Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0777

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	1 oktober 2025
Klacht van	De consument
Tegen	N.V. Univé Schade, gevestigd te Assen, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de Bedrijfsregeling Directe Schadeafhandeling en uit het Burgerlijk Wetboek

Samenvatting

Autoverzekering. Aanrijding. Directe Schade Afhandeling. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de DSA weliswaar aanvankelijk te vroeg heeft stopgezet, maar dat hij deze uiteindelijk heeft mogen stopzetten. De commissie oordeelt verder dat de verzekeraar de verzekering op grond van de voorwaarden tussentijds heeft mogen opzeggen en dat de verzekeraar daarbij aan de voorwaarden van artikel 7:940 lid 3 BW heeft voldaan. De opzegging is niet in strijd met de redelijkheid en billijkheid. De commissie wijst de vorderingen van de consument 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) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar en 4) de reactie van de consument op de bij het verweer gesloten bijlagen.

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had een autoverzekering bij de verzekeraar. Hij was verzekerd op basis van een beperkt casco dekking. De Algemene Voorwaarden versie 4 zijn op de verzekering van toepassing.

2.2 Op 30 mei 2025 heeft de consument een aanrijding gehad in [plaats]. Deze heeft hij op 31 mei 2025 gemeld bij de verzekeraar, via een digitale schademelding.

Hij heeft diezelfde dag ook het digitale schadeaanrijdingsformulier (hierna: 'saf') ingestuurd, met daarin zijn verklaring van het ongeval:

> *"ik ben aangereden door een auto, ik stond stil op een voorsorteervak tussen 2 rijbanen in en naast me stond een trekker combinatie met kipper die de weg in reed waar ik uit kwam. hierbij zwenkte zijn kipper iets uit over de rijbaan heen en daarvoor wijkte meneer uit. en met terug sturen kwam zijn achterkant over het sorteervak in de middenberm waar ik stil stond. Voor meneer mij raakte zijn er 4 autos al voor me langs gereden. kenmerkend detail is dat de weg hier een trechter vorm heeft die een versmalling direct naast mij in gaat. Meneer is doorgereden en heeft de auto verderop in de berm gezet. ik ben uitgestapt en heb gezien dat mijn auto achter de doorbroken streep stond die het voorsorteervak kenmerkt. ik stond dus niet op de voorrangsweg waar hij op reed. ik stond schuin in de rijrichting in het voorsorteervak zowel voor als achter tussen de lijnen. ik ben dus aangereden meneer kreeg het niet voor elkaar om in de schade app verder te gaan. heeft alleen een visitekaartje met naam en telefoonnummer gegeven, adres is onbekend"*

2.3 Op de vraag "wie is naar uw mening aansprakelijk?" heeft de consument geantwoord dat dit de andere partij is. Op de vraag "Is de andere partij het met u eens over de aansprakelijkheid van de schade?" heeft de consument "ja" geantwoord. De tegenpartij heeft het schade-formulier niet ondertekend. De consument heeft op 31 mei 2025 een gedetailleerde verklaring over het verkeersongeval naar de verzekeraar gemaild. Daarbij heeft de consument een eigen verklaring voor het schadebeeld gevoegd.

2.4 De consument heeft gevraagd om een Directe Schadeafhandeling (hierna: 'DSA'). Op 2 juni 2025 heeft de verzekeraar deze aanvraag per e-mail bevestigd. Diezelfde dag heeft de consument telefonisch contact gehand over de zaak met de behandelaar van de verzekeraar. Na dit telefoongesprek heeft de verzekeraar gemaild:

> *"Zojuist hebben wij telefonisch contact gehad.*
> *De schade komt niet in aanmerking voor onze verhaalservice. Wij hebben uw schade in eerste instantie in behandeling genomen vanuit onze verhaal service "directe schade afhandeling". Nu blijkt dat de tegenpartij niet lijkt mee te werken en er toch sprake is van discussie. Hierdoor komt de schade niet voor onze verhaalservice in aanmerking. Ik heb dit dossier dan nu ook gesloten."*

2.5 De consument heeft op 2 juni 2025 een klacht ingediend over de afwijzing van de DSA. Bij email van 3 juni 2025 heeft de consument laten weten dat hij zelf de verzekeraar van de tegenpartij aansprakelijk zal stellen.

2.6 Op 11 juni 2025 heeft de verzekeraar het saf van de tegenpartij ontvangen, waarin deze over de aansprakelijkheid onder meer heeft geschreven:

> *"(...) Voor mij reed al langere tijd een tractor met een hoge tank op de aanhanger. Daarachter reden enkele personenwagens. Die tractor gaf ter hoogte van de[adres] aan dat hij naar links wilde en ging op de voorsorteerstrook voor links staan (zie foto's).*

Ik hoefde niet te remmen, liet tijdig het gas los en ik kon gewoon mee met de verkeersstroom recht door. Het is een drukke weg, het verkeer volgen is eenvouding. De tractor en aanhanger sloegen linksaf, de personenwagens (die de tegenpartij kennelijk wél gezien heeft) reden rechtdoor. De trekker is voor mij op geen enkele manier een beletsel geweest.

De tractor met name de aanhanger blokkeerde het zicht de tegenpartij, de voorrangsweg ligt daar ook iets hoger dan de [adres]t. Op het moment dat de linksaf slaande trekker de andere weghelft – rijdend!- blokkeerde gaf de tegenpartij gas en werd ik geramd in mijn linker achterportier. (...)

Ik ben pertinent niet naar links uitgeweken voor de tractor waardoor ik zijn stilstaande auto geraakt zou hebben! In dat geval zou ik spookrijder geweest zijn, waarschijnlijk bandensporen van zijn 'stilstaande' auto op het wegdek, schade aan lantaarnpaal markeringspaaltjes op de weg etc. Dan zouden omstanders gestopt zijn en getuigen verklaringen voorhanden. Het is onmogelijk hoe ik met mijn linkerachterportier zijn voorbumpergeraakt kan hebben in de bochtige weg. (...)"

2.7 De verzekeraar heeft de klacht van de consument op 12 juni 2025 afgewezen, en onder andere geschreven:

"(...) Om een schade te kunnen regelen via de DSA-regeling is het echter wel van belang dat de aansprakelijkheid vast komt te staan. Dit houdt in dat beide partijen het eens zijn over de (gedeelde) aansprakelijkheid. In uw schadedossier is daar helaas geen sprake van. Zowel u als wij, hebben het Schadeformulier van de tegenpartij inmiddels ontvangen. Daarin geeft de tegenpartij aan dat u geen voorrang verleende en [verzekeraar tegenpartij] wijst om die reden de aansprakelijkheid af. Ook al is het voor u heel duidelijk dat de tegenpartij aansprakelijk is, er is toch een discussie ontstaan over de aansprakelijkheid.

(...). Aangezien het schadeaangifteformulier van de tegenpartij haaks staat op de toelichting van uw kant, nemen wij de schade niet verder in behandeling. Uw verzekeringspolis biedt namelijk geen dekking voor uw eigen schade en vanwege de discussie over de aansprakelijkheid is afhandeling via DSA niet mogelijk. Ik kan me wel vinden in uw opmerking dat de schade in eerste instantie vrij snel is gesloten na de niet onderbouwde afwijzing van [verzeraar tegenpartij]j. Hier bied ik u dan ook onze excuses voor aan en dit is de reden dat we deze week alsnog het schadeaangifteformulier hebben opgevraagd bij [verzekeraar tegenpartij]. (...)"

2.8 De consument heeft na afwijzing van de klacht verschillende e-mails naar de verzekeraar gestuurd. Op 16 juni heeft de verzekeraar de consument geschreven:

"(...) Samengevat zien wij geen reden om de klacht opnieuw te beoordelen, aangezien uw mails geen nieuwe informatie bevatten die aanleiding geven tot een ander standpunt. (...)

Tot slot wil ik u erop wijzen dat we het binnen Univé belangrijk vinden om respectvol met elkaar om te gaan. We kunnen het oneens zijn met elkaar, maar de toonzetting in uw mails en tijdens telefoongesprekken ervaren wij als zeer onprettig en onwenselijk. Ik wil u er ook op wijzen dat wij uw verzekering(en) kunnen stopzetten bij ongewenst gedrag naar onze organisatie of onze medewerkers. Ik vraag u dan ook vriendelijk om respectvol te blijven in uw communicatie. (...)"

2.9 Op 24 juni 2025 heeft Kifid een klacht van de consument ontvangen.

2.10 Op 30 juni heeft de verzekeraar de consument een brief gestuurd met het onderwerp: *"laatste waarschuwing i.v.m. onacceptabele wijze van communiceren"*, waarin de verzekeraar onder meer heeft geschreven:

"(...) U heeft bij Univé Schade een claim ingediend op uw autoverzekering. Hierover heeft u contact en tijdens de behandeling daarvan heeft u een klacht ingediend. Ook heeft u een melding gedaan op uw rechtsbijstandverzekering bij Univé, die door Univé Rechtshulp wordt gehandeld. Vooral de laatste weken heeft u veelvuldig contact gehad met de diverse Univé onderdelen, zowel per telefoon als per e-mail. In veel van deze contacten gedraagt u zich niet respectvol naar de medewerkers van Univé. U schreeuwt, vloekt, intimideert, dreigt en gedraagt zich agressief. [...]. Daarnaast stuurt u een tiental e-mailtjes per dag. Naar aanleiding van een telefonisch contact tussen u en [naam] op 16 juni heeft u na afloop daarvan een e-mail van hem ontvangen. In deze mail wordt u op uw gedrag gewezen. Hij heeft u gevraagd om vriendelijke n respectvol te blijven naar de medewerkers van Univé. [...]

Conclusie
Uit het voorgaande volgt dat u frequent contact heeft met Univé, zowel telefonisch als per e-mail. ln deze contacten wordt de inhoud en toonzetting door ons als onprettig, onwenselijk en onwerkbaar ervaren, zoals in het voorgaande onderdeel omschreven. Ook is het vertrouwen tussen u en Univé hierdoor geschaad. Ook na de schriftelijke waarschuwing in de mail van 16 juni bent u daar onveranderd mee doorgegaan.

Waarschuwing
Omdat u de frequentie en inhoud van uw communicatie niet heeft aangepast, ontvangt u hierbij een laatste schriftelijke waarschuwing van ons. Wij verzoeken u dringend om vanaf nu de frequentie en de toonzetting van uw communicatie per direct aan te passen. Mocht u zich niet houden aan deze waarschuwing en in de toekomst opnieuw in herhaling vallen, dan zullen wij overgaan tot het stopzetten van uw volledige verzekeringspakket.

Voor de volledigheid wijzen wij u op artikel 3.4.7 en 3.4.9 van de Algemene Voorwaarden waarin deze mogelijkheid staat omschreven. ln dat geval zullen wij uw lopende schadezaken wel afhandelen. Wel wijzen wij u erop dat een stopzetting van uw verzekeringspakket verdere consequenties voor u kan hebben. Bij een volgende verzekeraar zal u de stopzetting moeten melden en deze kan daar consequenties aan verbinden.

Bijvoorbeeld kan deze verzekeraar besluiten u geen verzekeringspakket aan te bieden of in het geval van acceptatie daar voor u bezwarende voorwaarden aan verbinden.

Wij verzoeken u goede nota te nemen van deze brief en gaan ervan uit dat u het niet zover zal laten komen. (...)"

2.11 De verzekeraar heeft de consument uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek op het kantoor in Assen. Deze uitnodiging heeft de verzekeraar bij brief van 1 juli 2025 verder toegelicht. Daarbij heeft de verzekeraar geschreven dat het doel van het gesprek is om de bevindingen in de zaak nogmaals met de consument te bespreken en een voorstel te doen voor de verdere aanpak van de zaak. Ook heeft de verzekeraar geschreven:

"(...) Wel wijzen wij u erop dat op basis van de huidige – ons bekende – informatie die DSA behandeling naar onze mening terecht is beëindigd en dat op dit moment ook vaststaat dat er verschil van mening is over het aansprakelijkheidsstandpunt in deze zaak. De door u genoemde voorwaarden als basis voor het gesprek zijn voor ons dan ook niet acceptabel. Ondanks dat vertrouwen wij erop dat wij u een constructief gesprek met u kunnen voeren. (...)"

2.12 De consument heeft de verzekeraar op 4 juli 2025 geschreven dat hij de betaling van zijn premie heeft opgeschort.

2.13 Op 8 juli 2025 heeft het gesprek op het kantoor in Assen plaatsgevonden, tussen de directie van de verzekeraar en de consument. Per brief van 14 juli 2025 heeft de verzekeraar bevestigd wat besproken is. In de brief staat dat de verzekeraar tijdens het gesprek onder meer heeft aangeboden om een toedrachtonderzoek uit te voeren en dat de consument heeft aangegeven daaraan niet mee te willen werken. Verder heeft de verzekeraar geschreven dat hij de consument tijdens het gesprek heeft gewezen op de inhoud, toon en/of frequentie van zijn communicaties en dat hij de consument heeft gevraagd daarmee te stoppen. Vervolgens heeft de verzekeraar aangekondigd dat hij de relatie met de consument zal opzeggen:

"(...) ondanks het voorgaande bent u onveranderd doorgegaan met uw communicaties. U blijft ons dagelijks bestoken met veel correspondentie en belt veelvuldig met allerlei medewerkers van de diverse Unive onderdelen. In een aantal van deze gesprekken wordt door u geschreeuwd, gevloekt en worden onze medewerkers bedreigd en/of geïntimideerd.

Vertrouwensrelatie
Voor een verzekeringsovereenkomst tussen Unive en haar verzekerden geldt als uitgangspunt dat er sprake is van een 'vertrouwensbeginsel'. Dit houdt in dat beide partijen een vertrouwensrelatie met elkaar hebben en daar ook naar hebben te handelen.

Uit uw houding en wijze van communicatie blijkt dat u géén vertrouwen meer heeft in Univé en dat de vertrouwensrelatie verstoord is, Dit blijkt niet alleen uit de wijze waarop u met ons communiceert, zoals is uitgelegd in de vorige alinea.

Maar ook blijkt dat uit uw houding voor wat betreft de door u verstrekte informatie en de door u verleende medewerking. U heeft bijvoorbeeld aangegeven dat de andere partij aansprakelijk is voor de aanrijding en hij dat ook met u eens is, terwijl dat niet juist is. Ook heeft u aangegeven geen dashcam beelden ter beschikking te willen stellen. Verder heeft u in ons gesprek van 8 juli aangegeven dat u niet wilt meewerken aan een toedrachtonderzoek. Bij herhaling heeft u aangegeven dat u de dashcam beelden niet ter beschikking wil stellen. Dit zijn nu juist bewijsmiddelen die duidelijkheid kunnen geven over de aansprakelijkheid in deze zaak. Ook blijkt hieruit dat u niet bereid bent uw medewerking te verlenen, zoals staat omschreven in Hoofdstuk 9.1. van de Algemene voorwaarden.

Ook voor Univé geldt dat wij geen vertrouwen meer in u hebben en wij van mening zijn dat de vertrouwensrelatie verstoord is. (...)"

2.14 De verzekeraar heeft ten slotte geschreven dat hij de consument in een afzonderlijke brief verder zal berichten over de opzegging, waarbij de verzekeraar ook ingaat op de consequenties van de opzegging. Ook noemt de verzekeraar de eventuele consequenties van de opschorting van de premiebetaling door de consument.

2.15 Bij brief van 29 juli 2025 heeft de verzekeraar de verzekering opgezegd tegen 1 oktober 2025, op grond van de artikelen 3.4.7 en 3.4.9 van de voorwaarden. Deze artikelen luiden:

3.4.7 Als er sprake is van een vertrouwensbreuk
Is uw gedrag voor ons reden om geen vertrouwen meer te hebben in het voortzetten van de verzekering? Dan kunnen wij deze verzekering stopzetten. Als wij de verzekering stoppen, gebeurt dat 2 maanden na de aankondiging. Is het vertrouwen zodanig beschadigd, dat ook niet van ons kan worden verwacht dat wij uw andere verzekeringen voorzetten? Dan zetten wij ook uw andere verzekeringen stop. Dit doen wij dan aan het einde van de verzekeringsperiode.

3.4.9 Als u onze medewerkers ongewenst behandelt of onze eigendommen beschadigt
Als u onze medewerkers ongewenst behandelt of onze eigendommen beschadigt, kunnen wij al uw verzekeringen direct stopzetten. Bijvoorbeeld als u gewelddadig bent, bedreigt of intimideert. U krijgt geen premie terug.

2.16 De opzegging heeft de verzekeraar met de volgende omstandigheden onderbouwd:

(...) Aanleiding
U heeft uw aanrijdingsschade van 30 mei 2025 gemeld bij Univé Schade en bij Univé Rechtshulp. Tijdens de behandeling van uw zaak heeft u ons dagelijks bestookt met veel correspondentie en meerdere malen per dag gebeld met allerlei medewerkers van Univé. In een aantal van deze gesprekken heeft u geschreeuwd, gevloekt en onze medewerkers bedreigd en/of geïntimideerd. Wij hebben u hierop gewezen en meerdere malen (zowel telefonisch, schriftelijk als tijdens ons gesprek van 8 juli 2025) gevraagd om hiermee te stoppen en respectvol te reageren naar onze medewerkers.

Ondanks het voorgaande bent u onveranderd doorgegaan met uw communicaties. Om een aantal voorbeelden te noemen: u vloekt meerdere keren in het gesprek en u vraagt dwingend om een naam en achternaam. Ook heeft u onder andere de volgende uitspraken gedaan tegen medewerkers van Univé Schade: "...anders trek ik je door de telefoon...", "... dan zal ik de telefoon van je kop aftrekken ...", "...je begrijpt de vraag niet...", "... Je kunt godverdomme nog niet eens een dossier behandelen op basis van DSA...", "...Als u dat niet begrijpt, dan zou ik als ik u was maar onder werk gaan zoeken..." en "... Ik zal jouw auto eens in de prak rijden...".
In een gesprek met de klachtenmanager van UR heeft u deze uitgescholden met de woorden "...stoephoer...", "...tyfushoer..." en "...uitgerangeerd wijf...". Ook heeft u de volgende uitspraken gedaan: "...Univé naait zich er overal tussenuit...", "... U praat alleen maar na wat anderen zeggen...", "...wat u zegt interesseert me geen ene flikker", "...Ik vraag u wanneer u mij godverdomme eens antwoord geeft...", "...U neemt uw verantwoordelijkheid niet...", "...Het is zeker te moeilijk voor u..." en "...U bent blind...".

Tijdens de behandeling van uw zaak heeft u ook laten blijken dat u geen vertrouwen meer in Univé heeft en dat de basis voor een wederzijdse vertrouwensrelatie ontbreekt. Deze vertrouwensrelatie vormt de basis voor Univé en haar verzekerden. Uit uw houding en uw communicatie blijkt het ontbreken van het vertrouwen. Ook voor Univé geldt dat het vertrouwen met u ontbreekt.

Het ontbreken van vertrouwen blijkt uit de inhoud van uw communicatie en hebben wij in de voorgaande alinea's toegelicht. Ook heeft u in uw correspondentie expliciet aangegeven dat u geen vertrouwen meer hebt in de behandeling door Univé. U schrijft bijvoorbeeld in uw brief van 14 juli 2025 over de werkwijze van Univé het volgende: "...Vergaande misleiding van de feiten, disproportionele escalatie en een directe poging tot intimidatie...", "...Doorzichtige vertragingstactiek..." en "...Bewuste obstructie...".

Daarnaast blijkt dit ook uit uw houding richting Univé voor wat betreft de door u verstrekte informatie en de door u verleende medewerking. U heeft bijvoorbeeld aangegeven dat de andere partij aansprakelijk is voor de aanrijding en deze dat met u eens is, terwijl achteraf blijkt dat deze informatie onjuist is. Verder heeft u bij herhaling aangegeven dat u de dashcambeelden niet aan ons ter beschikking wilt stellen. U heeft al op 3 juni 2025 aangegeven dat - volgens u - deze beelden op dit moment niet relevant zijn maar pas in een later stadium bijv. tijdens een rechtszaak. U geeft daarbij expliciet het volgende aan: "...Ik ben niet van plan om dergelijk bewijsmateriaal nu al te verstrekken, gezien het gebrek aan vertrouwen en de irrelevantie voor de huidige fase van de schadeafhandeling...". Ook blijkt hieruit dat u niet bereid bent uw medewerking te verlenen aan Unive.

Verder heeft op 8 juli 2025 tussen u en de Directie van Univé Schade een persoonlijk gesprek plaatsgevonden, waarin wij u hebben aangeboden - onverplicht en voor onze rekening - een toedrachtsonderzoek te laten uitvoeren.

U heeft aangegeven daaraan niet mee te willen werken, Wij hebben u dit aangeboden zodat het aanwezige bewijs kan worden beoordeeld en/of verder kan worden onderzocht. Het doel daarvan is duidelijkheid te krijgen over de aansprakelijkheid zodat deze zaak kan worden afgewikkeld mede met het oog op alle betrokken partijen. Recentelijk heeft u ook nog aangegeven dat u bij het invullen van het digitale schade aanrijdingsformulier opzettelijk een verkeerde geboortedatum en rijbewijsnummer heeft ingevoerd. Dit met als doel om de zorgvuldigheid van de werkwijze bij ons te checken. (...)"

2.17 Tussen de consument en de verzekeraar is vanaf de datum van de schademelding uitgebreid contact geweest, zowel per e-mail als per telefoon. Ook tijdens de klacht-behandeling bij Kifid heeft dit contact plaatsgevonden. Kifid is in de cc hiervan meegenomen.

De klacht en de vordering

2.18 De consument klaagt dat de verzekeraar aantoonbaar nalatig heeft gehandeld bij de afhandeling van zijn schadezaak. Dit blijkt allereerst uit het ten onrechte en voorbarig stopzetten van de DSA. Daarmee is de verzekeraar zijn contractuele verplichtingen niet nagekomen en in schuldenaarsverzuim en schuldeisersverzuim geraakt. De verzekeraar komt immers zijn prestatie – adequate schadeafhandeling – niet na. Ter ondersteuning van zijn standpunt beroept de consument zich op artikel 3, 4 en 7 van de Bedrijfsregeling Directe Schadeafhandeling (hierna: 'BDS') en de wettelijke bepalingen over verzuim (artikel 6:81, 6:58 en 6:59 BW) en zorgplicht (art. 6:2 en 6:248 BW). Omdat de verzekeraar in schuldeisersverzuim is, heeft de consument per 4 juli 2025 de betaling van de premie opgeschort.

2.19 De verzekeraar heeft de DSA afgesloten omdat de tegenpartij niet lijkt mee te werken en er sprake is van discussie over de aansprakelijkheid. Dit is volgens de consument juist een situatie waarvoor de DSA-regeling in het leven is geroepen. Deze moet de klant ontzorgen door de discussie over aansprakelijkheid tussen de verzekeraars te laten plaatsvinden. Dat het saf niet door beide partijen gezamenlijk is ingevuld en ondertekend, is ook geen geldige reden om de DSA te weigeren. De tegenpartij leverde pas op 11 juni 2025 een eenzijdig schadeformulier aan en had de aansprakelijkheid op dat moment nog niet onderbouwd afgewezen. De verzekeraar had zich in dit stadium moeten inspannen om de belangen van de consument te behartigen. De verzekeraar heeft echter nagelaten de benodigde informatie actief te verzamelen of de door de consument aangeleverde bewijzen (gedetailleerde verklaring, foto's) adequaat te beoordelen. De verzekeraar heeft de aansprakelijkheid ook niet vastgesteld binnen de daarvoor gestelde termijn.

2.20 De verzekeraar weigert een opname te verstrekken van het telefoongesprek van 2 juni 2025 (13:58 uur). Dit is een schending van de rechten van de consument onder de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

2.21 De verzekeraar heeft zich herhaaldelijk schuldig gemaakt aan ongewenst gedrag, dat als intimiderend kan worden ervaren, met als doel de consument monddood te maken. Het gaat om het negeren van communicatie en deadlines, het opzettelijk forceren van een fysieke afspraak met vooropgezette, onacceptabele voorwaarden, het doen van onterechte beschuldigingen van non-coöperatie, het eenzijdig sluiten van de zaak en de klacht en het doen van financiële dreigementen ("geen dekking meer" en "forse boetes").

2.22 De negerende houding en obstructie door de verzekeraar, is de hoofdoorzaak van de escalatie van het dossier van de consument. De pogingen van de consument tot een constructieve dialoog en minnelijke oplossing zijn beantwoord met misleiding, doelbewuste vertragingstactieken en het verstrekken van onjuiste informatie en een algehele weigering om verantwoordelijkheid te nemen. Dit werd pijnlijk duidelijk tijdens de opzettelijk misleidende en intimiderende bijeenkomst op 8 juli 2025 in Assen. Dit heeft ook geleid tot verdere financiële schade.

2.23 De consument vordert een schadeafhandeling conform de Bedrijfsregeling Directe Schadeafhandeling, betaling van zijn claim, met daarbij een vergoeding voor gederfd gebruiksgemak en voor de reeds opgelopen en toekomstige stilstandschade. Ook vordert hij een vergoeding voor gederfde inkomsten en de onredelijke tijdsinvestering van de consument, inclusief gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten en immateriële schade. Hij becijfert zijn schade op 15 juli 2025 op € 56.215,16. Over dit bedrag vordert hij de na 30 mei 2025 vervallen wettelijke rente. Verder vordert hij vergoeding van eventuele CJIB-boetes die direct voortvloeien uit de onverzekerde of onbruikbare staat van zijn auto en alle verdere gevolgschade die direct of indirect voortvloeit uit de wanprestatie en het schuldeisers-verzuim van de verzekeraar.

Het verweer

2.24 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Afbakening

3.1 De consument heeft een groot aantal stukken overgelegd die van betrekking zijn op de verhouding tussen de consument en zijn rechtsbijstandsverzekeraar en op de verhouding tussen de consument en de verzekeraar van de tegenpartij bij de aanrijding. De beoordeling van de commissie beperkt zich echter tot de verhouding tussen de consument en N.V. Univé Schade (de verzekeraar). Voor zover de klacht of vordering van de consument gericht is tot de rechtsbijstandsverzekeraar of de verzekeraar van de tegenpartij, zal de consument een klacht tegen deze partijen moeten indienen.

Centrale vragen

3.2 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar ten onrechte de DSA heeft stopgezet. Ook moet de commissie beoordelen of de opzegging van de verzekering rechtsgeldig is.

Directe Schade Afhandeling

3.3 De consument stelt dat de verzekeraar de DSA ten onrechte niet heeft toegepast. Hij onderbouwt zijn stellingen met een beroep op de artikelen 3, 4 en 7 van de BDS. Volgens de verzekeraar is de zaak van de consument niet geschikt voor de DSA omdat de aansprakelijkheid van de tegenpartij niet vaststaat.

3.4 Op grond van de DSA kan een klant die een autoverzekering met WA- of beperkt casco-dekking heeft, zich tot de eigen verzekeraar wenden voor vergoeding van de schade aan zijn auto na een aanrijding met een ander motorrijtuig. De regels voor de DSA staan in de BDS. Op grond van artikel 4 van de BDS vergoedt de verzekeraar de schade van zijn klant als de tegenpartij geheel of gedeeltelijk aansprakelijk is. In de toelichting bij artikel 4 staat dat de discussie over de aansprakelijkheid plaatsvindt tussen de klant en de eigen verzekeraar. Artikel 7 van de BDS beschrijft een aantal situaties waarin de DSA niet van toepassing is. Eén van deze situaties is als de aansprakelijkheid niet komt vast te staan. In de toelichting bij artikel 7 staat dat als op basis van de beschikbare informatie de aansprakelijkheid niet kan worden vastgesteld, de eigen verzekeraar een inspanningsverplichting heeft om actief zoveel mogelijk extra informatie te verzamelen. Daarbij is het opvragen van een schade-aangifteformulier geen doel op zich. Het gaat er volgens de toelichting om dat zo snel mogelijk informatie wordt achterhaald waarmee de aansprakelijkheid kan worden vastgesteld. Als vervolgens de aansprakelijkheid niet binnen een redelijke termijn kan worden vastgesteld dan is de regeling niet van toepassing. Deelnemers streven er volgens de toelichting naar om binnen 5 weken duidelijkheid te geven aan de klant. Daarbij is het belang van de klant het uitgangspunt.

3.5 Toepassing van de DSA is optioneel. Een klant kan er ook voor kiezen zelf in contact te treden met de verzekeraar van de tegenpartij. De consument heeft per e-mail van 3 juni 2025 (zie nummer 2.5) geschreven dat hij zelf de verzekeraar van de tegenpartij aansprakelijk zal stellen. De commissie gaat er in deze klachtprocedure echter van uit dat de consument toepassing van de DSA wenst, omdat hij dit vordert.

3.6 De commissie stelt op basis van de dossierstukken het volgende vast. De consument heeft op 31 mei 2025 zijn schade gemeld en het saf ingediend. In het saf heeft de consument ingevuld dat de tegenpartij aansprakelijk is en dit erkent. Ook heeft de consument de toedracht van het ongeluk beschreven en foto's van de situatie en van de schade toegevoegd. Het saf is niet door de tegenpartij ondertekend. Op 2 juni 2025 heeft de consument telefonisch contact gehad met de verzekeraar, waarna hij per e-mail is bericht dat de schade toch niet in aanmerking komt voor de DSA, omdat de tegenpartij niet lijkt mee te werken en er discussie bestaat over de aansprakelijkheid.

De consument heeft over de afwijzing een klacht ingediend en daarbij geschreven dat hij zelf met de verzekeraar van de tegenpartij de schade zou afwikkelen. Op 12 juni 2025 heeft de verzekeraar op de klacht van de consument gereageerd. Op dat moment beschikte de verzekeraar over het saf van de tegenpartij. De verzekeraar heeft de consument geschreven dat dit saf haaks staat op dat van de consument en er dus discussie is over de aansprakelijkheid. Afhandeling via de DSA is volgens de verzekeraar dan ook niet mogelijk. Daarbij geeft de verzekeraar wel toe dat het dossier in eerste instantie vrij snel is gesloten na de niet onderbouwde afwijzing van de tegenpartij. De verzekeraar heeft daarvoor zijn excuses aangeboden.

3.7 De commissie overweegt dat de verzekeraar op 2 juni 2025 nog niet aan de in artikel 7 BDS beschreven inspanningsverplichting had voldaan. Volgens het verweer van de verzekeraar – die de betrokken medewerker over het telefoongesprek heeft bevraagd – is tijdens het telefoongesprek op 2 juni 2025 besproken dat de tegenpartij geen saf kon of wilde invullen, dat de consument naast het saf en de schademelding geen ander bewijs had zoals een getuigenverklaring of informatie van de politie en dat de consument over dashcambeelden beschikte, maar dat hij deze niet wilde afgeven. Hoewel uit dit telefoongesprek blijkt dat de aansprakelijkheid nog niet kon worden vastgesteld en dat het zou kunnen dat er discussie over de aansprakelijkheid bestond, had de verzekeraar nog verschillende mogelijkheden om meer informatie in te winnen. De verzekeraar kon nog contact opnemen met de verzekeraar van de tegenpartij en het saf van de tegenpartij opvragen. Naar het oordeel van de commissie kon de verzekeraar op 2 juni 2025 nog niet met zekerheid zeggen dat de aansprakelijkheid niet zou kunnen worden vastgesteld en had de verzekeraar naar het oordeel van de commissie (nog) niet aan zijn inspanningsverplichting voldaan.

3.8 Op 12 juni 2025 heeft de verzekeraar gereageerd op de klacht van de consument. Blijkens de brief van de verzekeraar beschikte deze toen over het saf van de tegenpartij, waaruit blijkt dat deze heeft verklaard dat de consument hem geen voorrang heeft verleend. Omdat beide partijen het niet eens waren over de aansprakelijkheid, kon volgens de verzekeraar de aansprakelijkheid niet worden vastgesteld. De commissie overweegt dat op grond van artikel 4 van het BDS de discussie over de aansprakelijkheid tussen de consument en de verzekeraar plaatsvindt. De verzekeraar heeft echter aangevoerd dat ook op grond van de door de consument aangeleverde bewijsmiddelen, namelijk zijn verklaring, het door hem (eenzijdig) ingevulde saf en de door hem overgelegde foto's van de schade aan zijn auto, geen overtuigend bewijs aanwezig was om aansprakelijkheid van de tegenpartij aan te nemen. De consument had aangegeven dashcambeelden te hebben, maar heeft deze niet aan de verzekeraar willen overleggen. Bij deze stand van zaken is de commissie van oordeel dat de verzekeraar aan zijn inspanningsverplichting heeft voldaan. In de brief van 12 juni 2025 heeft de verzekeraar nog aangegeven bereid te zijn de situatie opnieuw te beoordelen als de consument de dashcambeelden beschikbaar stelt. Nu de consument hiertoe niet bereid was, kan hij de verzekeraar niet verwijten dat deze niet aan zijn inspannings-verplichting heeft voldaan of dat het schadebehandelingsproces onvoldoende voortvarend of zorgvuldig is verlopen in de zin van artikel 3 van de BDS.

Dit geldt temeer nu de verzekeraar op 8 juli 2025 heeft aangeboden een toedrachts-onderzoek uit te voeren en de consument ook daar niet aan heeft willen meewerken.

Schade aangifte formulier tegenpartij

3.9 De consument heeft aangevoerd dat de verzekeraar het saf van de tegenpartij niet zelf heeft opgevraagd, maar dat de verzekeraar het van hem heeft ontvangen. De commissie overweegt dat de omstandigheid dat de consument het saf van de tegenpartij aan de verzekeraar heeft gezonden, niet uitsluit dat de verzekeraar ook zelf het saf van de tegenpartij bij diens verzekeraar heeft opgevraagd.

Dashcambeelden

3.10 De consument heeft aangevoerd dat de eis van de verzekeraar om de door de consument gemaakte dashcambeelden te verstrekken een poging vormt om de focus te verleggen van de eigen nalatigheid van de verzekeraar. De eis zou onredelijk en disproportioneel zijn en een poging om de consument extra te belasten. De commissie ziet geen aanleiding aan te nemen dat dit het geval zou zijn. Het opvragen en gebruiken van dashcambeelden is een veel gebruikt middel bij het vaststellen van de aansprakelijkheid na een aanrijding.

Telefoongesprek

3.11 De consument stelt dat de weigering van de verzekeraar om een opname te verstrekken van het telefoongesprek van 2 juni 2025 een schending vormt van zijn rechten van onder de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De verzekeraar heeft aangevoerd dat van het telefoongesprek geen opname bestaat, omdat het gesprek was doorgeschakeld en alleen inkomende gesprekken worden opgenomen. Uit de door de verzekeraar overgelegde telefoontranscripten blijkt dat het gesprek inderdaad doorgeschakeld is. De consument heeft geen omstandigheden aangevoerd die de commissie aanleiding geven om aan de uitleg van de verzekeraar te twijfelen, zodat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Conclusie Directe Schade Afhandeling

3.12 De verzekeraar heeft de DSA weliswaar aanvankelijk te vroeg stopgezet, maar heeft deze uiteindelijk mogen stopzetten. De verzekeraar verkeert naar het oordeel van de commissie dan ook niet in verzuim (art. 6:81 e.v. BW) en het niet is komen vast te staan dat sprake is van een zodanige schending van een op grond van art 6:2 of 6:248 BW op de verzekeraar rustende zorgplicht, dat dit ertoe zou moeten leiden dat op de verzekeraar enige verplichting tot schadevergoeding aan de consument rust. De verzekeraar kan onder de omstandigheden die tot de onderhavige klachtprocedure hebben geleid niet in schuldeisersverzuim in de zin van artikel 6:58 BW verkeren, omdat de verzekeraar in deze verhouding tot de consument de schuldenaar is. De consument vordert immers als schuld-eiser nakoming van de verzekeraar als schuldenaar.

3.13 Deze conclusie leidt ook tot het oordeel dat er geen grond bestaat voor opschorting van de premiebetaling door de consument.

Opzegging van de verzekering

3.14 Bij brief van 30 juni 2025 heeft de verzekeraar de consument gewaarschuwd dat de verzekeraar de toonzetting en de frequentie van de communicatie van de consument niet accepteert. Bij brief van 14 juli 2025 heeft de verzekeraar aangekondigd de verzekering op de zullen zeggen. Deze brieven heeft de consument na het indienen van de klacht bij Kifid, maar voor deze klacht in behandeling is genomen, ontvangen. De consument is door Kifid in de gelegenheid gesteld om zijn klacht aan te vullen, wat hij heeft gedaan. Kifid heeft daarna verweer opgevraagd. Bij het indienen van het verweer door de verzekeraar, had de verzekeraar inmiddels de brief van 29 juli 2025 gestuurd, waarmee de verzekering tegen 1 oktober 2025 is opgezegd. Ook heeft de verzekeraar bij verweer een aantal stukken gevoegd, ter onderbouwing van de opzegging. De commissie heeft de consument in de gelegenheid gesteld op de stukken die betrekking hebben op de opzegging, te reageren.

3.15 De verzekeraar baseert zijn bevoegdheid om de verzekering op te zeggen op artikel 3.4.7 en 3.4.9 van de toepasselijke voorwaarden (zie hiervoor onder nummer 2.15). Volgens artikel 7:940 lid 3 BW kan de verzekeraar de overeenkomst “slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.” Op grond van artikel 7:943 lid 2 BW mag van artikel 7:940 lid 3 BW niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken. De commissie zal daarom onderzoeken of sprake is van “in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd”.

3.16 De verzekeraar heeft de opzegging in de brief van 29 juli 2025 onderbouwd. Daarin heeft de verzekeraar geschreven dat de consument de verzekeraar “dagelijks bestookt met veel correspondentie” en dat hij meerdere malen per dag belt met verschillende medewerkers van de verzekeraar. In een aantal van deze gespreken heeft de consument volgens de verzekeraar geschreeuwd, gevloekt en medewerkers bedreigd en/of geïntimideerd. De verzekeraar heeft daarbij een aantal uitspraken die tegen medewerkers zijn gedaan geciteerd.

3.17 De consument heeft met zijn houding en communicatie volgens de verzekeraar ook laten blijken dat hij geen vertrouwen meer in de verzekeraar heeft en dat de basis voor een wederzijdse vertrouwensrelatie ontbreekt.

3.18 De verzekeraar heeft bij verweer telefoontranscripten, een verklaring van een medewerker over de toon van de consument en een overzicht overgelegd, waarin de verzekeraar de frequentie van de communicaties van de consument heeft vastgelegd. Ten slotte heeft de verzekeraar kopieën opgestuurd van alle e-mails die de consument tot aan de datum van het indienen van het verweer aan de verzekeraar heeft gestuurd.

3.19 De commissie constateert dat de consument niet heeft betwist dat hij vele e-mails aan de verzekeraar heeft gestuurd of dat hij de verzekeraar vele malen heeft gebeld. Evenmin heeft hij betwist dat hij daarbij de medewerkers op een agressieve en/of intimiderende wijze heeft benaderd. Dat een enkele door hem gemaakte opmerking misschien niet op de juiste wijze is opgevat, neemt niet weg dat de medewerker van de verzekeraar deze wel als agressief of intimiderend heeft kunnen ervaren. De consument heeft de verantwoordelijkheid van de escalatie van het dossier bij de verzekeraar gelegd, die zich volgens de consument schuldig maakt aan obstructie. De verzekeraar zou de pogingen van de consument tot constructieve dialoog of het vinden van een minnelijke oplossing hebben beantwoord met misleiding, doelbewuste vertragingstactieken, het verstrekken van onjuiste informatie en met een algehele weigering om verantwoordelijkheid te nemen. Volgens de consument gedraagt juist de verzekeraar zich op een ongewenste wijze (zie voor dit alles de nummers 2.21 en 2.22).

3.20 De commissie leidt uit het voorgaande af dat de consument het niet eens is met de beslissing van de verzekeraar om zijn schade niet via de DSA af te wikkelen en dat hij om deze reden na de afwijzing door de verzekeraar op zeer frequente en soms onbehoorlijke wijze met de verzekeraar communiceert. De consument legt de verantwoordelijkheid voor deze wijze van communicatie en de escalatie van zijn dossier bij de verzekeraar. Een aanbod van de verzekeraar om een toedrachtsonderzoek uit te voeren, heeft de consument opgevat als een vertragingstactiek van de verzekeraar. Verder staat vast dat de consument reeds bij het indienen van het saf opzettelijk een verkeerde geboortedatum en een verkeerd rijbewijsnummer heeft ingevoerd met als doel de zorgvuldigheid van de werkwijze bij de verzekeraar te checken. De commissie is van oordeel dat bij deze stand van zaken inderdaad kan worden gesproken over een vertrouwensbreuk. Aan de voorwaarden van artikel 3.4.7 is dan ook voldaan.

3.21 Verder stelt de commissie vast dat de consument een zodanige hoeveelheid e-mails aan de verzekeraar heeft gestuurd en dermate vaak belt, dat naar objectieve maatstaven kan worden gesproken van een ongewenste frequentie. De door de verzekeraar geciteerde uitingen kunnen naar het oordeel van de commissie naar objectieve maatstaven worden gekwalificeerd als ongewenst. Ook aan de voorwaarden van artikel 3.4.9 is naar het oordeel van de commissie voldaan.

3.22 Verder is komen vast te staan dat de verzekeraar de consument heeft gewaarschuwd dat zijn gedrag niet acceptabel was en wat de gevolgen zouden zijn als de consument zijn gedrag niet zou aanpassen. Vast staat ook dat de consument zijn gedrag naar aanleiding van deze waarschuwingen niet heeft aangepast. Een verzekeraar hoeft een dergelijke handel-wijze van een verzekerde en bejegening van zijn medewerkers niet te accepteren. De consument heeft de grenzen overschreden van hetgeen in een normale verhouding tussen een verzekeraar en een verzekerde betamelijk is. De vertrouwensbreuk in combinatie met de ongewenste behandeling is naar het oordeel van de commissie dan ook van een zodanig ernstige aard, dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.

3.23 De consument heeft de door de verzekeraar in de waarschuwingsbrieven genoemde gevolgen van de opzegging “financiële dreigementen” genoemd. De commissie volgt deze kwalificatie niet. De verzekeraar is gehouden te waarschuwen voor de gevolgen van het niet betalen van premies of voor de gevolgen van de opzegging van een verzekering, zodat de consument zich hiervan bewust is. Een dergelijke waarschuwing vormt geen dreigement.

3.24 De verzekeraar heeft in de brief van 29 juli 2025 de verzekering tegen 1 oktober 2025 opgezegd. Daarmee is aan de in de voorwaarden en in artikel 7:940 lid 3 BW genoemde termijn van twee maanden voldaan en is de opzegging rechtsgeldig.

Redelijkheid en billijkheid

3.25 Er moeten zwaarwegende omstandigheden zijn om tot het oordeel te komen dat een verzekeraar geen gebruik mag maken van de opzeggingsbevoegdheid die de verzekerings-voorwaarden en de wet hem geven. Dat oordeel is namelijk alleen gerechtvaardigd als het gebruik van de opzeggingsbevoegdheid naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.[1] Wat de consument in deze procedure naar voren heeft gebracht – zoals de omstandigheid dat uit de metadata van de brief van 29 juli 2025 zou blijken dat deze op 30 juli 2025 nog zou zijn gewijzigd en dat de datum van de brief dus niet klopt - zijn voor hem bezwaarlijke omstandigheden, maar kunnen naar het oordeel van de commissie niet de conclusie rechtvaardigen dat de opzegging naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. In de omstandigheid dat de verzekeraar mogelijk vergeten is de datum van de brief aan te passen van 29 naar 30 juli 2025 ziet de commissie geen aanwijzing voor enige kwaadwillige manipulatie.

3.26 De consument heeft uiteindelijk meerdere waarschuwingen van de uitvoerder gekregen over zijn wijze van communiceren met medewerkers. De consument is in de gelegenheid gesteld zijn gedrag aan te passen, maar heeft dit niet gedaan. Door dit niet te doen komt het voor zijn rekening en risico dat de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft beëindigd. De consument had dit ook kunnen verwachten, nu hij zijn gedrag ondanks meerdere waarschuwingen niet heeft verbeterd.[2]

Ambtshalve toetsing

3.27 Voor de beoordeling van de klacht zijn artikel 3.4.7 en 3.4.9 van de voorwaarden van belang. Deze bedingen zijn door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht de bedingen niet in strijd met deze regelgeving.

[1] Vergelijk CvB Kifid 2022-0002, onder nummer 5.12.
[2] Vergelijk GC Kifid 2021-0283, onder nummer 3.10.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit de Bedrijfsregeling Directe Schadeafhandeling en uit het Burgerlijk Wetboek

Bedrijfsregeling Directe Schadeafhandeling

Artikel 3 Voortvarende claimbehandeling
De mogelijkheid om de vordering in te kunnen dienen bij de WAM-verzekeraar van de aansprakelijke partij moet voor de klant goed begaanbaar blijven. Ongeacht de keuze van de klant zorgen zowel de eigen verzekeraar als de WAM-verzekeraar van de aansprakelijke partij, dat het schadebehandelingsproces inzichtelijk blijft en dat de afhandeling voortvarend en zorgvuldig verloopt.

Artikel 4 Toepassingsbereik
De eigen verzekeraar vergoedt de schade die zijn klant lijdt zoals beschreven in artikel 5, als sprake is van een botsing tussen een personenauto, camper of motor van de klant en één ander motorrijtuig met allebei een Nederlands kenteken dat bij de RDW is geregistreerd. Dit geldt alleen als de bestuurder van het andere motorrijtuig geheel of gedeeltelijk aansprakelijk is op basis van het geldende recht. De eigen verzekeraar vergoedt alleen dat deel van de schade waarvoor naar het geldende recht een vergoedingsplicht bestaat bij de schadeveroorzaker die verzekerd is op de WAM-verzekering van het andere motorrijtuig.

Artikel 7 De regeling is niet van toepassing als:
(...)
de aansprakelijkheid niet komt vast te staan;
(...)
In bovengenoemde situaties verwijst de eigen verzekeraar de klant voor de vergoeding van zijn schade naar de WAM-verzekeraar van de aansprakelijke partij, de aansprakelijke partij zelf, of het Waarborgfonds Motorverkeer.

Burgerlijk Wetboek

Artikel 6:2 BW
1. Schuldeiser en schuldenaar zijn verplicht zich jegens elkaar te gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid.
2. Een tussen hen krachtens wet, gewoonte of rechtshandeling geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Artikel 6:58 BW
De schuldeiser komt in verzuim, wanneer nakoming van de verbintenis verhinderd wordt doordat hij de daartoe noodzakelijke medewerking niet verleent of doordat een ander beletsel van zijn zijde opkomt, tenzij de oorzaak van verhindering hem niet kan worden toegerekend.

Artikel 6:59 BW
De schuldeiser komt eveneens in verzuim, wanneer hij ten gevolge van hem toe te rekenen omstandigheden niet voldoet aan een verplichting zijnerzijds jegens de schuldenaar en deze op die grond bevoegdelijk de nakoming van zijn verbintenis jegens de schuldeiser opschort.

Artikel 6:81 BW
De schuldenaar is in verzuim gedurende de tijd dat de prestatie uitblijft nadat zij opeisbaar is geworden en aan de eisen van de artikelen 82 en 83 is voldaan, behalve voor zover de vertraging hem niet kan worden toegerekend of nakoming reeds blijvend onmogelijk is.

Artikel 6:248 BW
1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Artikel 7:940 BW
1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.