Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0886

(mr. A.J.J. le Poole, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, prof. mr. M.L. Hendrikse, leden en mr. D. Ernst, secretaris)

Datum uitspraak	7 november 2025
Klacht van	De consument
Tegen	DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wetgeving

Samenvatting

Rechtsbijstandverzekering. Overschrijding kostenmaximum. Schending zorgplicht door de verzekeraar. De verzekeraar dient op te komen voor de kosten van de deurwaarder die het kostenmaximum overschrijden. De verzekeraar heeft ter zitting een nieuw verweer gevoerd. Dit is dusdanig laat dat het in strijd is met de goede procesorde en niet wordt meegenomen in de beoordeling. Een beroep op verjaring op grond van artikel 7:942 BW wordt afgewezen, omdat dit artikel niet van toepassing is. Het verweer van de verzekeraar dat de klacht niet behandelbaar zou zijn wordt verworpen omdat de verzekeraar zelf heeft aangegeven dat hij een definitief standpunt heeft ingenomen en de consument binnen drie maanden een klacht kon indienen bij het Kifid.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Kifid (hierna: 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 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 19 juni 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door mr. [naam 1], advocaat en mr. [naam 2], advocaat.

1.3 Partijen hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

1.4 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie uitgebreid met de leden mr. dr. S.O.H. Bakkerus en prof. mr. M.L. Hendrikse, naar een meervoudige commissie. Partijen zijn hierover geïnformeerd.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had in 2010 een conflict met haar oom (hierna: de tegenpartij) over de nalatenschap van haar opa en oma. Zij heeft hiervoor de verzekeraar om rechtsbijstand onder haar rechtsbijstandsverzekering gevraagd. De verzekeraar heeft dit verzoek toegewezen onder vermelding van het geldende kostenmaximum van € 12.500,-.

2.2 De verzekeraar heeft de rechtsbijstandverlening uitbesteed aan een externe advocaat (hierna: advocaat 1) van een kantoor waar de verzekeraar (namens zijn verzekerden) vaker zaken aan uitbesteedt. De verzekeraar heeft de overdracht in de brief van 28 oktober 2010 aan de consument bevestigd en hij heeft haar gewezen op het kostenmaximum van € 12.500,- en daarover uitleg gegeven.

2.3 In 2015 heeft de consument een gunstig vonnis in het geschil met de tegenpartij gekregen. Omdat de tegenpartij niet aan het vonnis gehoor gaf, heeft de verzekeraar in februari 2016 namens de consument een deurwaarder (hierna: deurwaarder 1) ingeschakeld. Deurwaarder 1 is een partij waar de verzekeraar (namens zijn verzekerden) vaker zaken aan uitbesteedde.

2.4 De verzekeraar heeft de consument op 12 februari 2016 schriftelijk bericht dat hij deurwaarder 1 heeft ingeschakeld. Daarbij heeft hij aangegeven dat als die kosten niet verhaald konden worden op de tegenpartij, de kosten voor rekening van de verzekeraar zouden komen, tot het geldende kostenmaximum.

2.5 De tegenpartij heeft de consument vervolgens in augustus 2018 in kort geding gedagvaard en opheffing gevraagd van een eerder gelegd conservatoir beslag. De consument heeft het kort geding bij de verzekeraar gemeld en om rechtsbijstand verzocht. De aanmelding heeft de verzekeraar bevestigd op 22 augustus 2018. Aangegeven is dat een medewerker van de verzekeraar contact zou opnemen met de consument om de zaak te bespreken. Op 26 augustus 2018 heeft de consument de verzekeraar per e-mail bericht dat zij inmiddels zelf een advocaat heeft benaderd omdat het de medewerker van de verzekeraar nog niet gelukt was contact met haar op te nemen en het te kort dag werd voor de zitting op 30 augustus 2018. De consument heeft de verzekeraar verzocht met spoed toestemming te verlenen voor de inschakeling van een nieuwe advocaat (hierna: advocaat 2).

2.6 Op 27 augustus 2018 heeft de verzekeraar de consument bericht dat hij zijn medewerker nogmaals zou vragen contact met de consument op te nemen. Op 28 augustus 2018 hebben de verzekeraar en de consument contact gehad over het verloop van de zaak. Vervolgens heeft de verzekeraar de consument bij brief van 28 augustus 2018 bericht dat de consument de mogelijkheid had de zaak door een behandelaar van de verzekeraar te laten behandelen en dat dit als voordeel had dat de interne behandelkosten geen invloed hadden op het kostenmaximum van € 12.500,-.

Ook heeft de verzekeraar de consument bevestigd dat de consument zelf een externe rechtshulpverlener wilde kiezen en dat zij advocaat 2 om rechtsbijstand heeft verzocht.

2.7 De consument heeft de verzekeraar vervolgens vragen gesteld over het kostenmaximum. Bij brief van 28 augustus 2018 heeft verzekeraar de consument bericht dat hij € 4.168,46 heeft betaald en dat er nog € 8.331,54 resteerde. De verzekeraar heeft advocaat 2 bericht dat er een totaalbedrag van € 4.186,46 onder het kostenmaximum was besteed.

2.8 Advocaat 2 heeft vervolgens op 10 september 2018 aan de verzekeraar een declaratie gestuurd van € 6.767,86. Daarna heeft advocaat 1 de verzekeraar op 27 september 2018 een einddeclaratie gestuurd van € 3.344,58 voor werkzaamheden in de periode van 2010 tot en met 2015.

2.9 De verzekeraar heeft de declaratie van advocaat 1 voldaan, waarna van het kostenmaximum nog slechts een bedrag van € 4.986,96 resteerde. Met dit bedrag kon niet de hele factuur van advocaat 2 worden voldaan. Dit betekende dat de consument het resterende bedrag van die factuur van € 1.689,90 zelf aan advocaat 2 moest voldoen.

2.10 De consument heeft hierover geklaagd bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft die klacht van de hand gewezen. Op 19 december 2019 heeft de verzekeraar aangegeven dat de kosten die het kostenmaximum overstijgen, niet worden vergoed. Op 11 februari 2020 heeft de verzekeraar bericht dat het kostenmaximum is bereikt, maar dat hij de klacht graag telefonisch wil bespreken met de consument. In dit bericht is verwezen naar de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij Kifid. De consument heeft de kosten van advocaat 2 die niet onder het kostenmaximum vielen vervolgens zelf voldaan.

2.11 In juni 2020 heeft de verzekeraar een declaratie van deurwaarder 1 ontvangen voor een bedrag van € 6.024,02 voor uitgevoerde werkzaamheden in de periode van 2016 tot en met 2018. De verzekeraar heeft deze kosten niet voldaan omdat het kostenmaximum was bereikt en hij heeft deurwaarder 1 naar de consument doorverwezen. Deurwaarder 1 heeft in 2020 ook telefonisch contact opgenomen met de consument. In dat gesprek heeft de consument haar beklag gedaan. Zij zou hebben aangegeven dat zij geen weet had van deze kosten, zij hierover niet is geïnformeerd en het kostenmaximum inmiddels was bereikt. Daarna heeft de consument niets meer van deurwaarder 1 vernomen.

2.12 Enige tijd daarna is deurwaarder 1 failliet gegaan. Deurwaarder 2 heeft de openstaande vorderingen van deurwaarder 1 overgenomen. Deurwaarder 2 heeft zich vervolgens op 13 april 2023 bij de verzekeraar gemeld voor de openstaande vordering van € 6.024,02. De verzekeraar heeft aangegeven dat daarvoor geen dekking was onder de verzekering en heeft ook deurwaarder 2 doorverwezen naar de consument.

2.13 In januari 2024 heeft deurwaarder 2 telefonisch contact gezocht met de consument over de openstaande factuur. Daarna heeft deurwaarder 2 de factuur aan de consument gezonden.

2.14 De consument heeft op 30 juli 2024 (schriftelijk) een nieuwe klacht ingediend bij de verzekeraar en de verzekeraar verzocht de kosten van de deurwaarder te voldoen. De verzekeraar heeft de klacht bij brief van 6 augustus 2024 van de hand gewezen. Hij is van mening dat hij de factuur niet hoeft te voldoen. De consument heeft vervolgens een klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en de vordering

2.15 De consument vordert een bedrag van € 6.024,02 van de verzekeraar. Ter onderbouwing voert de consument kort gezegd het volgende aan.

2.16 De verzekeraar heeft de factuur van de deurwaarder ten onrechte niet vergoed. De consument was niet in staat om op eigen kosten te procederen. Zij is een alleenstaande moeder met vier kinderen en haar salaris was onvoldoende om de kosten van rechtsbijstand te voldoen. Het was voor haar daarom van groot belang dat de kosten van rechtsbijstand binnen het kostenmaximum bleven. Maar door de handelwijze van de verzekeraar en de door de verzekeraar ingeschakelde advocaten en de deurwaarder is de consument niet tijdig en/of juist geïnformeerd over de te maken en gemaakte kosten waardoor de kosten onnodig boven het kostenmaximum zijn gekomen. Doordat de consument niet juist is voorgelicht, kon zij niet tijdig andere keuzes maken om binnen het kostenmaximum te blijven.

2.17 Voor de consument is het onduidelijk wat de kosten van deurwaarder 1 inhouden. Zij heeft pas in 2024 voor het eerst een ongespecificeerde nota ontvangen en zij is nooit inhoudelijk over de kosten geïnformeerd door de verzekeraar en/of deurwaarder 1. De afspraken over de kosten zijn buiten haar om gemaakt. Zij vindt het onterecht dat zowel de verzekeraar als diens samenwerkingspartner(s) fouten hebben gemaakt waardoor zij nadeel ondervindt en al het nadeel bij haar wordt neergelegd.

2.18 Weliswaar heeft de consument in 2019/2020 geklaagd bij de verzekeraar nadat advocaat 1 erg laat had gedeclareerd, maar zij ging er in 2020 na telefonisch contact met deurwaarder 1 vanuit dat zij de kosten van deurwaarder 1 niet meer hoefde te voldoen. Zij heeft daarna ook niks meer vernomen, totdat deurwaarder 2 in januari 2024 telefonisch contact met haar opnam. Tot dat moment heeft zij ook nooit een factuur ontvangen. Die ontving ze daarna pas.

Het verweer

2.19 De verzekeraar voert verweer. De klacht is niet behandelbaar op grond van vraag 7 lid 1 van het Reglement omdat de consument in 2020 al heeft geklaagd en de verzekeraar bij brief van 11 februari 2020 naar het Kifid heeft verwezen.

2.20 Verder is de vordering van de consument op grond van artikel 7:942 BW verjaard. Op 11 februari 2020 heeft de verzekeraar de consument bericht over het kostenmaximum en dat die situatie niet zou kunnen worden weggenomen.

Vervolgens zijn er nog e-mails over en weer gestuurd, waarna de laatste e-mail van de verzekeraar van 24 februari 2020 dateert. De verzekeraar stelt dat de consument vóór, maar in elk geval ten tijde van dit bericht op de hoogte was van de declaratie van de deurwaarder en de weigering van de verzekeraar om deze declaratie te voldoen. De verzekeraar heeft daarna niets meer van de consument vernomen totdat de consument op 16 juli 2024 telefonisch contact opnam. Dat was bijna 4,5 jaar na het e-mailbericht in februari 2020.

2.21 De declaratie van de deurwaarder zou op 1 mei 2023 aan de consument zijn doorgestuurd.

2.22 De verzekeraar stelt verder dat hij de consument heeft geïnformeerd over de toekenning van de kosten aan het toepasselijke kostenmaximum en hij de consument steeds na de betalingen door de verzekeraar heeft geïnformeerd over het resterende deel van het kostenmaximum. De gegeven informatie zou daarmee feitelijk juist zijn. De consument zou zowel vooraf als tijdens de afwikkeling afdoende over de kostenvergoeding in het licht van het kostenmaximum zijn geïnformeerd.

2.23 Tot slot ontbreekt volgens de verzekeraar het causaal verband tussen de schade die de consument vordert en de klachten die zij de verzekeraar in de procedure maakt. De verzekeraar heeft de consument rechtsbijstand door een van zijn medewerkers aangeboden. De consument wilde in diverse procedures bijgestaan worden door advocaten van haar keuze. Daarnaast was de inschakeling van de deurwaarder noodzakelijk. Die kosten zouden moeten worden vergoed.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht behandelbaar is op grond van het Reglement en dat de vordering van de consument niet is verjaard op grond van artikel 7:942 BW. De vordering van de consument is toewijsbaar omdat de verzekeraar tekort is geschoten in de op hem rustende zorgplicht en de consument daardoor schade heeft geleden. Zij licht dit oordeel hierna toe.

De klacht is behandelbaar

3.2 Volgens de verzekeraar is de klacht niet behandelbaar op grond van vraag 7 lid 1 Reglement. De commissie volgt de verzekeraar hierin niet. Op grond van vraag 7 lid 1 onder a Reglement kan de consument een klacht indienen binnen drie maanden nadat de financieel dienst-verlener een definitief standpunt heeft ingenomen en de consument op de termijn heeft gewezen.

3.3 In de brief van 6 augustus 2024 heeft de verzekeraar inhoudelijk gereageerd op de klacht van de consument en de klacht afgewezen. In deze brief heeft de verzekeraar het volgende opgenomen: *'(...) In deze brief heeft DAS een definitief standpunt ingenomen over uw klacht. Indien u niet tevreden bent over de afhandeling van uw klacht, kunt u zich binnen drie maanden na de datum van deze brief wenden tot het Kifid. (...)*'.

3.4 De consument heeft op 14 oktober 2024 haar klacht voorgelegd aan Kifid. Dat is binnen drie maanden na het definitieve standpunt van de verzekeraar. Dit brengt mee dat de klacht behandelbaar is.

De vordering van de consument is niet verjaard

3.5 De verzekeraar stelt dat de vordering van de consument is verjaard op grond van artikel 7:942 BW. Dit artikel ziet op verjaring van een rechtsvordering om uitkering onder de verzekeringspolis af te dwingen. Daarvan is geen sprake. Tussen partijen is niet in geschil dat het kostenmaximum is bereikt en op grond van de polis geen recht tot uitkering (meer) bestaat. De consument stelt dat de verzekeraar zijn zorgplicht jegens haar heeft geschonden en dat zij daardoor schade lijdt die de verzekeraar dient te vergoeden. Op de vordering tot verjaring van de rechtsvordering tot schadevergoeding is artikel 7:942 BW niet van toepassing.

De verzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht

3.6 Als sprake is van een kostenmaximum, mag van een verzekeraar de nodige zorg worden verwacht om te voorkomen dat een consument geconfronteerd wordt met onverwachte kosten boven het kostenmaximum. Een adequate en tijdige voorlichting geeft de consument de gelegenheid om andere keuzes over de rechtsbijstand te overwegen, indien het kostenmaximum ontoereikend dreigt te worden.

3.7 Ter zitting heeft de verzekeraar aangegeven dat hij met de externe partijen waarmee hij samenwerkt afspraken maakt over de wijze van declareren, waaronder de termijn waarop gedeclareerd wordt. In verband met de hoeveelheid door de verzekeraar te verwerken facturen zouden deze partijen (veelal) niet maandelijks declareren. Deze werkwijze brengt het risico mee dat de kosten voor externe rechtsbijstand zich opstapelen en er onvoldoende zicht is op de daadwerkelijke hoogte van de kosten voor externe rechtsbijstand. Dat risico heeft zich in deze zaak ook verwezenlijkt.

3.8 Omdat sprake was van een kostenmaximum en er diverse externe partijen werden ingeschakeld, lag het op de weg van de verzekeraar om de consument (tussentijds) tijdig en adequaat te informeren over de gemaakte en de te verwachte kosten. Dit heeft de verzekeraar nagelaten. Ook nadat de consument hier in het kader van een nieuwe uitbesteding expliciet om had gevraagd. De verzekeraar heeft de opdracht aan externe partijen verstrekt en heeft hierbij afspraken gemaakt over onder meer de wijze van declareren. De verzekeraar had zicht kunnen en moeten houden op de kostenontwikkeling van de externe rechtsbijstand. De consument had daarop geen zicht.

Pas achteraf, toen alle kosten van rechtsbijstand al waren gemaakt, heeft de consument hierover duidelijkheid gekregen, maar dat was te laat. De consument is de mogelijkheid ontnomen om in een eerder stadium andere keuzes te maken om te voorkomen dat zij zelf kosten van rechtsbijstand zou moeten dragen.

3.9 Verder mocht van de verzekeraar worden verwacht dat hij de consument zou informeren over de kosten van deurwaarder 1. Niet gebleken is dat de verzekeraar dit heeft gedaan. De kosten waren voor de consument onverwacht en het was voor haar niet duidelijk waarop die kosten zagen. Weliswaar heeft de consument exploten ontvangen van de deurwaarder, maar omdat de kosten op de tegenpartij zouden worden verhaald en zo nodig onder het kostenmaximum zouden vallen, kan van haar als consument niet worden verwacht dat zij kon voorzien dat er kosten bij haar in rekening zouden worden gebracht ter hoogte van een bedrag van € 6.024,-.

3.10 De commissie is op grond van het voorgaande van oordeel dat de verzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in zijn zorgplicht om de consument tussentijds op de hoogte te houden van de gemaakte kosten in het kader van de rechtsbijstand en het resterende kosten-maximum.

Causaal verband

3.11 De consument heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat het voor haar van belang was om binnen het kostenmaximum te blijven. Zij had de mogelijkheid het kort geding kosteloos door de eigen behandelaar van de verzekeraar te laten behandelen. Het ligt voor de hand dat de consument hiervoor zou hebben gekozen als zij wist dat het kostenmaximum al (bijna) bereikt was. In dat geval zou advocaat 2 de zaak niet hebben behandeld en hoefde zijn factuur van € 6.767,90 niet betaald te worden. Het causaal verband tussen het schenden van de zorgplicht door de verzekeraar en de door de consument gevorderde schade van € 6.024,02 is daarmee voldoende aangetoond.

3.12 In dit kader is nog van belang dat het niet zo is dat de consument zich door een externe advocaat wilde laten bijstaan in het kortgeding. Zij zag zich genoodzaakt om een externe advocaat te raadplegen omdat de verzekeraar haar zaak niet tijdig oppakte. Pas twee dagen voor de kortgeding zitting is er inhoudelijk contact geweest tussen de verzekeraar en de consument. Dat de consument zelf een advocaat heeft geraadpleegd omdat het te kort dag werd voor de zitting, acht de commissie begrijpelijk. Dit kan haar in alle redelijkheid niet worden tegengeworpen.

De vordering

3.13 Tijdens de mondelinge behandeling heeft de verzekeraar ook en voor het eerst aangevoerd dat de stukken van de deurwaarder zowel op naam van de consument als op de naam van haar zus staan en hij daarom niet het gehele bedrag hoeft te voldoen.

3.14 Van een verzekeraar als professionele partij mag worden verwacht dat hij tijdig zijn bezwaren kenbaar maakt aan een consument. De verzekeraar heeft naar aanleiding van de stukken van de deurwaarder geen bezwaar gemaakt, terwijl hij daartoe ruimschoots de mogelijkheid had. Verder had de verzekeraar in de procedure bij Kifid voldoende gelegenheid om ook dit verweer te voeren. Dat heeft hij niet gedaan. Het is gelet op deze feiten en omstandigheden in strijd met de goede procesorde om dit verweer pas tijdens de zitting naar voren te brengen en het geschil daarmee uit te breiden. Dit is te laat en de commissie zal dit verweer daarom niet meenemen in haar beoordeling.

Slotsom

3.15 Gelet op het voorgaande is de klacht van de consument behandelbaar. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht. De consument heeft door deze toerekenbare tekortkoming van de verzekeraar schade geleden. De klacht van de consument is gegrond en de vordering wordt toegewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar een bedrag van € 6.024,02 aan de consument vergoedt, vermeerderd met eventuele aan de consument door deurwaarder 2 in rekening gebrachte incassokosten door het onbetaald laten van zijn factuur of facturen, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd.

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-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 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 wetgeving

Artikel 942 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek

“

1. *Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart 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. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.*
2. *De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnige vermelding van het in lid 3 vermelde gevolg.*
3. *In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.”*