Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0925

(dr. mr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en C.J.M. Niemöller, secretaris)

Datum uitspraak	15 september 2026
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V. gevestigd te Apeldoorn h.o.d.n. Interpolis, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden

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 en 3) het verweerschrift 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. De kern

De verzekeraar heeft de premies van de autoverzekeringen van de consument op de verlengingsdatum 28 december 2025 verhoogd. Die premiestijgingen bedroegen 20,6% en 27,5%. De consument vindt dat die premiestijgingen buitenproportioneel zijn en dat die de grenzen van redelijkheid en billijkheid ruimschoots overschrijden. Hij vordert vergoeding van de te veel betaalde premies en beperking van de premies voor de toekomst. De commissie oordeelt volgens haar vaste lijn dat het niet aan haar is om te beoordelen of de premies waartegen de verzekeraar de risico's onder een verzekering wenst te verzekeren redelijk zijn. Verder heeft de verzekeraar zich voorafgaand aan deze premiestijgingen aan zijn informatie- en motiveringsplicht gehouden. Tot slot is niet gebleken dat de premiestijgingen in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn. De klacht is ongegrond.

3. De beoordeling

De verzekeraar mocht de premies verhogen en heeft de premiestijging voldoende gemotiveerd

3.1 Het is niet aan de commissie om te beoordelen of een premie (na een stijging) redelijk is. Een verzekeraar mag in beginsel zelf bepalen welke risico's hij verzekert en tegen welke premie.[1] Wel kan worden beoordeeld of de premiestijging in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Daarvan kan in uitzonderlijke situaties sprake zijn. Maar dat is hier niet het geval.[2] De verzekeraar heeft toegelicht dat de premiestijging het gevolg is van een hogere gemiddelde schadelast, een toename van het aantal schades en inflatie, waardoor onder meer de kosten van schadeherstel en letselschades zijn gestegen. Daarnaast worden sinds 28 december 2025 wel kosten gerekend voor de No Claim Garantie van de consument. De verzekeraar hoeft geen inzicht te geven in de mate waarin elk genoemd aspect is meegewogen in de premiewijziging.[3] Uit het voorgaande blijkt dat de verzekeraar de premiestijging voldoende heeft gemotiveerd.

3.2 Dat de consument stelt dat hij zelf geen bijdrage heeft geleverd aan de gestegen kosten, maakt de beoordeling niet anders. Het uitgangspunt van verzekeren is dat risico's binnen een collectief worden gedeeld. De premie wordt daarom vastgesteld op basis van het totale verzekerde risico en de daarmee samenhangende kosten. Dat de premiestijging niet is afgestemd op de individuele omstandigheden van de consument, maakt deze niet naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.

De verzekeraar heeft voldaan aan zijn informatieplicht

3.3 De verzekeraar heeft in de verzekeringsvoorwaarden uitdrukkelijk de bevoegdheid opgenomen om de premie op de verlengingsdatum eenzijdig te wijzigen.[4] De verzekeraar heeft de consument tijdig geïnformeerd over de premiestijging in het verlengingsaanbod van 22 november 2025. De verzekeraar heeft daarin aangekondigd dat hij de premies per de verlengingsdatum van 28 december 2025 verhoogt. In deze brief staat ook dat de consument zijn verzekeringen kon opzeggen zonder opzegtermijn. De consument heeft zijn verzekeringen niet opgezegd en de premiewijzigingen zijn ingegaan op 28 december 2025. De verzekeraar heeft hiermee voldaan aan zijn informatieplicht. Gesteld noch gebleken is dat de consument over premiestijgingen in voorgaande jaren onvoldoende is geïnformeerd.

---

[1] Zie bijvoorbeeld ook Geschillencommissie Kifid nrs. 2021-1001, 2024-0002 en 2024-0707, de uitspraken van Kifid zijn te raadplegen via www.kifid.nl/uitspraken.
[2] Zie de uitspraak 2017-021 van de Commissie van Beroep van 15 juni 2017
[3] Zie Geschillencommissie Kifid nr. 2019-894
[4] Zie bijlage 1.

Overige standpunten blijven onbesproken

3.4 De consument klaagt daarnaast over de premiestijging van zijn doorlopende reisverzekering en de premiestijging van zijn aansprakelijkheidsverzekering, maar hij onderbouwt die klachten niet. Daarom zijn die klachten niet gegrond. Daarnaast klaagt de consument over de bemiddelingskosten van de assurantietussenpersoon. De commissie kan de klacht over de bemiddelingskosten niet inhoudelijk beoordelen, omdat deze klachtenprocedure betrekking heeft op de verzekeraar en niet op de assurantietussenpersoon.

Conclusie

3.5 Uit de omstandigheden blijkt niet dat de premiestijging van de autoverzekeringen naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Daarnaast zijn de wederzijdse rechten en verplichtingen tussen contractspartijen in evenwicht doordat de verzekeraar aan de motiverings- en informatieplicht heeft voldaan.[5] De verzekeraar mocht daarom de premie van de verzekeringen per contractvervaldatum aanpassen.

3.6 Voor de beoordeling van de klacht is artikel 17 van de algemene voorwaarden van de verzekeraar belang. De commissie moet dit beding op eigen initiatief toetsen aan het consumentenrecht en oordeelt dat het daarmee niet in strijd is.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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 van de geschillencommissie te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.

[5] Zie de uitspraak 2017-021 van de Commissie van Beroep van 15 juni 2017.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen de algemene voorwaarden

Algemene voorwaarden van de verzekeraar (AV-02-241).

Algemene voorwaarden

Aanpassen van uw verzekering

17. Wanneer mogen wij de premie of de voorwaarden aanpassen?

Als de consumentenprijzen veranderen.

- Wij mogen aanpassen op de verlengingsdatum.
- Wij volgen de indexen van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Als er voor ons een reden is om de premie of voorwaarden aan te passen.

- Wij mogen aanpassen op de verlengingsdatum.
- Bijvoorbeeld omdat we erg veel schades hebben.

Als uw situatie verandert.

- Wij mogen aanpassen als de situatie verandert.
  - Belangrijke veranderingen meldt u direct.
    - Bij de verschillende verzekeringen leest u wat belangrijke veranderingen zijn.

Als wij dit doen voor een groep klanten of een groep verzekeringen.

- Wij mogen aanpassen op ieder moment van het jaar.
- Voor de hele groep op dezelfde manier.
- Voor de hele groep op hetzelfde moment.
- Alleen in bijzondere gevallen.

Als wij een schade hebben betaald.

- Tot 30 dagen na een betaling mogen we laten weten dat we de voorwaarden aanpassen.
  - Bijvoorbeeld dat we een extra eigen risico toepassen.
- Wij moeten aangeven waarom het redelijk is dat wij de voorwaarden aanpassen.
  - Bijvoorbeeld omdat een verzekerde te veel schades meldde en wij hier vooraf voor waarschuwden.
- Wij mogen de voorwaarden van de verzekering aanpassen waarvoor we schade hebben betaald.