

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0539  
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. K. Engel,  
mr. dr. D.P.C.M. Hellegers, mr. J.L.M. Luiten, mr. P.G. Salvadori, leden en  
mr. J.E.M. Sünnen, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 26 mei 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. InShared, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 27 juni 2022
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

## **Samenvatting**

Wettelijke Aansprakelijkheid Motorrijtuigen. De consument heeft schade veroorzaakt aan de auto van een derde (tegenpartij). De verzekeraar van de consument heeft de nota van de verzekeraar van de tegenpartij voldaan. De consument heeft vervolgens, ter voorkoming van een terugval in schadevrije jaren, het schadebedrag aan haar verzekeraar betaald. Zij klaagt nu dat de verzekeraar bij het afwikkelen van de schade onvoldoende rekening heeft gehouden met haar belangen, door zonder overleg het schadebedrag uit te keren aan de verzekeraar van de derde, zonder de schadehoogte te controleren en door geen contra-expertise aan te bieden. De consument vordert een gedeelte van het door haar aan de verzekeraar betaalde bedrag terug. De commissie is echter van oordeel dat niet is komen vast te staan dat de verzekeraar bij het afwikkelen van de schade onvoldoende rekening heeft gehouden met de belangen van de consument. De verzekeraar is niet gehouden tot vergoeding van de kosten van een contra-expertise. De vordering van de consument is afgewezen.

## **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 van 11 juni 2021; 3) de reactie van de verzekeraar op de klacht (het verweerschrift); 4) de reactie van de consument op het verweerschrift (de repliek); 5) de reactie van de verzekeraar op de repliek (de dupliek); 6) de verzekeringsvoorwaarden;

7) de schriftelijke reactie van de verzekeraar op de aanvullende vragen van de commissie met betrekking tot artikel 7:959 lid 1 BW na dupliek (aanvullende reactie van de verzekeraar); en 8) de reactie van de consument op de aanvullende reactie van de verzekeraar.

- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 8 april 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig via een videoverbinding. De verzekeraar was eveneens aanwezig.
- 1.3 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 Op 14 januari 2021 heeft de consument schade veroorzaakt aan de auto van een derde partij (hierna: de tegenpartij). Voor het herstel van de beschadigde auto heeft de tegenpartij contact gehad met haar autodealer, die het herstel van de schade schatte op € 600,-. De consument heeft zelf foto's van de beschadigde auto naar schadeherstelbedrijven gestuurd voor een kostenindicatie en deze offertes kwamen op een gemiddelde schadehoogte van € 500,-.
- 2.2 De verzekeraar van de tegenpartij heeft een expert ingeschakeld, die in zijn expertise-rapport de schadehoogte heeft vastgesteld op € 940,61. De verzekeraar heeft dit bedrag aan de verzekeraar van de tegenpartij betaald.
- 2.3 De consument heeft het schadebedrag terugbetaald aan de verzekeraar ter voorkoming van een terugval in schadevrije jaren, maar zij is het niet eens met de vastgestelde schadehoogte. Partijen zijn over dit punt niet tot overeenstemming gekomen. Dit heeft geleid tot een procedure bij Kifid.

### *De klacht en vordering*

- 2.4 De consument vordert verlaging van het schadebedrag naar € 500,-, zodat de verzekeraar gehouden is om € 440,61 aan de consument terug te betalen. Zij voert hiertoe het volgende aan.
- 2.5 De verzekeraar heeft bij het afwikkelen van de schade onvoldoende rekening gehouden met de belangen van de consument. De consument heeft de verzekeraar om hulp gevraagd en heeft de verzekeraar ervan op de hoogte gebracht dat zij verschillende offertes heeft opgevraagd bij herstelbedrijven.

Aan haar is telefonisch toegezegd dat de verzekeraar de kosten van de schade goed zou controleren. Desalniettemin heeft de verzekeraar, toen die bekend raakte met het vastgestelde schadebedrag van € 940,61, dit bedrag aan de verzekeraar van de tegenpartij uitgekeerd zonder (eerst) overleg te plegen met de consument. Daarbij heeft de verzekeraar nagelaten om de schadehoogte te controleren, ondanks de expliciete toezegging dit wel te zullen doen. De consument is ook niet in de gelegenheid gesteld het schadebedrag door een contra-expert te laten toetsen. De consument wijst erop dat het schadebedrag veel hoger is dan de eerdere indicaties (de offertes genoemd in nummer 2.1 hiervoor). Zij vermoedt dan ook dat de reparateur een te hoog bedrag heeft gedeclareerd.

- 2.6 De consument voert aan dat zij door dit handelen van de verzekeraar in haar belangen is geschaad. Zij heeft namelijk, ter voorkoming van een terugval in schadevrije jaren, het schadebedrag aan de verzekeraar betaald. Indien de verzekeraar de schade op het juiste, lagere bedrag zou hebben vastgesteld, zou de consument een lager bedrag hebben hoeven betalen om die terugval te voorkomen.
- 2.7 Verder voert de consument aan dat voor zover het herstel van de schade aan de auto duurder is uitgevallen omdat de tegenpartij heeft gekozen voor een andere hersteller dan een topherstelbedrijf, dit niet voor haar rekening mag komen.

#### *Het verweer*

- 2.8 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**

#### *Waarover moet de commissie een beslissing nemen?*

- 3.1 Aan de orde is de vraag of de verzekeraar tekort is geschoten in één of meerdere verbintenissen met de consument door – zonder deugdelijke controle van de hoogte ervan – het vastgestelde schadebedrag aan de tegenpartij te betalen ten laste van de schadevrije jaren van de verzekerde.

#### *Met welke wet- en regelgeving moet de commissie rekening houden?*

- 3.2 De verzekeraar is op grond van artikel 6 Wet Aansprakelijkheidsverzekering Motorrijtuigen (verder te noemen 'WAM') gehouden de schade zelfstandig en actief met de tegenpartij af te wikkelen. De verzekeraar heeft daarbij een behoorlijke mate van vrijheid.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> GC Kifid 2020-923, overweging 3.2.

Bij het afwikkelen van de schade moet de verzekeraar zich wel op een redelijke manier inspannen om rekening te houden met de belangen van de verzekerde bij de vaststelling van de mate van zijn (wettelijke) aansprakelijkheid.<sup>2</sup> De tegen de verzekerde in acht te nemen zorgvuldigheid gaat niet zover dat de verzekeraar de schade alleen mag vaststellen wanneer de verzekerde daartegen geen bezwaar heeft.<sup>3</sup>

*Had de verzekeraar redenen om aan de juistheid van de schadehoogte te twijfelen?*

3.3 De verzekeraar heeft gemotiveerd betwist dat hij bij het afwikkelen van de schade onvoldoende rekening heeft gehouden met de belangen van de consument. Ter onderbouwing hiervan heeft de verzekeraar aangevoerd dat het expertiserapport geen aanleiding geeft tot vragen of opmerkingen over de juistheid van de schadehoogte. De wijze van schadebegroting is uitgevoerd via een veelgebruikt systeem met een zodanige detaillering dat blijkt dat alle werkzaamheden en vernieuwingen goed zijn meegewogen. De verzekeraar heeft verder aangevoerd slechts WAM-verzekeraar te zijn en in die hoedanigheid beperkte mogelijkheden te hebben om actief mee te doen aan het onderzoek. De verzekeraar is pas aan zet nadat de schade door de cascoverzekeraar van de tegenpartij is afgehandeld. Hij heeft geen invloed op de keuze voor het herstelbedrijf en dus evenmin op de vraag of de verzekeraar van de wederpartij de schade voor het laagst mogelijke bedrag zal laten repareren. Slechts als er vreemde dingen in het expertiserapport staan, komt de verzekeraar in actie, maar daar is in dit geval geen sprake van.

3.4 De commissie is van oordeel dat het expertiserapport en de offertes van de consument geen aanknopingspunten bevatten om aan de door de expert vastgestelde schadehoogte te twijfelen. Het is de commissie ook niet gebleken dat het door de tegenpartij uitgekozen schadeherstelbedrijf geen redelijke partij is. De commissie merkt hierbij op dat de verzekeraar inderdaad niet kan afdwingen dat de tegenpartij de voor de consument goedkoopste reparatie laat uitvoeren of de reparatie door een topherstelbedrijf laat uitvoeren.

*Had de verzekeraar de consument (vergoeding van de kosten van) een contra-expertise moeten aanbieden?*

3.5 De verzekeraar heeft betwist dat hij de consument in de gelegenheid had moeten stellen om (op zijn kosten) het expertiserapport te laten toetsen door een contra-expert.

---

<sup>2</sup> GC Kifid 2018-478, overweging 4.3, GC Kifid 2019-1027, overweging 3.3 en GC Kifid 2020-923, overweging 3.2.

<sup>3</sup> CvB Kifid 2021-0008, overweging 5.7.

Ter onderbouwing van zijn stelling heeft de verzekeraar onder meer aangevoerd dat wetsartikel 7:959 lid I BW, dat ziet op de verplichting van een verzekeraar om de kosten van een contra-expert te vergoeden, slechts bij objectverzekeringen speelt en niet bij aansprakelijkheidsverzekeringen. Deze verplichting is volgens de verzekeraar alleen aan de orde als de consument zou klagen over de cascodekking of de schade aan haar eigen voertuig en dat is hier niet het geval.

- 3.6 De commissie oordeelt dat de verzekeraar niet gehouden is om de consument (vergoeding van de kosten van) een contra-expertise aan te bieden. Een verplichting daartoe volgt niet uit de verzekeringsvoorwaarden (artikel 9.1 ziet op schade aan de eigen auto). Evenmin volgt een verplichting daartoe uit art. 7:959 lid I BW, waarin staat dat de redelijke kosten tot het vaststellen van de schade gemaakt, ten laste van de verzekeraar komen. Deze bepaling voorziet erin dat een verzekerde die schade heeft geleden aan een door hem verzekerd object, niet alleen de schade aan dat verzekerde object vergoed krijgt van de verzekeraar, maar ook de kosten die gemoeid zijn met het vaststellen van de hoogte van de schade, omdat die kosten verband houden met de verzekering. Het recht van de verzekerde om ook de expertisekosten vergoed te krijgen, houdt dus nauw verband met het verzekerde belang van de verzekerde (in het gegeven voorbeeld: de schade aan het verzekerde object). In dit geval doet zich iets anders voor. De consument heeft geen schade geleden aan een (eigen) verzekerd object, maar zij is aansprakelijk voor de schade die zij heeft veroorzaakt aan een object van een ander (de auto van de tegenpartij). Zij wenst ook niet de hoogte van de schade vastgesteld te krijgen door een expert omdat zij dan weet wat zij te vorderen heeft onder de verzekering, maar in verband met haar belang haar *no claim*-korting te behouden. Dat is op zichzelf een gerechtvaardigd belang, maar art. 7:959 lid I BW geeft de verzekerde in dat geval niet het recht om de in verband daarmee gemaakte expertisekosten van de verzekeraar te vorderen.

#### *Slotsom*

- 3.7 Het voorgaande betekent dat niet is komen vast te staan dat de verzekeraar niet voldoende rekening heeft gehouden met de belangen van de consument bij het afwickelen van de schade. De klacht van de consument is ongegrond.

#### **4. De beslissing**

De commissie wijst de vordering af.

*Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Kifid als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website [www.kifid.nl/reglementen-en-statuten](http://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](http://www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid).*

*Binnen 2 weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na de verzenddatum van de uitspraak 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 vanaf 1 april 2017, 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 [6](#) WAM**

1. De benadeelde heeft jegens de verzekeraar door wie de aansprakelijkheid volgens deze wet is gedekt, een eigen recht op schadevergoeding. Dit eigen recht kan evenwel niet worden uitgeoefend indien een fonds of fondsen zijn gevormd overeenkomstig artikel 1220 van Boek 8 van het Burgerlijk Wetboek. Het tenietgaan van zijn schuld aan de verzekerde bevrijdt de verzekeraar niet jegens de benadeelde, tenzij deze is schadeloos gesteld.
  
2. Indien er bij een ongeval of een gebeurtenis meer dan een benadeelde is en het totaalbedrag van de verschuldigde schadeloosstellingen de verzekerde som overschrijdt, worden de rechten van de benadeelden tegen de verzekeraar naar evenredigheid teruggebracht tot het beloop van die som. Niettemin blijft de verzekeraar die, onbekend met het bestaan van vorderingen van andere benadeelden, te goeder trouw aan een benadeelde een groter bedrag dan het aan deze toekomende deel heeft uitgekeerd, jegens die anderen of, indien een fonds of fondsen zijn gevormd overeenkomstig artikel 1220 van Boek 8 van het Burgerlijk Wetboek, jegens degene die dat fonds of die fondsen heeft gevormd slechts gehouden tot het beloop van het overblijvende gedeelte van de verzekerde som.

### **Artikel [7:959](#) lid I Burgerlijk Wetboek**

De in [artikel 957](#) bedoelde vergoeding en de redelijke kosten tot het vaststellen van de schade gemaakt, komen ten laste van de verzekeraar, ook al zou daardoor, tezamen met de vergoeding van de schade, de verzekerde som worden overschreden.