# Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-1124

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, mr. P.J. Neijt, leden en mr. S. Rutten, secretaris)

| | |
|---|---|
| Datum uitspraak | 3 november 2026 |
| Klacht van | De consument |
| Tegen | Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar |
| Aard uitspraak | Bindend advies |
| Uitkomst | Vordering afgewezen |
| Bijlage | Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden. |

## 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.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 3 september 2026. Op de hoorzitting was de consument aanwezig. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mevrouw mr. S. Velers, advocaat en mevrouw [naam 1], stafmedewerker Kwaliteit en Kifid.

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 consument heeft in 2025 bij de verzekeraar stormschade geclaimd aan de schoorsteen op het schuine dak van zijn woning. De verzekeraar vindt dat de consument fraude heeft gepleegd. De schoorsteen vertoonde namelijk achterstallig onderhoud terwijl de consument in 2018 van de verzekeraar al een uitkering had ontvangen voor de vervanging van die schoorsteen. De consument heeft destijds een factuur bij de verzekeraar ingediend, waarmee hij de indruk heeft gewekt dat de schoorsteen was vervangen, terwijl dit niet het geval was. De verzekeraar heeft de uitkering uit 2018 teruggevorderd en verrekend met een gedeeltelijke uitkering voor de claim uit 2025. Verder heeft hij diverse registraties geplaatst, de verzekeringen van de consument beëindigd en zijn onderzoekskosten teruggevorderd. De consument betwist dat hij fraude heeft gepleegd en vordert dat de verzekeraar de maatregelen terugdraait. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar heeft aangetoond dat de consument in 2018 fraude heeft gepleegd. De daarop gebaseerde maatregelen houden stand. De vorderingen van de consument worden daarom afgewezen.

## 3. De achtergrond van het geschil

3.1 De consument had bij de verzekeraar een opstalverzekering voor zijn woning waarop onder andere de algemene voorwaarden (met kenmerk DLP-AV-01-231) van toepassing waren.

3.2 De consument heeft stormschade aan de schoorsteen op het schuine dak van zijn woning onder de opstalverzekering geclaimd. Volgens de consument is op 6 januari 2025 de kap van de schoorsteen afgewaaid en is er ook een steen van de schoorsteen afgebrokkeld. De consument heeft een herstelofferte van € 2.420,- en foto's ingediend. De verzekeraar heeft vervolgens een expert ingeschakeld. De expert heeft op basis van de door de consument ingediende foto's geconcludeerd dat de schoorsteen in slechte staat van onderhoud verkeerde. De schade werd door de expert begroot op € 1.150,-.

3.3 Later is gebleken dat de consument in 2018 ook schade aan de schoorsteen op het schuine dak had geclaimd. De verzekeraar heeft toen in totaal € 5.408,36 uitgekeerd, mede op basis van een offerte en een factuur van een renovatiebedrijf met de mededeling dat de werkzaamheden waren uitgevoerd. Volgens de offerte en factuur was een prefab schoorsteen gemonteerd. Omdat de staat van de schoorsteen bij het onderzoek door de expert in 2025 daarmee volgens de verzekeraar niet overeenkwam, heeft de afdeling Speciale Zaken nader onderzoek verricht. De verzekeraar heeft op basis daarvan geconcludeerd dat de consument in 2018 een valse factuur heeft verstrekt en ten onrechte de indruk heeft gewekt dat de schoorsteen op het schuine dak was vervangen door een prefab schoorsteen.

3.4 Als gevolg hiervan heeft de verzekeraar verschillende maatregelen genomen:

- De verzekeraar heeft de schade-uitkering uit 2018 na verrekening met de gedeeltelijke uitkering voor de schadeclaim uit 2025 (per saldo € 4.258,36) van de consument teruggevorderd;
- De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie (8 jaar), het Intern Verwijzingsregister (5 jaar) en het Incidentenregister (8 jaar), en een melding gedaan bij het fraudeloket van het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit; en
- De verzekeraar heeft de gemaakte onderzoekskosten van € 448,27 teruggevorderd.

## 4. De beoordeling

*De consument heeft bij de schadeclaim in 2018 gefraudeerd*

4.1 Vaststaat dat de consument in 2018 een offerte en een factuur heeft ingediend die, gelet op de daarin vermelde afmetingen, betrekking hadden op de vervanging van de bestaande schoorsteen door een prefab (gemetselde) schoorsteen op het schuine dak van zijn woning. Per e-mail van 5 november 2018 heeft de consument expliciet aangegeven dat de herstelwerkzaamheden zijn uitgevoerd en heeft hij om de resterende uitkering gevraagd.

Ook op andere momenten, zoals in de verschillende processtukken die de consument bij Kifid heeft ingediend, heeft hij nog verklaard dat er herstelwerkzaamheden aan deze schoorsteen zijn uitgevoerd. Pas tijdens de zitting heeft de consument verklaard dat de herstelwerkzaamheden aan de schoorsteen op het schuine dak in 2018 helemaal niet zijn uitgevoerd. Volgens de consument zou hij nooit hebben gezegd dat deze werkzaamheden wel waren verricht. Die verklaring is niet te verenigen met zijn eerdere uitlatingen, zoals zijn e-mail van 5 november 2018. Hij heeft slechts aangevoerd dat hij zich de e-mail niet kon herinneren en dat hij de e-mail eerst wilde inzien.

4.2 Gelet hierop heeft de verzekeraar bewezen dat de consument onjuiste informatie heeft verschaft en een offerte en factuur heeft ingediend waarbij ten onrechte de indruk is gewekt dat herstelwerkzaamheden aan de schoorsteen waren uitgevoerd, terwijl daarvan geen sprake is geweest. Daarmee heeft de consument onjuiste mededelingen gedaan over een voor de beoordeling van de schadeclaim essentieel onderdeel. De commissie is daarom van oordeel dat het niet anders kan zijn dan dat de consument de verzekeraar opzettelijk onjuist heeft geïnformeerd met het doel een uitkering te verkrijgen waarop hij dacht anders geen recht te hebben gehad. De fraude staat daarmee vast.

4.3 Tegen deze achtergrond behoeven de overige verweren van de consument, waaronder zijn beroep op geheugenverlies door het tijdsverloop en de verwarring over welke schoorsteen het betreft, geen afzonderlijke bespreking meer. Deze verweren kunnen niet afdoen aan het vaststaande feit dat de consument onjuist heeft verklaard dat herstelwerkzaamheden aan de schoorsteen waren uitgevoerd, terwijl achteraf is gebleken - en de consument ook heeft erkend - dat dit niet het geval was en hij voor de vermeende herstelwerkzaamheden wel een schade-uitkering heeft ontvangen.

*De verzekeraar heeft de schade in 2025 juist vastgesteld*

4.4 Bij de bepaling van de uitkering uit 2025 mocht de verzekeraar uitgaan van de schade-vaststelling van zijn expert van € 1.150,-. Uit het expertiserapport blijkt dat het recht op contra-expertise met de consument is besproken. De consument heeft hier geen gebruik van gemaakt. De consument onderbouwt zijn vordering alleen met een offerte. Deze offerte is naar het oordeel van de commissie te mager om af te wijken van het door de expert vastgestelde schadebedrag.

*De verzekeraar vordert na verrekening op juiste gronden terug*

4.5 De verzekeraar heeft de in 2018 uitgekeerde schade onverschuldigd betaald.[1] De verzekeraar heeft, zoals hiervoor is overwogen, bewezen dat de consument heeft gefraudeerd. Daardoor is op grond van artikel 7:941 lid 5 BW[2] het recht op uitkering komen te vervallen.

[1] Zie artikel 6:203 BW, opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.
[2] Dit artikel is opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

De verzekeraar mocht zijn vordering tot terugbetaling van de uitkering op de frauduleuze claim daarom verrekenen met de uitkering voor de claim uit 2025.[3]

4.6 De consument heeft nog aangevoerd dat deze terugvordering is verjaard, maar daarin volgt de commissie hem niet. De verzekeraar is namelijk pas bij de schadebehandeling in 2025 bekend geworden met de frauduleuze handelingen van de consument bij de claim in 2018. De aanvang van de verjaring is dus niet eerder gestart dan in 2025. Van de verzekeraar had ook niet hoeven te worden verwacht dat hij hiernaar eerder onderzoek deed.

*De registratie in het Incidentenregister hoeft niet te worden doorgehaald*

4.7 Een registratie in het Incidentenregister is gerechtvaardigd als zij voldoet aan de vereisten die zijn opgenomen in de daarvoor geldende regelgeving, waaronder het Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: het PIFI).[4] Het Incidentenregister vormt samen met het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR) het externe waarschuwingssysteem. Het Incidentenregister is raadpleegbaar voor medewerkers van de afdeling Veiligheidszaken van de verzekeraar en kunnen onder bepaalde voorwaarden ook gedeeld worden met de afdeling Veiligheidszaken van andere financiële instellingen of met fraudeloketten van de branche-vereniging ten behoeve van het beschermen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector.

4.8 Vast staat dat de consument fraude heeft gepleegd. Door deze handelwijze heeft de consument de belangen van de verzekeraar en de integriteit van de financiële sector geraakt, zodat de verzekeraar hem als een risico voor de veiligheid en integriteit van zijn organisatie heeft mogen aanmerken. Hierdoor is voldaan het vereiste dat is opgenomen in artikel 4.1.1 PIFI.[5] De verzekeraar heeft verder voldoende toegelicht dat er geen ander (lichter) middel bestaat om de financiële sector te waarschuwen. Aan het subsidiariteitsbeginsel als bedoeld in artikel 4.1.2 PIFI is voldaan.

4.9 De registratie en de duur zijn, zoals ook vereist is op grond van artikel 4.1.2. PIFI, proportioneel. Het belang van de verzekeraar en van de branche om opmerkzaam te worden gemaakt op de frauduleuze claim van de consument weegt naar het oordeel van de commissie zwaarder dan het nadeel dat de consument door de registratie ondervindt. De verzekeraar heeft toegelicht waarom in dit geval is gekozen voor de maximale registratieduur van acht jaar.

---

[3] Zie Artikel 6:127 BW dat is opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.
[4] Zie voor meer uitleg over het Incidentenregister het PIFI en de annex behorende bij het PIFI, te vinden op www.verzekeraars.nl.
[5] Artikel 4.1.1 van het PIFI bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het Incidentenregister. Zie verder ook Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, overweging 4.4, te vinden op www.rechtspraak.nl. De artikelen 4.1.1 en 4.1.2 van het PIFI zijn opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

Daarbij heeft de verzekeraar betrokken dat de consument met opzet zijn informatieplicht heeft geschonden en dat hij soortgelijke gedragingen van de consument, gelet op zijn aanhoudende onjuiste verklaringen, in de toekomst niet uitsluit. Verder heeft de verzekeraar erop gewezen dat het Incidentenregister slechts een beperkte externe werking heeft en dat de consument niet in het EVR is opgenomen. Tegenover deze belangen heeft de consument geen concrete omstandigheden aangevoerd waaruit volgt dat de gevolgen van de registratie voor hem onevenredig zwaar zijn.

*De melding bij het CBV is toegestaan*

4.10 Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen mocht de verzekeraar het CBV in kennis stellen van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister. De verzekeraar hoeft de melding aan het CBV daarom niet in te trekken. Op grond van artikel 4.2.3 PIFI mogen de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld worden met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefunctie van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket.[6] Dit is het CBV.

*De interne registraties zijn ook terecht*

4.11 De vordering tot verwijdering van de interne registraties (in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister) wordt ook afgewezen. Ook bij interne registraties geldt, dat opname van persoonsgegevens gerechtvaardigd is als de verzekeraar voldoet aan de daarvoor geldende regelgeving, onder meer opgenomen in de Gedragscode Verwerking Persoons-gegevens Verzekeraars (GVPV).[7] De interne registers vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt.

[6] Artikel 4.2.3 PIFI is opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.
[7] De GVPV is te vinden op www.verzekeraars.nl.

Het doel van deze registratie in deze registers is om de veiligheid en integriteit van de eigen organisatie te waarborgen.[8] Nu de registratie in het Incidentenregister is toegestaan, volgt daaruit dat ook de interne registraties door de verzekeraar zijn toegestaan.

*De beëindigingen van de verzekeringen blijven ook in stand*

4.12 De verzekeringen hoeven niet in kracht te worden hersteld. Vast staat dat de consument fraude heeft gepleegd en dat is, gelet op artikel 7:940 lid 3 BW en de artikelen 5 en 6 van de algemene voorwaarden[9], een geldige reden om de verschillende verzekeringen te beëindigen.

*De onderzoekskosten worden op goede grond teruggevorderd*

4.13 Er is geen geldige reden om de onderzoekskosten kwijt te schelden. De consument heeft een onjuiste voorstelling van zaken gegeven en is daarmee toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst.[10] De daardoor door de verzekeraar gemaakte onderzoekskosten van € 448,27 vormen schade die voor rekening van de consument komt.[11] De commissie is van oordeel dat het, gelet op de geconstateerde onduidelijkheden en inconsistenties, redelijk is dat de verzekeraar een onderzoeker heeft ingeschakeld. Ook de kosten van het onderzoek acht de commissie redelijk.

*Ambtshalve toetsing*

4.14 Voor de beoordeling van de klacht zijn de bedingen van de algemene voorwaarden voor zover van belang opgenomen in de bijlagen. De commissie moet deze bedingen op eigen initiatief toetsen aan het consumentenrecht en oordeelt dat het daarmee niet in strijd is.

## 5. 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/.*

[8] Artikel 4.5.3 GVPV, opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.
[9] Artikel 7:940 lid 3 BW en de artikelen 5 & 6 van de algemene voorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.
[10] Artikel 6:74 BW.
[11] Vergelijk artikel 6:96 lid 2 sub b BW.

*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/.*

## Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

## Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden

Relevante artikelen uit het Burgerlijk Wetboek

**Artikel 7:941 lid 5 BW**

*(...)*

*5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.*

**Artikel 6:203 BW**

*1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.*

*2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.*

*3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.*

**Artikel 6:127 BW**

*1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijke beloop teniet.*

*2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van die vordering.*

*3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen.*

**Artikel 7:940 leden 1 en 3 BW**

*(...)*

*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.*

*(...)*

<u>Relevante artikelen uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (PIFI)</u>

**4.1 Doel Incidentenregister en vastlegging van gegevens in het Incidentenregister**

**4.1.1** Met het oog op het kunnen deelnemen aan het Waarschuwingssysteem is iedere Deelnemer gehouden de volgende doelstelling voor het vastleggen van gegevens in het Incidentenregister te hanteren:

'Het geheel aan Verwerkingen ten aanzien van het Incidentenregister heeft tot doel het ondersteunen van activiteiten gericht op het waarborgen van de veiligheid en de integriteit van de financiële sector, daaronder mede begrepen (het geheel van) activiteiten die gericht zijn:

- op het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van gedragingen die kunnen leiden tot benadeling van de branche waar de Financiële Instelling deel van uitmaakt, van de economische eenheid (groep) waartoe de Financiële Instelling behoort, van de Financiële Instelling zelf, alsmede van haar cliënten en medewerkers;
- op het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van oneigenlijk gebruik van producten, diensten en voorzieningen en/of (pogingen) tot strafbare of laakbare gedragingen en/of overtreding van (wettelijke) voorschriften, gericht tegen de branche waar de Financiële Instelling deel van uitmaakt, de economische eenheid (groep) waartoe de Financiële Instelling behoort, de Financiële Instelling zelf, alsmede haar cliënten en medewerkers;
- op het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen.'

**4.1.2** Bij de vastlegging in het Incidentenregister moeten het proportionaliteitsbeginsel en het subsidiariteitsbeginsel in acht worden genomen.

**4.2 Toegang tot het Incidentenregister**

**(...)**

**4.2.3** De gegevens in het Incidentenregister van de Deelnemer mogen tevens worden uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte, coördinatiefuncties van de NVB, Verbond, VFN< ZN en SFH (de Fraudeloketten).

**(...)**

<u>Relevant artikel uit de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens van 1 juli 2024 (GVPV)</u>

**4.5 Integriteit en veiligheid dienstverlening**

(...)

4.5.3 Verzekeraars houden een Gebeurtenissenadministratie bij ter waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector.

Verzekeraars informeren Betrokkenen over het bestaan en de mogelijkheid tot Verwerking van Persoonsgegevens in dit verband. De afdeling Veiligheidszaken of een andere daartoe aangewezen afdeling bij een Verzekeraar kan besluiten de Persoonsgegevens uit de Gebeurtenissenadministratie op te nemen in een Intern Verwijzingsregister (IVR). In het IVR nemen Verzekeraars uitsluitend Persoonsgegevens op van (rechts)personen die een risico vormen voor de veiligheid en/of integriteit van de Verzekeraar of de Groep waartoe de Verzekeraar behoort. Indien een gebeurtenis voldoet aan de criteria uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI), nemen Verzekeraars de relevante Persoonsgegevens op in een Incidentenregister en, in voorkomende gevallen, het Extern Verwijzingsregister (EVR). In overeenstemming met artikel 2.2.2 van de Gedragscode is het PIFI van toepassing op deze verwerking.

**Relevante artikelen uit de algemene voorwaarden DLP-AV-01-231**

**Artikel 5**

***5. Wanneer mogen wij uw verzekering meteen stoppen?***

***(...)***

***U of een verzekerde pleegde fraude.***

- *Wij mogen de verzekering waarvoor fraude geldt stoppen.*
- *U krijgt geen premie terug.*

*Bij Begrippen ziet u wat wij onder fraude verstaan.*

*(...)*

**Artikel 6**

***6. Wanneer mogen wij een verzekering stoppen met 2 maanden opzegtermijn?***

***(...)***

***Als er sprake is van een vertrouwensbreuk met u of een verzekerde.***

- *Wij moeten aangeven waarom het redelijk is dat de verzekering stopt.*
    - *Bijvoorbeeld: ons vertrouwen in u is weggevallen omdat u bij ons of bij een ander merk van Achmea Schadeverzekeringen N.V. fraude pleegde of probeerde fraude te plegen.*

*(...)*