Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0904

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. D. Ernst, secretaris)

Datum uitspraak	12 november 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Allianz Direct Versicherugns-AG, h.o.d.n. Allianz Direct, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Aansprakelijkheidsverzekering. De consument heeft een schademelding gedaan op zijn aansprakelijkheidsverzekering, maar de polis bleek niet te bestaan. De consument bleek onverzekerd te zijn door een miscommunicatie. De verzekeraar heeft met terugwerkende kracht de schade van de consument vergoed en ter compensatie de helft van de met terugwerkende kracht betaalde jaarpremie geretourneerd. De consument is het niet eens met de compensatie en vordert een schadevergoeding voor verlies van eigen tijd door de kwestie. De verzekeraar heeft de vordering tot schadevergoeding afgewezen, omdat hij niet is tekortgeschoten en geen verloren eigen tijd vergoedt. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de vordering tot een schadevergoeding mocht afwijzen. De klacht is ongegrond en de vordering is 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 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 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 De consument heeft op 19 januari 2024 via Independer.nl Services B.V. (hierna: de hulppersoon) een woonverzekering met een aansprakelijkheidsverzekering (hierna: de verzekering) afgesloten bij de verzekeraar. Op de verzekering zijn de verzekeringsvoorwaarden 'Productvoorwaarden Allianz Direct Woonverzekering 04.1' (hierna: de voorwaarden) van toepassing. Op 24 januari 2024 heeft de consument een bevestiging ontvangen van de verzekeraar met vermelding dat de verzekering definitief is afgesloten bij de eerste premiebetaling. Op 24 januari 2024 heeft de consument ook bericht ontvangen van de hulppersoon dat de aanvraag voor de verzekering is goedgekeurd door de verzekeraar. In die e-mail staat ook:

> *"**De premie wordt automatisch geïncasseerd.***
>
> *Je krijgt een e-mail van Allianz direct, waarin ze je vragen de eerste premie zelf over te maken. Je mag deze mail negeren, je hoeft dus niets zelf te betalen! Wij zorgen er namelijk voor dat Allianz Direct jouw premie automatisch incasseert. Toch al zelf betaald? Geen problemen, dan verwerken we je betaling en volgt er geen automatische incasso meer."*

2.2 Op 10 januari 2025 heeft de consument schade gemeld op de verzekering. De schademelding van de consument is niet in behandeling genomen door de verzekeraar, omdat er geen polis van de consument bekend is bij de verzekeraar. Ook is gebleken dat nooit premie is afgeschreven/betaald voor een verzekering.

2.3 De consument heeft meerdere malen bij de verzekeraar en bij de hulppersoon gepoogd om opheldering te krijgen, zodat zijn verzekering met terugwerkende kracht wordt afgesloten. Hierop kwam geen inhoudelijke reactie. De consument heeft daarom een klacht ingediend op 25 januari 2025 bij de verzekeraar. Op 29 januari 2025 heeft de verzekeraar inhoudelijk op de klacht gereageerd. Uit die reactie blijkt dat de verzekeraar druk is om de verzekering met terugwerkende kracht te activeren en de consument tegemoet te komen in zijn klacht. Hierop diende de consument opnieuw een klacht in.

2.4 Op 31 januari 2025 is de premie voor de verzekering met terugwerkende kracht afgeschreven. Dit betrof een bedrag van € 444,52. De consument was het hier niet mee eens. Hij heeft op 31 januari 2025 en 9 februari 2025 opnieuw klachten ingediend bij de verzekeraar.

2.5 Op 14 februari 2025 heeft de consument bericht ontvangen van de verzekeraar dat de schademelding in behandeling wordt genomen. Op 21 februari 2025 heeft de consument de verzekeraar in gebreke gesteld. Op 7 maart 2025 heeft de verzekeraar inhoudelijk gereageerd op de klachten. De verzekeraar heeft het volledige schadebedrag van de claim van de consument vergoed.

Daarnaast heeft de verzekeraar de te veel gevorderde premie gerectificeerd door € 69,76 te retourneren. Voor de gebrekkige communicatie heeft de verzekeraar zijn excuses aangeboden. Voor de bestede tijd en moeite heeft de verzekeraar de consument gecompenseerd door de helft van de jaarpremie te retourneren (€ 283,33).

2.6 De consument kan zich niet vinden in de oplossing van de klacht. Hij heeft een vergoeding verzocht voor de tijd die hij heeft besteed aan het dossier. De verzekeraar heeft dit verzoek afgewezen, omdat hij geen eigen tijd vergoedt. De consument kon zich niet neerleggen bij de afwijzing en heeft een klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en de vordering

2.7 De consument vordert een vergoeding voor verlies van eigen tijd van € 5.817,80 vermeerderd met de wettelijke rente sinds 10 januari 2025. Hij heeft zijn vordering nader toegelicht.

2.8 Het schadebedrag heeft de consument gespecificeerd in een urenoverzicht. De communicatie vanuit de verzekeraar was erg slecht. Zonder de intensieve inspanning van de consument was dit probleem niet opgelost. De consument heeft zes verschillende medewerkers van de verzekeraar gesproken die tegenstrijdige informatie verstrekten en toezeggingen werden niet nagekomen. Daarnaast heeft de consument vier klachten ingediend en een ingebrekestelling gestuurd. In totaal is de consument 77 uur aan eigen tijd verloren aan de kwestie. De consument is tekortgekomen in de nakoming van de overeenkomst.

2.9 De verzekeraar heeft zonder vooraankondiging en zonder goedkeuring met terugwerkende kracht de jaarpremie afgeschreven. Het bedrag bleek niet te kloppen waardoor dit ook op verzoek van de consument gerectificeerd moest worden.

2.10 De langslepende kwestie heeft onnodig veel stress veroorzaakt, kostbare tijd gekost en de naam van de consument geschaad doordat hij ook geen uitsluitsel aan de benadeelde (zijn buren) in het schadedossier kon bieden.

Het verweer

2.11 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 Aan de commissie ligt de vraag voor of de verzekeraar de verloren eigen tijd van de consument moet vergoeden, omdat hij tekort is geschoten in de nakoming van de overeenkomst. De commissie is van oordeel dat dit niet geval is. Zij licht haar oordeel nader toe.

Geen grond voor een schadevergoeding

3.2 De verzekeraar betwist dat hij is tekortgeschoten in de nakoming van de overeenkomst. De consument heeft bij het aangaan van de verzekering verklaard op de hoogte te zijn van de geldende voorwaarden. In de voorwaarden is onder artikel 7 van deel B van de voorwaarden bepaald:

> "***Hoe en wanneer betaal je premie?***
>
> *Je betaalt je eerste premie meteen bij afsluiten van de verzekering. Als de betaling van de eerste premie gelukt is, heb je dekking."*

De consument heeft de eerste premie voor de verzekering niet betaald, waardoor de consument nooit dekking heeft gehad onder de verzekering. Omdat is gebleken dat het niet betalen van de eerste premie niet aan de consument te wijten is, maar het gevolg is van een miscommunicatie tussen de verzekeraar en de hulppersoon, heeft de verzekeraar uit coulance dekking verleend met terugwerkende kracht en de helft van de jaarpremie geretourneerd.

3.3 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar niet tekort is geschoten in de nakoming van de overeenkomst. De verzekeraar heeft de consument juist geïnformeerd over het activeren van de verzekering, namelijk dat de consument zorg moet dragen voor de eerste premie-betaling. Duidelijk is vermeld dat er pas dekking onder de verzekering is wanneer de eerste premie is betaald. Blijkbaar is de consument verkeerd geïnformeerd door de hulppersoon en had de consument daardoor geen dekking onder de verzekering. Uit het dossier is niet gebleken dat dit is toe te rekenen aan de verzekeraar. Voor zover het voorstel van de verzekeraar niet juist is overgebracht door de hulppersoon, kan dit de verzekeraar niet worden toegerekend nu de hulppersoon betrokken is door de consument.[1] De commissie ziet dan ook geen grond voor toewijzing van een schadevergoeding.

[1] Zie in dit kader ook GC Kifid 2024-0966

Ten overvloede: eigen tijd komt niet voor vergoeding in aanmerking

3.4 De commissie heeft geoordeeld dat geen grond bestaat voor een schadevergoeding. Ten overvloede merkt de commissie ten aanzien van de vordering van de consument op dat de vaste lijn van de commissie is dat een vergoeding voor eigen tijd in beginsel niet wordt toegewezen.[2] Men heeft in het maatschappelijk verkeer het één en ander van elkaar te dulden en het oplossen van conflicten kost nu eenmaal tijd, waarvoor ook bepaalde kosten gemaakt moeten worden. Deze kosten komen in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking.

Bestede tijd kan wel tot een vergoeding leiden als de consument aantoont dat hij daadwerkelijk inkomsten heeft gederfd. Maar in dit geval is dat niet gesteld door de consument.

Communicatie

3.5 De commissie volgt de consument in zijn klacht dat er meer/beter gecommuniceerd moest worden vanuit de verzekeraar. De verzekeraar heeft de consument in deze klachten erkend en heeft hiervoor zijn excuses aangeboden en aangeboden de helft van de jaarpremie te retourneren. De consument heeft verder niet aangetoond dat hij schade heeft geleden door de gebrekkige communicatie, die vergoed dient te worden door de verzekeraar.

Slotsom

3.6 Gelet op het voorgaande is de verzekeraar niet toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van de overeenkomst waardoor er geen grond bestaat voor een schade-vergoeding. De klacht is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

[2] GC Kifid 2016-360, GC Kifid 2017-868, GC Kifid 2018-118, GC 2020-1033, GC 2021-0671 en GC Kifid 2023-0746, te vinden op www.kifid.nl.

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