

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0307  
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. J.L.M. Luiten, R.L.H. IJzerman, leden  
en mr. W.H. Luk, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 1 maart 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 13 april 2022
Aard uitspraak	: Gedeeltelijk beslissing over behandelbaarheid en gedeeltelijk bindend advies
Uitkomst	: Gedeeltelijk niet-behandelbaar en gedeeltelijk vordering afgewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden

## **Samenvatting**

Rechtsbijstandverzekering. De consument klaagt over de beëindiging van de verzekering door de verzekeraar. Ook vindt de consument dat de verzekeraar geen deugdelijke rechtsbijstand in de door hem gemelde kwesties heeft verleend. De commissie is van oordeel dat een deel van de klacht niet-behandelbaar is, omdat dit deel ziet op geschillen die verband houden met het handelen van de consument binnen zijn beroep of bedrijf. Verder mocht de verzekeraar de verzekering wegens het schadeverloop tussentijds opzeggen.

### **I. De procedure**

- I.1 De commissie beslist op basis van haar 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; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) het aanvullende klachtformulier van 5 oktober 2021 en de klachtbrief van 2 juli 2021 van de consument; 7) de reactie van de verzekeraar op de aanvullende klacht en 8) de reactie daarop van de consument.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 11 november 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig. De verzekeraar was eveneens aanwezig.
- I.3 De consument en de verzekeraar 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 had vanaf 15 november 1990 bij de verzekeraar een DAS Optimaal (zorgverleners) rechtsbijstandverzekering die dekking bood voor de consument in de hoedanigheid van medisch specialist (hierna: de niet-particuliere verzekering). De niet-particuliere verzekering was gecombineerd met een DAS rechtsbijstandverzekering voor particulieren (hierna: de particuliere verzekering). Beide verzekeringen samen verder te noemen: de verzekering.
- 2.2 De verzekeraar heeft de consument bij brief van 23 maart 1998 gewezen op het bovengemiddelde aantal keren dat de consument een beroep op de verzekering heeft gedaan. De verzekeraar heeft de consument gewaarschuwd dat een blijvend hoge meldingsfrequentie gevolgen zou hebben voor de verzekering.
- 2.3 Bij brief van 24 augustus 2004 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij als gevolg van het bovengemiddelde aantal verzoeken om rechtsbijstand met ingang van 1 oktober 2004 de clausule 'N71: eigen risico / interne en externe kosten' op de polis heeft geplaatst. Door deze clausule geldt een extra eigen risico per aanspraak op rechtsbijstand.
- 2.4 De verzekeraar heeft de consument bij brief van 30 juni 2011 meegedeeld dat de verwachte remmende werking op het aantal meldingen door plaatsing van de clausule per 1 oktober 2004 is uitgebleven. De consument had namelijk sindsdien nog twaalf nieuwe zaken bij de verzekeraar gemeld. De verzekeraar heeft de consument kenbaar gemaakt dat hij de verzekering per 1 september 2011 zou beëindigen. Naar aanleiding van een klacht van de consument hierover, heeft de verzekeraar besloten toch af te zien van een beëindiging van de verzekering.
- 2.5 Bij brief van 5 augustus 2015 heeft de verzekeraar de consument opnieuw gewezen op het bovengemiddelde schadeverloop, acht keer binnen de afgelopen vijf jaar, en hem gewaarschuwd voor een mogelijke beëindiging van de verzekering, als de consument niet minder vaak een beroep op de verzekering zou doen.
- 2.6 De consument heeft na de brief van 5 augustus 2015 nog tweemaal een verzoek om rechtshulp ingediend. Dit was voor de verzekeraar aanleiding om de verzekering per 15 maart 2017 te beëindigen. De verzekeraar heeft de consument bij brief van 9 januari 2017 over dit besluit geïnformeerd. De consument was het hier niet mee eens en stelde dat hij de waarschuwingsbrief van 5 augustus 2015 niet had ontvangen.

De verzekeraar heeft hierop alleen de niet-particuliere verzekering per 15 maart 2017 beëindigd. De verzekeraar heeft de consument bij brief van 2 maart 2017 meegedeeld dat de particuliere verzekering nog van kracht bleef met daarbij de kanttekening dat hij ook die particuliere verzekering zou opzeggen als het schadeverloop ongebruikelijk hoog bleef.

- 2.7 De consument heeft in de periode na 2 maart 2017 tot in 2019 nog zes zaken bij de verzekeraar gemeld. Deze nieuwe meldingen op de particuliere verzekering hebben ertoe geleid dat de verzekeraar de consument bij brief van 28 oktober 2019 heeft meegedeeld dat hij de particuliere verzekering op grond van artikel 11 lid 5 van de Algemene Polisvoorwaarden (zie bijlage) per 1 januari 2020 zou beëindigen.
- 2.8 Per e-mail van 20 november 2020 heeft de consument bij de verzekeraar een klacht over de beëindiging van de verzekering ingediend. Als reactie hierop heeft de verzekeraar de consument bij brief van 30 november 2020 meegedeeld dat hij geen aanleiding zag de verzekering in kracht te herstellen.

#### *De klacht en vordering*

- 2.9 De consument verlangt dat de verzekeraar de beëindiging van de verzekering ongedaan maakt en hem bijstand verleent in de nog lopende zaken. De verzekeraar heeft eerder een kostenmaximum van € 25.000,- gehanteerd, terwijl de consument recht heeft op een kostenmaximum € 35.000,-, zodat er nog een budget van € 10.000,- is. Verder klaagt de consument over de wijze waarop de verzekeraar het dossier met het kenmerk [kenmerk] heeft behandeld.
- 2.10 Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument aangevoerd dat de verzekeraar de verzekering ten onrechte heeft beëindigd. De consument heeft inderdaad wat vaker een beroep op de verzekering moeten doen. De meeste verzoeken om rechtshulp zagen op de bouw en oplevering in 1999 van een recreatiewoning. De overige verzoeken om rechtshulp zijn vrijwel alle het directe gevolg van het niet in behandeling nemen van zaken dan wel het voortijdig beëindigen van de verleende rechtshulp in de gevoerde en lopende procedures door de verzekeraar. De consument heeft als gevolg hiervan zelf (juridische) kosten moeten maken. Tijdens de mondelinge behandeling heeft de consument echter aangegeven dat hij geen vergoeding van die kosten vordert.

#### *Het verweer*

- 2.11 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**

- 3.1 In de kern gaat het er in deze zaak om of de verzekeraar de verzekering mocht opzeggen of dat hij dekking moet verlenen voor de geschillen van de consument.

#### *Behandelbaarheid*

- 3.2 De commissie ziet aanleiding eerst te beoordelen of zij de klacht van de consument kan behandelen. Voorop gesteld moet worden dat de commissie op grond van haar 'Reglement Geschillencommissie financiële dienstverlening (Kifid) Bemiddeling en (bindend) advies' alleen klachten van een 'Consument' kan behandelen. Op grond van artikel 60 van het Reglement is een 'Consument' een natuurlijke persoon die handelt voor doeleinden die buiten zijn handels-, bedrijfs-, ambachts- of beroepsactiviteit vallen. In verband met rechtsbijstandsverzekeringen, zoals in deze zaak, geldt de voorwaarde dat het geschil waarvoor beroep op de rechtsbijstandverzekering wordt gedaan voortvloeit uit het handelen van de natuurlijke persoon buiten zijn handels-, bedrijfs-, ambachts- of beroepsactiviteit. Vanuit de natuurlijke persoon beschouwd moet het dus om een particulier geschil gaan. Dit betekent dat de klacht van de consument niet-behandelbaar is, voor zover de klacht betrekking heeft op geschillen van de consument met derden die verband houden met of voortvloeien uit de beroepsactiviteit van de consument als oogarts.
- 3.3 De consument heeft met het aanvullende klachtformulier van 5 oktober 2021 en de klachtbrief van 2 juli 2021 geklaagd over de wijze waarop de verzekeraar het dossier met het kenmerk [kenmerk] heeft behandeld. Uit de klachtbrief blijkt echter dat de consument als oogarts een geschil had met het ziekenhuis waar hij werkte over een toelatingsovereenkomst. De commissie kan de klacht van de consument niet behandelen voor zover die betrekking heeft op de uitvoering en de beëindiging van de niet-particuliere verzekering. De commissie kan alleen klachten van consumenten behandelen. En bij de niet-particuliere verzekering handelde de consument in een beroepsmatige hoedanigheid.
- 3.4 De commissie kan dus alleen de klacht beoordelen die ziet op de particuliere verzekering van de consument. Tijdens de zitting heeft de commissie de consument gevraagd welke geschillen, die hij op de beëindigde particuliere verzekering had gemeld, nu nog lopen. De consument heeft twee geschillen genoemd: de kwestie van de lekkende kelder in zijn recreatiewoning en een pensioenkwestie. Vervolgens is gebleken dat het geschil over de lekkende kelder in de recreatiewoning inmiddels is afgehandeld en dat de verzekeraar de kosten van rechtsbijstand heeft vergoed. De pensioenkwestie is op dit moment nog bij de verzekeraar in behandeling.

De verzekeraar heeft tijdens de zitting toegezegd dat de beëindiging van de verzekering niet in de weg staat aan een verdere behandeling van de pensioenkwesitie. Met deze stand van zaken heeft de consument geen vordering op de verzekeraar, waarvan de commissie in de beoordeling moet treden. Het verweer van de verzekeraar tegen deze klacht hoeft daarom niet te worden behandeld.

#### *Beëindiging van de verzekering*

- 3.5 Wat overblijft is de klacht van de consument over de beëindiging van de particuliere verzekering. In artikel 11 lid 5 van de Algemene Polisvoorwaarden staat dat de verzekeraar de verzekering mag opzeggen als hij vindt dat het risico voor hem in redelijkheid onaanvaardbaar hoog of groot is. Het aantal door de consument gemelde conflicten kan hierbij een rol spelen. Hoewel een verzekeraar een dergelijke ruime bevoegdheid mag bedingen, bepaalt artikel 7:940 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek (BW) dat de verzekeraar de overeenkomst slechts kan opzeggen op de in de overeenkomst vermelde gronden, indien deze gronden van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar geveerd kan worden. Ingevolge artikel 7:943 lid 2 BW kan van deze bepaling niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.
- 3.6 Artikel 7:940 lid 3 BW brengt mee dat de verzekeraar bij de uitoefening van zijn bevoegdheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering terughoudendheid moet betrachten. Die terughoudendheid is gerechtvaardigd omdat het voor de verzekerde op voorhand onduidelijk is wanneer de verzekeraar van zijn opzeggingsbevoegdheid gebruik zal maken, wat niet transparant is. Bovendien heeft de verzekerde er in het algemeen een niet onaanzienlijk belang bij dat de verzekeraar de verzekering niet tussentijds beëindigt. Doorgaans heeft de verzekerde bij beëindiging behoefte aan vervangende dekking, waarvan de verkrijging kan worden bemoeilijkt juist als gevolg van het feit dat de vorige verzekering door opzegging door de vorige verzekeraar is beëindigd. Die omstandigheid is niet zelden grond voor de aangezochte andere verzekeraar om de verzekerde niet te accepteren. De verzekeraar die tussentijds wil opzeggen kan ingevolge artikel 7:940 lid 3 BW niet volstaan met na te gaan of voldaan is aan de in de verzekeringsvoorwaarden voor tussentijdse opzegging geformuleerde vereisten. Hij moet – mede gelet op de werking van de redelijkheid en billijkheid – tevens zorgvuldig overwegen of de omstandigheden ernstig genoeg zijn om opzegging te rechtvaardigen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf 5 december 1994, RvT nr. I-94/38, Kifid GC nr. 2017-431 en nr. 2017-664.

3.7 De consument heeft in de periode van tweeënehalf jaar na de beëindiging van de niet-particuliere verzekering per 15 maart 2017 nog zes keer aanspraak gemaakt op rechtsbijstand onder de particuliere verzekering. Naar het oordeel van de commissie had de verzekeraar, mede gelet op het schadeverloop van de consument in de voorgaande jaren voldoende reden om de particuliere verzekering tussentijds te beëindigen. Vervolgens is aan de orde de vraag of de verzekeraar de consument tijdig op het schadeverloop en de consequenties van het niet wijzigen van het schadeverloop heeft gewezen. In de brief van 2 maart 2017 heeft de verzekeraar de consument erop gewezen dat de particuliere verzekering alsnog beëindigd zou worden als het schadeverloop onverminderd hoog bleef. Niet ter discussie staat dat de consument de brief van 2 maart 2017 heeft ontvangen. De commissie is van oordeel dat verzekeraar hiermee ook heeft voldaan aan de voor de opzegging in acht te nemen zorgvuldigheid. De tussentijdse opzegging op 28 oktober 2019 tegen 1 januari 2020 is hierdoor naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar.

#### Slotsom

3.8 Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat de klacht van de consument niet-behandelbaar is voor zover die betrekking heeft op geschillen in het kader van de uitoefening van zijn beroep of bedrijf en op de opzegging van de niet-particuliere verzekering. Voor het overige deel is de klacht van de consument ongegrond en zal zijn vordering worden afgewezen.

## 4. De beslissing

De klacht van de consument is gedeeltelijk niet-behandelbaar. Voor het overige wijst de commissie wijst de vordering af.

*Deze uitspraak is gedeeltelijk een beslissing over de behandelbaarheid en gedeeltelijk een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van regell 7 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website [www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid](http://www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid).*

*Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website [www.kifid.nl/reglementen-en-statuten](http://www.kifid.nl/reglementen-en-statuten).*

## **Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving**

### Artikel 7:940 van het Burgerlijk Wetboek

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.

### Artikel 7:943 van het Burgerlijk Wetboek

2. Van de artikelen 933, eerste lid, eerste zin, 937, 940 leden 1, 3, 5 en 6, 941 leden 1, 2, 4 en 5 en 942 kan niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

## **Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden**

### **Algemene polisvoorwaarden (01-2016) – Rechtsbijstandverzekeringen DAS**

#### **11. Begin en einde van de verzekering**

(...)

#### **Wanneer kunt u of mag DAS uw verzekering altijd opzeggen?**

In de volgende gevallen mag u of mag DAS uw verzekering altijd opzeggen:

(...)

5. DAS mag de verzekering opzeggen, als wij vinden dat het risico voor ons in redelijkheid onaanvaardbaar hoog of groot is. Het aantal conflicten dat u hebt gemeld kan hierbij een rol spelen. Voordat wij uw verzekering stopzetten zullen wij, als dit mogelijk is, samen met u zoeken naar een andere oplossing en met u afspraken maken voor de toekomst. Lukt dit niet of leidt dit niet tot verbetering, dan zullen wij de verzekering stopzetten. U krijgt dan van DAS een brief waarin staat op welke dag uw verzekering eindigt.