Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0251

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

Datum uitspraak	20 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	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en de voorwaarden

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument klaagt over het gebrek aan informatie over de hoogte van de kosten. De consument klaagt er ook over dat de kosten in verhouding tot de kwaliteit van de verzekering te hoog waren. De commissie oordeelt dat de verzekeraar voldaan heeft aan de informatieverplichting zoals die op het moment van het sluiten van de verzekering gold. Daarnaast is niet gebleken dat de kosten zo hoog waren dat de compensatie uit de compensatieregeling niet voldoende is geweest. De commissie wijst de vordering af.

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 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 reactie van de consument op de richtinggevende uitspraken van de CvB van Kifid.

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.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had met ingang van 1 april 1999 een beleggingsverzekering met de naam Generali Toekomstplan (hierna: de verzekering) gesloten bij een rechtsvoorganger van de verzekeraar. Dit product was een universal life verzekering.

2.2 De verzekering was een beleggingsverzekering waarbij het volgende was verzekerd:

- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties;
- een uitkering bij overlijden voor de einddatum van NLG 150.000,- bij het overlijden van de partner van de consument en NLG 50.000,- bij het overlijden van de consument.

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

- een offerte van de bank gedateerd 15 maart 1999;
- een offerte gedateerd 26 maart 1999;
- een aanvraagformulier getekend op 8 april 1999;
- een polisblad gedateerd 16 april 1999;
- de algemene voorwaarden en de aanvullende voorwaarden Generali Toekomstplan.

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

2.4 Op de verzekering is de volgende regelgeving van toepassing:

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

2.5 In het kader van de compensatieregeling heeft de consument € 1.924,68 ontvangen als compensatie voor te hoge kosten.

2.6 De consument heeft de verzekering afgekocht per 2 mei 2014.

De klacht en vordering

2.7 De consument vordert een bedrag van € 22.000,-. Dit is het verschil tussen de daadwerkelijke uitkering bij afkoop van de verzekering en het op dat moment laagste voorbeeldrendement in de offerte.

2.8 Volgens de consument is de verzekeraar tot schadevergoeding gehouden, omdat hij de consument bij het aangaan van de verzekering een ander rendement heeft voorgesteld dan het rendement dat daadwerkelijk gehaald is. De verzekeraar heeft daardoor zijn zorgplicht geschonden. Zelfs bij het lage rendement zou volgens de bijlagen bij de offerte het rendement in 2012 hoger zijn dan dat het daadwerkelijk is geweest. Dat dit rendement niet gehaald zou worden, was aan de hand van de waardeoverzichten voor de consument niet duidelijk. De consument is een leek waardoor de te lage (negatieve) rendementen te laat werden ontdekt.

2.9 De verzekeraar heeft de consument niet geïnformeerd over de hoge kosten die met de verzekering gemoeid waren. Voor zover de consumenten is geïnformeerd over de kosten, is het voor de consument onduidelijk hoe deze kosten werden ingehouden. De manier waarop de kosten vermeld staan, voor zover ze vermeld staan, deden de consument vermoeden dat de kosten er al af waren. De kosten waren bovendien te hoog. Een kostenpercentage van 7,5% is gezien de kwaliteit van de verzekering te hoog.

2.10 De compensatieregeling die de verzekeraar aan de consument heeft voorgesteld en het schikkingsvoorstel zijn onvoldoende tegemoetkoming aan de schade die de consument heeft geleden.

Het verweer

2.11 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.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.2 De consument verwijt de verzekeraar dat hij de consument onvoldoende informatie over de verzekering heeft gegeven. De commissie overweegt hierover als volgt.

3.3 Allereerst merkt de commissie het volgende op. De consument stelt dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat hij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten. Uit de productdocumentatie blijkt zonder meer dat het ging om een beleggingsverzekering waarbij het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen.

Het is een feit van algemene bekendheid dat daaraan het risico is verbonden dat die rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook de consument had dat kunnen en moeten begrijpen. In de klacht geeft de consument aan dat hij er ook van op de hoogte was dat er sprake was van een beleggingsverzekering met de nodige risico's, maar dat hij de verzekering alsnog heeft afgesloten om zijn hypotheek te kunnen afsluiten. Hieruit blijkt dat de consument bereid was enig risico te lopen om de door hem gewenste hypotheek te kunnen afsluiten.

3.4 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie heeft voldaan aan artikel 2 van de Riav 1998. Zo blijkt uit het polisblad dat de consument een premie verschuldigd was en welk gedeelte van deze premie geïnvesteerd zou worden. Ook blijkt uit een bijlage bij de offerte (Bijlage: Risicopremie en Fondswaarde) dat en hoeveel premie voor de overlijdensrisicodekking in rekening zou worden gebracht. Verder is in de voorwaarden onder 'Aankoop-kostenpercentage' en 'Beheerskostenpercentage' aangegeven welke kosten procentueel in rekening gebracht zouden worden en onder het kopje 'Administratiekosten' welke kosten in guldens in rekening gebracht zouden worden. Tot slot blijkt dat de inhoudingsperiode – de periode waarin de investeringspremie lager is dan de betaalde premie – 5 jaar is.

3.5 Hiermee heeft de verzekeraar de consument de informatie gegeven die hij op grond van de Riav 1998 moest geven over welke kosten zouden worden ingehouden en hoe hoog deze kosten zouden zijn, dan wel hoe deze kosten berekend zouden worden en over welke periode.

Was het kostenpercentage te hoog?

3.6 De consument klaagt er verder over dat voor zover de kosten wel juist vermeld zouden zijn, deze gezien de kwaliteit van de verzekering te hoog zijn. De verzekeraar is van mening dat de consument volgens de compensatieregeling voldoende is gecompenseerd voor de kosten en dat de compensatie lager is uitgevallen dan de consument verwacht had doordat de verzekering is afgekocht.

3.7 De commissie oordeelt hierover als volgt. De verzekeraar heeft een compensatie uitgekeerd van € 1.924,68 op het moment van afkoop van de verzekering . De consument laat echter na te onderbouwen waarom die compensatie hoger zou moeten zijn dan dit bedrag. De consument wijst er uitsluitend op dat hem een compensatiebedrag van € 7.979,95 is voorgerekend. Dit is echter het bedrag dat aan het einde van de looptijd van de verzekering aan de poliswaarde wordt toegevoegd als consument de verzekering ongewijzigd zou voortzetten tot aan de afgesproken einddatum. Omdat de verzekering tussentijds is afgekocht, kan de consument geen aanspraak maken op dit bedrag. Omdat de consument zijn klacht dat de kosten te hoog zijn niet verder heeft onderbouwd, wijst de commissie deze af.

3.8 Ten overvloede merkt de commissie het volgende op. De vordering van de consument is gebaseerd op het verschil tussen het laagste rendement volgens het voorbeeld-rendement zoals die zou moeten zijn op de afkoopdatum en het bedrag dat de consument daadwerkelijk uitgekeerd heeft gekregen na afkoop. Het voorbeeld-rendement was echter weergegeven in guldens, terwijl de consument lijkt uit te gaan van het bedrag in euro's. Daarbij was de afkoop in 2014. Het laagste voorbeeld-rendement op de afkoopdatum bedroeg NLG 46.134,-. Omgerekend naar de eurowaarde zou dat € 20.935,- zijn. Het afkoopbedrag was € 15.289,-. De schade zou op basis van deze berekening ten hoogste € 5.646,- zijn. De consument heeft een compensatie van € 1.924,68 ontvangen waardoor de schade deels is gecompenseerd.

Conclusie

3.9 Hiervoor is vastgesteld dat de consument voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering is geïnformeerd over de kosten. De klacht is ongegrond en de commissie zal de vordering afwijzen.

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 april 2022 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

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 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

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).

Relevante bepalingen uit de voorwaarden

Aankoopkostenpercentage:

- voor de beoogde premie: 3% (gedurende de inhoudingsperiode zijn deze inbegrepen bij het inhoudingspercentage);

- voor extra betalingen boven de beoogde premie en voor koopsommen: 9%.

Administratiekosten:

- voor verzekeringen met periodieke premiebetaling: f 15,- per maand;

- voor verzekeringen tegen een eenmalige koopsom: f 7,50 per maand.

(…)

***Beheerskostenpercentage**: 0,65% per jaar; op maandbasis verrekend (0,05417% per maand)*

(…)