

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0367

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. dr. K. Engel,
prof. mr. drs. M.L. Hendrikse, leden en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

Datum uitspraak	12 mei 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. FBTO, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering toegewezen

Samenvatting

Bootverzekering. De consument vindt dat de verzekeraar de kosten van het verslepen van zijn zeilboot moet vergoeden, omdat sprake is van verzekerde schade door een eigen gebrek. De verzekeraar betwist dat. Volgens de verzekeraar is sprake geweest van 'alleen pech' in de zin van de verzekeringsvoorwaarden en is er daarom geen dekking. De commissie oordeelt dat het beroep van de consument op artikel 12 van de verzekeringsvoorwaarden slaagt. Volgens de commissie is het op zichzelf niet onvoorstelbaar dat de gemiddelde consument artikel 7 en 12 van de voorwaarden zo leest dat een ruime dekking bestaat voor kosten die gemaakt zijn in verband met noodzakelijk hulp. De verzekeraar mocht daarom uitkering van de kosten van het verslepen van de zeilboot niet weigeren. De klacht is gegrond en de commissie wijst de vordering toe.

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 en 3) het verweerschrift van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 12 maart 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig. Namens de verzekeraar waren aanwezig de heer [naam 1] en mevrouw [naam 2].
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.
- 1.4 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie uitgebreid met de leden mr. dr. K. Engel en prof. mr. drs. M.L. Hendrikse, naar een meervoudige commissie. Partijen zijn hierover geïnformeerd.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft een bootverzekering (hierna: de verzekering) voor zijn zeilboot bij de verzekeraar. Deze biedt blijkens het polisblad verzekeringsdekking per 6 mei 2024. De verzekering omvat blijkens het polisblad een 'basisverzekering' voor 'Aansprakelijkheid & Hulpverlening' en kent daarnaast enkele modules. Van toepassing zijn onder andere de voorwaarden Aansprakelijkheid & Hulpverlening VRT-RV-01-231 (hierna: de voorwaarden A&H) en de voorwaarden Aanvaring & Eigen gebrek VRT-RV-05-231 (hierna: de voorwaarden A&E).

- 2.2 Artikel 7 van de voorwaarden A&H luidt voor zover van belang als volgt:

"(...)

"7. Wat is verzekerd?

Schade aan zaken van een ander.

(...)

Schade aan andere personen.

(...)

Noodzakelijke hulp.

Bij verzekerde schade na een plotselinge gebeurtenis.

- Die verzekerde niet kon zien aankomen.

Niet: bij alleen pech

(...)"

- 2.3 Artikel 12 van de voorwaarden A&H luidt voor zover van belang als volgt:

"(...)

Welke noodzakelijke hulp is verzekerd in Nederland?

Let op: Alleen na overleg met onze alarmcentrale.

De schipper + alle opvarenden veilig aan wal brengen.

(...)

De boot naar de dichtstbijzijnde werf of haven slepen.

Als u volgens de wet verplicht bent deze kosten te betalen.

- Als er sprake is van een plotselinge gebeurtenis.*
- Ook als de oorzaak in de boot zelf zit (eigen gebrek).*

De boot bergen, stallen en bewaken.

Als u volgens de wet verplicht bent deze kosten te betalen.

- Als er sprake is van een plotselinge gebeurtenis.*
- Ook als de oorzaak in de boot zelf zit (eigen gebrek).*

De boot boven water halen en opruimen.

(...)”

2.4 Op 9 augustus 2024 is de motor van de zeilboot uitgevallen. De consument heeft daarop het anker uitgegoot, waarna de zeilboot net aan de rietkraag kwam te liggen. De consument heeft geprobeerd de motor te starten, maar dat is niet gelukt. De consument heeft daarna via de hulp-app van de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM) om hulp gevraagd. De consument bevond zich niet in het verzorgingsgebied van de KNRM en is daarom doorverwezen naar de botenwacht. De botenwacht kon de consument echter ook niet helpen, omdat de consument niet te bereiken was met een auto. De botenwacht heeft de consument doorverwezen naar 'Boot in nood'. Via Boot in nood is de consument in contact gekomen met [X] Watersport ([X]). [X] is naar de consument gevaren en heeft tevergeefs geprobeerd de motor van de zeilboot te starten. Vervolgens heeft [X] de zeilboot naar de dichtstbijzijnde aanlegmogelijkheid in [plaats] gesleept. De factuur voor de sleepkosten van [X] van € 1.635,19 heeft de consument betaald.

2.5 De consument heeft de verzekeraar op 12 augustus 2024 gevraagd de sleepkosten te vergoeden. Per brief van 12 augustus 2024 heeft de verzekeraar de ontvangst van de schademelding van de consument bevestigd, informatie bij de consument opgevraagd en hem het volgende bericht:

“(..."

U bent verzekerd voor hulpverlening in Nederland

Om de boot naar de dichtstbijzijnde werf of haven te slepen, wanneer u in nood bent.

De sleep naar een reparateur wordt vergoed wanneer de oorzaak van de schade verzekerd is

Dit is verzekerd wanneer er sprake is van een plotselinge gebeurtenis of als de oorzaak in de boot zelf zit (eigen gebrek). Een eigen gebrek is geen onderhoud of slijtage kwestie.

Wij betalen de sleepkosten aan de sleepdienst als er een verzekerde schade is. Ontvangen wij de hulploonovereenkomst? Dan vragen wij een expert het hulploon te berekenen. Wij laten u weten als wij het hulploon aan de sleepdienst betalen.

(...)”

- 2.6 Per e-mailbericht van 19 augustus 2024 heeft de consument de door de verzekeraar opgevraagde informatie aangeleverd.
- 2.7 Per brief van 26 augustus 2024 heeft de verzekeraar uitkering van de geclaimde sleepkosten afgewezen, omdat die niet onder de verzekering gedekt zijn. De consument heeft de verzekeraar verzocht zijn standpunt te heroverwegen. Op 18 september 2024 heeft de verzekeraar de claim opnieuw afgewezen. Op 10 oktober 2024 heeft de consument zijn klacht bij het Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.8 De consument vordert dat de verzekeraar de sleepkosten van € 1.635,19 uitkeert. Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat de sleepkosten op grond van artikel 12 van de voorwaarden A&H voor uitkering in aanmerking komen. In dit artikel staat dat de kosten voor het slepen van de zeilboot naar de dichtstbijzijnde werf of haven verzekerd is als sprake is van een plotselinge gebeurtenis, ook als de oorzaak in de boot zelf zit (een eigen gebrek). Volgens de consument is sprake van zo'n eigen gebrek in de zeilboot. Hij heeft van een monteur begrepen dat de toevoer van brandstof naar de motor van de zeilboot op basis van valdruk van de brandstof werkt. Maar door het geringe hoogteverschil tussen de brandstoftanks en de motor was de valdruk onvoldoende. Hierdoor kreeg de motor geen brandstof en viel hij uit, hoewel de tanks nog voor 25% met brandstof gevuld waren. De monteur heeft geadviseerd om de tanks voor 100% te vullen voor voldoende valdruk en om het brandstofsysteem op termijn te voorzien van een opvoerpomp.
- 2.9 Tijdens de mondelinge behandeling op 12 maart 2025 heeft de consument over het ontbreken van voldoende valdruk als de brandstoftanks minder dan 25% met brandstof zijn gevuld het volgende toegelicht. In de oorspronkelijke constructie van de zeilboot zat geen opvoerpomp. De brandstoftoevoer gebeurde dus van meet af aan volgens het principe van de valdruk. Deze informatie brengt mee dat op zijn minst aannemelijk is dat de zeilboot van de consument zo is ontworpen. En als het ontwerp van de zeilboot in dit opzicht al 'fout' is, dan betreft het geen constructiefout maar een ontwerpfout. Volgens de verzekeraar valt een ontwerpfout niet onder het bereik van de definitie van de term eigen gebrek in de zin van artikel 8 van de voorwaarden A&E. Daardoor is de verzekeraar ook niet op grond van de module A&E verplicht om de sleepkosten die de consument heeft gemaakt uit te keren.

Het verweer

- 2.10 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument.

- 2.11 De verzekeraar voert aan dat niet voldaan is aan de dekkingseisen van artikel 7 ('Wat is verzekerd?') onder 'Noodzakelijke hulp' (voorwaarden A&H). In de eerste plaats niet omdat daar de uitsluiting staat 'Niet: bij alleen pech'. Volgens de verzekeraar is in het geval van de consument sprake geweest van 'pech' zoals dit begrip moet worden uitgelegd overeenkomstig de Van Dale. Uit de verklaring van de reparateur blijkt immers dat de boot stil kwam te liggen omdat de motor geen brandstof meer kreeg door te weinig valdruk, hetgeen kwalificeert als een 'mankement' oftewel als 'iets dat niet in orde is'.
- 2.12 Volgens de verzekeraar is daarnaast niet voldaan aan het vereiste van artikel 7 onder 'Noodzakelijke hulp' (voorwaarden A&H) dat sprake moet zijn van 'verzekerde' schade. Van een 'verzekerde' schade is volgens de verzekeraar geen sprake geweest aangezien de schadeoorzaak niet als verzekerd wordt aangewezen in de verzekeringsvoorwaarden. Van een 'eigen gebrek' in de zin van artikel 8 ('Welke oorzaken zijn verzekerd?') (voorwaarden A&E) is geen sprake geweest. Een eigen gebrek is immers in artikel 8 gedefinieerd als 'een slechte eigenschap die het materiaal of de oorspronkelijke constructie van de boot niet hoort te hebben'. In het geval van de consument is van een eigen gebrek geen sprake, maar krijgt de motor geen brandstof door het ontbreken van *voldoende* brandstof en een opvoerpomp.
- 2.13 De verzekeraar voert voorts aan dat sleepkosten niet genoemd worden in artikel 7 ('Welke schade is verzekerd?') (voorwaarden A&E) en er ook daarom geen recht op uitkering van de sleepkosten bestaat.
- 2.14 Ten slotte voert de verzekeraar aan dat aan artikel 12 ('Welke noodzakelijke hulp is verzekerd in Nederland?') (voorwaarden A&H) niet wordt toegekomen, omdat eerst moet worden beoordeeld of er sprake is van een verzekerde schade zoals omschreven in artikel 7 (voorwaarden A&H), en dat het hem vrijstaat de grenzen te omschrijven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 Aan de orde is de vraag of de verzekeraar de kosten moet vergoeden die de consument voor het laten verslepen van de zeilboot heeft gemaakt. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de sleepkosten moet vergoeden. Dit oordeel licht de commissie hierna toe.
- 3.2 Partijen verschillen van standpunt over de vraag of de verzekeraar de sleepkosten aan de consument moet uitkeren. De consument vindt dat sprake was van een noodgeval in de zin van artikel 12 van de voorwaarden A&H: door een te lage valdruk kreeg de motor geen brandstof. Dit is een plotselinge gebeurtenis, die wordt veroorzaakt door een eigen gebrek in de zeilboot. Daarom moet de verzekeraar de sleepkosten uitkeren. De verzekeraar betwist het standpunt van de consument.

Volgens hem was het verslepen van de zeilboot van de consument noodzakelijk hulp vanwege pech in de zin van artikel 7 van de voorwaarden A&H en die is niet gedekt. De sleepkosten zijn evenmin gedekt op grond van de andere verzekerde modules, in het bijzonder niet op grond van artikel 8 van de voorwaarden A&E.

Juridisch kader

- 3.3 In deze zaak gaat het om de uitleg van de verzekeringsvoorwaarden. Uit de rechtspraak van de Hoge Raad volgt dat bij de uitleg van een schriftelijk contract steeds van beslissende betekenis zijn alle omstandigheden van het concrete geval, gewaardeerd naar hetgeen de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen.¹ Verder is van belang dat over de voorwaarden in een consumentenverzekeringsovereenkomst in de regel niet wordt onderhandeld en uit het dossier niet blijkt dat dit hier wel is gebeurd. De uitleg van een bepaling in dergelijke eenzijdige opgelegde voorwaarden is met name afhankelijk van objectieve factoren, zoals de bewoording waarin de voorwaarde is gesteld, gelezen in het licht van de verzekeringsvoorwaarden als geheel.²
- 3.4 Ook moeten de voorwaarden van een consumentenovereenkomst, zoals de onderhavige verzekering, duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding gaat de voor de consument meest gunstige uitleg voor. Dit is de zogenoemde contra proferentem-regel, die is opgenomen in artikel 6:238 lid 2, tweede zin, Burgerlijk Wetboek.

Het beroep van de consument op artikel 12 van de voorwaarden A&H slaagt

- 3.5 De commissie oordeelt dat het beroep van de consument op artikel 12 van de voorwaarden A&H slaagt en licht dit oordeel hierna verder toe.
- 3.6 In artikel 7 van de voorwaarden A&H staat 'verzekerde schade' en de commissie begrijpt dat en waarom de verzekeraar daarop een beroep doet. Maar de consument hoefde niet te begrijpen dat 'verzekerde schade' betekent 'bij een gedekte schadeoorzaak'. Dat staat er immers niet, althans niet duidelijk; 'verzekerde schade' kan ook betekenen 'schade die voor uitkering in aanmerking komt'. Daarnaast is het op zichzelf niet onvoorstelbaar dat de gemiddelde consument artikel 7 en artikel 12 van voorwaarden zo leest dat een ruime dekking bestaat voor (kosten gemaakt in verband met) noodzakelijke hulp. De voorwaarde in artikel 12 van 'overleg met onze alarmcentrale' duidt daarop, evenals de voorwaarde 'als er sprake is van een plotselinge gebeurtenis'.
- 3.7 Als het de bedoeling van de verzekeraar was om alleen bij de 'gedekte oorzaken' dekking te bieden voor (de kosten van) noodzakelijke hulp, dan had hij dit duidelijker in de voorwaarden moeten opnemen. In het onderhavig geval is daar geen sprake van.

¹ HR 25 november 2016, ECLI:NL:HR:2016:2687, r.o. 3.6, te vinden via www.rechtspraak.nl.

² HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601, r.o. 3.3.2. en HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800, r.o. 3.7.5, te vinden via www.rechtspraak.nl.

- 3.8 In zijn brief van 12 augustus 2024 aan de consument lijkt de verzekeraar overigens zelf ook van deze uitleg van artikel 12 uit te gaan, waarbij verzekerde schade ook kan betekenen schade die voor uitkering in aanmerking komt. In de betreffende brief schrijft hij immers: *“Dit is verzekerd wanneer er sprake is van een plotselinge gebeurtenis of als de oorzaak in de boot zelf zit (eigen gebrek)”*.
- 3.9 Het beroep van de verzekeraar op de uitsluiting voor de schadeoorzaak ‘pech’ in artikel 7 slaagt niet omdat van ‘pech’ geen sprake is geweest. Er is geen onderdeel van de (motor van de) boot kapotgegaan. Er lijkt sprake te zijn van een ontwerp- of een constructiefout. De verzekeraar heeft geen beroep gedaan op een eventuele uitsluiting voor schade door een constructiefout.

Conclusie

- 3.10 Omdat het beroep van de consument op artikel 12 slaagt en het beroep van de verzekeraar op artikel 7 niet, mocht de verzekeraar de uitkering niet weigeren. De klacht van de consument is gegrond en zijn vordering zal worden toegewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar een bedrag van € 1.635,19 aan de consument vergoedt, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd.

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