

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2025-0177

(mr. dr. ing. A.J. Verdaas, voorzitter en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

Datum uitspraak	27 februari 2025
Klacht van	mevrouw [naam 1] en de heer [naam 2], verder te noemen de consumenten
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Fundplannen afgesloten in 1999. Consumenten stellen dat de verzekering niet correct wordt nagekomen, dat sprake is van oneerlijke bedingen en dat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking. De commissie oordeelt dat geen sprake is van oneerlijke bedingen. De klachten over tekortkoming in de nakoming en ongerechtvaardigde verrijking slagen evenmin. De commissie wijst de vordering af.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:
 - het klachtformulier van de consumenten;
 - het verweerschrift van de verzekeraar;
 - de repliek van de consumenten en
 - de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 De consumenten zijn in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims), professioneel vertegenwoordiger.
- I.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.
- I.4 De consumenten 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 consumenten hebben door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 15 maart 1999 ieder afzonderlijk een beleggingsverzekering met de naam *AEGON Fundplan*, met de polisnummers [polisnummer 1] en [polisnummer 2], gesloten bij de verzekeraar in het kader van het verkrijgen van een hypothecaire lening. Het product *AEGON Fundplan* betreft een unit-linked verzekering. Deze verzekeringen worden hierna gezamenlijk aangeduid als ‘de verzekering’.

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

2.3 Bij de verzekering met polisnummer [polisnummer 1] is het volgende verzekerd:

- Een bedrag van f 225.000,- uit te keren bij in leven zijn van de verzekerde op 15 maart 2029.
- Een bedrag van f 225.000,- uit te keren terstond na overlijden van de verzekerde voor 15 maart 2029.

De premie is gesteld op f 456,08 per maand van 15 maart 1999 tot 15 maart 2029 en moet worden voldaan bij vooruitbetaling zolang de verzekerde leeft.

2.4 Bij de verzekering met polisnummer [polisnummer 2] is het volgende verzekerd:

- Een bedrag van f 225.000,- uit te keren bij in leven zijn van de verzekerde op 15 maart 2029.
- Een bedrag van f 225.000,- uit te keren ter stond na overlijden van de verzekerde voor 15 maart 2029.

Met deze verzekering wordt deelgenomen in het Aegon Fundplan. De premie is gesteld op f 501,52 per maand van 15 maart 1999 tot 15 maart 2029 en moet worden voldaan bij vooruitbetaling zolang de verzekerde leeft.

2.5 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering is de volgende productdocumentatie aan de consumenten verstrekt:

- een offerte gedateerd 11 januari 1999;
- polisbladen van 25 maart 1999;
- de voorwaarden van verzekering nr. 17.

De relevante bepalingen uit deze productdocumentatie zijn als bijlage bij deze uitspraak gevoegd.

2.6 Op de verzekering is de volgende regelgeving van toepassing:

- 1) Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav 1998);
- 2) Code Rendement en Risico 1998.

2.7 De verzekeraar heeft de consumenten vanaf februari 2008 jaarlijks waarde-overzichten toegestuurd conform de modellen De Ruiter.

2.8 De consumenten hebben de verzekeraar per brief van 7 april 2008 aansprakelijk gesteld. Ook diende deze brief ter stuiting van de verjaring. In de brief staat onder andere:

“(…)Terzake onze beleggingsverzekeringen bestaan diverse vorderingen op u. Op dit moment houden wij 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 redelijkheid en billijkheid.

Wij stellen u hierbij nadrukkelijk aansprakelijk en in gebreke terzake van alle hierboven bedoelde vorderingen. Voorts zeggen wij u -voor zover vereist- de wettelijke rente aan over alle aan ons verschuldigde bedragen, met welke rechtsgrondslag dan ook.

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

2.9 Per brief van 3 juni 2008 heeft de verzekeraar op de aansprakelijkstelling van de consumenten gereageerd. In deze brief staat onder andere:

“(…)”

*Wij hebben kennisgenomen van de verklaring tot stuiting van de verjaring van de door u gepretendeerde vorderingen. AEGON kan zich niet vinden in de door u gestelde vorderingen. AEGON gaat verder niet in op de stuitingsverklaring. Dit betekent niet dat AEGON hiermee erkent dat de stuiting op de juiste wijze heeft plaatsgevonden. AEGON behoudt zich derhalve het recht voor om op enig later tijdstip terug te komen op eventuele gebreken die kleven aan de stuitingsverklaring.
(…)”*

2.10 De verzekeraar heeft de consumenten in 2009 per brief geïnformeerd over het zogenoemde Stichtingsakkoord met betrekking tot de maximale hoogte van de kosten van particuliere beleggingsverzekeringen.

2.11 Per brief van december 2011 heeft de verzekeraar de consumenten geïnformeerd over de gevolgen van het Stichtingsakkoord voor de verzekering van de consumenten.

De verzekeraar licht in deze brief onder andere toe dat op de einddatum van de verzekering duidelijk wordt of de consumenten in aanmerking komen voor een hogere vergoeding.

- 2.12 Op 22 juni 2016 heeft een van de consumenten telefonisch contact opgenomen met de verzekeraar en vragen gesteld over haar polis. Per e-mailbericht van 24 juni 2016 heeft de verzekeraar op de vragen geantwoord. In dit e-mailbericht staat onder andere:

“(…)

U ontvangt wel een compensatie

*Op pagina 3 van het jaaroverzicht staat een cijfermatig overzicht van de verzekering over het jaar 2015. Op dit overzicht kunt u zien dat er onder ‘Aan kosten en overige verrekeningen’ een bijboeking van € 49,26 heeft plaatsgevonden. Dit bedrag wordt gespecificeerd met de titel “kostenverlaging Aegon (regeling 2012)”. Dit is de compensatie die u heeft ontvangen. Voor de volledigheid heb ik het jaaroverzicht over 2015 als bijlage toegevoegd.
(…)”*

- 2.13 Een van de consumenten heeft per e-mailbericht van 29 juni 2016 gereageerd op het e-mailbericht van de verzekeraar. In haar e-mailbericht staat onder andere:

“(…)

Wat u mij gestuurd heeft heb ik al in mijn bezit en is mij tot zoverre niet duidelijk dat er een bijboeking plaatsvindt op zowel mijn rekening als die van mijn man maar dat het saldo aan kosten praktisch gelijk blijft. Dus als ik het goed begrijp zijn de kosten omhoog bijgesteld en als je dan een korting geeft dan lijkt het net alsof de klant tegemoet gekomen wordt. Er worden kosten in benoemd die aan de bemiddelaar uitbetaald worden, bij contact met de bemiddelaar van 17 jaar geleden, krijg ik te horen dat zij niks van Aegon ontvangen....

Tot 2011 heb ik inderdaad enige correspondentie gehad over de verrekening van de zogenoemde Woekerpolis, waarbij ik het idee kreeg dat daar meer uitleg over zou volgen, dus heb ik meerdere malen telefonisch contact gezocht.

*Uw collega zei bij mijn laatste telefonisch contact van 22 juni jl. dat dit geen woekerpolis betrof en dat ik gewoon de kosten moest betalen, Letterlijk werd me verteld dat woekerpolis iets was wat de media opgeblazen heeft en dat dat woord niet door Aegon gebruikt werd.
(…)”*

een andere vraag welke ik ook nooit beantwoord heb gekregen is, is de specificatie van kosten van jaar 1999 t/m 2006, hierover werd altijd gezegd die verschaffen wij niet aangezien u zou schrikken van het kleine rendement wat u in die periode maakt. Dus deze kosten zou ik graag helder willen hebben, wellicht kan dit anno nu wel.

*Zoals u ziet en hopelijk begrijpt ben ik al geruime tijd iets verder dan het stadium, wel mailen nog een keer het standaard kostenoverzicht en zou erg graag een gedegen respons willen
(…)”*

- 2.14 Per e-mailbericht van 7 juli 2016 heeft de verzekeraar gereageerd op het e-mailbericht van de consument. In het antwoord van de verzekeraar stond onder andere:

“(…)

Vanaf januari 2013 betaalt u maximaal 1,25% kosten per jaar over de gemiddelde belegde waarde. Omdat u een garantie heeft berekenen wij hierboven een opslag van maximaal 0,65%. Dit betekent dat wanneer de gemiddelde belegde waarde hoger wordt, ook het bedrag (niet het percentage) aan kosten toeneemt. Op basis van de kostenstructuur zoals deze in uw verzekering is opgenomen, blijkt dat u over het gehele jaar 2015 € 49,26 teveel heeft betaald. Dit bedrag hebben wij daarom als kostenverlaging in het overzicht geplaatst.

(…)

Vanaf 2007 is het verplicht gesteld om de kosten te specificeren en de klant hier door middel van het jaaroverzicht over te informeren. Het is dan ook niet mogelijk om u in bezit te stellen van een jaaroverzicht van voor deze periode waarop de kosten staan vermeldt. Wel heb ik voor u navraag gedaan of wij voor u een overzicht op kunnen stellen. Zodra ik hierop een antwoord heb ontvangen zal ik u hiervan op de hoogte stellen.

(…)”

- 2.15 De consument heeft per e-mailbericht van 17 november 2016 het volgende aan de verzekeraar laten weten:

“(…)”

In afwachting van uw antwoord wanneer ik een specificatie van de kosten van jaar 1999 t/m 2006 kan krijgen, heb ik nog een aantal vragen.

U heeft het over een kostenpercentage van ,25% met daarbij een maximale opslag van 0,65% i.g.v. garantie. Wat is in mijn geval de maximale opslag? En omvat dit alle kosten, t.w. premies overlijdensrisicodekking, kosten verzekeringsmaatschappij, kosten bemiddelaar en aan- en verkoopkosten?

Hoe ik het ook nareken, ik kom er niet uit en dit zou kunnen liggen aan het opslagpercentage en welke kosten wel/niet meegerekend worden hierin.

Graag ontvang ik enige vorm van uitleg hierin (wellicht in een rekenvoorbeeld toegespitst op onze situatie).

In december 2011 heeft Aegon ons aangeschreven dat de in die tijd de werkelijke opbrengst hoger was dan de normopbrengst, is dat nu ook nog het geval? Elke vorm van transparantie hierin ontbreekt, hopelijk kunt u hier ook duidelijkheid in verschaffen.

Erg fijn dat er tegenwoordig al wordt gekeken naar de jaarlijkse kosten en dat deze gecompenseerd worden indien de maximale kosten overschreden worden. Welk jaar is dit ingezet en hoe zit het met de voorgaande jaren?

In afwachting van uw antwoorden.

(…)”

2.16 Per e-mailbericht van 30 november 2016 heeft de verzekeraar op het emailbericht van de consument gereageerd. In dit bericht stond onder andere:

“(…)

Op 17 november heeft u een verzoek ingediend. Onderstaand ga ik hier graag verder op in.

Kosteroverzicht vanaf 1999

Jaar	premie	risico premie	EK/DK	AV-kosten	beheerloon
1999	€ 2.069,60	€ 56,23	€ 489,00	€ 76,25	€ 0,83
2000	€ 2.483,52	€ 81,00	€ 586,80	€ 90,72	€ 3,14
2001	€ 2.483,52	€ 82,20	€ 586,80	€ 90,72	€ 5,08
2002	€ 2.483,52	€ 86,41	€ 586,80	€ 90,48	€ 6,74
2003	€ 2.483,52	€ 93,00	€ 586,80	€ 90,24	€ 8,77
2004	€ 2.483,52	€ 95,64	€ 586,80	€ 90,00	€ 11,84
2005	€ 2.483,52	€ 99,60	€ 586,80	€ 89,88	€ 15,37
2006	€ 2.483,52	€ 103,92	€ 586,80	€ 62,73	€ 18,69
2007	€ 2.483,52	€ 107,76	€ 586,80	€ 53,64	€ 21,65
2008	€ 2.483,52	€ 111,36	€ 586,80	€ 35,76	€ 22,23
2009	€ 2.483,52	€ 119,64	€ 586,80	€ 35,52	€ 23,54
2010	€ 2.483,52	€ 124,80	€ 586,80	€ 35,40	€ 29,69
2011	€ 2.483,52	€ 130,08	€ 586,80	€ 35,28	€ 32,72
2012	€ 2.483,52	€ 134,52	€ 586,80	€ 35,28	€ 38,08
2013	€ 2.483,52	€ 138,48	€ 586,80	€ 35,16	€ 42,92
2014	€ 2.483,52	€ 146,04	€ 586,80	€ 35,04	€ 49,11
2015	€ 2.483,52	€ 145,44	€ 586,80	€ 35,04	€ 56,61

EK/DK zijn de eerste en doorlopende kosten
AV-kosten zijn de aan- en verkoopkosten

De maximale kostenopslag

Heeft u garantie dan is de maximale kostenopslag 1,90%. Is er geen sprake van een garantie in uw verzekering dan is de maximale kostenopslag 1,25%. In uw situatie is er sprake van een afgegeven garantie en dus is de maximale kostenopslag 1,90%.

De kosten in de beleggingsinformatie zijn volgens het model de Ruiter weergegeven

In de jaarlijkse beleggingsinformatie is invulling gegeven aan het advies dat is uitgebracht door de Commissie de Ruiter. Het model de Ruiter is een voorgeschreven manier om de kosten van een beleggingsverzekering te laten zien. Dit geldt voor alle aanbieders van deze producten. Van dit model mag door individuele verzekeraars niet worden afgeweken. Dit betekent dat in de premie opgenomen eerste en doorlopende kosten zichtbaar worden gemaakt als 'kosten verzekeringsmaatschappij' en 'kosten bemiddelaar of verzekeringsadviseur'. Aan de gebruikelijke kostenstructuur van de verzekering is niets gewijzigd. Wel is het zo dat de beheerkosten zijn opgenomen onder de 'kosten verzekeringsmaatschappij'. Dit zorgt ervoor dat dit onderdeel per jaar kan variëren.

Eind opbrengst versus normopbrengst

In 2011 hebben wij uw verzekering nagerekend en getoetst aan de normopbrengst. In deze brief hebben wij ook aangegeven dat wij op einddatum de balans op gaan maken. Tussentijds gaan wij geen berekeningen met betrekking tot de eindopbrengst maken.

Compensatie geldt vanaf januari 2013

Voor de periode hiervoor was geen maximum gesteld. Wel hebben wij de eindopbrengst getoetst aan de normopbrengst. Indien de normopbrengst hoger was geweest als de eindopbrengst dan had u een compensatie ontvangen door een bijstorting in de belegde waarde. In uw situatie was de eindopbrengst hoger als de normopbrengst en is er destijds geen compensatie afgegeven.

Ik vertrouw erop u hiermee te hebben geïnformeerd.

“(…)

2.17 In het kader van de compensatieregeling Regeling Fund-Safe 2018 heeft de consument ter zake van de verzekering [polisnummer 1] € 949,90 ontvangen als compensatie voor te hoge risicopremie. Voor de verzekering [polisnummer 2] was dit bedrag € 2.869,92.

2.18 Per brieven van februari 2023 heeft de verzekeraar de consumenten de jaarlijkse update voor de verzekering gegeven. Voor iedere polis staat daarin het volgende:

“(...) Uw beleggingsverzekering heeft een garantie. Dat betekent dat wij garanderen dat uw beleggingsverzekering minimaal € 102.101,- waard is op de einddatum van 15 maart 2029. Ook als de beurs minder goed heeft gepresteerd. Een geruststellende gedachte. (...)”

2.19 De consumenten hebben per e-mail op 22 juni 2023 een klacht ingediend over de verzekering bij de verzekeraar. Per e-mailbericht van 12 juli 2023 heeft de verzekeraar gereageerd op de klacht van de consumenten en deze afgewezen.

2.20 Op 11 oktober 2023 hebben de consumenten hun klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

2.21 De consumenten vorderen een bedrag van € 68.094,-, vermeerderd met wettelijke rente en merken daarbij op dat het hier niet om een schadevergoedingsvordering gaat. De consumenten vorderen daarnaast een bedrag van € 46.464,-, met als grondslag dat sprake is van een aantal oneerlijke bedingen die worden vernietigd. Ten slotte vorderen de consumenten een vergoeding van de rechtsbijstandskosten van € 3.500,-. In replik wijzen de consumenten erop dat de hoogste uitkomst van de hierna sub A of B omschreven vorderingen de primaire vordering behelst.

2.22 Volgens de consumenten is de verzekeraar daartoe gehouden op grond van het volgende:

- A. De verzekeraar is de verplichtingen uit de verzekering niet is nagekomen. De verzekeraar mocht uitsluitend een aan- en verkoopmarge in rekening brengen.
- B. De verzekeraar heeft zich schuldig gemaakt aan ongerechtvaardigde verrijking. Volgens de verzekering mocht de verzekeraar uitsluitend een aan- en verkoopmarge in rekening brengen en beheerkosten (TER) over de waarde van de onderliggende fondsen. Alle door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten, zoals eerste en doorlopende kosten verzekeraar, bemiddelaar en beheerkosten verzekeraar zijn onrechtmatig ingehouden.
- C. De bedingen over de beheerskosten, aan- en verkoopmarge, de doorlopende en eerste kosten, premievrijmaking en opzegging/afkoop zijn oneerlijk. Vanwege deze oneerlijke bedingen roepen consumenten de vernietiging in van het gehele samenstel van de voorwaarden. De contra proferentem-regel brengt met zich mee dat de consumenten de genoemde beheerkosten mochten zien als de TER en niet als de beheerskosten van de verzekering.

Het verweer

2.23 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consumenten. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

- 3.1 De commissie beoordeelt deze klacht van de consumenten 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 consumenten verstrekte informatie.
- 3.2 De commissie zal eerst onderdeel C van de vordering bespreken, vervolgens onderdeel A en tot slot onderdeel B. De commissie komt tot het oordeel dat de klachtonderdelen ongegrond zijn en licht dat hierna toe.

Oneerlijke bedingen

- 3.3 Op grond van de Europese richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is een beding oneerlijk als het in strijd met de goede trouw het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. Bij de beoordeling of dit zo is worden alle omstandigheden rond de sluiting van de overeenkomst en de andere bedingen van de overeenkomst, op het moment waarop de overeenkomst is gesloten in aanmerking genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met de aard van de goederen of diensten waarop de overeenkomst betrekking heeft (artikel 3 lid 1 en 2).
- 3.4 Daarbij is van belang of een beding transparant is in de zin van art. 5 van de richtlijn. Maar ook als moet worden aangenomen dat een beding niet transparant is in die zin, dan is het daarmee nog niet oneerlijk of onredelijk bezwarend. Daarvoor is noodzakelijk dat dit beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. Voor de beantwoording van die vraag moet worden nagegaan of de verzekeraar er redelijkerwijze van kon uitgaan dat de consument het beding zou hebben aanvaard indien daarover was onderhandeld.¹
- 3.5 In een bijlage bij de richtlijn is een indicatieve lijst opgenomen van bedingen die als oneerlijk kunnen worden aangemerkt. Deze lijst wordt ook wel de 'blauwe lijst' genoemd.

¹ Zie bijvoorbeeld HvJEU 14 maart 2013, C-415/11, ECLI:EU:C:2013:164 (Aziz/Catalunyacaixa), punt 69.

- 3.6 De consumenten stellen dat ten aanzien van de verzekering sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die buiten toepassing moeten blijven en dat als gevolg daarvan geen van de ingehouden eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. De commissie zal daarom de vraag moeten beantwoorden of de verzekeraar in de verzekering, waarvan de toepasselijke voorwaarden en het polisblad deel uitmaken, oneerlijke bedingen heeft opgenomen. Daarbij stelt de commissie voorop dat alleen een beding dat daadwerkelijk in de verzekering is opgenomen, oneerlijk kan zijn. Met andere woorden, het moet bestaan.
- 3.7 Voor de in rekening gebrachte eerste kosten staat geen beding in overeenkomst. Op deze kosten is de oneerlijkheidstoets dan ook niet van toepassing. Dit geldt ook voor een deel van de in rekening gebrachte doorlopende kosten. Voor zover de consumenten ten aanzien van deze kosten een beroep doen op de contra proferentem-regel, geldt hetzelfde. Er staat geen beding in de overeenkomst waarop deze regel van toepassing zou kunnen zijn.
- 3.8 De beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten staan op het polisblad. Dit zijn bedingen waarop de oneerlijkheidstoets van toepassing is. De commissie ziet geen aanleiding te oordelen dat deze bedingen in strijd met de goede trouw het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort en daarmee oneerlijk zijn. Weliswaar vermelden de bedingen niet de hoogte van de kosten, wat niet transparant is, maar het is naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat de consumenten de bedingen niet hadden aanvaard als zij hierover met de verzekeraar hadden kunnen onderhandelen. Van belang is daarbij dat niet is komen vast te staan dat tegenover de beheerkosten geen reële prestatie van de verzekeraar stond. Ook moet het gebruik van een “spread” bij aan- en verkoop van beleggingsfondsen op zichzelf gebruikelijk en als algemeen bekend moet worden verondersteld.²
- 3.9 De consumenten betogen ten slotte dat het beding dat betrekking heeft op premievrijmaking oneerlijk is. Zij stellen dat het beding op de blauwe lijst bij de richtlijn staat, onder e). Het zou een beding zijn dat ten doel of gevolg heeft “*de consument die zijn verbintenissen niet nakomt, een onevenredig hoge schadevergoeding op te leggen.*” Deze bepaling uit de blauwe lijst is echter niet van toepassing. Alleen al omdat premievrijmaken niet kan worden gelijkgesteld aan het niet nakomen van verbintenissen. De consumenten hebben als verzekeringnemer immers het recht de verzekering premievrij te laten maken. Dit recht maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Oefenen de consumenten dat recht uit dan is dat geen niet nakoming van een verbintenis ofwel een verplichting door de consumenten. De commissie ziet ook geen andere reden op grond waarvan het beding oneerlijk geacht moet worden.

² Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7 en 5.8.2

De commissie verwijst in dit verband naar het arrest van het Hof Den Haag van 26 september 2023, waarin het hof heeft geoordeeld dat mag worden verwacht dat dit beding zou zijn aanvaard indien erover onderhandeld zou zijn.³

- 3.10 De consumenten hebben in dit verband aangevoerd dat geen sprake is van redelijke kosten. Zij vergelijken de kosten daarbij met kosten van andere verzekeringen, waarbij volgens de consumenten minder kosten in rekening zijn gebracht. De commissie is echter van oordeel dat ook als zou komen vast te staan dat de kosten van de onderhavige verzekering hoger zijn dan de kosten die voor andere beleggingsverzekeringen in rekening zijn gebracht, wat de commissie op basis van het dossier niet kan vaststellen, deze enkele omstandigheid nog niet maakt dat een beding oneerlijk is.⁴

Contra proferentem-regel

- 3.11 De consumenten beroepen zich ten aanzien van de in de voorwaarden opgenomen kostenbedingen op de contra proferentem-regel. Deze regel, die is neergelegd in artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW), houdt in dat bij twijfel over de betekenis van een bepaling de voor de consumenten meest gunstige uitleg voorgaat. Dat in de kostenbedingen op het polisblad en in het beding dat van toepassing is op premievrijmaking, de hoogte van de kosten niet genoemd wordt, maakt de betekenis van deze bedingen niet onduidelijk. Die betekenis is dát er kosten in rekening gebracht worden. Er kan dan ook geen twijfel over bestaan dat de uitleg die de consumenten aan de bedingen geven – namelijk dat er in het geheel geen kosten in rekening gebracht worden – niet juist is. Het beroep van de consumenten op de contra proferentem-regel faalt daarom.
- 3.12 Verder stellen de consumenten dat zij dachten dat met de op het polisblad genoemde beheerkosten de beheerkosten (TER) van de onderliggende fondsen bedoeld werden en niet de beheerkosten van de verzekeraar. Op het polisblad staat dat op de opbrengst van de fondsen een “*geringe inhouding zal plaatsvinden in verband met de kosten van beheer van de fondsen*”. Naar het oordeel van de commissie gaat de uitleg die de consumenten aan deze bepaling willen geven – dat sprake is van de beheerkosten die het fonds in rekening brengt – niet op. Die kosten, fondsbeheerkosten (of TER) zijn kosten die niet de verzekeraar maar de fondsbeheerder in rekening brengt en worden verwerkt in de koers van het fonds. Zij komen direct in mindering op het fondsrendement. Omdat dit beding is opgenomen op het polisblad is duidelijk dat dit de door de verzekeraar in rekening gebrachte beheerkosten zijn. In zoverre is van twijfel over de betekenis van dit beding geen sprake. Ook ten aanzien van dit beding gaat het beroep van de consumenten op de contra proferentem-regel niet op.

³ Gerechtshof Den Haag 26 september 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:1852, r.o. 6.114

⁴ Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7

Tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen uit de verzekering

- 3.13 De consumenten stellen dat de verzekeraar tekort schiet in de nakoming van de verzekering doordat de verzekeraar meer kosten in rekening brengt dan is overeengekomen.
- 3.14 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, kunnen de consumenten van een dergelijke verplichting ook geen nakoming vorderen. Deze klacht is ongegrond.
- 3.15 De commissie merkt op dat de verzekeraar een beroep heeft gedaan op de verjaring van een eventuele rechtsvordering tot schadevergoeding volgens art. 3:310 lid I BW. De consumenten hebben echter nadrukkelijk aangevoerd geen schadevergoeding te vorderen. Daarom zal de commissie niet onderzoeken of de consumenten een vordering tot schadevergoeding hebben en of hun eventuele schadevergoedingsvordering is verjaard.

Ongerechtvaardigde verrijking

- 3.16 De consumenten stellen dat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking, omdat de verzekeraar kosten in rekening heeft gebracht die niet zijn overeengekomen.
- 3.17 De commissie stelt voorop dat volgens artikel 6:212 BW het rechtsgevolg van een succesvol beroep op ongerechtvaardigde verrijking met zich meebrengt dat hij die ongerechtvaardigd is verrijkt ten koste van een ander verplicht is, voor zover dit redelijk is, de schade van de ander te vergoeden tot het bedrag van zijn verrijking. Doordat de consumenten nadrukkelijk hebben aangevoerd geen schadevergoeding te vorderen strandt de klacht al op deze grond.

Conclusie

- 3.18 Hiervoor is vastgesteld dat de klachten van de consumenten ongegrond zijn.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in vraag 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 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

I. 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

- I.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

- I.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 I.4.

Richtlijn oneerlijke bedingen

- I.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)

- I.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

- I.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

- I.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

- I.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).