekering. Er was sprake van een aanrijding waarbij de tegenpartij is doorgereden. De verzekeraar heeft de verzekeraar van de tegenpartij op 9 januari 2025 aansprakelijk gesteld. De tegenpartij had de schade op dat moment nog niet gemeld bij zijn verzekeraar. Per e-mail van 23 januari 2025 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij in afwachting was van een reactie van de verzekeraar van de tegenpartij. Dat de verzekeraar een afwachtende houding heeft aangenomen en de consument heeft gevraagd om aanvullend bewijs, is niet onredelijk of onbegrijpelijk. De verzekeraar van de tegenpartij was voor het innemen van een standpunt afhankelijk van de lezing van zijn verzekerde.

3.7 In een ambtsbericht van 25 april 2025 heeft het Openbaar Ministerie de consument laten weten dat de tegenpartij heeft verklaard dat er een botsing heeft plaatsgevonden. Dit bericht heeft de consument op 24 mei 2025 aan de verzekeraar gestuurd. De verzekeraar heeft dit vervolgens doorgezonden aan de verzekeraar van de tegenpartij. De commissie deelt het standpunt van de verzekeraar dat de mededeling van de tegenpartij dat er een botsing heeft plaatsgevonden nog geen sluitend bewijs oplevert dat de tegenpartij ook aansprakelijk is voor het ongeval. De verzekeraar kon de schadeclaim daarom (nog) niet afhandelen op basis van het ambtsbericht. Op 23 juli 2025 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat de verzekeraar van de tegenpartij aansprakelijkheid heeft erkend. De verzekeraar heeft het aantal schadevrije jaren hersteld en de door de consument te veel betaalde premie gerestitueerd.

3.8 Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar de consument voldoende meegenomen in het proces van de schadeafhandeling. Dat het proces zeven maanden heeft geduurd, kan de verzekeraar niet worden verweten.

3.9 De commissie oordeelt verder dat de verzekeraar geen fout heeft gemaakt door de consument niet op de rechtsbijstand dekking te wijzen. Bij een allrisk dekking zal de verzekeraar de schade vergoeden en de schade proberen te verhalen op de aansprakelijke partij. In beginsel heeft een verzekerde hiervoor geen rechtsbijstand nodig. Mogelijk had de consument voor de door hem gestarte artikel 12 Sv procedure rechtsbijstand kunnen krijgen.

Dit betekent niet dat de verzekeraar een fout heeft gemaakt door niet te wijzen op de rechtsbijstand dekking. Onduidelijk is of de verzekeraar op de hoogte was het voornemen van de consument om een artikel 12 Sv procedure te starten. Daarnaast is niet gebleken dat de consument de verzekeraar heeft laten weten dat hij rechtsbijstand wenste of een verzoek tot rechtsbijstand heeft neergelegd. Onder deze omstandigheden kan niet gezegd worden dat de verzekeraar een fout heeft gemaakt op grond waarvan de consument schade kan vorderen.

De verzekeraar vergoedt de wettelijke rente

3.10 De verzekeraar heeft het aantal schadevrije jaren van de consument per 2 juli 2025 hersteld en de te veel betaalde premie aan de consument gerestitueerd. De consument vordert dat de verzekeraar ook de wettelijke rente over het bedrag vergoedt.

3.11 De verzekeraar is de consument op dit punt tegemoet gekomen. De verzekeraar heeft aangegeven dat hij bereid is de wettelijke rente over twee maanden te vergoeden. Tot meer is de verzekeraar op dit punt dan ook niet gehouden.

CIS-registratie

3.12 De consument vordert dat de verzekeraar onterechte registraties als gevolg van de schade in alle interne en externe systemen, waaronder CIS, verwijdert. Het is de commissie echter niet duidelijk of en zo ja, welke registraties de verzekeraar heeft geplaatst. De consument heeft geen stukken overgelegd, waaruit blijkt dat de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument in interne of externe systemen heeft laten opnemen.

3.13 Voor zover de consument vordert dat de verzekeraar de melding van de schadeclaim bij Stichting CIS verwijdert, overweegt de commissie dat de verzekeraar daartoe niet gehouden is. Deze melding bij Stichting CIS is namelijk een zogenoemde ‘ongekleurde claimmelding’ als bedoeld in artikel 13 lid 1 sub a van het CIS Gebruikersprotocol. Deze registratie geldt als feitelijke weergave van de claim, zonder informatie over schuld of aansprakelijkheid van de betrokkene. De verzekeraar heeft de consument hierover geïnformeerd door onderin zijn e-mailberichten een standaard de tekst op te nemen dat hij schademeldingen en verzekeringsgegevens in de CIS-databank registreert.

Conclusie

3.14 De commissie komt tot de conclusie dat niet is komen vast te staan dat de verzekeraar wanprestatie heeft gepleegd bij de schadebehandeling. De vorderingen van de consument van € 1.000,- en € 500,- worden daarom afgewezen. Dat de verzekeraar de persoons-gegevens van de consument ten onrechte heeft geregistreerd is niet gebleken. Verder is de verzekeraar bereid de gevorderde wettelijke rente over de teveel betaalde premiebedragen te vergoeden en heeft hij zijn excuses aangeboden omdat hij de letselschadeclaim van de consument niet bij de rechtsbijstand uitvoerder heeft neergelegd. Tot meer is de verzekeraar niet gehouden.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen van de consument 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