Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0193

(mr. M.E.J. Bracco Gartner, voorzitter en mr. E. Jacobs, secretaris)

Klacht ontvangen op	5 december 2013
Ingediend door	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	6 maart 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen; Relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft de verzekering in 1995 afgesloten. De consument klaagt dat de kosten voor hem onvoldoende inzichtelijk waren, dat hij heeft gedwaald en dat er geen wilsovereenstemming bestaat. De commissie oordeelt dat de kosten voldeden aan de destijds geldende regelgeving en bovendien voor de consument voldoende inzichtelijk waren. Anders dan de consument vindt, bestaat tussen de consument en de verzekeraar geen adviesrelatie. De vorderingen worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was tot 1 oktober 2014 (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.

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 partijen zijn ook in de gelegenheid gesteld om te reageren op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad. De partijen hebben van deze gelegenheid gebruik gemaakt.

1.3 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer Van Rossum, professioneel vertegenwoordiger.

1.4 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.

1.5 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 heeft met ingang van 1 november 1995 een beleggingsverzekering met de naam Generali ToekomstPlan (hierna: de verzekering) gesloten bij de rechts-voorganger van de verzekeraar. Dit product is een universal life verzekering.

2.2 De verzekering was een beleggingsverzekering waarbij bij ongewijzigde voortzetting 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 de som van de betaalde premies.

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 aanvraagformulier getekend op 26 oktober 1995;
- een polisblad gedateerd 16 november 1995;

Tijdens de looptijd van de verzekering is de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:

- een polisblad gedateerd 22 mei 2003;
- een polisblad gedateerd 23 december 2009;
- de Algemene voorwaarden van verzekering Generali Toekomstplan (02/00);
- de Aanvullende voorwaarden Generali Toekomstplan (04/99);
- de Aanvullende informatie over Kapitaalverzekeringen.

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

2.4 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 van toepassing.

2.5 Op 21 maart 2000 heeft de consument de verzekeraar verzocht te switchen van investeren in het combinatiefonds naar investeren in het aandelenfonds. Het verzoek van de consument luidde als volgt:

> *Geachte mevrouw, meneer,*
>
> *Hierbij vraag ik u mijn combinatiefonds om te zetten in het aandelenfonds. Ook wil ik de koersvalbeveiliging laten vervallen. Graag ontvang ik van u een schriftelijke bevestiging. Bij voorbaat dank.*

De consument is per brief op 10 april 2000 geïnformeerd dat de wijziging waar de consument om heeft verzocht, is doorgevoerd.

2.6 Per 1 januari 2010 is de premie verlaagd op verzoek van de consument.

2.7 Op 1 februari 2012 heeft de consument de verzekering premievrij gemaakt. De verzekering is afgekocht per 2 november 2019. De verzekeraar heeft een bedrag van € 21.600,96 aan de consument uitgekeerd.

De klacht en vordering

2.8 De consument vordert primair dat de verzekeraar gehouden wordt tot vergoeding van een bedrag van € 21.304,-. Dit is de ingelegde premie. In repliek heeft de consument zijn vordering vermeerderd naar een bedrag van € 84.680,- dat moet worden toegevoegd aan het productalternatief met meer economisch nut. Subsidiair vordert de consument waardeherstel door het wegdenken van de productgebreken, vermeerderd met de TER en de fonds-fondskosten. Meer subsidiair vordert de consument polis-waardeherstel ervan uitgaande dat de verzekeraar in 2008 tot een 'product recall' was overgegaan en de consument een garantiekapitaalregeling was aangeboden tegen een (vrijwel) gelijke premie waarbij het oorspronkelijke doelkapitaal gegarandeerd zou zijn. Nog meer subsidiair vordert de consument ontbinding van de overeenkomst. Tot slot vordert de consument een vergoeding van € 5.000,- voor de kosten van de juridische bijstand.

2.9 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

- De consument is misleid. De consument is naar eigen zeggen nooit geïnformeerd over het beleggingstechnische aspect van de verzekering. Het product bevat inherente gebreken en zorgplichtschendingen waarvoor de consument niet gewaarschuwd is. Deze inherente gebreken bestaan voornamelijk uit de impact van de kosten- en risicopremiestructuur op de beleggingen. De consument wijst hierbij onder andere op het hefboom- en inteereffect en meent dat de TER onrechtmatig is ingehouden. De verzekeraar verwijst weliswaar naar de voorwaarden, maar daarmee is niet voldaan aan de presentatie van de noodzakelijke informatie. Deze voorwaarden hebben het karakter van een oneerlijk beding. Zo had de verzekeraar meer aandacht moeten vestigen op de kosten van de verzekering. De kosten waren derhalve verborgen voor de consument. Zo was het voor de consument pas nadat hij zijn vertegenwoordiger had geraadpleegd duidelijk dat de eerste vijf jaar maar liefst 52% van de betaalde premie werd onttrokken om de kosten te dekken. Alleen al door deze onttrekking kon de consument nooit zijn beoogde doel halen. In de waardeoverzichten kwam deze onttrekking niet voor. Er ontbreekt dan ook wils-overeenstemming.

- Het risicoprofiel van de verzekering kwam niet overeen met het risicoprofiel dat de consument wilde. De verzekering heeft volgens de consument geen economisch nut. De verzekeraar had de consument bovendien een passend product moeten adviseren dat hoorde bij de wensen van de consument, namelijk het aflossen van zijn hypotheek. Het product belegde in risicovolle fondsen, terwijl dit niet de wens was van de consument. De verzekeraar heeft verzuimd voor dit hoge risico te waarschuwen en heeft ook verzuimd te informeren naar wat het doel was dat de consument had met de verzekering. Ook is de consument niet gewezen op de gevolgen van het beleggen in risicovolle fondsen. De consument is er ook niet op gewezen dat deze risicovolle fondsen in ontwikkeling achterblijven bij de ontwikkeling van de relevante Morningstar benchmark. Kortom, de consument is onvoldoende geïnformeerd over de productkenmerken en voorwaarden, terwijl de consument hierover duidelijk en begrijpelijk geïnformeerd had moeten worden. Van de verzekeraar mocht als professionele partij verwacht worden dat hij ervoor waakte dat de consument als leek geen lichtvaardige besluiten nam. Dit heeft de verzekeraar niet gedaan. De consument heeft dus geen deugdelijk beleggingsadvies gekregen, terwijl de verzekeraar zich ervan had moeten vergewissen dat de consument dit wel had gekregen. In plaats daarvan is aan de consument een kat in de zak verkocht. De verzekeraar heeft de mededelingsplicht van artikel 6:228 van het Burgerlijk Wetboek (BW) geschonden en de consument misleid. De consument heeft dan ook gedwaald. Had hij van het voorgaande geweten, dan had hij de verzekering niet afgesloten. Van de consument kan niet verwacht worden dat hij uit eigen beweging navraag gaat doen naar stukken die hij niet heeft gekregen. De consument kan immers niet weten of de informatie die hij heeft gekregen volledig is.

De verzekeraar is daarom ook aansprakelijk voor de gemaakte adviesfouten door de tussenpersoon.

- De informatie die de consument heeft gekregen is in strijd met de Riav en de CRR zoals die op dat moment gold. Er moet vanuit gegaan worden dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de onvolledigheid dan wel onjuistheid van de informatie die aan de consument is verstrekt en de beslissing om de verzekering aan te gaan of niet te ontbinden. De verzekeraar kan zich niet achter het argument van indirecte transparantie verschuilen. Uit de nationale en Europese jurisprudentie blijkt dat ook aan ongeschreven regels voldaan moet zijn.

Het verweer

2.10 De verzekeraar heeft verweer gevoerd 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 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. De commissie merkt daarbij allereerst op dat beide partijen niet de oorspronkelijke voorwaarden uit 1995 hebben overgelegd, maar dat beide partijen verwijzen naar de voorwaarden 02/00 die in ieder geval verstrekt zijn toen de verzekering in 2000 op verzoek van de consument werd aangepast. Beide partijen lijken te impliceren dat de voorwaarden niet of nauwelijks verschilden van de voorwaarden uit 1995. De commissie gaat er daarom vanuit dat de tekst uit de voorwaarden 02/00 voldoende gelijkenissen vertoond met de verstrekte voorwaarden uit 1995, zodat aan de tekst van de voorwaarden 02/00 getoetst wordt.

Is de klachtplicht geschonden?

3.2 De verzekeraar beroept zich op schending van de klachtplicht van artikel 6:89 BW. Dit verweer treft geen doel. De consument heeft op 14 mei 2013 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. De verzekeraar is niet ingegaan op het eventuele nadeel dat hij als gevolg van het eventuele late klagen van de consument zou hebben geleden. De commissie gaat daarom aan dit verweer van de verzekeraar voorbij.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.3 De consument beroept zich op dwaling. Hij vindt dat hij gedwaald heeft bij het aangaan van de verzekering.

3.4 Het beroep op dwaling gaat niet op. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisico-premie verschuldigd was. Ook blijkt daaruit dat een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Deze kosten staan gespecificeerd op het polisblad en in de voorwaarden. Het blijkt ook duidelijk uit het polisblad dat de premie in de eerste instantie slechts voor 52% zou worden geïnvesteerd en hoe deze premie geïnvesteerd zou worden. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico. De consument had verder een koersvalbeveiliging op zijn verzekering, maar heeft deze er uit eigen beweging weer af gehaald toen hij van fonds wisselde. Uit deze gedraging maakt de commissie op dat het voor de consument duidelijk was dat hij te maken had met een beleggingsverzekering waarbij hij risico liep en waarbij hij ook bereid was dit risico te lopen.

3.5 In de gegeven omstandigheden is ook niet aannemelijk geworden dat de consument indien hij de volgens hem ontbrekende informatie wel had ontvangen, de verzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan.[1] De consument gaat namelijk slechts summier in op welke informatie hij dan wel had moeten ontvangen en welk product volgens hem meer passend was geweest. Overigens is de premie voor de overlijdens-risicodekking marginaal ten opzichte van de volledige premie. Dit is begrijpelijk aangezien bij overlijden alleen de op dat moment betaalde premies uitgekeerd hoefden te worden. Het is dan ook niet aannemelijk dat als de consument meer informatie had gekregen over deze premie – voor zover dat mogelijk was – hij een andere keuze zou hebben gemaakt. Kortom: de consument heeft deze stellingen onvoldoende gemotiveerd. Het beroep op dwaling slaagt niet.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

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

3.7 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.

3.8 De consument stelt dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat hij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten. Met deze stelling miskent de consument dat het product een beleggingsverzekering was. In de productdocumentatie staat dit duidelijk vermeld evenals dat het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. Het is een feit van algemene bekendheid dat bij beleggen rendementen (veel) lager of hoger kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt.

[1] CvB 2017-035.

Ook had de consument moeten begrijpen dat de verzekeraar de voorgespiegelde rendementen niet garandeerde. Het product bevatte wel (enige) bescherming tegen beleggingsverlies via een koersvalbeveiliging. De consument heeft deze koersval-beveiliging zelf laten verwijderen in 2000 toen hij van fonds wisselde, waarbij hij kennelijk ook niet om advies over de aanpassing heeft gevraagd. Het uiteindelijk behaalde resultaat op de beleggingen is daarom mede toe te rekenen aan het eigen handelen van de consument, waaruit blijkt dat hij kennelijk bereid was om meer beleggingsrisico te lopen.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.9 De consument vindt dat informatie over impact van de hoge kosten op de verzekering ontbreekt. Zo is volgens de consument niet inzichtelijk gemaakt welke kosten daadwerkelijk in rekening gebracht werden en wat de invloed van het in rekening brengen van deze kosten op de verzekering was. De verzekeraar vindt dat hij de consument voldoende inzichtelijk heeft gemaakt welke kosten met de verzekering gemoeid waren.

3.10 Voor zover de verzekeraar zich erop heeft beroepen dat de consument heeft ingestemd met de in de offerte opgenomen voorbeeldkapitalen met de vermelding dat daarin "alle kosten" zijn verrekend, is de commissie van oordeel dat dit niet betekent dat de consument ook heeft ingestemd met het in rekening brengen van andere kosten dan die welke in de productdocumentatie nadrukkelijk zijn vermeld.

3.11 Uit de productdocumentatie volgt echter wel dat de verzekeraar de consument geïnformeerd heeft over de kosten die werden ingehouden. In de voorwaarden worden de administratiekosten en beheerkosten gedefinieerd in artikel 1. In de aanvullende voorwaarden staat de hoogte van de kosten genoemd in guldens of in een percentage. Ook wordt de premie voor de overlijdensrisicodekking genoemd. Hoe dit bedrag in rekening wordt gebracht wordt uitgelegd in artikel 5 van de voorwaarden. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten en inhoudingen wils-overeenstemming heeft bestaan.[2] De consument geeft verder onvoldoende specifiek aan welke informatie volgens hem ontbrak om de impact van de kosten te kunnen doorgronden.

Zijn de bedingen oneerlijk?

3.12 De consument stelt dat de bedingen in de voorwaarden oneerlijk zijn. De consument beroept zich daarbij op onder andere uitspraken van het Hof van Justitie van de Europese Unie. De consument laat echter na concreet te worden in zijn stelling. Zo benoemt de consument niet welke bedingen in de voorwaarden volgens hem oneerlijk zijn.

[2] CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

Voor zover de consument stelt dat de artikelen 1 en 5 van de voorwaarden als oneerlijke bedingen moeten worden beschouwd omdat de bedingen '(materiële) transparantie ontbeert' zoals bijvoorbeeld beschreven in de uitspraak van de Commissie van Beroep met uitspraaknummer CvB 2018-041 (in overweging 4.5.3), merkt de commissie het volgende op. Anders dan bij het bestreden beding in de zaak van CvB 2018-041, is in de voorwaarden wel het percentage van de in rekening gebrachte kosten vermeld. De commissie vindt de artikelen 1 en 5 van de voorwaarden verder voldoende duidelijk en transparant. De consument heeft het beding zodanig kunnen, en moeten, begrijpen dat kosten in rekening zouden worden gebracht voor de administratie, de beheer van de beleggingen en de overlijdens-risicodekking. Ook blijkt duidelijk uit de voorwaarden en de overige product-documentatie hoe deze kosten berekend worden en in rekening gebracht worden. Met betrekking tot de fondsbeheerkosten (TER) bevatten de voorwaarden geen bedingen, zodat deze ook niet als oneerlijk kunnen worden beschouwd.[3]

Is voldaan aan de informatieverplichtingen met betrekking tot de fondsbeheerkosten?

3.13 De consument klaagt verder dat hij niet is geïnformeerd over de fondsbeheerkosten. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij de consument niet hoefde te informeren op het moment dat de verzekering werd afgesloten.

3.14 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft belegd. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door de verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of de verzekeraar de consument over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement.[4]

3.15 De consument heeft de verzekering vóór 1 oktober 1998 afgesloten. Op dat moment was nog geen sprake van een verplichting voor de verzekeraars om verzekeringnemers over de fondsbeheerkosten te informeren.[5] De verzekeraar mocht dan ook fonds-beheerkosten bij de consument in rekening brengen zonder hem daarover te informeren. De consument heeft overigens ook niet aannemelijk gemaakt dat hij anders zou hebben gehandeld als hij wel op de hoogte zou zijn geweest van de fondsbeheerkosten.

[3] CvB 2017-035, overweging 4.75.
[4] CvB 2018-010, overweging 5.10.
[5] CvB 2017-035 overweging 4.30

Heeft de verzekeraar de consument moeten waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect?

3.16 De consument verwijt de verzekeraar dat hij niet is gewaarschuwd voor het hefboom- en inteereffect. De commissie constateert dat de consument weliswaar niet specifiek is gewezen op het hefboom- en inteereffect, maar dat dit wel naar voren komt in artikel 5 van de voorwaarden. Op het moment van afsluiten van de verzekering bestond een dergelijke verplichting voorts niet. Ook op eventuele andere gronden kan een waarschuwingsverplichting naar de omstandigheden van dit geval niet worden aangenomen, omdat de premie voor de overlijdensrisicodekking laag was. Het is daarom ook niet aannemelijk dat de consument anders had gehandeld als hij wel in het bijzonder was gewezen op het hefboom- en inteereffect. De consument heeft hiervoor ook geen argumenten aangevoerd.

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

3.17 Anders dan de consument aanvoert bestaat tussen de verzekeraar en de consument geen beleggingsadviesrelatie. De daarop betrekking hebbende klachten van de consument kunnen daarom niet slagen.

Conclusie

3.18 Hiervoor is vastgesteld dat de consument voorafgaande en bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen voldoende is geïnformeerd en dat hierover dan ook wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Nu voor het overige ook niet gebleken dat de verzekeraar op enige andere wijze jegens de consument tekort is geschoten dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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 https://www.kifid.nl/consumenten/klacht-voor-1-oktober-2014-bij-kifid-ingediend

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 productdocumentatie

Polisblad uit 1995

(…)

Investering Per betaalde beoogde premie wordt tot 01-11-2000 f 104,00 geïnvesteerd. Na die datum f 194,00.

De verdeling voor de omrekening van de toekomstige investeringen, alsmede de van toepassing zijnde koersvalbeveiliging luiden:

Fonds	Verdeling	Koersvalbeveiliging
Combinatie	100,00 %	20,00 %

(…)

Algemene voorwaarden van verzekering Generali Toekomstplan (02/00)

Artikel 1 Definities

(…)
Administratiekosten:
bedrag dat wordt ingehouden ter dekking van kosten ter instandhouding van de verzekering.
Beheerskostenpercentage:
percentage van de aanwezige eurowaarde van de participaties, dat wordt ingehouden ter dekking van beheerskosten van beleggingen.
Beoogde inhoudingsbedrag:
bedrag dat wordt verkregen door het inhoudingspercentage toe te passen op het totaal van de beoogde premies gedurende de inhoudingsperiode.
Beoogde premie:
de bij aanvang van de verzekering overeengekomen premie.
(…)
Inhoudingspercentage:
percentage van de betaalde bedragen, dat gedurende de inhoudingsperiode wordt ingehouden ter dekking van afsluitkosten van de verzekering.
(…)

Artikel 5

De verschuldigde risicopremies en premies voor ongevallendekking en overlijdensrisico voor kinderen, alsmede de verschuldigde kosten, worden verrekend met de aanwezige eurowaarde. Indien de eurowaarde niet meer toereikend is om daaruit het volledige verschuldigde bedrag te voldoen, vervalt de verzekering. De verzekering is nog van kracht gedurende het aantal kalenderdagen, gerekend vanaf de eerste dag van de desbetreffende maand waarvoor de premie verschuldigd is, dat wordt berekend door de premie die nog wel uit de eurowaarde kan worden onttrokken te vermenigvuldigden met 30 en te delen door de verschuldigde premie.

Aanvullende voorwaarden Generali Toekomstplan

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: € 6,81 per maand;
- voor verzekeringen tegen een eenmalige koopsom: € 3,40 per maand.

Beheerskostenpercentrage: 0,65% per jaar; op maandbasis verrekend (0,05417% per maand).
(…)