Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0101

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. drs. D.J. Olthoff, secretaris)

Datum uitspraak	30 januari 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Levensverzekering en bewijs van recht op uitkering. Niet-bindend advies.
De consument stelt dat de verzekeraar ten onrechte een haar toekomende uitkering uit hoofde van een levensverzekering niet heeft uitbetaald. Deze stelling wordt door de verzekeraar gemotiveerd betwist. De commissie concludeert dat de consument er niet in is geslaagd om bewijs van haar stelling over te leggen. De commissie oordeelt dat de klacht ongegrond is en wijst de vordering af.

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) het verweerschrift van de verzekeraar 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde mevrouw mr. S. Thomassen, advocaat.

1.3 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 22 augustus 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar vertegenwoordiger mr. S Thomassen, advocaat. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mevrouw [naam 1], klachtbehandelaar bij de verzekeraar en mevrouw mr. [naam 2], senior legal counsel bij de verzekeraar.

1.4 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

1.5 Na de hoorzitting heeft de consument, nadat zij in de gelegenheid is gesteld om aanvullende informatie te verkrijgen en tussen partijen nog informatie is uitgewisseld, op 19 november 2025 aan de commissie definitief laten weten dat zij de klacht handhaaft.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft bij een voorganger van de verzekeraar een levensverzekering gesloten met polisnummer [nummer 1].

2.2 Op 7 januari 2007 is de consument gescheiden en er heeft om die reden een verdeling van de polis plaatsgevonden, waarbij aan de man 38% en aan de consument 62% van de polis is toebedeeld.

2.3 Met een brief van 4 april 2008 heeft de verzekeraar de consument als volgt geïnformeerd:
"***BEVESTIGING AANVRAAG [NAAM VOORGANGER] KAPITAAL&RISICOVERZEKERING***
(...)
Alvorens u een beknopt overzicht te geven van hetgeen wij hebben besproken vraag ik uw aandacht voor het volgende:
Deze aanvraag en de rendementswijzer zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.
(...)
Verzekerde uitkering:
€ 11.876,00 op 01-04-2024 als de verzekerde dan leeft of meteen na diens eerder overlijden.
Premie:
De premie bedraagt per kwartaal tot 01-04-2024 € 200,00
Winstdeling
De verzekering deelt mee in de winst die [naam voorganger] maakt.
(...)".
In deze offerte is het aan de consument (na haar scheiding) toekomende deel van 62% van polisnummer [nummer 1] niet verwerkt.

Eveneens op 4 april 2008 heeft de verzekeraar een offerte toegezonden voor een kapitaal& risicoverzekering, waarin polisnummer [nummer 1] voor 62% is verrekend. Hierop wordt een verzekerde uitkering genoemd van € 24.222,-- op 01-04-2024 als de verzekerde dan leeft of meteen na diens eerder overlijden. De premie bedraagt tot 01-04-2024 € 200,-- per kwartaal.

2.4 Op een (intern) document van 9 april 2008 van de verzekeraar met betrekking tot polisnummer [nummer 2] is door de adviseur destijds de volgende toelichting gegeven:
"*(...)*
Mevr. gaat niet akkoord met eerdere offerte.
(...)
Haar voorkeur gaat nu toch uit naar deze nieuwe aanvraag zonder verrekening en een uitbetaling op {naam en rekeningnummer] van 62% van de waarde uit polisnummer [nummer 1]. Dus aub eerdere offerte verscheuren, deze nieuwe opmaken en 62% van polnr [nummer 1] uitbetalen.
(...)".

2.5 Op 15 april 2008 heeft de verzekeraar een polisblad afgegeven voor een nieuwe verzekering met polisnummer [nummer 2], met als ingangsdatum 1 april 2008 en einddatum 1 april 2026 en een verzekerd bedrag op de einddatum van € 13.444,--.

2.6 Met een brief van 19 april 2011 heeft de verzekeraar het volgende aan de consument geschreven:
"***Betreft: de verzekering onder polisnummer [nummer 2]***
(...)
Op onze verzoeken om de premiebetaling te hervatten, hebben wij geen reactie ontvangen. Volgens de polisvoorwaarden hebben wij bovengenoemde verzekering daarom beëindigd.
In de verzekering is nog een netto-afkoopwaarde aanwezig van € 1.147,98.
(...)
Om tot uitkering en/of verrekking van de premie-achterstand schadeverzekering(en) te kunnen overgaan, verzoeken wij u de onderstaande gegevens in te vullen, te ondertekenen en aan ons terug te sturen met de bovengenoemde polis.
(...)".

2.7 De consument heeft het bij de brief van de verzekeraar 19 april 2011 gevoegde formulier op 28 september 2012 ingevuld en ondertekend. De verzekeraar heeft het formulier op 1 oktober 2012 ontvangen.
Vervolgens is de verzekering met polisnummer [nummer 2] afgekocht en is de restwaarde - na verrekening van ontstane premieachterstand - aan de consument overgemaakt.

2.8 Op 24 oktober 2012 heeft de verzekeraar dit bij brief als volgt bevestigd:
"(...)
Wij hebben uw verzoek tot overmaking ontvangen. Hiermee vervalt de verzekering. Wij hebben een bedrag van € 251,02 op rekeningnummer tnv [naam en rekeningnummer] overgemaakt.
(...)
De premie moet tot 1 april 2011 zijn betaald. Als u na 1 april 2011 nog premie heeft betaald, dan verrekenen wij het teveel betaalde met u.
(...)".

2.9 Met een brief van 16 oktober 2024 heeft de advocaat van de consument (hierna: de consument) de verzekeraar benaderd. In de brief is onder meer het volgende te lezen:
"(...)
Bij de scheiding van [naam consument] en haar ex-man heeft een verdeling van de levensverzekering met polisnummer [nummer 1] plaatsgevonden waarbij de ex-man 38% van de bestaande polis zou krijgen en [naam consument] 62% (Bijlage 1). Naar aanleiding van deze verdeling is de verzekering met polisnummer [nummer] komen te vervallen.
(...)
[naam consument] heeft op 1 april 2008 een nieuwe verzekering bij [naam voorganger van de verzekeraar] afgesloten met polisnummer [nummer 2].

[naam consument] heeft ervoor gekozen een verzekering aan te gaan waarbij de verrekening van 62% uit de oude polis niet is meegenomen met de afspraak dat zij op 1 april 2026 een bedrag van €13.444,- uitgekeerd zou krijgen (...)
Het zou kunnen dat de polis is opgehouden te bestaan omdat de premie niet is betaald, maar als er nog een vermogenscomponent in de verzekering zat, komt dat [naam consument] toe.
Wij zouden u dan ook willen vragen om informatie met betrekking tot de verzekering met polisnummer [nummer 2] om te achterhalen wat hier is gebeurd.
(...)".

2.10 De verzekeraar heeft hierop laten weten dat de verzekering met polisnummer [nummer 2] is komen te vervallen en er geen uitkeringsbedrag of afkoopwaarde ter beschikking staat. Verwezen wordt onder meer naar de brief van de verzekeraar van 24 oktober 2012.

De klacht en de vordering

2.11 De consument vordert openheid van zaken en betaling van de vermogenscomponent uit hoofde van de verzekering met polisnummer [nummer 1], door haar vastgesteld op € 12.000,--.

De consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
De verzekeraar kan desgevraagd geen betalingsbewijs over leggen van de beweerdelijke betaling in 2008 van de contante waarde van de verzekering met polisnummer [nummer 1].
De consument heeft er destijds niet voor gekozen om het haar toekomende deel van de voornoemde polis in te brengen in de door haar gesloten nieuwe verzekering met polisnummer [nummer 2]. Er moet bij de verzekeraar dan ook nog een groot bedrag openstaan, te weten 62% van de waarde van de polis met polisnummer [nummer 1]. Dit blijkt uit bankafschriften van de consument. Zij heeft (oude) bankafschriften, waarop relatief grote bedragen staan vermeld, bewaard. In deze door haar bewaarde bankafschriften komt geen betaling in verband met de verzekering met polisnummer [nummer 1] voor en volgens de consument staat hierdoor vast dat zij nimmer een uitkering uit hoofde van deze verzekering heeft ontvangen.

Het verweer

2.12 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.
De verzekering met polisnummer [nummer 1] is meer dan zeven jaar gelden beëindigd. Dit blijkt uit een door de verzekeraar overgelegd document van 9 april 2008, waarin onomwonden staat dat de consument uitbetaling wenst van 62% van de contante waarde van de verzekering met polisnummer [nummer 1]. Op 1 april 2024 zou de waarde ongeveer € 12.346,-- zijn geweest, maar op 1 april 2008 was de contante waarde veel lager.

Zonder voorbij te willen gaan aan de door de consument geschetste persoonlijke omstandigheden die ertoe hebben geleid dat zij pas in 2024 contact opnam met de verzekeraar, is het voor de verzekeraar na zo lange tijd niet meer mogelijk om de exacte waarde per 1 april 2008 vast te stellen.
Het feit dat de consument niet meer beschikt over een bankafschrift waaruit de betaling door de verzekeraar blijkt, kan niet als bewijs dienen voor haar stelling dat zij geen bedrag uitgekeerd heeft gekregen.
De verzekeraar is wettelijk verplicht administratieve documenten zeven jaar te bewaren nadat het verschuldigde bedrag uit een verzekering is uitgekeerd. In de situatie van de consument is de bewaartermijn in 2015 verstreken.

3. De beoordeling

3.1 De commissie beoordeelt het geschil aan de hand van het Nederlands recht, in het bijzonder de regels met betrekking tot verzekeringsovereenkomsten (Boek 7 Burgerlijk Wetboek (BW)) en de algemene bewijsregels.
In artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) is bepaald dat de partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten, bij gemotiveerde betwisting door de wederpartij, daarvan het bewijs draagt (bewijslast). [1]

3.2 Volgens de consument komt haar een bedrag van ruim € 12.000,-- toe uit hoofde van de verzekering met polisnummer [nummer 1], omdat, zo stelt zij, deze uitkering nog niet heeft plaatsgevonden terwijl zij daar wel recht op heeft. De commissie oordeelt dat deze stelling van de consument geen steun vindt in het dossier en licht zijn oordeel hierna toe.

3.3 De bewijslast van deze stelling, zowel met betrekking tot de rechtsgrond van de vordering als de omvang daarvan, rust op de consument nu de verzekeraar deze stelling gemotiveerd heeft betwist.

3.4 De consument voert aan dat zij door persoonlijke omstandigheden niet eerder dan in 2024 contact kon opnemen met de verzekeraar om te achterhalen of er bij de verzekeraar nog een bedrag ter beschikking stond in verband met een uitkering uit hoofde van de verzekering met polisnummer [nummer 1]. De verzekeraar betoogt dat het na zo lange tijd niet meer mogelijk om exact de waarde van deze verzekering vast te stellen per 1 april 2008. Ofschoon teleurstellend voor de consument, vallen de omstandigheden die ten grondslag liggen aan het lange tijdsverloop binnen de risicosfeer van de consument. De verzekeraar beroept zich dan ook terecht op het feit dat door het tijdsverloop nu niet meer is vast te stellen hoe hoog de uitkering precies moet zijn geweest.

[1] Zie ook Geschillencommissie Kifid 2025-0770

3.5 Volgens de consument moet het gaan om een bedrag van € 12.000,--, volgens de verzekeraar gaat het om een veel kleiner bedrag. De consument gaat, zoals de verzekeraar terecht stelt, ten onrechte voorbij aan het feit dat de waarde van de verzekering met polisnummer [nummer 1], bij handhaving van de verzekering en betaling van de premie, pas op 1 april 2024 minimaal € 24.222,-- zou bedragen. Afkoop op een eerder moment in combinatie met een eventuele achterstand in de premiebetaling zou leiden tot een veel lagere uitkering. De uitkering kon destijds niet bij benadering het door de consument gevorderde bedrag betreffen, nu de verzekering vroegtijdig is beëindigd. Dit verweer van de verzekeraar slaagt.

3.6 Ter onderbouwing van haar vordering voert de consument aan dat, zou de verzekeraar destijds tot uitkering van de waarde van de verzekering met polisnummer [nummer 1] zijn overgegaan, zij het daarmee corresponderende bedrag zou moeten kunnen terugvinden op door haar bewaarde bankafschriften.

3.7 Zoals de verzekeraar terecht stelt, kan het feit dat in de door de consument bewaarde bankafschriften met volgens haar substantiële bedragen geen betaling is terug te vinden die herleid kan worden tot een uitkering uit hoofde van de verzekering met polisnummer [nummer 1], niet als bewijs dienen voor de stelling van de consument.

3.8 Op grond van het voorgaande concludeert de commissie dat de consument er niet in is geslaagd om bewijs van haar stelling over te leggen. Dit leidt de commissie tot het oordeel dat de klacht ongegrond is en de vordering moet worden afgewezen.

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/ .

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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