Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0865

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	10 oktober 2024
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Fundplan. De consument vordert nakoming van de tussen partijen overeengekomen verplichtingen. Ook klaagt hij dat sprake is van onverschuldigde betaling, dat de kosten in strijd zijn met de redelijkheid en billijkheid, dat sprake is van een verrassingsbeding en van bedrog en dat de verzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. De klachten zijn ongegrond en de commissie wijst de vorderingen af.

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; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims), professioneel gemachtigde.

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 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 De consument had door bemiddeling van een tussenpersoon met ingang van 5 juni 1991 een beleggingsverzekering bij de verzekeraar, met de naam Fundplan. De einddatum van de verzekering was 5 februari 2017. De premie bedroeg van 5 juni 1991 tot 5 juni 2016 NLG 2.400,- (€ 1.089,07) per jaar en vanaf 5 juni 2016 NLG 1.600,- (€ 726,05) per jaar.

De verzekering kende bij ongewijzigde voortzetting een garantiekapitaal van NLG 81.311,- (€ 36.897,-).

2.2 Voorafgaand of bij afsluiten van de verzekering zijn de volgende documenten aan de consument verstrekt:

- een aanvraagformulier;
- een offerte van 17 mei 1991;
- een polisblad, afgegeven op 11 juni 1991; en
- de algemene voorwaarden van verzekering nr. 17

2.3 Op het polisblad staat over de in te houden kosten het volgende:

"(...) De verzekeringnemer neemt deel in Aegon Fundplan
Deelname houdt in dat de verzekeringnemer iedere spaarpremie van de verzekering belegt in één of meer fondsen behorende bij Aegon Fundplan.
Bij deelname geldt, al dan niet in afwijking van de Algemene voorwaarden verzekering, het volgende:
1. Op de opbrengst van de fondsen zal een geringe inhouding plaatsvinden i.v.m. de kosten van beheer van de fondsen.
2. Na inhouding van een aan- en verkoopmarge wordt op iedere premievervaldag de spaarpremie in de fondsen gestort. (...)"

2.4 Tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument waardeoverzichten ontvangen, vanaf 2008 conform het Model De Ruijter.

2.5 In november 2011 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij op grond van de compensatieregeling van de verzekeraar niet in aanmerking komt voor compensatie voor te hoge kosten.

2.6 De verzekering is geëxpireerd op 5 februari 2017. De eindwaarde bedroeg € 50.005,-. De verzekeraar heeft ook een bedrag aan rente uitbetaald en in totaal € 50.031,70 uitgekeerd. Op 14 juni 2023 heeft de consument een klacht over de verzekering bij de verzekeraar ingediend.

De klacht en vordering

2.7 De consument vordert primair een bedrag van € 46.604,-. Dit bedrag bestaat uit de ingehouden eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar, vermeerderd met 7% (historisch) rendement. Dit bedrag, € 35.571,- is vanaf de uitkeringsdatum vermeerderd met de wettelijke rente. Deze vordering is een vordering tot nakoming en dus geen vordering tot schadevergoeding. De consument onderbouwt de vordering als volgt.

2.8 De verzekeraar moet zich aan de verzekeringsovereenkomst houden. Partijen zijn alleen de beheer-, aan- en verkoopkosten overeengekomen. Op het polisblad, dat een onderhandse akte is, staat dat alleen die kosten in rekening worden gebracht.

Daarop mocht de consument vertrouwen. Eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar staan niet op het polisblad en ook niet in de voorwaarden. Voor die kosten bestaat dus geen grondslag en de verzekeraar mag ze niet in rekening brengen. De consument vordert nakoming van de verzekeringsovereenkomst. De verzekeraar moet een herberekening maken van de eindwaarde, waarbij in rekening gebrachte eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar buiten beschouwing worden gelaten. De consument verwijst daarbij onder meer naar de uitspraak van het Hof Den Haag met nummer ECLI:NL:GHDHA:2023:1852. De eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar zijn voorts onverschuldigd betaald en in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Ook om deze reden bestaat voor de kosten geen grondslag, zoals overwogen in het arrest van het Hof Den Haag.

2.9 In de voorwaarden van het Fundplan wordt niet vermeld dat naast de op het polisblad genoemde kosten nog extreem hoge eerste kosten in rekening zouden worden gebracht, gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Er is daarom sprake van verrassings-bedingen die de consument niet zou hebben geaccepteerd als hij hiervan bij het sluiten van de verzekering op de hoogte was gesteld. Deze kostenbedingen (eerste kosten en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar) moeten dan ook worden vernietigd.

2.10 Er is sprake van bedrog omdat de verzekeraar opzettelijk heeft verzwegen dat naast de aan- en verkoopkosten en de beheerkosten nog andere kosten in rekening werden gebracht terwijl hij wist dat deze in rekening zouden worden gebracht.

2.11 Subsidiair vordert de consument een schadevergoeding van € 30.000,-. Hij stelt dat de verzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door niet te waken voor de belangen van de consument. Eind jaren negentig heeft de verzekeraar een nieuwe verzekering (Levensloop) uitgebracht met vrijwel identieke kosten als het Fundplan, maar met alleen de eerste 5 jaar hoge eerste kosten. Toen had de verzekeraar ook de eerste kosten bij de consument moeten stoppen. De verzekeraar wist dat hij de consument had benadeeld door vele jaren hoge eerste kosten in rekening te brengen en hij had daarom de eerste en doorlopende kosten (met uitzondering van de aan- en verkoopkosten en beheerkosten) moeten stopzetten. De schade die de consument als gevolg daarvan geleden heeft, moet de verzekeraar vergoeden.

2.12 De consument vordert zowel primair als subsidiair vergoeding van kosten voor bijstand van de Stichting Woekerclaims en kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid ter hoogte van €2.500,-. Ten slotte vordert hij overlegging van een kopie van het aanvraag-formulier, van de bijbehorende offerte, van de brochure van het Fundplan en een gespecificeerde kostenopgave en berekening van de eindwaarde zonder inhouding van de eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar.

Het verweer

2.13 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Nakoming

3.1 De verzekeraar is volgens de consument verplicht om niet meer kosten in rekening te brengen dan de overeengekomen kosten. Alleen de aan- en verkoopkosten en de fondsbeheerkosten zijn partijen overeengekomen. De verzekeraar heeft echter ook niet overeengekomen eerste en doorlopende kosten van de verzekeraar en de bemiddelaar in rekening heeft gebracht. De verzekeraar is de verzekeringsovereenkomst dus niet deugdelijk nagekomen. De consument vordert nakoming van de verplichting om niet meer kosten in rekening te brengen dan de overeengekomen kosten. De verzekeraar heeft een en ander betwist en doet onder meer een beroep op verjaring.

3.2 De commissie overweegt dat er op grond van de verzekeringsovereenkomst geen verplichting voor de verzekeraar bestaat om niet meer dan de overeengekomen kosten in rekening te brengen. De verzekeraar is gerechtigd om de overeengekomen kosten in rekening te brengen. Omdat er geen contractuele verplichting voor de verzekeraar bestaat om niet meer dan de overeengekomen kosten in rekening te brengen, kan de consument van een dergelijke verplichting ook geen nakoming vorderen.

3.3 Omdat bij het in rekening brengen van kosten door de verzekeraar geen sprake is van een recht van de consument op nakoming van de overeenkomst, hoeft het verjaringsverweer van de verzekeraar niet meer te worden besproken.

Onverschuldigde betaling

3.4 De consument stelt dat hij de eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar onverschuldigd betaald heeft en vordert ook op deze grondslag nakoming door de verzekeraar. Volgens artikel 6:203 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek heeft de schuldeiser in geval van een onverschuldigde betaling van een geldsom recht op teruggave van een bedrag gelijk aan het bedrag dat onverschuldigd betaald is. Maar de consument vordert geen terugbetaling van een onverschuldigd betaald bedrag. Hij vordert immers vergoeding van die kosten vermeerderd met misgelopen rendement daarover vanaf het moment van inhouding. De commissie zal de vordering op de grond van onverschuldigde betaling daarom afwijzen.

Kosten in strijd met de redelijkheid en billijkheid

3.5 Volgens de consument zijn de eerste en doorlopende kosten verzekeraar en bemiddelaar in strijd met de redelijkheid en billijkheid.

Ter onderbouwing van deze stelling heeft de consument een vergelijking gemaakt van de kosten die de verzekeraar bij de verzekering heeft ingehouden, en de kosten die de verzekeraar bij twee andere verzekeringen heeft ingehouden. De enkele omstandigheid dat voor andere producten (mogelijk) lagere kosten worden gerekend, betekent echter nog niet dat de kosten die voor de verzekering gerekend zijn, in strijd zijn met de redelijkheid en billijkheid.[1]

Verrassingsbeding

3.6 De consument stelt ook dat sprake is van verrassingsbedingen, omdat in de voorwaarden niet wordt vermeld dat naast de op het polisblad genoemde kosten nog extreem hoge eerste kosten in rekening zouden worden gebracht, gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Hij vordert daarom vernietiging van deze bedingen. Deze vordering kan niet slagen, omdat de kostenposten die de consument noemt, niet in een beding in de voorwaarden zijn opgenomen. Een beding dat niet bestaat kan niet worden vernietigd.

Bedrog

3.7 Volgens de consument is sprake van bedrog omdat de verzekeraar opzettelijk heeft verzwegen dat er naast de aan- en verkoopkosten en beheerkosten nog andere kosten in rekening werden gebracht, terwijl de verzekeraar wel wist dat deze kosten in rekening zouden worden gebracht. De commissie overweegt dat de consument onvoldoende heeft gesteld of onderbouwd dat is voldaan aan de vereisten voor bedrog. Voor een geslaagd beroep op bedrog moet namelijk komen vast te staan dat de verzekeraar de consument tot het sluiten van de verzekering heeft bewogen door een opzettelijk daartoe gedane onjuiste mededeling of door het opzettelijk daartoe verzwijgen van enig feit dat de verzekeraar verplicht was mede te delen, of door een andere kunstgreep.[2] Uit de stellingen van de consument volgt niet dat de verzekeraar opzettelijk heeft gezwegen met het oogmerk om de consument ertoe te bewegen de verzekering af te sluiten. De klacht faalt.

Schending zorgplicht?

3.8 De consument stelt dat de verzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door niet te waken voor zijn belangen. De verzekeraar heeft eind jaren ‘90 een nieuwe verzekering uitgebracht met vrijwel identieke kosten als het Fundplan, maar met alleen de eerste 5 jaar hoge eerste kosten. De verzekeraar had toen ook voor hem de eerste en doorlopende kosten moeten stoppen, omdat hij wist dat hij de consument had benadeeld door vele jaren hoge eerste kosten in rekening te brengen. De commissie volgt de stelling van de consument niet.

[1] Vergelijk CvB 2023-0038 onder 5.34
[2] Zie hiervoor artikel 3:44 van het Burgerlijk Wetboek

De op een verzekeraar rustende zorgplicht reikt niet zo ver dat hij zijn klanten op goedkopere producten in de markt of in zijn eigen productaanbod moet wijzen.[3]

Opvragen informatie

3.9 De consument stelt dat de verzekeraar weigert door hem opgevraagde informatie te verstrekken. Onder omstandigheden kan de commissie procesrechtelijke consequenties eraan verbinden als een financiële dienstverlener een bepaald stuk waarover hij beschikt niet verstrekt. De commissie ziet geen aanleiding om dat in dit geval te doen omdat voldoende stukken in het geding zijn gebracht om de klacht te beoordelen.[4]

Ambtshalve toetsing

3.10 De commissie heeft ambtshalve getoetst of de voor de beoordeling van de klacht relevante bedingen in de overeenkomst oneerlijk zijn. Dergelijke oneerlijke bedingen zijn de commissie niet gebleken.

Conclusie

3.11 De klachten van de consument zijn ongegrond en de commissie zal overgaan tot afwijzen van de vordering.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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

[3] Vergelijk GC 2017-127, onder 4.6
[4] Vergelijk CvB Kifid 2021-0029, onder 6.17 en CvB Kifid 2021-0030, onder 6.6.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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