Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0903

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. P.J. Neijt, drs. J.W. Janse, leden en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

Klacht ontvangen op	18 maart 2020
Ingediend door	De consument
Tegen	Allianz Nederland Levensverzekering N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	25 oktober 2022
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen; Relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Universal Life afgesloten in 2003. De verzekeraar heeft voldaan aan zijn informatieverplichtingen en over de in rekening gebrachte kosten en risicopremie bestaat wilsovereenstemming. De aan-en verkoopkosten zijn niet dubbel in rekening gebracht. Van wederrechtelijk voordeel voor de verzekeraar doordat dividenden niet zijn bijgeschreven op de verzekering van de consument is geen sprake. Verzekeraar heeft niet hoeven waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect. Voor een immateriële schade-vergoeding bestaat geen grond. De klachten van de consument zijn ongegrond, daarom worden alle vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, bemiddeling en (bindend) advies zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- het aangepaste klachtformulier van de consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de reactie van partijen n.a.v. de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad 11 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:166.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door mr. F.G.C.M. Jansen, (Shureluck B.V), professioneel vertegenwoordiger (hierna: de vertegenwoordiger).

1.3 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.

1.4 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 door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 april 2003 een beleggingsverzekering onder de naam *Persoonlijk Financieel Plan* (hierna: de verzekering), gesloten bij de (rechtsvoorganger van) verzekeraar. De einddatum van de verzekering is gesteld op 1 april 2033. Dit product betreft een universal life verzekering. Deze verzekering betreft een voortzetting van een verzekering van de consument die in 1997 bij Amev Levensverzekering N.V. is afgesloten. In de tweede helft van 2002 heeft de consument zich gewend tot zijn tussenpersoon voor advies en een overstap naar deze verzekering. In september 2002 is de offerte voor de verzekering aan de consument verstrekt, waarna de verzekering is aangevraagd. De verzekering is verpand in het kader van een hypothecaire lening.

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

- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de verkoopwaarde van de opgebouwde units;
- een uitkering bij overlijden voor de einddatum van € 70.000,- dan wel 110% van de verkoopwaarde van de units ingeval dit hoger is dan € 70.000,-.

De premie bedraagt € 71,- per maand, waarvan 97% volledig wordt geïnvesteerd in de MPS Defensieve portefeuille. De overdrachtswaarde van de in 1997 afgesloten verzekering (zie 2.1) is ingebracht in deze polis.

2.3 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/aanvraagformulier gedateerd 24 september 2002;
- een polisblad gedateerd 17 maart 2003;
- de voorwaarden Universal Leven, model 2002-02;

- de financiële bijsluiter;
- de brochure Rendement en Risico.

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 1998 (Riav 98)
2) Code Rendement en Risico 2002
3) Nadere Regeling financiële bijsluiter 2002.

2.5 Het beleggen werd uitbesteed aan een externe vermogensbeheerder. De verzekeraar heeft de consument per brief van 16 oktober 2013 laten weten dat de verzekeraar stopt met extern vermogensbeheer. De consument kon een keuze maken tussen verschillende fondsen van Allianz Nederland Asset Management.

2.6 Per brief van 11 november 2013 heeft de verzekeraar de nieuwe polisbescheiden aan de consument verzonden. In deze brief staat onder andere:
"(…)
Mutatiedatum: 30-10-2013
Premie: van 01-04-2003 tot 1-04-2033: € 71,00 per maand
Administratievergoeding: € 3,40 per maand
Doorlopende kosten: 3,00% van de premie

Investeringskeuze	*Aankoopkosten*	*Premie*
Allianz Holland Europe Fund	*3%*	*10%*
Allianz Holland Obligatiefonds	*3%*	*90%*

(…)"

2.7 Via een verzekeringsadviseur heeft de consument per e-mailbericht van 18 november 2013 aan de verzekeraar gevraagd om drie voorbeeldkapitalen voor drie verschillende scenario's, waarbij in elk van die scenario's wordt uitgegaan van een niet-rokerstarief en een rendement van 4%.

2.8 De verzekeraar heeft per e-mailbericht van 12 december 2013 gereageerd op het verzoek dat namens de consument is gedaan. In deze reactie staat onder andere:
"(…)
Een berekening op basis van uitgangspunten A + B verstrekken wij niet. Dit vanwege het feit dat er op basis van die gegevens een negatieve waarde opgebouwd wordt.
Berekening op basis van de uitgangspunten C:
Echter is de minimale premie op het product € 34,03.
€23.568,14 is hetgeen wat er opgebouwd wordt op einddatum. Gerekend met 4%.
(…)"

2.9 Per brief van 31 maart 2014 informeert de verzekeraar de consument onder andere over het volgende:
"(…)
U heeft bij Universal Leven een beleggingsverzekering. Volgens onze gegevens bouwt u hiermee een kapitaal op om uw hypotheekschuld af te lossen. Uit onze berekeningen blijkt dat u waarschijnlijk niet het kapitaal bereikt dat u nodig heeft voor de aflossing. Dit kan onder andere komen door tegenvallende beleggingsresultaten. Het gevolg kan zijn dat u met een restschuld blijft zitten. Daarom adviseren wij u dringend een afspraak te maken met uw financieel adviseur.

Goed advies is belangrijk
Als u niets doet, kunt u voor vervelende financiële verrassingen komen te staan. Overleg daarom met uw financieel adviseur. Hij bekijkt samen met u uw financiële situatie en het doel dat u heeft met uw beleggingsverzekering. Uw adviseur kan u vertellen welke maatregelen u het beste kunt nemen. Hij kan u bijvoorbeeld adviseren het volgende te doen:
** de beleggingsverzekering omzetten naar een ander product*
** de premie wijzigen*
** beleggen in andere beleggingsfondsen*
** uw overlijdensrisicoverzekering aanpassen*

Maak direct een afspraak!

Ook als u er bewust voor kiest om geen gebruik te maken van hersteladvies, willen we dat graag van u weten.

PS: wacht niet te lang met het maken van een afspraak!
(…)"

2.10 De verzekeraar heeft met een offerte van 9 april 2015 een voorstel gedaan aan de consument om de verzekering om te zetten naar een losse overlijdensrisico-verzekering. De consument heeft ervoor gekozen de verzekering niet om te zetten, noch aan te passen.

2.11 De consument heeft in april 2015 een poliswijziging doorgevoerd waarbij het overlijdensrisicotarief werd omgezet naar een niet-rokerstarief.

2.12 De verzekeraar heeft in februari 2020 een klacht van de consument ontvangen over de ingehouden kosten en risicopremies. Op 18 maart 2020 dient de consument een klacht in bij het Kifid.

De klacht en vordering

2.13 De consument vordert dat de verzekeraar gehouden wordt tot het betalen van een schadevergoeding van € 77.112,86 waarvan € 25.000,- voor de geleden immateriële schade.

2.14 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

1. Op grond van artikel 13 lid 2 van de voorwaarden mocht de verzekeraar de premie minus de daarin begrepen kosten-opslagen inhouden. De consument hoefde er geen rekening mee te houden dat naast deze kosten-opslagen en de kosten die expliciet zijn genoemd in de productdocumentatie nog andere kosten in rekening zouden worden gebracht. Over deze andere kosten bestaat geen wilsovereenstemming. Het gaat hier bijvoorbeeld om de kosten bemiddeling verzekeringsadviseur, de herverzekeringskosten en de kosten (hoogte van de overlijdensrisicopremie) voor overlijdensrisicodekking.

2. De verzekeraar brengt vaker aan- en verkoopkosten in rekening dan overeengekomen is.

3. De verzekeraar heeft de consument niet geïnformeerd over de fondsbeheers-kosten.

4. De verzekeraar heeft dividenden niet ten goede laten komen aan de consument. Hierdoor heeft de verzekeraar wederrechtelijk voordeel genoten.

5. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht geschonden, omdat de offerte misleidend is. De offerte software van de verzekeraar staat toe dat met een voorbeeld-rendement van 8% en een standaard fondsrendement van 6,5% wordt gerekend.

6. De verzekeraar had de consument gedurende de looptijd van de verzekering moeten waarschuwen over de tegenvallende rendementen en het risico dat de verzekering vroegtijdig beëindigd kan worden als er onvoldoende beleggings-waarde is om de kosten en premies mee te voldoen.

7. De verzekeraar heeft niet voldaan aan de Riav 98. Uit artikel 21 van de voorwaarden blijkt geen opgave van afkoopwaarde of de wijze waarop deze waarde wordt berekend. Hierover moest de verzekeraar vooraf informeren.

8. De consument is geschrokken van de slinkse wijze waarop de verzekeraar kosten en risicopremies in rekening heeft gebracht, waarover zij niet vooraf is geïnformeerd. De financiële toekomst van de consument is onzeker geworden. De consument is bij het indienen van haar klacht tegengewerkt, zij is niet serieus genomen.

De procedure bij Kifid wordt door de consument als een marteling ervaren, vanwege de lange wachttijden in het vooruitzicht. De verzekeraar heeft wel budget beschikbaar om een van de duurste advocatenkantoren van Nederland in te huren, maar is niet bereid om tot een minnelijke regeling te komen, terwijl zij wel een regeling heeft getroffen met minimaal één claimstichting. Dit rechtvaardigt een immateriële schadevergoeding.

Het verweer

2.15 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 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 de op hem rustende zorgplicht geschonden, doordat de offerte misleidend is?

3.2 Met klachtonderdeel 5 voert de consument aan dat de offerte van de verzekeraar misleidend is en dat de verzekeraar daardoor de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden.

3.3 De verzekeraar heeft de stelling van de consument gemotiveerd weersproken. Volgens de verzekeraar heeft de consument voldoende inzicht gekregen met de in de offerte weergegeven rekenvoorbeelden.

3.4 De commissie oordeelt dat uit de offerte voldoende duidelijk blijkt dat de verzekering een beleggingsverzekering betreft waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was en waarbij voor risico en rekening van de consument zou worden belegd. Daarbij was het voor de consument eveneens duidelijk dat het met de verzekering te behalen resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. Het is van algemene bekendheid dat daaraan het risico is verbonden dat die rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. De commissie merkt daarbij op dat de offerte de zogenoemde ‘LET OP’ teksten bevat waarin uitdrukkelijk wordt gewaarschuwd voor de risico’s die verbonden zijn aan beleggen in het kader van de verzekering. Dat sprake is van misleidende mededelingen in de offerte is de commissie niet gebleken. De commissie oordeelt dat geen sprake is van een zorgplichtschending door de verzekeraar, zodat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.5 De commissie begrijpt uit de klachtonderdelen 3, 6 en 7 dat de verzekeraar volgens de consument de informatieverplichtingen uit hoofde van de Riav 98 heeft geschonden, De commissie overweegt hierover als volgt.

Ten aanzien van de berekeningswijze van de afkoopwaarde?

3.6 De consument voert met klachtonderdeel 7 aan dat de verzekeraar in strijd met de Riav 98 heeft verzuimd een opgave te geven van de afkoopwaarde of de wijze waarop deze waarde wordt berekend. De verzekeraar heeft gemotiveerd aangevoerd dat kosten onvermeld zijn gebleven, omdat bij de berekening van de afkoopwaarde geen kosten worden ingehouden. De commissie stelt vast dat in de offerte staat dat de afkoopwaarde gelijk is aan de poliswaarde op het moment van afkoop en dat er geen afkoopkosten in rekening worden gebracht. De commissie oordeelt dat daarmee is voldaan aan de Riav 98 artikel 2 lid 2 sub k en daarom dit klachtonderdeel ongegrond is.

Ten aanzien van de fondsbeheerskosten?

3.7 Met klachtonderdeel 3 voert de consument aan dat de verzekeraar heeft verzuimd om de consument te informeren over de hoogte van de fondsbeheerskosten. De verzekeraar heeft aangevoerd dat de hoogte van de fondsbeheerskosten staat vermeld op de offerte. De commissie oordeelt dat de verzekeraar daarmee heeft voldaan aan de Riav 98. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ten aanzien van de tegenvallende rendementen en het risico van vroegtijdige beëindiging?

3.8 De consument stelt met klachtonderdeel 6 dat de verzekeraar haar had moeten waarschuwen over de tegenvallende rendementen en het risico van vroegtijdige beëindiging van de verzekering als er onvoldoende beleggingswaarde is om de kosten en premies te voldoen. De verzekeraar heeft dit gemotiveerd weersproken.

3.9 De commissie oordeelt als volgt. 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.

3.10 Tussen partijen staat vast dat de verzekeraar de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van haar verzekering, en vanaf 2008 waren deze overzichten opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiter. De verzekeraar heeft vanaf 2014 bij de consument aangedrongen dat zij contact opneemt met haar verzekeringsadviseur om te bespreken of de verzekering nog past bij haar wensen.

Op de verzekeraar rustte naar het oordeel van de commissie geen verplichting om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken. Daarom is dit klachtonderdeel ongegrond.

3.11 Ten aanzien van de stelling van de consument dat de verzekeraar had moeten waarschuwen over het bijzondere risico dat de verzekering vroegtijdig zou beëindigen, oordeelt de commissie als volgt. De Commissie van Beroep heeft een waarschuwingsverplichting aangenomen voor het risico van het hefboom- en inteereffect, indien sprake is van het bijzondere risico 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). De commissie stelt vast dat de consument het bestaan van dit bijzondere risico niet aannemelijk heeft gemaakt. Bovendien stelt de commissie vast dat op grond van artikel 16.7 in de voorwaarden, geen sprake is van verval van de polis zodra de poliswaarde nul is, zolang de consument de premie blijft voldoen. Daarom is dit klachtonderdeel ongegrond.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.12 De consument stelt met klachtonderdeel 1 dat geen wilsovereenstemming bestaat over de kosten bemiddeling verzekeringsadviseur, de herverzekeringskosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie.

Is sprake van wilsovereenstemming over kosten bemiddeling verzekeringsadviseur?

3.13 De verzekeraar heeft aangevoerd dat de kosten voor de bemiddeling verzekeringsadviseur zijn meegenomen in de bruto premie. Uit de productdocumentatie blijkt dat de investeringspremie 97% bedraagt van de bruto premie. Dit is onder andere terug te lezen in de polis en consument moet geacht worden daarmee te hebben ingestemd. De commissie oordeelt dat daarom ook wilsovereenstemming bestaat over de kosten voor de bemiddeling verzekeringsadviseur, als onderdeel van het verschil tussen de bruto premie en de investeringspremie. Dat de verzekeraar niet heeft gespecificeerd dat deze kosten in dat verschil verwerkt zijn, betekent niet dat er geen wilsovereenstemming bestaat over het in rekening brengen van deze kosten. Bij aanvang was het voor de consument bekend dat het verschil tussen de bruto premie en de investeringspremie niet zou worden belegd. De verzekeraar mocht er volgens de commissie daarom redelijkerwijs op vertrouwen dat de consument ermee instemde dat het verschil tussen de premie en de investeringspremie niet zou worden aangewend voor de beleggingen en derhalve ten goede zou komen aan de verzekeraar mede als vergoeding voor met de verzekering verband houdende kosten. Zie ook: CvB 2020-015B, randnummer 3.14, CvB 2020-016B, randnummer 3.14, CvB 2020-017B, randnummer 3.14. Te raadplegen via: www.kifid.nl/uitspraken

Is sprake van wilsovereenstemming over de herverzekeringskosten?

3.14 Het is de commissie ambtshalve bekend dat de vertegenwoordiger van de consument vrijwel altijd namens zijn consumenten stelt dat de verzekeraar herverzekeringskosten in rekening heeft gebracht, terwijl daarvoor geen contractuele grondslag bestaat en deze dus niet zijn overeengekomen. De verzekeraar heeft gemotiveerd betwist dat herverzekeringskosten in rekening zijn gebracht. De consument heeft dat inhoudelijk niet meer bestreden. De commissie oordeelt daarom dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Is sprake van wilsovereenstemming over de hoogte van de overlijdensrisicopremie?

3.15 De consument stelt dat de hoogte van de overlijdensrisicopremie niet is overeengekomen. De verzekeraar voert aan dat deze stelling niet te volgen is. Van een leemte is geen sprake. Partijen zijn in artikel 16 van de algemene voorwaarden overeengekomen aan de hand van welke factoren en berekeningsmethodiek de overlijdensrisicopremie wordt bepaald. Door over de berekeningswijze wilsovereenstemming te hebben bereikt, is ook wilsovereenstemming bereikt over de hoogte van de overlijdensrisicopremie. De commissie volgt de verzekeraar hierin. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Worden de aan- en verkoopkosten dubbel in rekening gebracht?

3.16 De consument stelt met klachtonderdeel 2 dat zowel de fondsbeheerder als de verzekeraar aan- en verkoopkosten in rekening hebben gebracht. De verzekeraar heeft gemotiveerd aangevoerd dat deze redeneerwijze onjuist is. De fondsbeheerder verwerkt geen andere kosten dan fondsbeheerkosten in de koers. De verzekeraar belegt de investeringspremie door het aankopen van participaties in beleggingsfondsen. Bij de aankoop en verkoop van participaties brengt de verzekeraar conform artikel 11 van de voorwaarden kosten in rekening. Op deze wijze worden de aan- en verkoopkosten verwerkt in de verzekering van de consument. Hieruit volgt naar het oordeel van de commissie dat het niet zo is dat de aan-en verkoopkosten tweemaal bij de consument in rekening worden gebracht. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Wederrechtelijk voordeel verzekeraar

3.17 De consument stelt zich met klachtonderdeel 4 op het standpunt dat de verzekeraar wederrechtelijk voordeel heeft genoten, doordat de dividenden die zijn uitgekeerd door het Allianz Paraplufonds niet volledig zijn bijgeschreven op de verzekering van de consument. De verzekeraar heeft deze stelling gemotiveerd betwist. De verzekeraar merkt op dat de relevantie van deze algemene stelling voor de verzekeraar volkomen onduidelijk is aangezien de consument niet heeft belegd in dit fonds. Daarmee heeft de consument geen belang bij deze klacht. Bovendien is deze stelling onjuist. Volgens de verzekeraar kwamen de resultaten van de beleggingen ten gunste of ten laste van de polishouders en kwamen de dividenden geheel aan de polishouders toe.

De bruto dividenden werden voor de polishouder volledig herbelegd in nieuwe participaties in de door de polishouders gekozen subfondsen van het Allianz Paraplufonds en waren niet belast met vennootschapsbelasting.

3.18 De commissie stelt vast dat de consument niet heeft belegd in het Allianz Paraplufonds en oordeelt dat de verzekeraar bovendien voldoende heeft weersproken dat sprake is van wederrechtelijk voordeel. Dit klachtonderdeel van de consument is daarom ongegrond.

Zijn de bedingen oneerlijk?

3.19 Het is de commissie niet gebleken dat sprake is van oneerlijke bedingen in de zin van de Richtlijn Oneerlijke bedingen 93/13/EEG.

Immateriële schadevergoeding

3.20 De consument vordert met klachtonderdeel 8 € 25.000,- aan immateriële schadevergoeding. Op grond van artikel 6:106 lid 1 BW kan voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadebedrag worden toegekend indien de benadeelde "lichamelijk letsel heeft opgelopen, in zijn eer of goede naam is geschaad of op andere wijze in zijn persoon is aangetast". Over lichamelijk letsel of het schaden van diens eer of goede naam heeft de consument niets gesteld. Om van een aantasting in de persoon in de zin van geestelijk letsel te kunnen spreken is niet voldoende dat sprake is van een meer of minder sterk psychisch onbehagen en een zich gekwetst voelen.[1] Van een dergelijke aantasting in de persoon is niet gebleken.

Wijze van procederen vertegenwoordiger consument

3.21 De commissie is er ambtshalve mee bekend dat de vertegenwoordiger van de consument in de door hem namens de consumenten aanhangig gemaakte klachten steevast deze of soortgelijke klachtonderdelen naar voren brengt en dat in de eerder door de commissie behandelde zaken steeds is geoordeeld dat de betreffende klachtonderdelen niet slagen, omdat zij niet of onvoldoende concreet zijn toegelicht en onderbouwd, dan wel eenvoudigweg onjuist zijn. De vertegenwoordiger weet dit maar blijft deze klachten tegen beter weten in herhalen. De tijd die de commissie en de behandelend secretaris moeten besteden aan het lezen, ontwarren, begrijpen en bespreken van deze klachten kunnen zij niet besteden aan andere klachten van consumenten die soms lang op de behandeling van hun zaak moeten wachten.

[1] Hoge Raad 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:ZC1608.

Conclusie

3.22 De slotsom is dat klachten van de consument geen doel treffen. De vorderingen zullen worden afgewezen. Alle overige door de consument ingebrachte stellingen kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

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

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 46 / 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Bij de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen neemt de Geschillencommissie een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB) als uitgangspunt. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB over beleggingsverzekeringen kort weergegeven.

Informatie over de beleggingsverzekering

1.1 Uitgangspunt is steeds dat de verzekeraar verplicht is om voorafgaand of bij de totstandkoming van de beleggingsverzekering de op grond van de op dat moment geldende wet- en regelgeving voorgeschreven informatie aan de consument te verstrekken. Met regelgeving bedoelt de CvB onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). De verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

Wilsovereenstemming over de kosten

1.2 Uit de uitspraken van de CvB volgt, kort samengevat, dat de verzekeraar een kostensoort slechts in rekening mag brengen als daarover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Leidend daarbij is of uit de door de verzekeraar verstrekte informatie over het product valt af te leiden welke kosten in rekening worden gebracht. Oftewel de consument wist bij aanvang van de verzekering of had bij aanvang van de verzekering kunnen weten welke kosten in rekening zouden worden gebracht. Als wilsovereenstemming over kosten of een bepaalde kostensoort ontbreekt, moeten de ten onrechte in rekening gebrachte bedragen aan de waarde van de verzekering worden toegevoegd en mogen deze in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht. Als de verzekering al is beëindigd moet de afkoopwaarde of eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna onder 1.4.

Richtlijn oneerlijke bedingen

1.3 Een (kosten)beding moet op grond van Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Voor dit vereiste van transparantie is niet voldoende dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft (dat wil zeggen de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hem of haar voortvloeien kan inschatten. Vergelijk CvB 2018-041, rechtsoverweging 4.5.3. Het betreffende (kosten)beding kan als onredelijk bezwarend buiten toepassing worden gelaten.

Fondsbeheerkosten (TER)

1.4 De verzekeraar hoefde vóór de invoering van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER. Verder worden deze kosten niet door de verzekeraar gemaakt maar door derden zodat het er niet om gaat of partijen zijn overeengekomen dat de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.2.3, 5.16 en 5.17). Vanaf 1 oktober 1998 moest de verzekeraar de verzekeringnemer over de TER informeren op grond van Hoofdstuk III, artikel 02 van de CRR 1998. Hiermee werd invulling gegeven aan de verplichting die artikel 2, lid 2 onder q Riav 1998 op de verzekeraar legt, om de verzekeringnemer in kennis te stellen van de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden van de verzekering (CvB 2017-035, rechtsoverweging 4.30). Als de verzekeraar deze informatie-verplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

Overlijdensrisicodekking

1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat 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

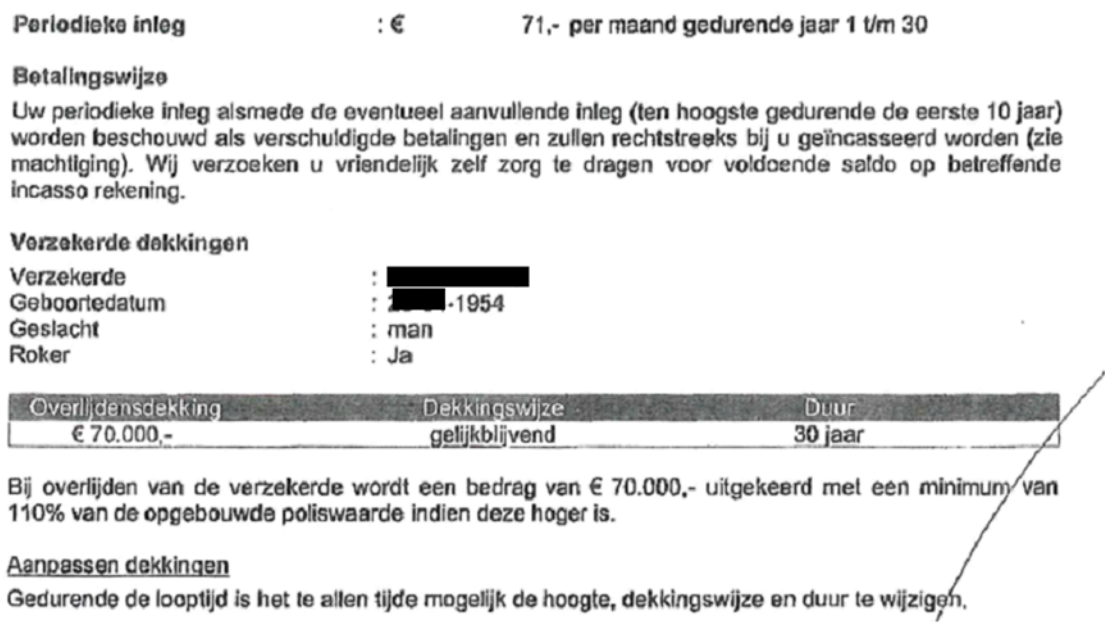
1.6 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt en dat als gevolg daarvan bij een 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).

2. Bijlage: relevante bepalingen uit de productdocumentatie

Offerte 24 september 2002
"(…)



Periodieke inleg : € 71,- per maand gedurende jaar 1 t/m 30

Betalingswijze

Uw periodieke inleg alsmede de eventueel aanvullende inleg (ten hoogste gedurende de eerste 10 jaar) worden beschouwd als verschuldigde betalingen en zullen rechtstreeks bij u geïncasseerd worden (zie machtiging). Wij verzoeken u vriendelijk zelf zorg te dragen voor voldoende saldo op betreffende incasso rekening.

Verzekerde dekkingen

Verzekerde : [redacted]
Geboortedatum : [redacted]-1954
Geslacht : man
Roker : Ja

Overlijdensdekking	Dekkingswijze	Duur
€ 70.000,-	gelijkblijvend	30 jaar

Bij overlijden van de verzekerde wordt een bedrag van € 70.000,- uitgekeerd met een minimum van 110% van de opgebouwde poliswaarde indien deze hoger is.

Aanpassen dekkingen

Gedurende de looptijd is het te allen tijde mogelijk de hoogte, dekkingswijze en duur te wijzigen.

Beleggingsfondsen

Beleggingsmethodiek

Uw inleg wordt, op basis van de uitkomst van de door u ingevulde risico-enquête, belegd middels één van de Quarré Risicoprofielen. Hiermee weet de vermogensbeheerder exact welke beleggingsrisico's u wel en niet wilt nemen. Het Quarré Vermogensplan kent 3 profielen, te weten Quarré MPS Offensief, Quarré MPS Neutraal en Quarré MPS Defensief. Aan de hand van deze profielen wordt uw inleg geïnvesteerd in fondsen die beheerd worden volgens de Maximum Performance Strategy (MPS). Deze onderliggende fondsen zijn een zorgvuldige selectie van de best presterende, wereldwijde beleggingsfondsen, die middels actief beleggingsbeleid steeds weer worden geëvalueerd. Hierdoor is uw vermogen altijd belegd in eersteklas fondsen met uitstekende beleggingsresultaten.

Switchen

U kunt te allen tijde uw eerder gekozen risicoprofiel wijzigen of switchen tussen de door u gekozen fondsen. Hierdoor kunt u uw beleggingen altijd aanpassen aan gewijzigde wensen, persoonlijke omstandigheden of economische ontwikkelingen.
Voor wisseling van fondsen binnen uw Quarré Vermogensplan worden geen kosten in rekening gebracht.

Vermogensbeheerder

De MPS fondsen worden beheerd door Insinger de Beaufort, een van Nederlands meest vooraanstaande vermogensbeheerders.

Hypotheek Rente Fonds

Bij een aantal geldverstrekkers is het ook mogelijk uw premies te investeren in het Hypotheek Rente Fonds (HRF). Het rendement van dit fonds is gelijk aan de door u betaalde hypotheekrente voor de aan uw Quarré Vermogensplan verbonden hypothecaire geldlening.
Voor switchen naar of uit het Hypotheek Rente Fonds gelden afwijkende condities, waarvoor wij u naar de aanvullende voorwaarden verwijzen.
U kunt binnen de verhouding van maximaal 1 : 10 in het HRF investeren. Het kapitaal dat u opbouwt in het HRF mag niet eerder dan op het einde van de looptijd van uw hypotheek gelijk zijn aan de hoogte van het betreffende leningsdeel.

Fondsverdeling

Uw inleg voor het Quarré Vermogensplan dient op de volgende wijze over de fondsen verdeeld te worden:

Risicoprofiel
Quarré MPS Defensief

Waarde-opbouw

In het hierna vermelde overzicht worden in verband met de invoering van '*Code rendement en risico*', hierna te noemen de Code, een aantal waarden vermeld met betrekking tot de hierboven genoemde dekkingen en verschuldigde inleg. In de Code zijn voor de communicatie over levensverzekeringen en spaarkasovereenkomsten met beleggingsrisico bepaalde definities voorgeschreven. In de Code zijn bijvoorbeeld verschillende soorten rendement nauwkeurig gedefinieerd.

Voor een uitleg van de gebruikte definities in het hierna vermelde overzicht verwijzen wij u naar de bijlage 'Begripsomschrijving' welke bij deze offerte is gevoegd.

Op genoemde rendementen is reeds 1% beheersvergoeding in mindering gebracht. Op de hypotheekrente garantiefondsen wordt geen beheersvergoeding in mindering gebracht. Wanneer de verschuldigde inleg stipt wordt voldaan en er geen wijzigingen worden aangebracht in de dekkingen en de verschuldigde inleg zoals ze genoemd zijn in de offerte, is bij de genoemde voorbeeldrendementen de volgende waarde-ontwikkeling mogelijk.

	Voorbeeld Rendement	Standaard Fondsrendement	Inleg
Quarré MPS Defensief (1)	8,00 %	6,50 %	
Waarde na 1 jaar	€ 10.157,-	€ 10.018,-	€ 9.852,-
Waarde na 2 jaar	€ 11.368,-	€ 11.065,-	€ 10.704,-
Waarde na 3 jaar	€ 12.641,-	€ 12.142,-	€ 11.556,-
Waarde na 4 jaar	€ 13.982,-	€ 13.255,-	€ 12.408,-
Waarde na 5 jaar	€ 15.393,-	€ 14.400,-	€ 13.260,-
Waarde na 10 jaar	€ 23.625,-	€ 20.573,-	€ 17.520,-
Waarde na 15 jaar	€ 34.512,-	€ 27.486,-	€ 21.780,-
Waarde na 20 jaar	€ 49.950,-	€ 35.187,-	€ 26.040,-
Waarde na 25 jaar	€ 74.594,-	€ 44.040,-	€ 30.300,-
Waarde na 30 jaar	€ 110.280,-	€ 55.621,-	€ 34.560,-
Productrendement (2)	5,51 %	2,36 %	
Totale kosten inclusief risicopremies (1) - (2)	2,49 %	4,14 %	
waarvan kosten voor risicopremies	2,21 %	3,79 %	
waarvan overige kosten	0,28 %	0,35 %	

Er worden géén afkoopkosten in rekening gebracht. De afkoopwaarde is dus gelijk aan de poliswaarde op het moment van afkoop! Deze verzekeringsovereenkomst is een overeenkomst voor de lange termijn. Indien u deze verzekeringsovereenkomst voortijdig beëindigt gedurende de eerste jaren van de looptijd, kunt u beduidend minder ontvangen dan u ingelegd heeft. Zie hiervoor het eerder vermelde waardeverloop.
De waarde van de beleggingen die uit hoofde van uw verzekeringsovereenkomst worden aangehouden, kan fluctueren. In het verleden behaalde resultaten bieden geen garantie voor de toekomst.

LET OP !

- Beleggen bij wie en in welke vorm dan ook brengt financiële risico's met zich mee. Dat geldt ook voor deze levensverzekering met beleggingsrisico (c.q. spaarkasovereenkomst met beleggingsrisico). Beleggen geeft u kans op een hoger, maar ook op een lager dan gemiddeld rendement. Dit risico is voor u.
- Naarmate wordt belegd in meer risicovolle beleggingsvormen, zullen de te behalen rendementen onderhevig zijn aan grotere schommelingen en kan dus ook de eindopbrengst meer afwijken van de in de voorbeelden gehanteerde bedragen. *(Zie hiervoor de brochure Rendement en Risico*)*
- Wij wijzen u erop, dat de gehanteerde rendementen zijn gebaseerd op behaalde rendementen uit het verleden en daarom geen garantie bieden voor in de toekomst te behalen rendementen. *(Zie hiervoor de brochure Rendement en Risico*)*
- Bij relatief korte verzekeringsduren kunnen de te behalen rendementen meer fluctueren dan bij relatief lange(re) verzekeringsduren.
- De gepresenteerde bedragen zijn uitsluitend bedoeld als voorbeeld en niet als garantie of prognose. Deze bedragen zijn netto-bedragen, d.w.z. er is reeds rekening gehouden met premies voor verzekerde risico's, alsmede met gedurende de looptijd van het contract ingehouden kosten.

** De brochure Rendement en Risico is bij deze offerte bijgevoegd.*

(...)"

Algemene Voorwaarden Model 2002-02

"(…)

Artikel 11

Fondseenheden

1. De koers van een unit wordt berekend door de waarde van het fonds te delen door het aantal fondseenheden van dat fonds op dat ogenblik. De uitkomst wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.
2. Alle afroedingen naar boven en beneden van koersen van eenheden komen aan Universal Leven toe.
3. Voor de aankoop van fondseenheden kan Universal Leven aankoopkosten in rekening brengen. Deze aankoopkosten worden in rekening gebracht door verkoop van fondseenheden van gelijke waarde.

(…)

Artikel 13

Premiebestemming

1. Het aantal fondseenheden van een fonds dat aan de polis wordt toegewezen, wordt berekend door de allocatiepremie, te delen door de koers van de fondseenheden zoals deze wordt bepaald op de premievervaldatum. Indien de premie later ontvangen wordt of indien de fondskeuze op het moment dat de premie ontvangen is, nog niet bekend is, kan Universal Leven de koers van de datum van ontvangst van de premie, respectievelijk de datum dat de fondskeuze door Universal Leven is ontvangen, laten gelden. Het aldus verkregen aantal fondseenheden zal rekenkundig worden afgerond op twee decimalen.
2. De allocatiepremie zal over de fondsen worden verdeeld volgens de verhoudingen zoals deze op de polis vermeld staan, zolang de investering per fonds niet lager is dan het op dat ogenblik door Universal Leven vereiste minimum.
3. De verzekeringnemer mag te allen tijde de premieverdeling over de fondsen in de polis wijzigen; de wijziging is ook mogelijk voor regelmatig verschuldigde premie. Deze wijzigingen gaan in bij de eerstvolgende premiebetaling na ontvangst door Universal Leven van het verzoek tot wijziging.
4. Tevens kan de verzekeringnemer op elk moment een vrijwillige extra aanvullende premie betalen. Verwerking van de vrijwillige extra aanvullende premie vindt plaats op basis van de eerstvolgende vastgestelde koers na ontvangst van de vrijwillige extra aanvullende premie en de schriftelijke bevestiging van de gewenste fondskeuze.

(…)

Artikel 15

Administratievergoeding

1. Ter vergoeding van de administratiekosten van Universal Leven worden op de ingangsdatum en iedere volle maand daaropvolgend door Universal Leven kosten in rekening gebracht. De waarde van de bij de polis behorende fondseenheden wordt daartoe verminderd met de administratievergoeding door de verkoop van fondseenheden van gelijke waarde. Indien de waarde onvoldoende is om de vergoeding van de administratie te voldoen, zal het saldo van deze vergoeding blijven openstaan. Zodra hierna premie wordt betaald, zal deze eerst worden aangewend om het openstaand saldo van de administratievergoeding te voldoen. Met het eventuele restant van de premie zullen fondseenheden worden aangekocht.
2. Universal Leven behoudt zich het recht voor de vergoeding voor alle verzekeringsovereenkomsten of voor bepaalde groepen daarvan aan te passen.

Artikel 16

Kosten voor het overlijdensrisico

1. Op de ingangsdatum van de polis en iedere volle maand daaropvolgend zal Universal Leven de kosten voor het overlijdensrisico voor verzekerde en medeverzekerde gedurende de volgende maand berekenen.
2. Het overlijdensrisico is gelijk aan het bedrag dat op dat moment benodigd zou zijn om de uitkering bij overlijden te verrichten verminderd met de waarde van de bij de polis behorende fondseenheden op die datum. Het bedrag dat op dat moment benodigd zou zijn om de uitkering bij overlijden te verrichten bestaat uit:
   het bedrag dat nodig is om het verzekerde partner- en wezenpensioen te realiseren; het verzekerd bedrag bij overlijden van de verzekerde en/of de medeverzekerde.
3. De rente welke zal worden gehanteerd om het onder lid 2 van dit artikel vermelde bedrag vast te stellen dat benodigd is om het partner- en wezenpensioen te realiseren, bedraagt de rente van de vijf langstlopende staatsleningen als vermeld onder koers-indexen/effectieve rendementen obligaties (CBS) in de landelijke dagbladen, naar beneden afgerond op een veelvoud van een kwart procent.
4. Indien het bepalen van de rente op de in lid 3 omschreven wijze niet meer mogelijk is zal door Universal Leven een andere wijze van rentebepaling worden gekozen, die zoveel mogelijk in overeenstemming zal zijn met de oorspronkelijke wijze van rentebepaling, zulks ter beoordeling van Universal Leven.
5. Indien artikel 5 lid 4 van toepassing is, wordt het overlijdensrisico van verzekerde en medeverzekerde gelijk gesteld aan het verzekerd bedrag bij overlijden van verzekerde en medeverzekerde.
6. Indien de waarde van de bij de polis behorende fondseenheden hoger is dan de som van de benodigde bedragen bij overlijden van de verzekerde, dan is het overlijdensrisico nihil. Dat geldt eveneens voor het geval als beschreven in het vorige lid van dit artikel.
7. De waarde van de bij de polis behorende fondseenheden op de kostenberekeningsdatum zal worden verminderd met de kosten voor het overlijdensrisico door fondseenheden van gelijke waarde te verkopen tegen de koers van de fondseenheden. Indien de waarde onvoldoende is om de kosten voor het overlijdensrisico te voldoen zal het saldo van deze kosten blijven openstaan. Zodra er hierna premie wordt betaald, zal deze worden aangewend om het openstaande saldo van de kosten voor het overlijdensrisico te voldoen. Met het eventueel restant van de premie zullen fondseenheden worden aangekocht.
8. Bij de berekening van de kosten voor het overlijdensrisico zal met de navolgende factoren rekening worden gehouden:
   a. de leeftijd van degene of degenen wiens of wier leven is verzekerd;
   b. de leeftijd van degene of degenen op wiens of wier leven het verzekerde partner- of het verzekerde wezenpensioen betrekking heeft;
   c. de hoogte van het overlijdensrisico;

(…)”

Polis 17 maart 2003

"(…)
(…)

Ingangsdatum verzekering	: 01-04-2003
Beoogde einddatum verzekering	: 01-04-2033
Termijnpremie	: € 71,00
Premievervaldata	: de eerste dag van elke maand
Beoogde einddatum premiebetaling	: 01-04-2033
Investeringspercentage premie(s)	: 97%
Administratievergoeding	: € 3,40 per maand
Fondsverdeling	: 100,00% MPS Defensieve Portefeuille

(…)
(…)"