Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0204

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. F.H.E. Boerma, drs. J.W. Janse, leden en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

,Datum uitspraak	8 maart 2024
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen, relevante bepalingen uit productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Variabel Investeringsplan afgesloten in 1996. De consument stelt dat de verzekeraar niet aan zijn zorg- en informatieverplichtingen heeft voldaan en hij bij het afsluiten van de verzekering heeft gedwaald. Verder stelt hij dat er geen wils-overeenstemming bestaat over de in rekening gebrachte kosten en dat de materiële transparantie van de voorwaarden ontbreekt. De klachten zijn ongegrond en alle vorderingen worden afgewezen.

1. 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 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- 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.

1.2 Na het indienen van de klacht heeft de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: CvB) een aantal uitspraken gedaan in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen.

Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die de commissie richtinggevend acht voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen. Deze uitspraken zijn bekend en terug te vinden als: CvB 2017-023A, CvB 2017-035, CvB 2017-036, CvB 2017-043 en CvB 2018-019. De consument heeft een reactie op die uitspraken ingediend waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten.

1.3 Na het afronden van de schriftelijke fase van deze procedure heeft de Hoge Raad prejudiciële vragen beantwoord van het Gerechtshof Den Haag over beleggingsverzekeringen. De commissie acht de antwoorden van de Hoge Raad relevant voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad.[1] Beide partijen hebben vervolgens een reactie ingediend.

1.4 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door M. van Rossum, professioneel vertegenwoordiger.

1.5 De consument en zijn echtgenote klagen in totaal over drie verschillende verzekeringen die zijn afgesloten bij de rechtsvoorganger van de verzekeraar. Over elk van de verzekeringen is afzonderlijk een klacht bij Kifid ingediend. Deze uitspraak heeft betrekking op de verzekering met polisnummer [nummer 1].

1.6 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.

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 augustus 1996 een beleggingsverzekering genaamd *Variabel Investerings Plan* met polisnummer [nummer 1] (hierna: de verzekering) bij de (rechtsvoorganger van) verzekeraar. Deze verzekering was van het type universal life.

2.2 Bij de verzekering was sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument. Het volgende was verzekerd.

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

- Een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde contractwaarde bij verkoop.
- Een uitkering bij overlijden van de consument voor 1 augustus 2026 van ten minste het verzekerde overlijdenskapitaal. De uitkering na overlijden van de verzekerde voor 1 september 2006 is echter een bedrag ter grootte van de contractwaarde bij verkoop vermeerderd met 10% als dat meer is.
- De uitkering na overlijden van de verzekerde op of na 1 september 2006 is een bedrag ter grootte van de contractwaarde bij verkoop als dat meer is dan het verzekerd overlijdenskapitaal.
- Het verzekerde overlijdenskapitaal bedraagt bij overlijden van de verzekerde op of na 1 augustus 1996 maar voor 1 augustus 2026 alle tot dan toe betaalde premies.

2.3 Voor de verzekering was de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. De maandpremie bedroeg *f* 133,33 (€ 60,50) vanaf 1 september 1996 voor het laatst te voldoen op 1 juni 2026. Tevens is eenmalig een bedrag verschuldigd van *f* 18.096,47 (€ 8.211,82) per 1 augustus 1996. Dit betreft een overdrachtswaarde van een eerder afgesloten verzekering.

2.4 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;
- een polisblad gedateerd 16 oktober 1996;
- een brochure, genaamd: "Variabel Investerings Plan: De opzet, hoe werkt het"?;
- de voorwaarden genaamd "Algemene voorwaarden Variabel Investerings Plan serie 102".

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

2.5 Op de verzekering was de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers 1994 (Riav 1994) van toepassing.

2.6 De verzekeraar heeft de consument gedurende de looptijd van de verzekering jaarlijks geïnformeerd over het rendement van het fonds waarin werd belegd en daarnaast vanaf 2009 over de waardeontwikkeling conform de modellen van de Commissie De Ruiter.

2.7 De consument heeft de verzekeraar per brief van 29 mei 2007 aansprakelijk en in gebreke gesteld. In deze brief staat onder andere:
"*(…)*
Ter zake mijn beleggingsverzekeringen bestaan diverse vorderingen op u. Op dit moment houd ik 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 de redelijkheid en billijkheid.

Ik stel u hierbij nadrukkelijk aansprakelijk en in gebreke terzake van alle hierboven bedoelde vorderingen. Voorts zeg ik u – voor zover vereist – de wettelijke rente aan over alle aan mij verschuldigde bedragen, met welke rechtsgrondslag dan ook.

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

2.8 Op 2 april 2008 heeft de consument een gelijkluidende brief aan de verzekeraar gestuurd.

Per brief van 21 mei 2008 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat de verzekeraar de aansprakelijkstelling van de consument alsmede de geuite verwijten van de hand wijst. De verzekeraar heeft de consument verder het volgende bericht:
"*(…)*
Wel willen wij van de gelegenheid gebruik maken u te wijzen op de algemene aanbeveling die de Ombudsman Financiële Dienstverlening op 4 maart van dit jaar aan verzekeraars heeft gedaan over een acceptabele hoogte van de kosten in beleggingsverzekeringen, die in het verleden zijn afgesloten. Als verzekeraars deze aanbeveling besluiten over te nemen, dan moeten de gevolgen van de aanbeveling uiterlijk in 2009 aan klanten gecommuniceerd worden. Fortis ASR heeft besloten deze aanbeveling over te nemen.

De komende periode berekenen wij per verzekering de gevolgen van de aanbeveling. Dit proces neemt tijd in beslag, en daarom kunnen wij op dit moment nog niet aangeven wat dit concreet voor uw beleggingsverzekering betekent. Uiterlijk in 2009, maar natuurlijk eerder indien mogelijk, informeren wij u over het effect voor uw verzekering. Als blijkt dat de door ons ingehouden kosten hoger zijn geweest dan in de aanbeveling vermeld, compenseren wij u volgens de regels van de aanbeveling. De compensatie zal toegevoegd worden aan de waarde van uw verzekering.
(…)"

2.9 Met de brief van 6 februari 2009 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over de aanpak van de verzekeraar met betrekking tot de compensatieregeling. In de brief staat onder andere:
"(…)
Voor elke (lopende of premievrije) beleggingsverzekering zal door ons worden berekend of deze in aanmerking komt voor kostencompensatie. Het uitvoeren van deze compensatieregeling vergt aanpassingen in verschillende administratieve systemen. Omdat bij ASR Nederland sprake is van een zeer grote en gedifferentieerde portefeuille van beleggingsverzekeringen, zal de uitwerking van dit proces geruime tijd in beslag nemen. Dit betekent dat wij u uiterlijk in het 3e kwartaal van 2010 zullen informeren over de specifieke consequenties van de compensatieregeling voor uw beleggingsverzekering(en).
Hebt u een lopende of premievrije beleggingsverzekering dan hoeft u verder géén actie te ondernemen.
(…)"

2.10 Per brief van juni 2011 heeft de verzekeraar de consument bericht dat hij in het kader van de compensatieregeling geen vergoeding ontvangt.

2.11 De verzekering is beëindigd per 8 januari 2013 doordat de verzekering is afgekocht. De afkoopwaarde bedroeg € 28.419,07.

2.12 De consument heeft per brief van 21 november 2014 een klacht ingediend bij de verzekeraar. Omdat de klacht bij de verzekeraar niet tot een oplossing heeft geleid, heeft de consument per brief van 27 januari 2015 zijn klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

2.13 De consument vordert dat de verzekeraar zijn schade vergoedt. De schadeomvang dient volgens de consument te worden bepaald door herrekening van alle drie de in geschil zijnde poliswaarden, waarbij de vernietigde bedingen ter zake de risicopremie, de kosten en de fondsbeheerkosten buiten beschouwing dienen te blijven. Een dergelijke schadeberekening valt te becijferen door het opmaken van een schadestaat, waarin een vergelijking wordt gemaakt met een productalternatief waarvoor in het rendement slechts 0,5% aan lopende kosten is verrekend en met een aangenomen gemiddeld rendement gelijk aan het door de verzekeraar in 2007 desgevraagd opgegeven rendement van 6,2% na aftrek van lopende kosten. In verhouding tot de in 2007 voorgespiegelde eindwaarde bij leven is sprake van een op te lopen vermogensschade van € 69.300,- waarvoor de consument volledig wenst te worden gecompenseerd. Deze vordering is becijferd per einddatum van de premiebetalende periode (1 juli 2026). Subsidiair wordt de vordering dan ook gebaseerd op de aanname dat bij deugdelijke productinformatie door consument in 1996 was gekozen voor een "echt" hypotheekproduct, bijvoorbeeld een Meegroeiverzekering van ABN AMRO met een 90% restitutiedekking (en ongewijzigde premie-inleg). In dat geval bedraagt de vordering € 55.526,-.

Voornoemde berekening is bedoeld voor polis [nummer 2] en dient naar analogie te worden toegepast voor de polissen [nummer 3] en [nummer 1]. Bij toekenning van de vorderingen van de consument dient de verzekeraar de gevorderde kosten van de vertegenwoordiger van de consument te vergoeden. Bij het bepalen van de hoogte van deze kosten dient de commissie toepassing te geven aan artikel 40 lid 9 (oud) reglement, waarbij het geactualiseerde liquidatietarief toegepast moet worden. Voor deze procedure betreft dat 4 liquidatiepunten uit tariefgroep IV.

2.14 Volgens de consument is de verzekeraar tot schadevergoeding gehouden omdat hij bij het sluiten van de verzekering heeft gedwaald, over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat en 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. Op de verzekeraar rust de primaire verantwoordelijkheid om verzekeringnemers op een juiste, duidelijke en volledige wijze te informeren over de kosten, risicopremie en beleggingsrisico's. De verzekeraar heeft geen deugdelijke informatie verstrekt over de kosten en de risicopremies. De daarop betrekking hebbende bedingen zijn nietig, vanwege het gebrek aan materiële transparantie. Daarbij hebben de bedingen een oneerlijk karakter, vanwege de aanzienlijke verstoring van het evenwicht tussen partijen ten nadele van de consument. De verzekeraar heeft daarbij verzuimd te waarschuwen dat de verzekering vanwege het koersrisico en de hoogte van de kosten (en risicopremies) niet passend was.

Het verweer

2.15 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. 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.

Is de vordering van de consument verjaard?

3.2 De commissie overweegt als volgt. In artikel 3:310 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) staat, voor zover hier van belang, dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van vijf jaren na aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden.

Naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet de eis dat de benadeelde bekend is geworden met zowel de schade als de daarvoor aansprakelijke persoon zo worden opgevat dat het hier gaat om een daadwerkelijke bekendheid. Het enkele vermoeden van het bestaan van schade, volstaat niet. De verjaringstermijn van art. 3:310 lid 1 BW begint pas te lopen op de dag na die, waarop de benadeelde daadwerkelijk in staat is een rechtsvordering tot vergoeding van de door hem geleden schade in te stellen.[2]

3.3 Daarvan zal sprake zijn als de benadeelde voldoende zekerheid - die niet een absolute zekerheid behoeft te zijn - heeft verkregen dat de schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon. De hiervoor genoemde regels zien op gevallen waarin de benadeelde onbekend is met of redelijkerwijs in onzekerheid verkeert over het bestaan van schade, de oorzaak van de schade of de voor het ontstaan van de schade verantwoordelijke persoon. De benadeelde moet dus bekend zijn met de feiten en omstandigheden die betrekking hebben op de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon. Bij de beantwoording van de vraag op welk moment de benadeelde voldoende zekerheid heeft verkregen, kan van belang zijn dat de benadeelde in zijn verhouding tot de aangesproken persoon mocht vertrouwen op diens deskundigheid en dat hij in dat verband (nog) geen reden had om te twijfelen aan de deugdelijkheid van diens handelen. Daarbij kan verder van belang zijn dat de aangesproken persoon andere, niet in zijn risicosfeer liggende, oorzaken voor het opgetreden nadeel heeft genoemd of geruststellende mededelingen heeft gedaan over de door hem verrichte prestatie of het daardoor te verwachten nadeel. Onder omstandigheden kan een benadeelde dan ook pas geacht worden voldoende zekerheid te hebben dat hij schade heeft geleden als gevolg van tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon, wanneer hij kennis heeft gekregen van een juridisch advies of een rechterlijk oordeel. Het antwoord op de vraag op welk tijdstip de verjaringstermijn is gaan lopen, is afhankelijk van alle ter zake dienende omstandigheden.[3]

3.4 Omdat de verzekeraar zich erop beroept dat de vorderingsrechten van de consument zijn verjaard, is het aan hem om feiten en omstandigheden te stellen waaruit volgt dat en wanneer de verjaringstermijn is gaan lopen.

3.5 De verzekeraar voert onder meer aan dat de vordering van de consument is verjaard, omdat de consument vanaf 2007 al bekend was met de hoogte van de eerste kosten, de wijzigingskosten, de polis/administratiekosten, de beheerkosten beleggingen, de aan- en verkoopkosten en ook van de risicopremie. Dit blijkt volgens de verzekeraar uit de brief van de consument van 24 mei 2007.

[2] Zie HR 24 januari 2003, ECLI:HR:2003:AF0694, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[3] Zie HR 9 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1603, en HR 14 november 2014, ECLI:NL:HR:2014:3240, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Op dat moment had de consument dus al inzicht in de gestelde tekortkomingen, de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon. De consument was dus in staat om zijn vordering tot schadevergoeding in te stellen. De verjaringstermijn van vijf jaar is op dit moment gaan lopen en deze termijn is geëindigd op 29 mei 2012. Deze termijn is slechts éénmaal gestuit op 2 april 2008. De vordering van de consument was bij het indienen van de klacht bij de verzekeraar op 21 november 2014 dus al verjaard, aldus de verzekeraar.

3.6 Het beroep van de verzekeraar op de verjaring van de vordering van de consument slaagt niet. De consument heeft voldoende gemotiveerd weersproken dat hij in 2008 of daarvoor bekend was met zijn schade. Immers heeft de verzekeraar consument bericht dat hij de uitkomst van de compensatieregeling mocht afwachten en dat van hem in de tussentijd geen actie werd verwacht. De consument is in juni 2011 door de verzekeraar geïnformeerd over de toepassing van de compensatieregeling op zijn verzekering. De verjaringstermijn van artikel 3:310 lid 1 BW is zoals de consument terecht aanvoert gaan lopen vanaf 1 juni 2011. Ten tijde van het indienen van de klacht bij Kifid was de vordering van de consument dus niet verjaard.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.7 De consument beroept zich op dwaling. Dit beroep gaat niet op. Uit de product-documentatie 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.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

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

3.9 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie de op grond van de Riav 1994 voorgeschreven informatie aan de consument heeft verstrekt. Op grond van de Riav 1994 waren verzekeraars niet verplicht de in rekening gebrachte kosten nominaal of percentueel te duiden in de productdocumentatie.

Zijn de ingehouden kosten overeengekomen?

3.10 De commissie ziet op basis van de ontvangen stukken dat de verzekeraar geen andere kosten in rekening heeft gebracht dan hij op basis van de productdocumentatie in rekening mocht brengen. De consument heeft niet aangetoond dat de verzekeraar andere kosten in rekening heeft gebracht dan is overeengekomen. Over de in rekening gebrachte kosten bestaat dus wilsovereenstemming.

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

3.11 De consument stelt dat tussen hem en de verzekeraar een beleggingsadviesrelatie bestond. De consument heeft die stelling echter niet onderbouwd en uit de stukken blijkt ook niet dat een dergelijke adviesrelatie bestond. De daarop betrekking hebbende klachten over onder andere de vraag of de verzekering een voor de consument passend product is, kunnen daarom niet slagen.

Zijn de bedingen over kosten en overlijdensrisicopremie oneerlijk?

3.12 Het is de commissie niet gebleken dat in deze zaak sprake is van bepalingen in de algemene voorwaarden die als "oneerlijk" buiten toepassing zouden moeten worden gelaten.[4] Daarvoor is vereist dat bepalingen in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de consument ten nadele van de consument aanzienlijk verstoren. Daarvan is in deze zaak echter geen sprake.

Conclusie

3.13 Samengevat slagen de klachten van de consument niet. Alle overige ingebrachte stellingen leiden niet tot een ander oordeel. De vorderingen van de consument worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

In regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023 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

[4] Als bedoeld in artikel 3 lid 1 van de Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen.

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).

Bijlage 2. Relevante bepalingen uit productdocumentatie

Artikel 6 lid 2 uit de Voorwaarden

"(…)

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 omschreven wijze verrekend met de contractwaarde.

(…)"

Artikel 9.1 uit de Voorwaarden

"(…)

9.1 Overlijdensdekking
De overlijdensdekking is op de polis omschreven.

Maandelijks wordt op de in artikel 12 omschreven wijze een risicopremie verrekend

Indien en voor zover de uitkering na overlijden hoger is dan de contractwaarde bij verkoop is een risicopremie aan AMEV Leven verschuldigd.

Indien en voor zover de uitkering na overlijden lager is dan de contractwaarde bij verkoop wordt een risicopremie door AMEV Leven vergoed.

Is de uitkering na overlijden gelijk aan de contractwaarde bij verkoop dan is geen risicopremie verschuldigd en wordt niets vergoed.

(…)"

Artikel 12 lid 1 uit de Voorwaarden

"(…)

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

(…)"