Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0963

(mr. dr. ing. A.J. Verdaas, voorzitter en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	18 december 2023
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Spaarkas N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

De consument klaagt over een in 1999 afgesloten beleggingsverzekering met de naam Spaarbeurs. De consument stelt onder meer dat de kosten en overlijdensrisicopremie te hoog zijn en dat de toegepaste compensatieregeling niet duidelijk is. Deze klachten en de overige klachten van de consument zijn ongegrond. Vordering afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was van 1 april 2022 tot 1 oktober 2023 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 januari 1999 een beleggingsverzekering met de naam AEGON SpaarBeurs met als polisnummer [nummer] (hierna: de verzekering), bij de verzekeraar. Dit product betreft een spaarkas. Bij aanvang was de maandelijkse inleg bepaald op NLG 100,- (€ 45,38) en de einddatum op 1 januari 2029.

2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.

2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering zijn de volgende stukken aan de consument verstrekt:

- een aanvraagformulier getekend op 8 december 1998;
- een certificaat gedateerd 21 december 1998;
- de voorwaarden, genaamd 'Algemene voorwaarden van AEGON spaarkasovereenkomst nr A1'.

Hierna worden deze stukken gezamenlijk aangeduid als 'de productdocumentatie.'

2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) 1998 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1998 van toepassing.

2.5 Op het certificaat staat onder andere het volgende:

"(…)

Uitkering	*Bij in leven zijn van de verzekerde op 01-01-2029 (de einddatum) wordt uitgekeerd de tegenwaarde in guldens van het bij deze overeenkomst behorende aandeel in de beleggingskas van AEGON SpaarBeurs. Terstond na overlijden van de verzekerde voor 01-01-2029 wordt de betaalde inleg, vermeerderd met samengestelde intrest à 4% per jaar, uitgekeerd.*
Inleg	*100,- per maand van 01-01-1999 tot 01-01-2029 bij vooruitbetaling te voldoen zolang de verzekerde leeft.*
Beleggingseenheden	*299,44 (…)"*

2.6 Op het clausuleblad bij het certificaat staat onder andere het volgende:

"(…) Aanvullende garantie bij overlijden

1. In de periode vanaf 01-01-1999 tot en met de 10e van de maand, onmiddellijk nadat de helft van de looptijd is verstreken, komt na overlijden van de verzekerde nooit minder beschikbaar dan 110% van de som van de tegenwaarde in guldens van het aandeel van de spaarder in de beleggingskas en de met 4% opgerente waarde van de netto-risicopremies. (…)

Bijzonderheden AEGON SpaarBeurs

(…) 5. Gedurende de laatste drie jaar kan (een deel van) het opgebouwde vermogen, onder aftrek van de bruto premie voor de overlijdensuitkering voor de resterende jaren en eventueel nog niet verrekend eerste administratieloon, veilig worden gesteld door overheveling naar de GarantiePlusRekening (…)

7. Het eerste administratieloon bij termijninleg bedraagt 5% over de totale inleg, waarbij maximaal 30 inlegjaren in aanmerking worden genomen. In geval van verhoging van de termijninleg is dit van overeenkomstige toepassing. Het eerste administratieloon wordt vanaf de ingangsdatum resp. de verhogingsdatum in vijf jaar verrekend (zie ook artikel 9.2 van Algemene voorwaarden). Het eerste administratieloon bij incidentele inleg bedraagt 6% van deze inleg; dit wordt ineens in mindering gebracht op de bijbehorende spaarstorting. Het doorlopende administratieloon is 0,045% per maand over de waarde van het aandeel van de spaarder in de beleggingskas. De verrekening vindt plaats aan het einde van de betreffende maand. (…)"

2.7 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

"(…) ***1. Definities***

In dit spaarcertificaat en deze voorwaarden wordt verstaan onder:

(…) ***f*** *spaarkasovereenkomst: de overeenkomst waaruit voor AEGON Spaarkas de verplichting ontstaat om enerzijds de aan de beleggingskas ten goede komende inleg van de spaarders te beheren, te beleggen en op de einddatum van de overeenkomst bij in leven zijn van de verzekerde de tegenwaarde in guldens van het aandeel in de beleggingskas uit te keren en anderzijds in geval van overlijden van de verzekerde, voor de einddatum, een overlijdensuitkering te doen;*

(…) ***j*** *spaarstorting: het gedeelte van de door de spaarder verschuldigde inleg dat is bestemd voor de uitkering bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum en voor vergoeding van het administratieloon. (…)*

3. Overlijdensdekking en administratieloon

3.1 *De bruto premie voor de overlijdensuitkering en het administratieloon worden de spaarder in rekening gebracht. Het administratieloon bestaat uit:*

a het eerste administratieloon: de vergoeding voor de kosten die gemoeid zijn met het opmaken en in administratie nemen van de overeenkomst;

b het doorlopende administratieloon: de vergoeding voor de kosten die gemoeid zijn met het beheren van de overeenkomst.(…)

8. Deelname aan de beleggingskas

(…)

8.3 *Alle kosten voortvloeiend uit het beleggen der gelden komen ten laste van de gezamenlijke aandelen van de spaarders, naar rato van hun aandeel.(…)"*

2.8 De verzekeraar heeft de consument gedurende de looptijd van de verzekering geïnformeerd over de (waarde)ontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van Commissie De Ruiter.

2.9 De verzekeraar heeft in november 2005 de zogenoemde 'Wegwijzer AEGON SpaarBeurs' aan de consument toegezonden.

2.10 In november 2005 heeft de verzekeraar de consument per brief bericht dat de voorwaarden van de verzekering worden verbeterd. De eerste productverbetering betreft het met terugwerkende kracht maximeren van de hoogte van de overlijdens-risicopremie tot 17%. De tweede productverbetering betreft het met terugwerkende kracht afschaffen van de rentevergoeding die ten aanzien van het (nog te verrekenen) eerste administratieloon in rekening werd gebracht. De overlijdensrisicopremie die de consument tot dan toe had betaald ligt onder de 17%, waardoor enkel de tweede productverbetering van toepassing is op de situatie van de verzekering. In dat kader werd administratief per 1 november 2005 de waarde van de verzekering verhoogd van € 2.812,95 naar € 3.085,89.

2.11 De consument heeft de verzekeraar per aangetekende brief van 28 juli 2007 onder meer als volgt bericht:

"(…) In juni 2006 heeft de Autoriteit Financiële Markten de generieke rapportage "Rapport Beleggingsverzekeringen" opgesteld.

In dit rapport staan onder meer de volgende bevindingen:

- *beleggingsverzekeringen zijn complexe en ondoorzichtige producten;*
- *de informatieverstrekking is onvolledig, ontoereikend en niet in alle gevallen juist;*

- *één van de belangrijkste normen bij vermogensbeheer, handelen in het belang van de belegger, wordt bij beleggingsverzekeringen veel minder nagevolgd;*

- *en de beleggingsverzekeringen zijn relatief duur, omdat een belangrijk deel van de inleg niet wordt belegd maar op gaat aan kosten, provisie en – in mindere mate – aan premies.*

Deze bevindingen zijn in een uitzending van Tros Radar op 6 november 2006 uitvoerig aan de orde geweest. Met name is gebleken dat bij veel beleggingsverzekeringen de verzekeringnemer niet, althans onvolledig is geïnformeerd over de kosten die ingehouden worden op de premie of op de einduitkering bij de afkoop, de afloop of het premie vrijmaken van de beleggingsverzekering. Dergelijke kosten drukken het rendement aanzienlijk.

Terzake mijn beleggingsverzekeringen bestaan diverse vorderingen op u. Op dit moment houd ik het er voor dat er onder meer sprake is van misleidende reclame, schendingen van mededelings- en waarschuwingsplichten, tekortkomingen in de nakoming van de overeenkomst en strijd van (delen van) de overeenkomst met de redelijkheid en billijkheid.

Ik stel u hierbij nadrukkelijk aansprakelijk en in gebreke terzake van alle hierboven bedoelde vorderingen. Voorts zeg ik u – voor zover vereist – de wettelijke rente aan over alle aan mij verschuldigde bedragen, met welke rechtsgrond dan ook.

Met verwijzing naar artikel 3:317 BW wijs ik u er op dat dit schrijven moet worden beschouwd als een aanmaning, alsmede een ondubbelzinnig voorbehoud van alle rechten van mij jegens u op nakoming van mijn mogelijke rechtsvorderingen, zodat met deze brief overeenkomstig bedoeld wetsartikel tevens de verjaring is gestuit. (…)"

2.12 Bij brief van 6 augustus 2007 heeft de verzekeraar gereageerd op de brief van de consument van 28 juli 2007.

2.13 In maart 2011 heeft de verzekeraar de consument per brief bericht dat toetsing van de verzekering aan de zogenoemde compensatieregeling met betrekking tot de in rekening gebrachte kosten en overlijdensrisicopremie (ook wel Stichtingsakkoord genoemd) niet leidt tot een vergoeding.

2.14 Bij brief van februari 2013 heeft de verzekeraar de consument bericht dat vanaf 1 januari 2013 de kosten bij de verzekering zijn gemaximeerd op 1,90% per jaar van de gemiddelde belegde waarde.

2.15 Naar aanleiding van de brief van de consument van 6 oktober 2014, heeft de verzekeraar bij brief van 13 oktober 2014 de consument nogmaals geïnformeerd over de uitwerking van het Stichtingsakkoord op de verzekering.

2.16 Bij brief van 10 april 2017 heeft de verzekeraar de consument erop gewezen dat zij ter zake van de verzekering gebruik kan maken van een kosteloos adviesgesprek.

De consument heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. In mei 2017 heeft de verzekeraar het adviesrapport aan de consument verstrekt.

2.17 Per brief van 28 september 2017 heeft de verzekeraar de consument bericht dat zij ten aanzien van de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie uit hoofde van de regeling SpaarBeurs/Spaarlift geen recht heeft op een compensatie.

2.18 Per e-mail van 11 juni 2021 heeft de consument vragen gesteld over de compensatie in het kader van de kostenmaximering. De verzekeraar heeft op 15 juni 2021 per e-mail gereageerd.

2.19 Per e-mail van 27 februari 2023 heeft de verzekeraar afwijzend gereageerd op de klacht van de consument, waarna de klacht op 9 juni 2023 in behandeling is genomen door Kifid.

De klacht en vordering

2.20 De consument vordert dat de verzekeraar gehouden wordt tot betaling van een schadevergoeding ter hoogte van € 5.000,-, te vermeerderen met wettelijke rente.

2.21 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

I. de kosten en de overlijdensrisicopremie te hoog zijn;

II. de verzekeraar weet dat de kosten te hoog zijn, hij geeft daar ook compensatie voor, maar doet dat niet vanaf het begin, waardoor er rendement wordt gemist;

III. de compensatie is onduidelijk en wordt niet verder inzichtelijk gemaakt door de verzekeraar.

Het verweer

2.22 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument en doet daarbij onder andere een beroep op verjaring. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie is van oordeel dat de vordering van de consument niet kan slagen en legt hierna uit waarom.

Beoordelingskader

3.2 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het in de bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen.

Toetsing door de commissie vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie.

Heeft de verzekeraar aan de op hem rustende informatieverplichtingen voldaan?

3.3 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de verstrekte productdocumentatie niet geheel heeft voldaan aan de informatieverplichtingen uit hoofde van de Riav 98. De aan- en verkoopkosten (kosten voortvloeiend uit het beleggen) worden weliswaar genoemd in artikel 8.3 van de algemene voorwaarden, maar de (nominale) hoogte daarvan of de wijze waarop deze kosten worden bepaald is daarbij niet vermeld. Dit betekent dat op dit punt niet is voldaan aan de Riav 98. De verzekeraar is in zoverre tekortgeschoten in de op hem rustende informatieverplichting. De commissie is echter van oordeel dat daaraan in dit geval geen gevolgen verbonden kunnen worden. Gesteld noch gebleken is dat de consument in 1999 een andere beslissing zou hebben genomen in het geval zij wel was geïnformeerd over de nominale hoogte van de aan- en verkoopkosten of het daaraan verbonden percentuele beslag en zij alsdan in een gunstigere positie had verkeerd dan nu het geval is. In dat verband blijkt uit de overgelegde Wegwijzer AEGON Spaarbeurs dat het hierbij om een relatief beperkt beslag van 3% over de inleg ging. Bij deze stand van zaken kan de commissie niet vaststellen dat de consument als gevolg van de tekortkoming van de verzekeraar in de op hem uit voornoemde regelgeving rustende informatieverplichtingen enige schade heeft geleden. Een (eventuele) vordering tot schadevergoeding is in zoverre dan ook niet toewijsbaar.

Is sprake van wilsovereenstemming over (de hoogte van) de kosten?

3.4 Uit de algemene voorwaarden (waaronder artikel 3.1, zie 2.7) blijkt duidelijk dat er een administratieloon in rekening wordt gebracht dat bestaat uit een eerste administratieloon en een doorlopend administratieloon. Op het clausuleblad (zie 2.6) is aangegeven welke percentages worden gerekend voor het eerste en doorlopende administratieloon. Uit artikel 8.3 van de algemene voorwaarden blijkt dat de verzekeraar kosten in rekening brengt die voortvloeien uit het beleggen (aan -en verkoopkosten). Partijen zijn dit overeengekomen. Voor wat betreft de stelling dat de in rekening gebrachte kosten te hoog zijn, blijkt uit de stukken dat er op grond van de zogenoemde compensatieregeling (zie 2.13) geen vergoeding is ontvangen en dat de verzekeraar gedurende de looptijd verschillende productverbeteringen waaronder kostenverlagingen (in 2005 en 2013) heeft doorgevoerd. De stelling van de consument, zoals de commissie die begrijpt, dat de verzekeraar tot meer of anders was gehouden, vindt geen steun in de overgelegde stukken en wordt verder ook niet onderbouwd of aannemelijk gemaakt.

(Te hoge) overlijdensrisicopremie?

3.5 Uit het certificaat en de algemene voorwaarden (waaronder artikel 1 en artikel 3, zie 2.7) blijkt duidelijk dat sprake is van een beleggingsverzekering met een overlijdens-risicodekking. Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel dat de overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisico-premie vindt daarom grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Voor zover tussen de verzekeraar en de consument geen wilsovereenstemming heeft bestaan over de hoogte van de overlijdensrisicopremie en daarmee sprake is van een leemte volgt met toepassing van artikel 6:248 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) dat de consument voor de verleende dekking in ieder geval een naar de destijds geldende maatstaven redelijke premie verschuldigd is. De commissie is van oordeel dat gelet op de door de verzekeraar in 2005 doorgevoerde productverbeteringen, de toetsing aan de zogenoemde compensatieregeling en nadien aan de regeling SpaarBeurs/Spaarlift het ervoor gehouden moet worden dat de uiteindelijk door de consument betaalde overlijdensrisicopremie, zeker naar de maatstaven van 1999, redelijk is. Dat dit anders zou zijn wordt weliswaar gesteld maar niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt, zodat dit klachtonderdeel niet slaagt.

Compensatieregeling

3.6 De consument stelt dat de verleende compensatie onduidelijk is en niet inzichtelijk wordt gemaakt door de verzekeraar. Daarnaast stelt zij dat de verzekeraar geen compensatie heeft gegeven vanaf het begin van de polis, waardoor zij rendement mist.

3.7 De commissie merkt op dat de verzekeraar op verschillende momenten inzage heeft gegeven over de manier waarop de compensatieregeling wordt berekend. Uit de stukken en de uitleg van de verzekeraar blijkt dat de in 2005 doorgevoerde productverbeteringen, het Stichtingsakkoord en de Regeling SpaarBeurs/Spaarlift met terugwerkende kracht zijn doorgevoerd. Daaraan doet niet af dat de consument de uitleg mogelijk niet heeft begrepen. Dat de berekeningswijze niet klopt, de uitleg niet inzichtelijk is en de consument daarom aanspraak maakt op hogere compensatie wordt weliswaar gesteld, maar niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt. Samengevat slaagt dit klachtonderdeel niet.

Oneerlijke bedingen

3.8 Het is de commissie niet gebleken dat sprake is van bedingen in de verzekerings-voorwaarden die als oneerlijk in de zin van het de Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten zijn aan te merken en dus als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden.

Conclusie

3.9 De slotsom is dat de vordering van de consument niet slaagt en daarmee wordt afgewezen. Bij die stand van zaken kan het verjaringsverweer van de verzekeraar onbesproken blijven.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 2022 tot 1 oktober 2023 te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Bij de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen neemt de Geschillencommissie een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB) als uitgangspunt. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB over beleggingsverzekeringen kort weergegeven.

Informatie over de beleggingsverzekering

1.1 Uitgangspunt is steeds dat de verzekeraar verplicht is om voorafgaand of bij de totstandkoming van de beleggingsverzekering de op grond van de op dat moment geldende wet- en regelgeving voorgeschreven informatie aan de consument te verstrekken. Met regelgeving bedoelt de CvB onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). De verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

Wilsovereenstemming over de kosten

1.2 Uit de uitspraken van de CvB volgt, kort samengevat, dat de verzekeraar een kostensoort slechts in rekening mag brengen als daarover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Leidend daarbij is of uit de door de verzekeraar verstrekte informatie over het product valt af te leiden welke kosten in rekening worden gebracht. Oftewel de consument wist bij aanvang van de verzekering of had bij aanvang van de verzekering kunnen weten welke kosten in rekening zouden worden gebracht. Als wilsovereenstemming over kosten of een bepaalde kostensoort ontbreekt, moeten de ten onrechte in rekening gebrachte bedragen aan de waarde van de verzekering worden toegevoegd en mogen deze in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht. Als de verzekering al is beëindigd moet de afkoopwaarde of eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna onder 1.4.

Richtlijn oneerlijke bedingen

1.3 Een (kosten)beding moet op grond van Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Voor dit vereiste van transparantie is niet voldoende dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft (dat wil zeggen de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hem of haar voortvloeien kan inschatten. Vergelijk CvB 2018-041, rechtsoverweging 4.5.3. Het betreffende (kosten)beding kan als onredelijk bezwarend buiten toepassing worden gelaten.

Fondsbeheerkosten (TER)

1.4 De verzekeraar hoefde vóór de invoering van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER. Verder worden deze kosten niet door de verzekeraar gemaakt maar door derden zodat het er niet om gaat of partijen zijn overeengekomen dat de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.2.3, 5.16 en 5.17). Vanaf 1 oktober 1998 moest de verzekeraar de verzekeringnemer over de TER informeren op grond van Hoofdstuk III, artikel 02 van de CRR 1998. Hiermee werd invulling gegeven aan de verplichting die artikel 2, lid 2 onder q Riav 1998 op de verzekeraar legt, om de verzekeringnemer in kennis te stellen van de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden van de verzekering (CvB 2017-035, rechtsoverweging 4.30). Als de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

Overlijdensrisicodekking

1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Voor zover gesteld wordt dat de verzekeraar een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht, moet de consument aannemelijk maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd. Daarnaast moet hij ook aannemelijk maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.21 t/m 5.24).

Het hefboom- en inteereffect

1.6 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt en dat als gevolg daarvan bij een eventueel vóóroverlijden geen overlijdensuitkering meer kan worden uitgekeerd. De consument moet het bestaan van dit bijzondere risico aannemelijk maken (CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51). Als de verzekeraar bij het bestaan van dit bijzondere risico verzuimd heeft voor dit bijzondere risico te waarschuwen schiet hij tekort. Die tekortkoming is onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29 en 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

1.7 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, hij een andere beslissing had genomen dat hij nu gedaan heeft. De (omvang van de) schade moet worden vastgesteld door een vergelijking te maken tussen de feitelijke situatie na het tekortschieten en de situatie waarin de consument zou hebben verkeerd als de verzekeraar niet zou zijn tekortgeschoten. Kan de omvang van de schade niet nauwkeurig worden vastgesteld, dan wordt zij geschat op grond van artikel 6:97 tweede zin BW (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.35; 2017-035, rechtsoverwegingen 4.76 en 4.78; CvB 2017-036, rechtsoverwegingen 4.8.3 en 4.8.4).