Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0092

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. P.J. Neijt, drs. J.W. Janse, leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	29 januari 2024
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 Belegggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Spaarkas afgesloten in 1997. De consument stelt onder andere dat de verzekeraar wederrechtelijk voordeel heeft genoten doordat de verzekeraar het aan hem inzake de beleggingen toegerekende dividend en herbeleggingsresultaat niet of niet volledig aan de consument heeft uitgekeerd. Deze klachten en de overige klachten van de consument zijn ongegrond. Vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier met aanvullende stukken van de consument;
- de aangepaste klachtuiting van de consument ontvangen op 21 juli 2021;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer mr. F.G.C.M. Jansen (Shureluck B.V.), professioneel vertegenwoordiger (hierna: de vertegenwoordiger).

1.3 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.

1.4 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 had met ingang van 1 februari 1997 een beleggingsverzekering met de naam KoersPlan afgesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar (hierna: de verzekering). De verzekering is een spaarkasproduct. De einddatum van de verzekering was bij aanvang gesteld op 1 februari 2012 en de te betalen maandpremie op NLG 150,- (€ 68,07,-).

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 Rond de totstandkoming van de verzekering is de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:

- een inschrijfformulier getekend op 21 december 1996;
- een certificaat (niet overgelegd);
- een brochure, genaamd: "KoersPlan";
- de Voorwaarden 97.01 Algemeen en de Productvoorwaarden 97.01 KoersPlan.

2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) 1994 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1996 van toepassing.

2.5 In de Voorwaarden 97.01 Algemeen staat onder andere:

"(…) ***1. Definities***

Op het certificaat en in deze voorwaarden wordt verstaan onder:

a *Spaarbeleg: Spaarbeleg Kas NV;*

(…)

c overeenkomst: de Spaarbeleg-overeenkomst, waaruit voor Spaarbeleg de verplichting ontstaat om:

- *de aan het fonds toekomende spaarstortingen te beheren en te beleggen;*
- *de te verrekenen overlijdensrisicopremie te beheren;*
- *op de einddatum van de overeenkomst het aandeel in het fonds uit te keren;*
- *bij overlijden van de verzekerde gedurende de spaarperiode een overlijdensuitkering te doen;*

d verzekerde: degene op het leven van wie de overeenkomst is afgesloten; (…)

k *spaarstorting: dat deel van de inleg waarmee wordt deelgenomen in het fonds en dat zorgt voor de opbouw van het eindkapitaal.*

l *participaties: voor de gedane spaarstortingen worden, na aftrek van de te verrekenen kosten, participaties in het fonds aangekocht.*

m *beleggingseenheid: een beleggingseenheid vertegenwoordigt f 100,- aan spaarstorting op jaarbasis. Bij een éénmalig ingelegd bedrag wordt de beleggingseenheid omgerekend op basis van jaarlijkse betalingen; voor de gehele spaarstorting van een éénmalig ingelegd bedrag worden op de eerste dag van de gewenste maand participaties in het fonds aangekocht.*

n *koers: de guldenswaarde van één participatie in het fonds.*

o *verzekeringspremie: de door de inschrijver betaalde bruto premie voor de overlijdensrisicodekking.*

p *totale inleg: de som van de spaarstortingen en de verzekeringspremies vanaf de ingangsdatum tot en met de einddatum van de overeenkomst.*

q *eindkapitaal: de waarde van het aandeel van de inschrijver in het fonds op de einddatum van de overeenkomst.*

(…)

4. Deelname aan het fonds

Het aandeel van de inschrijver in het fonds bestaat uit de waarde van zijn participaties in het fonds. De vaststelling van de participatiewaarde vindt plaats op iedere eerste dag van de maand. In geval van overlijden van de verzekerde worden de opgebouwde participaties naar rato van ieders aandeel verdeeld over de overige deelnemers in het fonds. Hierbij wordt rekening gehouden met de leeftijd van de overige verzekerden in het fonds. In geval van afkoop worden de op basis van overlevingswinst opgebouwde participaties naar rato van ieders aandeel verdeeld over de overige deelnemers in het fonds. Ook hierbij wordt rekening gehouden met de leeftijd van de overige verzekerden in het fonds. Alle kosten voortvloeiend uit het beleggen van de spaarstortingen komen ten laste van de participaties van de inschrijvers. (…)"

2.6 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering geïnformeerd over de (waarde)ontwikkelingen van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.

2.7 In het kader van de compensatieregeling (ook wel Stichtingsakkoord genoemd) is de consument in mei 2011 door de verzekeraar per brief bericht dat de verzekering niet voor compensatie in aanmerking kwam.

2.8 De verzekering is beëindigd per 1 februari 2012. De verzekeraar heeft vervolgens de waarde van € 12.734,92 op de bankrekeningnummer van de consument overgemaakt.

2.9 Per e-mail van 9 april 2020 en per brief van 7 augustus 2020 heeft de consument zich bij de verzekeraar over de verzekering beklaagd. Na de afwijzende reacties van de verzekeraar daarop van 9 april 2020 en 12 augustus 2020 heeft de consument zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.10 De consument vordert, na diverse wijzigingen, dat de verzekeraar een schade vergoedt ter grootte van € 7.841,49 te vermeerderen met wettelijke rente en een vergoeding voor kosten juridische ondersteuning.

2.11 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

- De verzekeraar wederrechtelijk voordeel heeft genoten vanwege:

  - Het aan de verzekeraar toegerekende en niet door de verzekeraar aan de consument uitgekeerde dividend;

  - Het aan de verzekeraar toegerekende en niet volledig aan de consument uitgekeerde beleggingsresultaat;

  - De door de verzekeraar verrekende dividendbelasting waarvoor de consument geen compensatie heeft ontvangen.

- De consument de mogelijkheid tot het verrekenen van dividendbelasting is ontnomen.

Het verweer

2.12 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

Heeft de verzekeraar wederrechtelijk voordeel genoten?

3.1 De consument stelt zich, zoals de commissie het begrijpt, op het standpunt dat er sprake is van wederrechtelijk voordeel voor de verzekeraar en daarmee financieel nadeel voor de consument doordat de verzekeraar het in verband met het beleggen aan hem toegerekende dividend en beleggingsresultaat niet of niet volledig aan de consument heeft toegekend. Daarnaast heeft de verzekeraar de consument niet gecompenseerd voor de door hem verrekende dividendbelasting.

De verzekeraar betwist de stellingen van de consument en stelt zich op het standpunt dat de verzekering op de juiste wijze is nagekomen en dat het fonds waarin wordt belegd de dividenden die zij ontvangt herbelegt, dit vertaalt zich in de koers van het fonds. Van wederrechtelijk voordeel is geen sprake. De voor- of nadelen uit de beleggingen komen ten goede aan danwel ten laste van de polishouder. In dat verband heeft de verzekeraar een overzicht overgelegd waarin het (maandelijkse) verloop van de verzekering vanaf de ingangsdatum tot aan de einddatum is weergegeven. Tevens is de verzekeraar ter weerlegging van het door de consument gestelde, ingegaan op de door consument gemaakte berekeningen en heeft daarbij uitgebreid toegelicht waarom deze niet correct (kunnen) zijn. De commissie heeft geen reden om aan te nemen dat het door de verzekeraar overgelegde overzicht niet correct zou zijn en dat de verzekeraar anders zou hebben gehandeld dan tussen partijen in de verzekerings-overeenkomst overeengekomen. Van het door de consument gestelde weder-rechtelijke voordeel van de verzekeraar en nadeel aan de zijde van de consument is de commissie niet gebleken in het licht van de door de verzekeraar gegeven toelichting en overgelegde stukken. Dit betekent dat dit klachtonderdeel niet slaagt.

Ontnomen mogelijkheid verrekening dividendbelasting?

3.2 De consument stelt dat aan hem de fiscale mogelijkheid is onthouden om dividenden te verrekenen met de inkomstenbelasting en verwijt de verzekeraar dat hij bij het aangaan van de verzekering daar niet op is gewezen. De consument heeft echter nagelaten concreet te onderbouwen op basis waarvan hij er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat hij bij de verzekering recht had op een rechtstreeks uitkering van dividenden en daarmee op de mogelijkheid om de dividendbelasting met de inkomstenbelasting te verrekenen. Ook wordt door de consument niet concreet gesteld of aannemelijk gemaakt op basis waarvan de verzekeraar hier op had moeten wijzen. Verder blijkt uit de stukken en de in dat verband door de verzekeraar gegeven toelichting dat de dividenden worden herbelegd in hetzelfde fonds. Gelet hierop is ook niet goed te begrijpen hoe dit alles tot enig nadeel voor de consument kan hebben geleid.

Oneerlijke bedingen?

3.3 Het is de commissie niet gebleken dat er in de voorwaarden sprake is van bedingen die als oneerlijk in de zin van de Richtlijn[1] zijn aan te merken en aldus als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden.

[1] Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten

Conclusie

3.4 De slotsom is dat de klachten van de consument ongegrond zijn en dat zijn vorderingen zullen worden afgewezen. Bij die stand van zaken behoeft het verjaringsverweer van de verzekeraar geen bespreking meer.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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 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.

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).