Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0321

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. E.L.A. van Emden, drs. J.W. Janse, leden en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Klacht ontvangen op	31 januari 2017
Ingediend door	De consument
Tegen	Goudse Levensverzekeringen N.V., gevestigd te Gouda, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	25 april 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering deels toegewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen; Relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering afgesloten in 2006. De verzekeraar heeft niet voldaan aan alle in de Riav 1998 neergelegde informatieverplichtingen. De commissie acht het echter niet aannemelijk dat indien deze informatie wel was verschaft, de consument de verzekering niet of niet in deze vorm zou hebben afgesloten. De commissie beslist verder dat de verzekeraar de afkoopwaarde van de verzekering moet herrekenen zonder inhouding van de kosten voor de ontwikkeling van het product.

De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 oktober 2014 tot 1 april 2017 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar met daarin het aanbod van de verzekeraar;
- de reactie (repliek) van de consument op het verweerschrift en aanbod van de verzekeraar;
- de aanvulling van de consument op de stukken na afwikkeling van het aanbod;
- de aanvulling van de consument naar aanleiding van de richtinggevende uitspraken van de CvB;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de reactie van de consument op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad;
- de reactie van de verzekeraar op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad.

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

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft na bemiddeling en advisering van een tussenpersoon een beleggingsverzekering bij de verzekeraar afgesloten, met de naam Flexxvermogensplan en met polisnummer [nummer] (hierna: de verzekering). De ingangsdatum van de verzekering is 1 februari 2006, de einddatum 1 juni 2034 en de premie was € 417,- per maand. De verzekering is een universal life verzekering, wat inhoudt dat de premies voor het overlijdensrisico en de kosten in mindering worden gebracht op de voor de overeenkomst uitstaande participaties.

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

2.3 Bij het aangaan van de verzekering is een vaste overlijdensdekking van € 163.824,- overeengekomen, of 110% van de fondswaarde indien deze hoger is. De consument heeft deze dekking in 2013 aangepast, zodat hem geen overlijdensrisicopremies meer in rekening worden gebracht, maar hij een klein bedrag aan premie ontvangt. Bij overlijden wordt nu een bedrag van 90% van de waarde van de beleggingen op het moment van overlijden uitgekeerd.

2.4 De verzekering is afgekocht per 6 april 2018. De afkoopwaarde bedroeg € 71.740,54.

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

- een offerte gedateerd 31 januari 2006
- een aanvraagformulier getekend op 1 februari 2006
- een polisblad, gedateerd 6 maart 2006
- de Algemene voorwaarden 2003

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

2.6 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998 van toepassing en de Code Rendement en Risico (CRR) 2004. Ook is de Nadere Regeling financiële bijsluiter 2002 van toepassing.

2.7 In het kader van de compensatieregeling van de verzekeraar heeft de consument € 20,51 ontvangen voor vergoeding van het hefboomeffect.

2.8 Bij e-mail van 10 augustus 2016 heeft de verzekeraar uiteengezet welke kosten bij de consument in rekening worden gebracht:

"Eerste kosten
De Goudse berekent aan eerste kosten 2,5% van alle van u te ontvangen premies met een minimum van € 100,- en een maximum van € 800,-, vermeerderd met een opslag voor risico's en renteverlies. De kosten betreffen het administreren van uw gegevens, de opmaak en verzending van uw polis, het eventueel inschakelen van een medisch adviseur en het regelen dat uw geld in het juiste fonds wordt belegd.

De eerste kosten worden bij opmaak van uw polis gemaakt, maar worden niet op de ingangsdatum bij u in rekening gebracht. Deze kosten worden verdeeld over de gehele looptijd. Iedere maand wordt een deel van de eerste kosten onttrokken aan uw participaties. Het verdelen van deze kosten brengt risico's en renteverlies voor De Goudse met zich mee. Deze worden verrekend door middel van een opslag op de eerder genoemde € 100,- tot € 800,-.

Daarnaast betalen wij een vergoeding aan uw verzekeringsadviseur, die u een persoonlijk advies heeft gegeven. Deze vergoeding verschilt per polis, maar er geld wel een maximum. De doorberekening aan u verspreiden wij over 5 jaar.

Met het verdelen van de kosten voorkomen we dat uw inleg aan het begin van de looptijd voor een groot deel op gaat aan te maken kosten en wordt er vanaf het begin zo veel mogelijk premie gebruikt om vermogen op te bouwen.

Doorlopende kosten
Tijdens de looptijd worden er ook kosten gemaakt. Denk daarbij aan de incasso van uw premie, het sturen van jaarlijkse Waardeopgaven, het aanpassen van de actuele waarde van de polis en de verzekerde dekking van de bijbehorende overlijdensrisicoverzekering. Wij rekenen hiervoor jaarlijks een vast bedrag van € 15,- plus 4% van de jaarpremie met een minimum van € 35,- en een maximum van € 65,-. Vervolgens wordt dit jaarbedrag verdeeld in maandelijkse onttrekkingen. Bij de omrekening van jaarlijkse naar maandelijkse bedragen wordt een opslag toegepast.

Uw verzekeringsadviseur ontvangt een doorlopende vergoeding. U kunt immers altijd bij hem terecht voor vragen en periodiek met hem bespreken of uw polis nog voldoet aan uw doelstellingen. Ook zijn er aan- en verkoopkosten van uw beleggingen. Deze kosten verschillen per fonds maar zijn maximaal 0,15% bij aankoop en 0,20% bij verkoop.

Kosten binnen beleggingsfondsen
Voor het beheer van de beleggingsfondsen brengt de fondsbeheerder kosten in rekening. De hoogte daarvan varieert per fonds. Deze kosten worden binnen het fonds verrekend en niet apart voor uw polis in rekening gebracht.

Overige kosten
Tot slot zijn er in sommige gevallen overige kosten, bijvoorbeeld voor het afgeven van een nieuwe polis bij een wijziging. Hiervoor berekenen wij standaardtarieven."

2.9 De consument heeft waardeoverzichten van de verzekeraar ontvangen. Vanaf 2008 zijn deze opgesteld volgens het model De Ruiter waarmee de kosten die de verzekeraar in rekening heeft gebracht in de waardeoverzichten zijn gespecificeerd. Vanaf 2011 is bij deze overzichten de volgende toelichting op de kosten gevoegd:

"Eerste kosten: dit zijn de kosten van het advies en de kosten die De Goudse heeft gemaakt om de beleggingsverzekering te administreren en de polis af te geven. Ook de kosten voor de ontwikkeling van het product zijn eerste kosten.

Doorlopende kosten: dit zijn de kosten die jaarlijks in rekening worden gebracht voor de administratie, het innen van de premie en het beschikbaar stellen van informatie over uw polis.

Kosten fondsbeheer: dit zijn de kosten die de fondsbeheerder in rekening brengt voor het beheer van het fondsvermogen. Deze kosten bestaan uit een vergoeding voor het beheer en de belegging van het fondsvermogen, en overige beheerkosten, zoals kosten voor het maken van jaarverslagen en accountantscontroles.

Kosten bemiddelaar of verzekeringsadviseur: dit betreft de vergoeding voor uw verzekeringsadviseur. Deze provisie wordt al direct bij het ingaan van de verzekering uitgekeerd. De kosten worden echter niet in één keer aan u doorberekend maar in termijnen Dit gebeurt gedurende de eerste jaren. Zo is er al direct geld beschikbaar om een kapitaal op te bouwen. Omdat uw adviseur gedurende de looptijd ook beschikbaar is voor ondersteuning en advies, wordt ook jaarlijks een bedrag verrekend.

Mutatie- en switchkosten: dit is een vast bedrag voor het aantekenen van een wijziging of een fondsswitch en het verstekken van een nieuw polisblad.

Aan- en verkoopkosten: dit zijn kosten om beleggingen te kopen en te verkopen."

De klacht en vordering

2.10 De consument vordert verhoging van de afkoopwaarde met de ten onrechte ingehouden kosten en het over die kosten gemiste rendement, vermeerderd met de wettelijke rente in het geval deze compensatie plaatsvindt nadat de waarde van de verzekering is overgedragen naar een ander product.

2.11 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat over (een deel van) de kosten die de verzekeraar voor de verzekering in rekening heeft gebracht geen wilsovereenstemming bestaat en omdat deze kosten te hoog waren. De consument voert ter onderbouwing van deze stelling het volgende aan:

- Op het bedrag van € 5.000,- dat hij jaarlijks aan premie betaalt, wordt zo'n € 1.000,- aan kosten in mindering gebracht. In de beleggingsfondsen zit daarbovenop 0,6% aan kosten. Dat brengt het totale kostenpercentage op het moment van indienen van de klacht op 2,6%. Vergeleken met andere producten en aanbieders in de markt is dit veel te hoog. Na het aanpassen van de overlijdens-risicodekking wordt nog altijd 20% van de inleg niet belegd. De ten tijde van de klacht ingediende afkoopwaarde moet daarom met 20% worden verhoogd, en het op deze 20% gemiste rendement.
- Op het moment van afsluiten van de verzekering konden de kosten alleen worden afgeleid van de prognoses van de eindkapitalen. Alleen voor de aan- en verkoop-kosten zijn percentages en een bandbreedte genoemd. De consument vraagt zich af waarom de verzekeraar dit niet voor de andere kostencomponenten heeft gedaan. Pas later, toen verzekeraars meer voorlichting moesten geven, bleek welke kostencomponenten er waren en hoe hoog de kosten waren. De hoogte van de kosten staat niet in verhouding tot de door de verzekeraar en de tussenpersoon geleverde diensten. De uitleg bij de kostenposten rechtvaardigt deze bedragen niet. Met een juiste voorstelling van zaken bij aanvang, had de consument zijn pensioen-voorziening anders geregeld.
- De verzekeraar heeft niet uit kunnen leggen hoe de kosten worden berekend en waarom deze blijven stijgen.
- De consument heeft berekend dat de kosten ook boven het maximum van 2,45% dat de verzekeraar zichzelf heeft gesteld, uitkomen. Het kostenniveau ligt op peildatum juli 2017 op 4,8%. Hiervoor heeft de consument geen compensatie gekregen. Ook geldt dat in de informatie over de compensatieregeling grafieken zaten die niet kloppen en die misleidend zijn. Was aan de consument inzichtelijk gemaakt hoe de kostenstructuur zich door de tijd heen ontwikkelde, dan had hij zijn pensioenregeling eerder aangepast en minder schade opgelopen.
- De verzekeraar heeft de consument niet geïnformeerd dat provisie in rekening zou worden gebracht. Er bestaat daarom geen overeenkomst met betrekking tot deze provisie en deze is ten onrechte aan de waarde van de verzekering onttrokken. Als de provisie al was afgesproken, dan verwacht een consument geen torenhoge bedragen, alleen bedragen voor daadwerkelijk geleverd werk.
- In de waardeoverzichten verschijnt gaandeweg meer informatie over de hoogte van de kosten, de kostenposten zelf en hoe deze worden uitgesplitst. Daarbij zijn ook nieuwe begrippen en omschrijvingen gebruikt, die niet stroken met de polis en de voorwaarden.

Pas in het waardeoverzicht van 2008 over 2007 zijn de 'kosten bemiddelaar of verzekeringsadviseur' vermeld. Hierover is niets overeengekomen. Deze kosten staan niet genoemd in het polisblad, het polisaanhangsel en de bijzondere voorwaarden. Pas vanaf het waardeoverzicht uit 2012 worden de kosten van de bemiddelaar of verzekeringsadviseur uitgesplitst en wordt de afsluitprovisie voor het eerst genoemd. Van 2011 tot en met 2016 wordt er een toelichting gegeven bij de begrippen op de waardeoverzichten, waarbij informatie over de kostenposten wordt toegevoegd die daarvoor nog niet beschikbaar was. Ook daaruit blijkt dat kosten in rekening worden gebracht die niet zijn overeengekomen, zoals kosten voor de beschikbaarheid van de adviseur tijdens de looptijd van de verzekering. Dit geldt ook voor de kosten voor de ontwikkeling van het product, wat onder eerste kosten zou vallen. Eerste kosten werden echter tot dat moment beschreven als de kosten die samenhangen met het afsluiten van de verzekering.

- Pas in de klachtenprocedure in 2016 heeft de consument meer toelichting op de kostenberekeningen ontvangen. Voor eerste kosten wordt naast 2,5% van alle te ontvangen premies, een opslag genoemd 'voor risico's en renteverlies', waarbij geen toelichting wordt gegeven en geen percentage wordt genoemd. Een dergelijke wijze van kosten in rekening brengen verwacht je als consument niet als het gaat om de kosten van één transactie, namelijk het afsluiten van de verzekering. Deze kosten zijn ook onrealistisch hoog voor het gekochte product en niet passend bij wat er in de overeenkomst omschreven staat.
- De verzekeraar heeft geen productaanpassingen gedaan en geen alternatief product aangeboden, waar andere verzekeraars wel de kosten omlaag brachten of alternatieven hebben geboden.

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.

De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt de klacht van de consument volgens het in de bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen. Toetsing door de commissie vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie.

Heeft de consument de productdocumentatie ontvangen?

3.2 De consument heeft gesteld dat hij niet zeker weet of hij voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst de door de verzekeraar overgelegde offerte heeft ontvangen.

De verzekeraar heeft aangevoerd dat hij niet zelf de offerte verstrekte, maar dat deze door de tussenpersoon werd verstrekt. De consument heeft wel verklaard vergelijkingen te kunnen hebben gemaakt aan de hand van voorbeeldkapitalen. Deze voorbeeldkapitalen waren enkel in de offerte beschikbaar. De commissie gaat er daarom van uit dat de consument de offerte heeft ontvangen of in ieder geval bij de tussenpersoon heeft kunnen inzien. Ook de verder overgelegde productdocumentatie heeft de consument ontvangen.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.3 Consument stelt dat hij, indien hij bij het aangaan van de verzekering een juiste voorstelling had gehad van de kosten, zijn pensioenvoorziening anders zou hebben geregeld. Voor zover de consument zich hiermee beroept op dwaling, gaat dit beroep niet op. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was, een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico.

3.4 De commissie acht het ook niet aannemelijk dat de consument indien hij de volgens hem ontbrekende informatie wel had ontvangen, de beleggingsverzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan (vgl. CvB 2017-035). De consument heeft zelf aangegeven dat voor hem als zzp-er beleggingsverzekeringen de enige mogelijkheden waren om pensioen op te bouwen, naast gewoon netto sparen of beleggen en dat het aanbod van de verschillende verzekeraars toen niet veel van elkaar verschilde. De consument heeft het kostenniveau van de verzekering vergeleken met een bankspaar-product. In 2006 was banksparen echter nog niet mogelijk.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.5 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan hem verstrekte informatie over de aan de verzekering verbonden kosten onvoldoende is. De commissie overweegt hierover als volgt.

3.6 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie niet alle informatie aan de consument heeft verstrekt waartoe hij gehouden was op grond van de ten tijde van het afsluiten van de verzekering toepasselijke RIAV 1998. De verzekeraar heeft de consument niet geïnformeerd over de nominale hoogte, dan wel percentuele beslag op de premie van de in rekening gebrachte eerste kosten en doorlopende kosten.

Dit is in strijd met artikel 2 lid 2 sub q van de RIAV 1998.[1] Hiermee heeft de verzekeraar onrechtmatig tegenover de consument gehandeld.

3.7 De commissie acht het echter niet aannemelijk dat indien deze informatie wel was verschaft, de consument de verzekering niet of niet in deze vorm zou hebben afgesloten. Zoals de commissie al onder nummer 3.4 heeft overwogen, heeft de consument zelf aangegeven dat voor hem als zzp-er beleggingsverzekeringen de enige mogelijkheden waren om pensioen op te bouwen, naast gewoon netto sparen of beleggen en dat het aanbod van de verschillende verzekeraars toen niet veel van elkaar verschilde.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.8 De consument stelt dat over de kosten voor de bemiddellaar of verzekeringsadviseur geen wilsovereenstemming bestaat. Onder deze kosten vallen ook de afsluitprovisie en de kosten voor de beschikbaarheid van de bemiddelaar tijdens de looptijd van de verzekering. Verder stelt de consument dat de onder de eerste kosten vallende kosten voor de ontwikkeling van het product ook niet zijn overeengekomen.

3.9 Blijkens de e-mail van de verzekeraar van 10 augustus 2016 heeft de verzekeraar de volgende kosten in rekening gebracht:
- eerste kosten, waaronder ook de provisie voor de verzekeringsadviseur valt,
- doorlopende kosten, waaronder ook de doorlopende provisie voor de adviseur valt,
- aan- en verkoopkosten van de beleggingsfondsen, en
- overige kosten.
Omdat de eerste kosten bij opmaak van de verzekering gemaakt worden, maar pas tijdens de looptijd van de verzekering in rekening worden gebracht, berekent de verzekeraar ten slotte een opslag, omdat dit risico's en renteverlies met zich brengt.

3.10 Aan de hand van de productdocumentatie heeft de commissie vastgesteld dat de verzekeraar bij het aangaan van de verzekering de volgende kostensoorten heeft genoemd:
- eerste kosten, die verband houden met het afsluiten van de overeenkomst,
- doorlopende kosten zoals de door de maatschappij in verband met de verzekering gemaakte administratiekosten, de kosten vermogensbeslag, de doorlopende provisie, en
- aan- en verkoopkosten.

3.11 De consument betwist dat is overeengekomen dat een afsluitprovisie in rekening zou worden gebracht. De commissie overweegt dat uit de productdocumentatie volgt dat eerste kosten in rekening worden gebracht en dat dit kosten zijn "die verband houden met het afsluiten van de overeenkomst".

[1] CvB Kifid 2019-007, punt 4.7.3.

Naar oordeel van de commissie heeft de verzekeraar er redelijkerwijs op mogen vertrouwen dat de consument door de algemene voorwaarden te aanvaarden er ook mee instemde dat als onderdeel van de eerste kosten, de afsluitprovisie in rekening gebracht zou worden. Immers, de consument moet hebben geweten of hebben kunnen weten dat de tussenpersoon de verzekering niet heeft afgesloten zonder daarvoor kosten in rekening te brengen.

3.12 De consument betwist eveneens dat de doorlopende kosten die voor de adviseur in rekening worden gebracht, voor zijn beschikbaarheid tijdens de looptijd van de verzekering, zijn overeengekomen. Deze worden voor het eerst in de toelichting op de waardeoverzichten genoemd, aldus de consument. In de voorwaarden staat echter de doorlopende provisie genoemd. Met deze kostenpost heeft de consument dan ook ingestemd.

3.13 Ten slotte betwist de consument dat hij met de verzekeraar is overeengekomen dat er kosten voor de ontwikkeling van het product bij hem in rekening zouden worden gebracht. Hoewel de verzekeraar in zijn e-mail van 10 augustus 2016 deze kostenpost niet genoemd heeft, heeft de verzekeraar deze wel bij de toelichting bij de waarde-overzichten genoemd en daarbij genoemd dat deze onder de eerste kosten vallen. De commissie gaat er daarom van uit dat de verzekeraar deze kosten in rekening heeft gebracht

3.14 De consument heeft onweersproken gesteld dat deze kosten niet gerekend kunnen worden tot de kosten die verband houden met het afsluiten van de verzekering. Daaruit volgt dat de verzekeraar de kosten voor de ontwikkeling van het product niet heeft genoemd in de productdocumentatie bij het afsluiten van de verzekering. Dat betekent dat deze kosten niet kunnen worden geacht te zijn overeengekomen. De verzekeraar mocht deze kosten dus niet in rekening brengen. De commissie schat dat 1/3-de deel van de eerste kosten ten onrechte in rekening is gebracht en rekening houdend met de maximering (zie 2.8) gaat het om € 270,- vermeerderd met de opslag voor risico's en renteverlies. Dit bedrag moet de verzekeraar toevoegen aan de belegde waarde van de verzekering, in die zin dat de verzekeraar de afkoopwaarde van de verzekering moet herrekenen zonder inhouding van de kosten voor de ontwikkeling van het product. Het (positieve) verschil tussen deze afkoopwaarde en de reeds uitgekeerde afkoopwaarde moet de verzekeraar als schadevergoeding aan de consument voldoen. Naar keuze van de consument moet de verzekeraar die vergoeding rechtstreeks betalen aan de consument of die vergoeding ter beschikking stellen door storting in een door de consument gekozen product. De commissie wijst erop dat deze keuze fiscaal verschil kan maken.

3.15 Het is de commissie ten slotte niet gebleken dat meer of overige kosten in rekening zijn gebracht dan in de voorwaarden zijn genoemd. De commissie is dan ook van oordeel dat over de kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

Stijgende kosten

3.16 De consument stelt dat de kosten van de verzekering steeds stijgen. Ook stelt de consument dat de verzekeraar niet heeft kunnen uitleggen hoe de kosten worden berekend. Aan de hand van de waardeoverzichten heeft de commissie niet kunnen vaststellen dat sprake is van voortdurend stijgende kosten. Verder heeft de verzekeraar in de e-mail van 10 augustus 2016 in grote lijnen uiteengezet hoe de kosten worden berekend. Deze beide klachtonderdelen zijn dan ook ongegrond. Voor zover de consument klaagt over de stijgende fondsbeheerkosten, geldt dat deze worden berekend als een percentage van het belegd vermogen. Als een positief resultaat wordt behaald, stijgen deze kosten dan ook.

Berekening en informatieverschaffing compensatie

3.17 De consument stelt dat het kostenniveau op peildatum juli 2017 op 4,8% lag en niet onder het door de verzekeraar gestelde maximale kostenniveau van 2,45%. De verzekeraar heeft uiteengezet dat de Regeling tegemoetkoming beleggings-verzekeringen de kosten, inclusief de TER, maximeert tot 2,45% *over de gehele looptijd van de verzekering*. De verzekeraar heeft onbetwist uiteengezet dat de berekeningen van de consument op andere uitgangspunten zijn gebaseerd en daarom tot andere resultaten leiden. De commissie overweegt dat de berekeningen van de consument en van de verzekeraar niet kunnen worden vergeleken, terwijl de consument niet duidelijk heeft uitgelegd waarom zijn berekeningen en uitgangspunten de juiste zijn. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

3.18 De consument stelt verder dat de door de verzekeraar bij de uitleg van de regeling getoonde grafieken misleidend zijn. De verzekeraar heeft uitgelegd dat met de grafische weergave is beoogd op eenvoudige wijze inzicht te geven in de toepassing van de regeling. De commissie overweegt dat de verzekeraar bij de grafische weergave heeft vermeld dat de regeling uitgaat van het effect van de kostendruk op het rendement van de verzekering, uitgaande van het historisch fondsrendement. Daarbij heeft de verzekeraar gemeld dat de uitkomst in werkelijkheid afhankelijk is van de werkelijke rendementsontwikkeling tot aan de einddatum. De verzekeraar heeft de weergave dus niet gepresenteerd als de daadwerkelijke waardeontwikkeling van de verzekering van de consument. Verder staat bij het voorbeeld: “Bij bovenstaande berekening zijn we ervan uitgegaan dat uw polis ongewijzigd doorloopt. Verlaging van uw premie of verkorten van de looptijd leidt tot andere uitkomsten.” Naar het oordeel van de commissie is dan ook geen sprake van een misleidende voorstelling van zaken. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Alternatief product

3.19 De consument heeft ten slotte aangevoerd dat de verzekeraar het kostenniveau in de verzekering niet heeft verlaagd en geen alternatief product heeft aangeboden, terwijl andere verzekeraars dit wel hebben gedaan. Op de verzekeraar rust echter niet de plicht de consument een alternatief te bieden of om de kosten te verlagen. De consument is vrij zich tot andere productaanbieders te wenden. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Ambtshalve toets

3.20 De commissie toetst in voorkomende gevallen de bedingen in een consumenten-overeenkomst aan de Richtlijn oneerlijke bedingen.[2] Daarbij gaat zij na of deze bedingen in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de verzekerings-overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de consument ten nadele van de consument aanzienlijk verstoren. Het is de commissie niet gebleken dat in dit geval sprake is van door de verzekeraar gehanteerde voorwaarden die in strijd zijn met de richtlijn oneerlijke bedingen.

De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar de afkoopwaarde van de verzekering moet herrekenen zonder inhouding van de kosten voor de ontwikkeling van het product.

De verzekeraar moet binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd schadevergoeding aan de consument betalen; deze schadevergoeding is gelijk aan het (positieve) verschil tussen de opnieuw vastgestelde afkoopwaarde en de reeds uitgekeerde afkoopwaarde, vermeerderd met wettelijke rente vanaf de datum waarop de reeds uitgekeerde afkoopwaarde is aangewend ten behoeve van een nieuw product tot aan de dag van volledige voldoening. Naar keuze van de consument moet de verzekeraar dit bedrag aan de consument rechtstreeks betalen of anders storten in een door de consument aan te wijzen financieel product of fonds.

[2] Richtlijn 93/13/EEG

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

Bijlage I: Belangrijke bepalingen uit de toepasselijke voorwaarden

"Artikel 1.1 Begrippen.
In de polis en deze voorwaarden wordt verstaan onder:
(…)
o. aankoopprijs:
de participatiewaarde, verhoogd met een percentage van die waarde in verband met aankoopkosten;
p. verkoopprijs:
de participatiewaarde, verlaagd met een percentage van die waarde in verband met verkoopkosten;
q. aan- en verkoopkosten:
de aan- en verkoopkosten bedragen respectievelijk maximaal 0,2% en maximaal 0,5%van het in participaties te investeren of daaraan te onttrekken bedrag; deze percentages kunnen gewijzigd worden.

Artikel 6.3 Kosten.
Alle kosten door de maatschappij in verband met de overeenkomst gemaakt kunnen door haar bij de verzekeringnemer in rekening worden gebracht. De kosten kunnen door haar worden verrekend met de in de overeenkomst aanwezige waarde dan wel worden verrekend met de uitkering (als bedoeld in 3.3.1). Onder deze kosten worden onder meer begrepen:
- kosten van werkzaamheden die verband houden met wijziging of beëindiging van de overeenkomst;
- kosten in verband met mutaties en betalingsverkeer;
- kosten in het kader van beslag/uitwinning door schuldeisers;
- kosten van gerechtelijke procedures en buitengerechtelijke kosten ter voorbereiding of ter voorkoming daarvan.

Artikel 7.1 Omrekening van euro's naar participaties en vice versa.
7.1.1 De omrekening van de premie in participaties geschiedt:
a. tegen de aankoopprijs die geldt op de eerste werkdag volgend op de premievervaldag als de premie vóór of op de premievervaldag door de maatschappij is ontvangen;
(…)
7.1.2 De bepaling van de waarde van in participaties luidende uitkeringen bij leven op de einddatum geschiedt tegen de verkoopprijs die geldt op de eerste werkdag die volgt op de einddatum.
(…)

Artikel 7.3 Vaststelling en geldigheid van de participatiewaarde van enig fonds.
(…)
7.3.5 De beheerder ontvangt maandelijks voor het door hem gevoerde beheer een beheerloon dat derhalve maandelijks wordt onttrokken aan het betreffende fondsvermogen.

7.3.6 Kosten welke uit het beheer of de bewaring van een fonds kunnen voortvloeien, zoals die terzake van bewaring van beleggingen, administratie, ten laste van het fonds geheven belastingen en rechten, (jaar) verslagen, deskundigen, (aanvraag van) vergunningen resp. vrijstellingen, eventuele bemiddelingsprovisie in verband met verkoop van participatie, verzekeringspremies, publicaties en dergelijke, worden, voor zover mogelijk, ten laste van het fondsvermogen gebracht.
(…)

Artikel 7.4 Onttrekkingen.
7.4.1 De eerste kosten, die verband houden met het afsluiten van de overeenkomst, worden in gedeelten gedurende een door de maatschappij te bepalen aantal jaren steeds maandelijks, op de voor de overeenkomst uitstaande participaties onttrokken.
7.4.2 Op de voor de overeenkomst uitstaande participaties zullen maandelijks doorlopende kosten en premie(s) in mindering worden gebracht. Doorlopende kosten en premie(s) betreffen onder meer de door de maatschappij in verband met deze overeenkomst gemaakte administratiekosten, kosten vermogensbeslag, de verschuldigde overlijdensrisicopremie en, indien van toepassing: de doorlopende provisie en de premie voor premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid.
(…)

Bijlage II: 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

4.1 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

4.2 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 4.4.

Richtlijn oneerlijke bedingen

4.3 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)

4.4 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

4.5 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 overlijdens-risicopremie 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

4.6 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

4.7 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).