Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0911

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	4 december 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen: de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Universal Life afgesloten in 1991. De consument stelt onder andere dat de verzekeraar tekort is geschoten in zijn informatieverplichtingen en zorgplicht, dat hij heeft gedwaald, door de verzekeraar is misleid en dat wilsovereenstemming over het in rekening brengen van bepaalde kosten ontbreekt. De klachten van de consument zijn ongegrond, vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, bemiddeling en (bindend) advies zoals dat gold van 1 april 2014 tot 1 april 2017 (hierna: het reglement)] 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;
- de reactie van de consument op de richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB);
- de reactie van partijen op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022.[1]

[1] HR 11 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:166. Zie ook Gerechtshof Den Haag 23 februari 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:302.

1.2 De consument is uitgenodigd voor een mondelinge behandeling. De consument heeft daarvan afgezien. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.3 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 na bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 december 1991 een beleggingsverzekering onder de naam Variabel InvesteringsPlan (hierna: de verzekering) bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar. De verzekering van het type *universal life* voorziet in een uitkering bij leven op de einddatum en een uitkering bij vooroverlijden, waarbij de hoogte van de uitkering mede afhankelijk is van de opgebouwde waarde van de participaties. Het beleggingsrisico komt voor rekening van consument. De einddatum van de verzekering was bepaald op 1 december 2003.

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

- een offerte gedateerd 20 december 1991;
- een aanvraagformulier ondertekend op 20 december 1991;
- een polisblad gedateerd 31 december 1991;
- de algemene voorwaarden serie 001.

2.3 Op In de offerte[2] staat onder andere het volgende:

"(…)

Het is ons een genoegen u hierbij een voorstel te doen voor een Variabel Investerings Plan.

De cijfermatige aspecten van ons voorstel vindt u op bijlage(n).

Wat is het Variabel Investerings Plan?

Het Variabel Investerings Plan is een bijzondere levensverzekering met een zeer flexibel karakter. U heeft maximale vrijheid met betrekking tot de manier waarop uw premies worden belegd, de hoogte van de premie, de overlijdensdekking en tal van andere aspecten. Bovendien is het Variabel Investerings Plan fiscaal aantrekkelijk.

Flexibiliteit in beleggen…

[2] PD, p. 17 ev

Met het Variabel Investerings Plan heeft u volledige keuzevrijheid met betrekking tot de fondsen waarin uw geld wordt belegd. U kunt altijd de verdeelsleutel, volgens welke uw nieuwe premies in de verschillende fondsen wordt belegd, zelf wijzigen. Ook kunt u het reeds door u opgebouwde vermogen geheel of gedeeltelijk overbrengen naar een ander fonds. Dit laatste wordt ook wel switchen genoemd.

… en flexibiliteit in tal van andere opzichten

Niet alleen op beleggingsgebied biedt het Variabel Investerings Plan een zeer grote vrijheid. In deze offerte zijn wij uitgegaan van een bepaalde hoogte van de premie en een gewenste einddatum.

Mocht u echter voor een keer of blijvend meer of minder premie willen betalen, dan is dat mogelijk, evenals bijvoorbeeld het veranderen van de aanvankelijk afgesproken einddatum mogelijk is.

Uitkering bij leven

Op de door u te kiezen einddatum van de verzekering wordt de tot op dat moment opgebouwde waarde uitgekeerd.

Overlijdensuitkering van het Variabel Investerings Plan

Bij overlijden van de verzekerde(n) voor de gewenste einddatum volgt een uitkering volgens de door u gekozen verzekeringsvorm zoals u die aantreft op de cijferbijlage. De premies voor afdekking van het overlijdensrisico, worden maandelijks verrekend met de waarde van de verzekering.

In de bijgevoegde brochure(s) treft u meer informatie aan omtrent de verzekeringsvormen.

Waarde-ontwikkeling, polis- en administratiekosten

Kosten van administratie en kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering zullen voornamelijk in de eerste vijf jaar worden verrekend. Hierdoor zal de waarde-ontwikkeling na de eerste vijf jaar aanmerkelijk sneller verlopen dan in de eerste vijf jaar. Uiteraard is hiermee rekening gehouden bij het bepalen van de verwachte opbrengst.

Fiscale aspecten

De uitkering van het Variabel Investerings Plan zal vrij van inkomstenbelasting zijn. Dit geldt zowel voor de uitkering bij overlijden van de verzekerde voor de gewenste einddatum als voor de uitkering bij in leven zijn van de verzekerde. Gedurende de looptijd van het contract is het vrijgesteld van vermogensbelasting. Indien sprake is van een wisselende betaling geldt dit laatste alleen als de hoogste betaling niet meer bedraagt dan tien keer de laagste betaling. (…)

Bijlage 1 bij de brief d.d. 20-12-1991

Ingangsdatum 01-12-1991
Gewenste einddatum 01-12-2003

Premie per jaar verschuldigd vanaf 01-12-1991 f. 3.000,00
Laatste premiebetaling 01-12-2002

U heeft gekozen voor de volgende beleggingsfondsen:

	percentage van de premie / koopsom
1 Mixfonds	100

De prognose van de waarde op basis van de bovenstaande fondsverdeling bedraagt bij de hieronder vermelde opbrengstpercentages op:

	prognose hoog 16,6%	prognose laag 3,7%	prognose indicatief 11,7%
01-12-2003	f. 82.725,00	f. 34.135,00	f. 58.990,00
01-12-2005	f. 111.222,00	f. 36.235,00	f. 72.749,00
01-12-2007	f. 149.575,00	f. 38.471,00	f. 89.744,00

Figuur 1 Overzicht uit offerte met voorbeeldeindkapitalen

Toekomstige rendementen zijn, ongeacht de nauwkeurigheid waarmee bovenvermelde percentages zijn bepaald, niet te voorspellen. Het is dan ook waarschijnlijk dat de rendementen die in de toekomst daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden, niet gelijk zullen zijn aan de hierboven vermelde.

Uitkering bij overlijden van de verzekerde (tarief B) op of na 01-12-1991 maar voor 01-12-2003: f. 36.000,00 of de waarde van de verzekering indien deze hoger is.

(…)"

Figuur 2 tekstblok uit offerte

2.4 In het aanvraagformulier staat onder andere het volgende:

"*(…)*

VERZEKERING

Voor het contract geldt de volgende ingangsdatum:
(Ingangsdatum contract = ingangsdatum premiebetaling = ingangsdatum risicodekking)

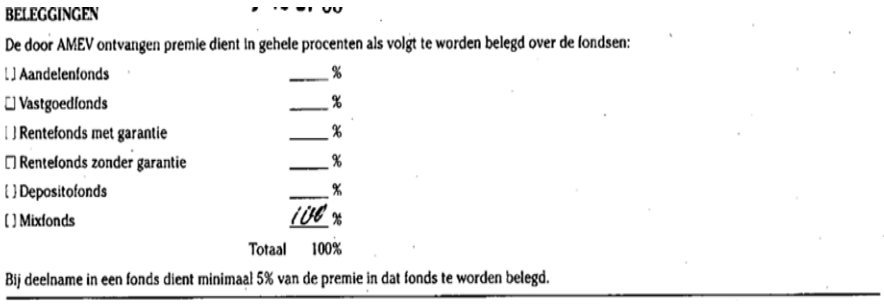
dag	mnd	jaar
01	12	1991

Voor het contract geldt als gewenste einddatum:

dag	mnd	jaar
01	12	2003

Verzekeringsvorm: ☐ A, ☒ B, ☐ C	einddatum in cijfers:				einddatum in cijfers:		
Te verzekeren kapitaal bij overlijden: 1e verzekerde	dag	mnd	jaar	2e verzekerde	dag	mnd	jaar
f 36.000,-	01	12	2003	f			
f				f			
f				f			

Figuur 3 afbeelding 1 inhoud aanvraagformulier



BELEGGINGEN

De door AMEV ontvangen premie dient in gehele procenten als volgt te worden belegd over de fondsen:

[ ] Aandelenfonds	____ %
[ ] Vastgoedfonds	____ %
[ ] Rentefonds met garantie	____ %
[ ] Rentefonds zonder garantie	____ %
[ ] Depositofonds	____ %
[ ] Mixfonds	100 %
Totaal	100%

Bij deelname in een fonds dient minimaal 5% van de premie in dat fonds te worden belegd.

(…)"

Figuur 4 afbeelding 2 inhoud aanvraagformulier

2.5 Op het polisblad staat onder andere:

"(…)

Uitkering bij leven	*De uitkering bij in leven zijn van de verzekerde op de gewenste einddatum is gelijk aan het bedrag ter grootte van de contractwaarde bij verkoop.*
Uitkering na overlijden	*De uitkering onmiddellijk na overlijden van de verzekerde is gelijk aan het verzekerde overlijdenskapitaal. Indien de contractwaarde bij verkoop meer bedraagt dan het verzekerde overlijdenskapitaal, alsmede bij overlijden op of na 01-12-2003, is de uitkering gelijk aan een bedrag ter grootte van die contractwaarde bij verkoop.*
Verzekerde overlijdens-kapitaal	*Het verzekerde overlijdenskapitaal bedraagt bij overlijden van de verzekerde:* *op of na 01-12-1991 maar voor 01-12-2003 f 36.000,00*
Premie	*Aan premie is bij vooruitbetaling verschuldigd: f 3.000,00 per jaar vanaf 01-12-1991, voor het laatst op 01-12-2002. (…)*
Voorwaarden	*Van toepassing zijn de bijgevoegde voorwaarden serie 001. (…)"*

2.6 In de voorwaarden staat onder meer:

"*(…)*

"*ARTIKEL 1*
Definities

(…)
Unitmiddenkoers
Fondswaarde gedeeld door het aantal uitstaande units van het betreffende fonds.

Aankoopkoers
Koers waartegen een cliënt units kan aankopen bij AMEV Leven. De aankoopkoers is gelijk aan de met een percentage verhoogde unitmiddenkoers.

Verkoopkoers
Koers waartegen een cliënt units kan verkopen aan AMEV Leven. De verkoopkoers is gelijk aan de met een percentage verlaagde unitmiddenkoers.
(…)
Risicopremie: premie betreffende een risicodekking
(…)
Onttrekking: gehele of gedeeltelijke opname van de contractwaarde bij verkoop.

(…)
ARTIKEL 5
Belegging in fondsen

5.1 Toevoeging aan de contractwaarde
Na ontvangst van de premie wordt deze toegevoegd aan de contract-waarde tenzij en voor zover in de polis anders is aangegeven. De toevoeging van de premie aan de contractwaarde geschiedt door de aankoop van units. De koersdatum is de eerste werkdag volgend op de valutadatum.

5.2 Units
De units dienen als eenheden van de fondswaarde ter bepaling van de contractwaarde.

5.3 Verdeling
Voor de te ontvangen premie voor de verzekering worden volgens de door de verzekeringnemer opgegeven verdeling units in één of meer fondsen aangekocht. AMEV Leven kan beperkende voorwaarden stellen ten aanzien van deelname in fondsen.

5.4 Wijziging verdeling toekomstige premies
De verzekeringnemer heeft het recht om de verdeling van de nog te vervallen premies te wijzigen.

5.5 Switch, herverdeling fondswaarden
De verzekeringnemer heeft het recht om de units van één of meer fondsen van een verzekering te verkopen onder gelijktijdige aankoop voor het vrijkomende bedrag van units in één of meer andere fondsen. Deze handeling wordt een switch genoemd.
In geval van een switch wordt voor verkoop de unitmiddenkoers verminderd met een afslag gehanteerd en voor aankoop de unitmiddenkoers vermeerderd met een opslag.
De koersdatum is de eerste werkdag volgend op de datum waarop de opdracht door AMEV Leven is ontvangen.

ARTIKEL 6
Fondsen

6.1 Beleggingsbeleid
De voor belegging in de fondsen beschikbare gelden worden belegd in beleggingsobjecten van het fonds. De verkregen beleggingsopbrengsten die voortvloeien uit het belegde vermogen worden volledig toegerekend aan de desbetreffende fondsen en vervolgens binnen dat fonds herbelegd. De beleggingsopbrengsten worden bepaald onder aftrek van directe kosten om deze beleggingsopbrengsten te verkrijgen. (…)

6.2 Beheer
Voor het beheer van de fondsen worden beheerkosten in rekening gebracht. De beheerkosten zijn afhankelijk van het gekozen fonds en worden maandelijks op de in artikel 12 "verrekening risicopremie en kosten" omschreven wijze verrekend met de contractwaarde.

(…)
ARTIKEL 9
Risicodekking

9.1 Overlijdensdekking
De overlijdensdekking is op de polis omschreven.
Maandelijks wordt op de in artikel 12 omschreven wijze een risicopremie verrekend die dient ter verkrijging van de uitkering na overlijden voor zover deze de contractwaarde bij verkoop overtreft.

(…)
ARTIKEL 12
Maandelijkse verrekening risicopremie en kostenvergoedingen

12.1 Verrekening
Maandelijks worden een risicopremie en een vergoeding voor kosten verrekend. Onder vergoeding voor kosten wordt mede verstaan de verrekening gedurende de eerste vijf jaar volgende op de ingangsdatum van de verzekering van maandelijks een bedrag ter voldoening van de met de totstandkoming van de verzekering gemaakte kosten. Deze verrekening vindt plaats door naar rato van de fondsaandelen ten laste van de contractwaarde units te verkopen tenzij en voor zover in de polis anders is aangegeven.
De verrekening vindt ook plaats indien, om wat voor reden dan ook, geen premie meer wordt betaald. (…)

12.3 Onvoldoende contractwaarde
Is verrekening van risicopremie en een vergoeding voor kosten niet meer mogelijk omdat de contactwaarde onvoldoende is, dan vervalt de verzekering op dat moment van rechtswege.

(…)
ARTIKEL 15
Aanpassing Risicopremies en kostenvergoedingen

15.1 Risicopremies en kostenvergoedingen
De voor deze verzekering geldende risicopremies voor de overlijdensdekking en de hoogte van de kostenvergoedingen zijn gedurende een tijdvak van vijf jaar vanaf de ingangsdatum gegarandeerd.
AMEV Leven heeft het recht om daarna aan het begin van ieder nieuw tijdvak van vijf jaar de maandpremie en de hoogte van de kostenvergoedingen opnieuw vast te stellen. De risicopremies en de hoogte van de kostenvergoedingen zijn gedurende het nieuwe tijdvak van vijf jaar gegarandeerd. (…)"

2.7 De verzekeraar heeft de consument gedurende de looptijd geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering.

2.8 De verzekering is geëindigd per 1 december 2003, doordat de einddatum is verstreken. Op dat moment is € 17.426,- uitgekeerd.

2.9 Per brieven van 26 januari 2007 en 3 april 2007 heeft de consument zich bij de verzekeraar over de verzekering beklaagd. In deze brieven wordt de verzekeraar onder andere tekortkomingen in de informatieverstrekking over de kosten die in rekening worden gebracht verweten. Ook staat vermeld dat de brieven bedoeld zijn om de verjaring van rechtsvorderingen jegens de verzekeraar te stuiten.

2.10 De verzekeraar heeft in reactie op voornoemde brieven de consument per brieven van 19 november 2007 en 31 maart 2008 geïnformeerd over de aanstaande compensatieregeling en vermeld dat indien mocht blijken dat de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten hoger zijn geweest dan in de regeling opgenomen, de consument gecompenseerd zal worden.

2.11 In december 2011 heeft de consument uit hoofde van de compensatieregeling een bedrag van € 1.864,24 ontvangen.

2.12 Per brief van 17 september 2014 heeft de consument de verzekeraar opnieuw kenbaar gemaakt de verjaring van zijn rechtsvorderingen op de verzekeraar te stuiten.

2.13 Op 27 april 2015 heeft de consument een klacht bij de verzekeraar ingediend en vervolgens naar aanleiding van de afwijzende reactie daarop zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.14 De consument vordert dat de verzekeraar gehouden wordt tot betaling aan de consument van een bedrag van € 10.610,-.

2.15 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe - samengevat - gehouden omdat hij bij het sluiten van de verzekering heeft gedwaald, over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, de verzekeraar tegenover de consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekering en/of bij de totstandkoming, dan wel uitvoering van de verzekering onrechtmatig tegenover de consument heeft gehandeld. De verzekeraar heeft de consument bovendien misleid door bewust te hoge verwachtingen te scheppen over de beleggingsresultaten.

Het verweer

2.16 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument en doet in dat kader onder ander een beroep op (schending van) de klachtplicht en op verjaring. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 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.

Klachten over het advies en optreden van de tussenpersoon

3.2 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de consument verstrekte advies dan wel het handelen en/of nalaten van de tussenpersoon. In dat verband maakt de commissie uit de stukken op dat bij het afsluiten van de verzekering de advisering en bemiddeling door een onafhankelijke tussenpersoon heeft plaatsgevonden.

De klachten van de consument over het advies en/of het handelen of nalaten van de tussenpersoon treffen de verzekeraar dus niet. Zij zijn ongegrond en blijven verder buiten beschouwing.

Is er sprake van dwaling en/of misleiding?

3.3 De commissie begrijpt de klacht van de consument aldus dat hij zich erover beklaagt dat de verzekeraar bij het afsluiten van de verzekering geen volledige en te rooskleurige informatie heeft verstrekt en in dat verband niet heeft gewaarschuwd voor de aan de verzekering verbonden risico's voor wat betreft het met de verzekering op te bouwen kapitaal, daarbij heeft gezwegen over de verschillende kosten die in rekening werden gebracht en dat de consument als gevolg daarvan heeft gedwaald. De consument spreekt in dat verband tevens van misleiding. De commissie oordeelt als volgt.

3.4 Uit de bij het afsluiten van de verzekering door de consument ontvangen product-documentatie blijkt duidelijk dat er sprake is van een beleggingsverzekering waarbij voor rekening en risico van de consument wordt belegd, dat de eindwaarde van de verzekering afhankelijk is van de waardeontwikkeling van het fonds waarin wordt belegd en dat er geen sprake is van een gegarandeerd eindkapitaal. In dat verband staan er in de offerte (zie 2.3) voorbeelden vermeld van mogelijk te behalen kapitalen als er gedurende de looptijd van de verzekering een bepaald rendement met het door de consument gekozen fonds wordt behaald. Tevens staat vermeld dat de toekomstige rendementen niet te voorspellen zijn en dat het dan ook waarschijnlijk is dat de rendementen die in de toekomst daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden niet gelijk zijn aan de vermelde rendementen. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn rekening. De commissie heeft geen reden om aan te nemen dat de betreffende rekenrendementen ten tijde van verstrekken van de offerte in 1991, niet juist waren of te rooskleurig werden voorgespiegeld. Van dwaling of misleiding is geen sprake.

3.5 Dit laatste geldt eveneens voor hetgeen op de waarde-overzichten gedurende de looptijd van de verzekering staat vermeld. Alhoewel op zichzelf is voor te stellen dat het daarop vermelde fondsrendement van 9%, gelet op het uiteindelijk ontvangen expiratiekapitaal, volgens de consument achteraf bezien te rooskleurig zou zijn geweest, geldt ook hier dat de commissie onvoldoende aanknopingspunten heeft om aan te nemen dat op het moment van het opmaken van de door consument overgelegde waarde-overzichten van 1999, 2000 en maart 2001 door de verzekeraar niet (meer) met een dergelijk (fonds)rendement gerekend had mogen worden.

De commissie neemt daarbij mede in ogenschouw de in de repliek van de consument opgenomen opsomming van de (fonds)rendementen vanaf 1992 tot en met 2003:

> 1992: 8,37% / 1993: 27,32% / 1994: -5,24% / 1995: 14,08% / 1996: 23,34% / 1997: 21,6% / 1998: 16,8% / 1999: 26,35% / 2000: 0,32% / 2001: -9,06% / 2002: -19,34% / 2003: 2,32%

Figuur 5 afbeelding met fondsrendementen

Hieruit valt af te leiden dat eerst over het gehele jaar 2001 sprake was van een aanzienlijk negatief rendement van 9,06% gevolgd door een negatief rendement over het jaar van 2002 van 19,34% en afgesloten met een relatief beperkt positief rendement over 2003. Voornoemde koersontwikkeling en dan met name de negatieve uitschieters de laatste 2 jaar voorafgaand aan de expiratie van de verzekering eind 2003 hebben een negatieve impact gehad op de kapitaalopbouw van de verzekering. Dit is echter een aan beleggen verbonden risico, waarvoor de consument met zijn keuze voor een beleggingsverzekering zonder een gegarandeerd eindkapitaal heeft gekozen en waar de verzekeraar niet voor aangesproken kan worden.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan?

3.6 De commissie stelt vast dat er in 1991 nog geen (sector)specifieke regelgeving voor wat betreft de door de verzekeraar te verstrekken informatie bestond. Uit de stukken maakt de commissie op dat de consument naast de polis de bij de verzekering behorende voorwaarden heeft ontvangen. Uit deze polis en voorwaarden blijkt duidelijk dat er sprake is van een beleggingsverzekering waarvoor de consument een premie betaald en waarbij er kosten en een overlijdensrisicopremie in rekening worden gebracht. Het is de commissie niet gebleken dat, zoals gesteld, de verzekeraar in zijn informatieverplichtingen tekort is geschoten. De regelgeving, zoals de Riav 1994 en de Riav 1998 waarnaar door de consument wordt verwezen gold ten tijde van het afsluiten van de verzekering nog niet. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Is er wilsovereenstemming over de kosten?

3.7 De algemene voorwaarden (zie 2.6) vermelden dat naast de risicopremie (artikel 12.1) de volgende kosten worden verrekend: “een vergoeding voor kosten”, waaronder “de met de totstandkoming van de verzekering gemaakte kosten” (artikel 12.1), en “beheerkosten” (artikel 6.2). De voorbrief bij de offerte (zie 2.3) waarop in de cijferbijlage een drietal voorbeeldrendementen staan vermeld, maakt op blad 2 melding van “kosten van administratie” en “kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering” en dat “hiermee rekening is gehouden bij het bepalen van de verwachte opbrengst”. Dat er aan- en verkoopkosten in rekening worden gebracht volgt uit de definitiebepalingen inzake de aan- en verkoopkoers, zoals opgenomen in artikel 1 van de algemene voorwaarden.

Het in rekening brengen van de genoemde kosten vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst en de consument moet geacht worden daarmee te hebben ingestemd. Op basis van de overgelegde stukken en wat partijen over en weer aanvoeren heeft de commissie geen reden om te veronderstellen dat er meer of andere kosten in rekening zijn gebracht waarvoor geen grondslag in de product-documentatie zou bestaan, zodat het ervoor gehouden moet worden dat over de in rekening gebrachte kosten en inhoudingen wilsovereenstemming bestaat. Dat dit anders zou zijn wordt weliswaar door de consument gesteld maar vindt geen steun in de overgelegde stukken en wordt ook niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt.

Te hoge kosten?

3.8 De consument stelt zich kort gezegd op het standpunt dat er te hoge kosten in rekening zijn gebracht, waarvoor de verzekeraar hem (aanvullend) moet compenseren. Uit de stukken valt op te maken dat de verzekering van de consument voor wat betreft te hoge kosten aan de zogenoemde compensatieregeling is getoetst en dat de consument een bedrag van € 1.864,24 als compensatie heeft ontvangen. Er bestaat geen reden om aan te nemen dat de compensatieregeling in het geval van de verzekering van de consument niet juist zou zijn toegepast. Ook zijn de commissie geen feiten of omstandigheden gebleken op basis waarvan de verzekeraar tot een nadere compensatie gehouden is, zodat het ervoor gehouden moet worden dat de consument met bovengenoemde compensatie afdoende voor te hoge kosten is gecompenseerd.

Overlijdensrisicodekking

3.9 Uit de productdocumentatie blijkt duidelijk dat sprake is van een beleggingsverzekering met een overlijdensrisicodekking. 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. Uit artikel 9 van de voorwaarden blijkt ook dat voor de door de consument gekozen overlijdensrisicodekking een risico-premie in rekening wordt gebracht. Het in rekening brengen van een overlijdensrisico-premie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Voor zover de consument van mening is dat deze te hoog zou zijn geweest en hij ten onrechte niet voor het zogenoemde hefboom- en inteereffect is gewaarschuwd stelt de commissie vast dat kennelijk, zoals door de verzekeraar toegelicht, nooit meer dan € 10,54 per maand aan overlijdensrisicopremie in rekening is gebracht, dat dit aan het begin van de looptijd van de verzekering is geweest en dat de premie daarna alleen maar afnam. Dat er sprake zou zijn geweest van een in vergelijking tot een soortgelijke universal life verzekering disproportioneel hoge premie is de commissie niet gebleken en wordt overigens ook niet gesteld door de consument. Gelet op de gedurende de looptijd van de verzekering afnemende overlijdensrisicopremie heeft het hefboom- en inteereffect zich niet in negatieve zin voorgedaan.

In dat verband blijkt ook uit de stukken dat de verzekering op einddatum tot uitkering is gekomen waarbij de uitkering de prognose op basis van het laagste voorbeeld-rendement uit de offerte ruimschoots overtrof. Samengevat slaagt dit klachtonderdeel niet.

Oneerlijke bedingen

3.10 De overeenkomst die in deze klachtprocedure centraal staat is gesloten tussen de financiële dienstverlener die bedrijfsmatig handelt en een consument. In dat geval vindt ook ambtshalve toetsing plaats aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht, zoals de Richtlijn 93/13 EEG betreffende oneerlijke bedingen in consument-overeenkomsten.[3] Artikel 10 lid 1, tweede zin, van deze Richtlijn houdt in dat de bepalingen daarvan van toepassing zijn op overeenkomsten die na 31 december 1994 zijn gesloten. De hier aan de orde zijnde (verplichte) richtlijnconforme uitleg van artikel 6:233 jo. 6:231 onder a BW (oud), die eventueel ambtshalve moet plaatsvinden, is derhalve beperkt tot die overeenkomsten. De overeenkomst met de consumenten is gesloten vóór 31 december 1994, namelijk op 1 december 1991, waardoor de Richtlijn niet van toepassing is en dus richtlijnconforme uitleg ook niet (zie Hoge Raad 29 april 2016, ECLI:NL:HR:2016:769).

Conclusie

3.11 Hiervoor is vastgesteld dat de verzekeraar geen verwijt kan worden gemaakt over het schenden van informatieverplichtingen, dat over de in rekening gebrachte kosten wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan en dat van de gestelde dwaling en/of misleiding geen sprake is. Nu voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze tegenover de consument tekort is geschoten, of onrechtmatig heeft gehandeld dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen. De andere verweren van de verzekeraar (schending van de klachtplicht en verjaring) kunnen daarom onbesproken blijven.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

[3] Richtlijn van de Raad van 5 april 1993 betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten

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 46 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 informatie-verplichting 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 overlijdensrisico-premie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekerings-overeenkomst. 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).