

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-556**  
(prof.mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. drs. D.J. Olthoff, secretaris)

Klacht ontvangen op : 31 juli 2015  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Rabobank Nederland, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Aangeslotene  
Datum uitspraak : 9 november 2016  
Aard uitspraak : Bindend advies

### **Samenvatting**

Schending zorgplicht tussenpersoon, doordat die Consument bij herhaling onjuist en onvoldoende heeft geïnformeerd onder meer naar aanleiding van diens verzoek om informatie omtrent goedkopere alternatieven voor zijn via Aangeslotene gesloten overlijdensrisicoverzekering.

### **Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies;
- de brief van Aangeslotene van 24 juni 2016;
- de brief van Consument van 5 juli 2016.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 25 mei 2016 en zijn aldaar verschenen.

### **I. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 1.1 Consument heeft bij Aangeslotene een zogeheten “Opmaathypotheek” gesloten. Op 11 november 2005 heeft Consument opdracht gegeven aan Aangeslotene om deze om te zetten naar een aflossingsvrije hypotheek. In het betreffende e-mailbericht van gelijke datum schrijft Consument onder meer:  
“Naar ik aanneem wordt bij omzetting naar een aflossingsvrije hypotheek de huidig gekoppelde levensverzekering ongewijzigd voortgezet.”
- 1.2 Vervolgens blijkt dat ten gevolge van de omzetting de aan de Opmaathypotheek verbonden overlijdensrisicoverzekering komt te vervallen. Op 30 december 2005 stuurt Aangeslotene aan Consument een offerte en aanvraagformulier voor een aparte overlijdensrisicoverzekering.

In de begeleidende brief is onder meer het volgende te lezen:

“Ook heb ik met u afgesproken dat de bestaande OpMaat verzekering nog door blijft lopen totdat u voor bovenstaande verzekering geaccepteerd bent.”

- 1.3 Consument en zijn echtgenote hebben het aanvraagformulier op 2 januari 2006 ondertekend. De verzekering (met polisnummer [nummer]) is ingegaan per 01-02-2006 (einddatum 01-02-2024). De maandpremie bedraagt € 99,22.

Met een brief van 19 januari 2006 heeft Aangeslotene aan Consument het polisblad toegezonden. In de van toepassing zijnde Productvoorwaarden Overlijdensrisicoverzekering (Model ORV05) is de volgende bepaling opgenomen:

**“Afkopen en beëindigen**

U kunt de verzekering niet afkopen. Wel kunt u de verzekering beëindigen. Wij betalen geen premie terug.” In november 2013 heeft Consument bij Aangeslotene geïnformeerd naar de mogelijkheden om de bestaande verzekering met de bestaande dekking tegen een lagere premie over te sluiten. Op 15 november 2013 heeft Aangeslotene aan Consument per e-mail bericht dat een overlijdensrisicoverzekering alleen via een adviesgesprek gesloten kan worden. Consument heeft op 17 november 2013 per e-mail geantwoord dat het zijn bedoeling is om de verzekering één op één over te sluiten, hij schrijft onder meer het volgende:

“Voor wat betreft de OVR begrijp ik het standpunt van [naam Aangeslotene] niet.

In diverse media wordt regelmatig gemeld dat veel lopende overlijdensrisicoverzekeringen door gewijzigde marktomstandigheden (veel) te duur zijn (geworden).

(...)

Om die reden heb ik uw collega kenbaar gemaakt dat ik overweeg mijn OVR één op één over te sluiten, dus conform de huidige verzekerde som en huidige looptijd.

Ik vind het bizar dat ik hiervoor advieskosten zou moeten betalen. Het gaat om exact dezelfde verzekering, alleen tegen lagere kosten. Als ik geen actie zou ondernemen, loopt mijn huidige OVR (dezelfde verzekerde som en looptijd) door zonder dat advieskosten moeten worden betaald.

Aangeslotene reageert per e-mail van 18 november 2013 als volgt:

“Uiteraard begrijp ik uw verhaal m.b.t. de overlijdensrisicoverzekering en de advieskosten.

[Naam Aangeslotene] heeft ervoor gekozen dat een overlijdensrisicoverzekering vooralsnog alleen met advies kan worden afgesloten. (...)”. Consument ontvangt op 13 december 2013 een bericht van Aangeslotene met de mededeling dat de verzekering met polisnummer [nummer] nog actief is en maandelijks opgezegd kan worden.

- 1.4 Consument is in maart 2014 tot beëindiging van de verzekering (per 1 april 2014) overgegaan. Op 25 maart 2014 laat hij Aangeslotene per e-mail weten dat hij van de risicodragende verzekeringsmaatschappij (hierna: Verzekeraar) bericht heeft ontvangen. Consument schrijft onder meer:

“Tot mijn verbazing heeft [naam Verzekeraar] de OVR niet beëindigd, zoals beoogd, maar omgezet naar een zgn. premievrije polis (polisnr. [nummer]). Zoals ik in de voorafgaande correspondentie (...) duidelijk heb gemaakt, was - en is - dit uitdrukkelijk niet mijn intentie.

(...) In al uw reacties is door u op geen enkel moment aangegeven dat de lopende polis tot het jaar 2024 premievrij zou worden voortgezet met een resterend verzekerd kapitaal (premiereserve), van in dit geval €9.478,12.

Doordat u mij hierover niet hebt geïnformeerd heb ik hierdoor bij de nieuwe verzekeraar onbedoeld een polis met een te hoog verzekerd kapitaal afgesloten. Immers indien ik vooraf was geïnformeerd over de handelswijze van [naam Verzekeraar] en het bijbehorend verzekerd restkapitaal, had ik daar bij mijn nieuwe verzekering rekening mee kunnen houden. Een en ander lijdt voor mij tot financiële schade omdat ik gedurende de looptijd van de nieuwe polis een hogere dan noodzakelijke premie betaal. Hoewel (...) stel ik u hierbij aansprakelijk voor de voor mij ontstane financiële schade in deze. Voordat ik overga tot het indienen van een formele schadeclaim, stel ik u in de gelegenheid om hiervoor een passende oplossing te bieden. Gezien de ontstane situatie is [naam Verzekeraar] wellicht bereid om het restant kapitaal alsnog uit te keren. Overigens zou ik sowieso graag een afkoopwaarde overzicht ontvangen waaruit blijkt hoe het restantkapitaal is opgebouwd en welke kosten, inhoudingen, etc. zijn toegepast. (...)"

- 1.5 In reactie hierop is zowel telefonisch als per e-mail door Aangeslotene de mogelijkheid aan de orde gesteld om bij de nieuwe verzekeraar het verzekerd bedrag aan te passen/te verlagen. Consument heeft - alvorens Aangeslotene eventueel hiertoe te machtigen - Aangeslotene gevraagd om de opbouw van het resterende bedrag inzichtelijk te maken.
- 1.6 Aangeslotene heeft op 21 mei 2014 per e-mail een toelichting gegeven op de opbouw van de premiereserve. Over deze toelichting is discussie ontstaan. Consument heeft op 5 maart 2015 via de interne klachtenprocedure een klacht met betrekking tot zowel de totstandkoming (in 2006) als de beëindiging van de verzekering met polisnummer [nummer] aanhangig gemaakt bij Aangeslotene en daarbij een schadeclaim ingediend. Bij brief van 28 mei 2015 heeft Aangeslotene afwijzend gereageerd.

## **2. Zitting**

- 2.1 Ter zitting wordt besloten de zaak aan te houden, waarbij Aangeslotene toezegt aanvullende informatie op te zullen vragen bij de Verzekeraar omtrent de opbouw van de premiereserve en de eventuele mogelijkheid van afkoop van de verzekering.
- 2.2 Aangeslotene heeft Consument bij brief van 24 juni 2016 geïnformeerd en daarbij onder meer bericht dat afkoop van de verzekering niet mogelijk is, maar dat Verzekeraar bereid is om desgewenst een mondelinge toelichting te geven op de berekening van de premiereserve. Met een brief van 5 juli 2016 heeft Consument gereageerd op de brief van Aangeslotene, waarbij hij kenbaar heeft gemaakt dat zijn klacht gehandhaafd blijft en hij geen gebruik wenst te maken van het aanbod om een mondelinge toelichting te ontvangen op de opbouw van de premiereserve.

## **3. Vordering, klacht en verweer**

### *Vordering Consument*

- 3.1 Consument vordert een bedrag van € 25.595,33, bestaande uit:  
premierestitutie vermeerderd met wettelijke rente (totaal € 12.044,88), compensatie te hoge premie nieuwe OVR (€ 2721,38), kosten eigen werkzaamheden (€ 4.510,-), kosten advies/juridische bijstand (€ 1200,-), subtotaal: € 20.476,26, vergoeding in verband met immateriële schade, door Consument vastgesteld op 5 % van € 20.476,26 (5.119,07).

### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen:

- Bij de omzetting van de Opmaathypotheek naar een aflossingsvrije hypotheek in 2005 heeft Aangeslotene niet onderkend dat de daaraan gekoppelde levensverzekering komt te vervallen. Op initiatief van Consument, zonder dat dit via een regulier offertetraject is verlopen, is via Aangeslotene een nieuwe overlijdensrisicoverzekering gesloten bij Verzekeraar. Aangeslotene heeft reeds toen jegens Consument haar zorgplicht geschonden.
- Voorts heeft Aangeslotene verzuimd Consument ten tijde van het aangaan van de verzekering in 2006 voldoende te informeren over de kostenstructuur. Consument meent dat er sprake is van dwaling. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Aangeslotene heeft, nadat Consument in 2013 werd geconfronteerd met advieskosten en hij om die reden zijn bij Verzekeraar lopende verzekering zou gaan beëindigen om elders een (goedkopere) overlijdensrisicoverzekering te sluiten (zonder advieskosten), verzuimd Consument te informeren over de mogelijkheid dat de lopende verzekering premievrij zou kunnen worden voortgezet. Met deze handelwijze heeft Aangeslotene opnieuw gehandeld in strijd met de zorgplicht die op haar rustte. Daardoor heeft Consument een nieuwe overlijdensrisicoverzekering gesloten met een hoger verzekerd bedrag dan het geval was geweest indien Aangeslotene Consument tijdig en juist zou hebben geïnformeerd over de premievrije voortzetting van de door hem beëindigde verzekering. Hierdoor heeft Consument meer premie betaald dan strikt noodzakelijk was om tot het door hem gewenste verzekerde bedrag te komen.
- Aangeslotene heeft weliswaar aangeboden om te trachten het verzekerd kapitaal van de nieuwe verzekering te verlagen, maar is de toezegging niet nagekomen dat alle kosten, inhoudingen en opbouw van de premiereserve resp. kapitaaldekking (aan de hand van een door de risicodrager gewaarmerkt afkoopwaarde overzicht) inzichtelijk zouden worden gemaakt.
- Indien Aangeslotene bij het aangaan van de verzekering in 2006 voldoende informatie zou hebben gegeven over de kosten dan zou Consument de verzekering niet zijn aangegaan. Dientengevolge wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen en dient de betaalde premie te worden gerestitueerd.

### *Verweer*

Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, onder meer de volgende verweren gevoerd:

- Consument wist, althans behoorde te weten, dat bij een premiereserve de verzekering premievrij zou worden voortgezet.
- Het valt Aangeslotene niet aan te rekenen dat afkoop van de overlijdensrisicoverzekering met polisnummer [nummer] niet mogelijk blijkt en Verzekeraar dit ook in een aparte bepaling in de verzekeringsvoorwaarden heeft opgenomen.

- Aangeslotene heeft aangeboden om te trachten het verzekerd kapitaal van de nieuwe verzekering te verlagen. Consument wilde slechts onder voor Aangeslotene niet acceptabele voorwaarden hieraan meewerken waardoor Aangeslotene niet in de gelegenheid is gesteld aan haar aanbod uitvoering te geven. Op Consument rust een zogeheten “schadebeperkingsplicht”, hij heeft hieraan niet voldaan.
- Zelfs al zou Aangeslotene een beroepsfout kunnen worden verweten, dan heeft deze niet tot schade voor Consument geleid.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Bij de beoordeling van dit geschil heeft als uitgangspunt te gelden dat Aangeslotene als tussenpersoon op grond van artikel 7:401 Burgerlijk Wetboek (BW) tegenover zijn opdrachtgever (Consument) verplicht is om bij zijn werkzaamheden de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend tussenpersoon verwacht mag worden. Het is zijn taak om daarbij te waken voor de belangen van de verzekeringnemers bij de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen (zie o.a. HR 10 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0122, r.o. 3.4.1). De aan de Commissie voorgelegde klacht betreft de vraag of Aangeslotene overeenkomstig deze zorgplicht heeft gehandeld.
- 4.2 Consument heeft aanvankelijk Aangeslotene verzocht hem te informeren over de mogelijkheden om de bestaande verzekering tegen een lagere premie over te sluiten bij dezelfde Verzekeraar. Omdat Aangeslotene daarvoor advieskosten in rekening zou brengen, heeft Consument besloten elders - zonder advieskosten - een nieuwe overlijdensrisicoverzekering te sluiten. Volgens Aangeslotene zelf (brief van 12 oktober 2015) is dit soort verzekering geen ingewikkeld product. Om deze reden alsmede gezien de procedurele gang van zaken tijdens de omzetting van de hypotheek in 2005 en de wijze waarop Consument destijds zelf zijn belangen heeft moeten bewaken met betrekking tot de overlijdensrisicoverzekering, is de Commissie van oordeel dat Aangeslotene in reactie op een verzoek om informatie van Consument hem destijds niet had mogen confronteren met advieskosten. Het is immers om die reden dat Consument heeft besloten om de verzekering elders - zonder advieskosten - te sluiten. De Commissie oordeelt bovendien dat het op de weg van Aangeslotene had gelegen om Consument te informeren over mogelijke premievrijmaking van de lopende verzekering. In dat geval zou de verzekering immers niet beëindigd worden maar premievrij worden voortgezet. Dit geldt temeer nu Consument op 17 november 2013 per e-mail aan Aangeslotene had bericht dat het zijn bedoeling was om de verzekering één op één over te sluiten. De Commissie meent dat in deze omstandigheden een meer persoonlijke benadering, zeker nadat Consument met betrekking tot de advieskosten zijn bezwaar had kenbaar gemaakt, gepast was geweest en Aangeslotene Consument kosteloos voor een gesprek had moeten uitnodigen om zijn klacht en verzoek te bespreken. Daarbij had Aangeslotene hem in ieder geval moeten informeren over de premievrijmaking, waardoor de verzekering niet beëindigd zou worden.
- 4.3 De Commissie acht het aannemelijk dat Consument, indien Aangeslotene hem correct zou hebben geïnformeerd over de premievrije voortzetting van de verzekering met polisnummer [nummer], hiermee rekening zou hebben gehouden bij het sluiten van een nieuwe verzekering.

- 4.4 Het voorgaande leidt de Commissie tot het oordeel dat Aangeslotene haar zorgplicht jegens consument heeft geschonden.
- 4.5 Vervolgens is de vraag aan de orde of deze schending van de zorgplicht door Aangeslotene bij Consument tot schade heeft geleid. Aangeslotene heeft betoogd dat Consument niet heeft voldaan aan zijn schadebeperkingsplicht door niet althans uitsluitend onder niet uitvoerbare door Consument gestelde condities mee te werken aan het voorstel van Aangeslotene om te trachten het verzekerde bedrag van de nieuwe verzekering te verlagen. De Commissie is van oordeel dat van Consument weliswaar verlangd kan worden dat hij Aangeslotene in de gelegenheid stelt om de nadelige gevolgen zoveel mogelijk te beperken maar de oorzaak van de claim van Consument ligt niet zozeer in de nieuw gesloten verzekering op zichzelf maar in het feit dat Consument niet is geïnformeerd over de premievrije voortzetting van de oude verzekering. Bovendien heeft de nieuwe verzekeraar geen belang bij het verlagen van het verzekerde bedrag en dientengevolge de premie, waardoor het zeer de vraag is of deze zou meewerken aan het voorstel van Aangeslotene.
- 4.6 Het onder 4.5 gestelde leidt de Commissie tot de conclusie dat Consument door de handelwijze van Aangeslotene thans een hogere premie betaalt voor het door hem gewenste totaal verzekerde bedrag dan nodig was geweest indien hij rekening had kunnen houden bij de premievrije voortzetting van de verzekering bij Verzekeraar met polisnummer [nummer]. Dit betekent dat Aangeslotene gehouden is het verschil in premie tussen de nieuwe verzekering van Consument met het huidige verzekerde bedrag en de nieuwe verzekering met het daarbij behorende verzekerde bedrag minus het nog op de vorige verzekering verzekerde bedrag van €9.478,12, te vergoeden op basis van de looptijd van de nieuwe verzekering, een en ander vast te stellen op een bedrag naar contante waarde. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

## **5. Beslissing**

De Commissie beslist dat Aangeslotene binnen zes weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd overgaat tot het vaststellen van het onder 4.6 bedoelde bedrag en dit bedrag overmaakt op een door Consument op te geven bankrekeningnummer. De Commissie beslist voorts dat Consument aan Aangeslotene de daartoe benodigde informatie, waaronder een kopie van de polis van de nieuwe verzekering, over legt.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor [www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld)]

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.

