

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0781

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

Datum uitspraak	2 oktober 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Corné Kuiper Assurantiën, gevestigd te Bergen op Zoom, verder te noemen de tussenpersoon
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Uitvaartverzekering. Onderverzekering. De tussenpersoon heeft toen de verzekeringen bij hem in beheer kwamen, verzuimd te onderzoeken of deze nog passend waren. In zoverre is de klacht gegrond. De commissie kan echter niet vaststellen dat de consument als gevolg daarvan schade lijdt of zal lijden.

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 tussenpersoon; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de tussenpersoon en 6) de reactie van de consument op de schadeberekening van de tussenpersoon.
- 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 tussenpersoon 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 met ingang van 1 februari 1990 voor hem en zijn gezin een natura-uitvaartverzekering afgesloten, waarbij voor ieder van hen een dienstenpakket verzekerd is. Met ingang van 16 april 1992 heeft hij een vergelijkbare verzekering voor zijn tweede kind afgesloten. Hij is daarbij geadviseerd door de voorganger van de tussenpersoon.
- 2.2 In 1998 is de consument met zijn gezin verhuisd.

- 2.3 Op 7 mei 2009 heeft de verzekeraar een brief aan de consument gestuurd, op het oude adres van de consument, waarin onder meer staat:

*“(...) **Bent u voldoende verzekerd voor uw uitvaart? Misschien niet...***

(...) Regelmatig worden wij geconfronteerd met het feit dat verzekerden zijn onderverzekerd voor de kosten van een uitvaart. Daarom zetten wij uw situatie voor u op een rij. U kunt in één oogopslag zien waar u bij Ardanta voor bent verzekerd. Op basis van uw persoonlijke gegevens doen wij u een voorstel op maat voor een scherp geprijsde aanvullende verzekering met uitstekende voorwaarden.

Waarvoor bent u momenteel verzekerd?

- punt 1 van uw persoonlijke bijlage vermeldt welke diensten u momenteel heeft verzekerd
- Bij punt 2 staat welke diensten er ontbreken en/of onvoldoende worden vergoed
- Vervolgens staat bij punt 3 een voorstel over het te sluiten aanvullende bedrag

- 2.4 Bij punt 2 van de bijlage staat voor de consument, zijn vrouw en het eerste kind:

	Gem. kosten	Verzekerd	Tekort
Grafkosten	€ 1.685	€ 238	€ 1.447
Koffietafel	€ 500	€ 238	€ 262
Advertentie (regionaal)	€ 650	€ 178	€ 472
Bloemen	€ 250	-	€ 250
			€ 2.431

- 2.5 De verzekeraar heeft in de brief een voorstel gedaan tot het verzekeren van een aanvullend bedrag van € 2.500,-, voor ieder gezinslid.
- 2.6 Eind 2018 heeft de tussenpersoon de uitvaartverzekeringen in beheer genomen.
- 2.7 Jaarlijks heeft de verzekeraar indexeringsbrieven aan de consument gestuurd. In de brief van december 2020 stond de volgende passage:

“Sluit uw verzekering aan bij de uitvaartkosten in uw woonplaats?

Wist u dat de gemiddelde uitvaarkosten in [plaats] tegenwoordig € 9.920 voor een begrafenis en € 7.417 voor een crematie zijn? Past de verzekering nog bij uw wensen? Uw verzekeringsadviseur helpt u hier graag bij. Neemt u contact op met [tussenpersoon].”

- 2.8 De brief was aan het oude adres van de consument geadresseerd. De tussenpersoon heeft het adres van de consument bij de verzekeraar gewijzigd en de brief per e-mail aan de consument doorgestuurd.
- 2.9 Volgens het verzekeringsoverzicht van 20 december 2024, zijn de grafkosten voor de consument en zijn echtgenote tot een bedrag van € 338,- verzekerd. In 2024 heeft de consument contact opgenomen met de tussenpersoon en is de onderverzekering besproken. Begin 2025 heeft de consument de verzekeringen bij een nieuwe tussenpersoon ondergebracht. In maart 2025 heeft hij een klacht ingediend bij de tussenpersoon, wat tot de onderhavige Kifid procedure heeft geleid.

De klacht en de vordering

- 2.10 De consument klaagt dat zijn gezin er stellig van overtuigd was een passende uitvaartverzekering te hebben gesloten, met alles er op en eraan. Het is geen moment duidelijk geweest dat de belangrijkste component van deze verzekering, de kosten van de uitvaart zelf, maar zeer beperkt is gedekt. Hier kwam de consument pas achter toen zijn moeder in september 2024 overleed. Zij had een soortgelijke verzekering bij dezelfde verzekeraar.
- 2.11 Uit navraag bij de verzekeraar blijkt dat op 7 mei 2009 een brief is verstuurd waarin de onderverzekering is toegelicht. De consument heeft deze brief niet ontvangen omdat deze naar zijn oude adres is gestuurd. De tussenpersoon heeft bij overname van de verzekeringen in 2018 niets gecontroleerd en de polissen gewoon in de portefeuille genomen. Hij heeft het adres van de consument ook niet tijdig gewijzigd, waardoor indexeringsbrieven niet zijn aangekomen. De consument is niet ter zake kundig en hij verwacht dat zijn tussenpersoon erop toeziet dat de verzekering voldoende dekking biedt. Heeft de overnemende tussenpersoon geen controleplicht?
- 2.12 De consument stelt een schade van € 10.515,- te lijden. Hij vordert wettelijke rente over dit bedrag vanaf 9 april 2025.

Het verweer

- 2.13 De tussenpersoon heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Centrale vraag

- 3.1 De commissie moet de vraag beantwoorden of de tussenpersoon jegens de consument een zorgplicht heeft geschonden omdat hij geen contact met de consument heeft opgenomen over de te lage dekking op de uitvaartverzekeringen.

- 3.2 Bij beantwoording van de vraag houdt de commissie er rekening mee dat de verzekering van de consument in 2018 in het beheer van de tussenpersoon is gekomen. De tussenpersoon kan daarom alleen aansprakelijk worden gehouden voor doen- of nalaten na deze datum.

Juridisch kader – zorgplicht tussenpersoon

- 3.3 Een assurantietussenpersoon is op grond van artikel 7:401 Burgerlijk Wetboek tegenover zijn opdrachtgever verplicht om bij zijn werkzaamheden de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot verwacht mag worden. Als uitgangspunt geldt dat van de assurantietussenpersoon mag worden verwacht dat hij beschikt over de nodige deskundigheid en vakkennis, dat hij de financiële belangen van zijn cliënten naar bewust weten en kunnen behartigt en dat hij zorgvuldigheid betracht in de advisering.¹ Deze algemene zorgplicht is ingevuld in de jurisprudentie. Daarin is onder meer bepaald dat de assurantietussenpersoon moet waken voor de belangen van de verzekeringnemers bij de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Daarbij hoort ook dat hij de verzekeringnemer tijdig opmerkzaam maakt op de gevolgen die hem bekend geworden feiten voor de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kunnen hebben. Het gaat dan om feiten die aan de assurantietussenpersoon bekend zijn of hem redelijkerwijs bekend behoorden te zijn.²
- 3.4 De zorgplicht van de tussenpersoon geldt niet alleen ten tijde van het sluiten van de overeenkomst maar vergt een voortdurende bemoeienis door de tussenpersoon met de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Een tussenpersoon mag dus in beginsel niet stil blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennisneemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem beheerde verzekeringen mogelijk moeten worden aangepast. Hij moet periodiek de situatie van zijn klanten nagaan om te bezien of hun verzekeringen nog passend zijn. Wat daarvoor een redelijke termijn is, hangt af van de omstandigheden van het geval.
- 3.5 Als een verzekering wordt overgenomen, dan is dit bij uitstek een moment om de situatie van de klant na te gaan.³ Daar komt bij dat tussenpersoon er in beginsel niet van mag uitgaan dat het met de verzekeringen die hij overneemt 'wel goed zit', zonder enige controle te verrichten.
- 3.6 De commissie stelt vast dat toen de verzekeringen bij de tussenpersoon in de portefeuille kwamen, er al sprake was van onderverzekering. Dit blijkt immers uit de brief van de verzekeraar van 7 mei 2009. De tussenpersoon heeft aangevoerd deze brief niet bij de overdracht van de portefeuille te hebben ontvangen.

¹ Zie onder meer GC Kifid 2017-631 en GC Kifid 2018-709, te vinden op www.kifid.nl.

² Zie hiervoor Hoge Raad 10 januari 2003, ECLI:HR:2003:AF0122, overweging 3.4.1, te vinden op www.rechtspraak.nl.

³ Zie onder meer GC Kifid 2016-073.

Dit ontslaat hem echter niet van de hierboven beschreven verplichting te controleren of de verzekeringen nog passend waren. Dit had de tussenpersoon binnen een redelijke termijn na overname van de verzekeringen moeten doen. Nu hij dit niet heeft gedaan, heeft hij zijn zorgplicht geschonden. In zoverre is de klacht van de consument gegrond.

- 3.7 Het antwoord op de vraag op welk moment de tussenpersoon deze controle redelijkerwijs had moeten uitvoeren, kan in het midden blijven. Dat geldt ook voor het antwoord op de vraag wat partijen hadden gedaan als de tussenpersoon deze controle had uitgevoerd. De geconstateerde zorgplichtschending kan namelijk niet tot toewijzing van de vordering van de consument leiden.
- 3.8 De tussenpersoon heeft gemotiveerd betwist dat de consument schade heeft geleden als gevolg van de omstandigheid dat hij de verzekeringen niet na de overname aan het eind van 2018 met de consument heeft doorgenomen. De tussenpersoon heeft daarbij een berekening overgelegd, waarin hij een vergelijking maakt tussen de situatie waarin de consument in 2025 drie aanvullende verzekeringen afsluit van € 2.500,- (zoals voorgesteld door de verzekeraar in de brief van 7 mei 2009) en de situatie waarin de consument dit zes jaar geleden, in 2019, had gedaan. Omdat de tussenpersoon niet beschikt over de premies van de verzekeraar van 6 jaar geleden, is hij uitgegaan van de fictie dat de drie verzekerden (de consument, zijn vrouw en zijn zoon) 6 jaar jonger zijn. De tussenpersoon heeft op basis van deze informatie twee offertes opgevraagd voor verzekeringen waarbij de premie wordt betaald tot het 80^{ste} levensjaar. Uit deze offertes blijkt dat de totale premielast voor de in 2025 af te sluiten verzekeringen € 7.839,60 is. De totale premielast voor de in 2019 af te sluiten verzekeringen (berekend aan de hand van de fictieve leeftijden) is € 7.614,60. Voor de in 2025 af te sluiten verzekeringen is de totale premielast € 225,- hoger.
- 3.9 De commissie heeft de consument in de gelegenheid gesteld op deze schadeberekening te reageren. In deze reactie ziet de commissie geen aanleiding aan de berekening van de tussenpersoon te twijfelen. Uit de door de tussenpersoon overgelegde berekening blijkt wel dat de later afgesloten verzekeringen een hogere maandelijkse premieverplichting hebben (€ 29,74 in totaal per maand, tegenover € 22,21 in totaal per maand). Daar staat echter tegenover dat de consument bij een later afgesloten verzekering 'voordeel' heeft genoten omdat hij (nog) geen premie heeft betaald. Verder geldt dat uit het dossier blijkt dat de consument op dit moment geen aanvullende verzekering heeft afgesloten, maar ervoor heeft gekozen een bedrag van ongeveer € 30,- per maand opzij te leggen. Ten slotte kan niet met zekerheid worden gezegd wanneer een beroep op een eventueel af te sluiten verzekering zou moeten worden gedaan. Gezien deze omstandigheden en de door de tussenpersoon overgelegde berekening, kan de commissie niet vaststellen of de consument schade lijdt of zal lijden. De commissie zal de vordering daarom afwijzen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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-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