Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0627

(mr. F.H.E. Boerma, voorzitter en mr. T.A. van der Vlugt, secretaris)

Datum uitspraak	14 augustus 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Klacht ongegrond. Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft een beleggingsverzekering afgesloten op 1 februari 1998 bij de verzekeraar. De consument is van mening dat hij niet is geïnformeerd over de inhoudingen van onder andere de eerste en/of doorlopende kosten van de verzekeraar en tussenpersoon. Ook stelt hij dat de verzekeraar de intrinsieke waarden van de verzekering manipuleert. De verzekeraar beroept zich op de absolute verjaringstermijn van twintig jaar. De commissie oordeelt dat de rechtsvordering tot schadevergoeding voor wat betreft het schenden van (bijzondere) zorg- en informatieverplichtingen en het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten is verjaard. De overige vorderingen van de consument treffen geen doel. De vorderingen van de consument worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het 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;
- 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 afronden van de schriftelijke fase van deze procedure heeft de Hoge Raad bij arrest prejudiciële vragen van het Gerechtshof te Den Haag over beleggings-verzekeringen beantwoord. De commissie acht de antwoorden van de Hoge Raad relevant voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen.

Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad.[1] Beide partijen hebben vervolgens een reactie ingediend.

1.3 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer F.G.C.M. Jansen (Shureluck B.V.), 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 heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 februari 1998 een beleggingsverzekering met de naam FUNDEX Variabel Investerings Plan (hierna: de verzekering), bij de verzekeraar. Dit product betrof een universal life verzekering. De maandelijks verschuldigde premie was bij aanvang gesteld op NLG 100,- (€ 45,38) en de einddatum op 1 februari 2013. De verzekering betrof een voortzetting van een eerder bij een andere verzekeraar afgesloten verzekering met als ingangsdatum 1 oktober 1990.

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

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

- een polisblad, gedateerd 13 januari 1998;
- de voorwaarden, genaamd 'Algemene voorwaarden serie 102'.

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: 'de productdocumentatie'.

2.4 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1996 van toepassing.

2.5 Bij brief van 28 november 2006 heeft de verzekeraar op verzoek van de consument uitleg gegeven over de kosten en de waarde van de verzekering.

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

2.6 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering geïnformeerd over de (waarde)ontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.

2.7 De verzekeraar heeft de consument in juni 2011 per brief geïnformeerd dat de verzekering aan de zogenoemde compensatieregeling is getoetst en dat de consument uit hoofde daarvan in aanmerking kwam voor een eenmalige vergoeding voor te hoge kosten van € 727,35,- en een jaarlijkse vaste vergoeding voor te hoge kosten (zolang premie wordt betaald) ter hoogte van € 24,34.

2.8 De verzekering heeft op 1 februari 2013 de einddatum bereikt. De eindwaarde is aan de consument uitgekeerd.

2.9 Per brief van 6 mei 2020 heeft de consument zijn klacht ingediend bij de verzekeraar. Na de afwijzende reactie van de verzekeraar heeft de consument op 7 juli 2020 zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.10 De consument heeft zijn vordering in repliek gewijzigd en vordert, zoals de commissie begrijpt, van de verzekeraar € 50.165,51 aan schadevergoeding. Het schadebedrag bestaat onder andere uit € 25.000,- als vergoeding voor immateriële schade en een vergoeding van € 5.662,80 voor de kosten voor juridische bijstand.

2.11 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden om de volgende redenen:

a. Er zijn kosten en premies overlijdensrisicoverzekering in rekening gebracht die niet volledig zijn overeengekomen. Over de volgende kosten heeft geen wilsovereenstemming (kunnen) bestaan:

    - Aan -en verkoopkosten;

    - Eerste en/of doorlopende kosten van de verzekeraar en tussenpersoon.

b. Uit de analyse van de jaarrekening 2019 van de verzekeraar blijkt dat de verzekeraar de door verzekeringnemers betaalde premie opvoert als omzet. Ten laste van deze omzet worden diverse kosten geboekt, waaronder herverzekeringskosten. In de productdocumentatie wordt geen gewag gemaakt van deze kostensoort terwijl deze ontegenzeggelijk wel ten laste wordt gebracht van de waarde van de verzekering van de consument en daarmee dus ook negatief bijdraagt aan de waarde opbouw van de verzekering. Omdat de grondslag voor deze kosten ontbreekt moet de verzekeraar deze kosten aan de consument vergoeden. De herverzekeringskosten worden als percentage van de betaalde premie (2%) berekend en verdisconteerd in de schadeberekening.

c. De verzekeraar heeft een wederrechtelijk voordeel verkregen door het niet bijschrijven van het door de verzekeraar contant ontvangen dividend op de verzekeringspolis van de consument dan wel het niet toekennen van additionele eenheden of units op de verzekeringspolis van de consument ten gevolge van het door de verzekeraar ontvangen dividend. Voor zover er geen sprake is van een wederrechtelijk voordeel is er minimaal sprake van een toerekenbare tekortkoming.

d. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht tegenover de consument verzaakt. Door de verzekeraar is toegestaan dat door de tussenpersoon de gebruikelijke bruto-netto berekening is gemaakt gebaseerd op een gemiddeld rendement van 8%, terwijl de consument zonder enige tegenspraak aan de zijde van de verzekeraar mag kiezen voor een belegging in onder andere een mixfonds (Fortis ASR Mixfonds) van de verzekeraar, waar een structureel lager rendement van wordt verwacht. Het is niet redelijk aan te nemen dat een beleggingsfonds dat belegt in een mix van obligaties, aandelen, vastgoed en liquiditeiten het beoogde gemiddelde meetkundig rendement van 8% over een periode van 15 jaar zal halen. De verzekeraar had dit moeten weten en de consument hiervoor uitdrukkelijk moeten waarschuwen en er op moeten wijzen dat bij deze keuze het doel niet behaald zou kunnen worden. Dat is een ernstig verwijtbare tekortkoming van de verzekeraar die bovendien niet eenmalig maar jaarlijks wordt herhaald. In het kader van de schadeberekening is uitgerekend wat de kostenbelading is geweest om met een bruto inleg van € 45,45 per maand en een bruto rendement van 8% een eindopbrengst te realiseren. Vanwege het ontbreken van de offerte is uitgegaan van een kostenbelading van 3% gemiddeld per jaar. Uitgaande van dit kostenpercentage en een bruto rendement van 6% had de maandelijkse inleg € 26,38 hoger moeten zijn om het doel ('een zo hoog mogelijke eindopbrengst') te kunnen bereiken. Deze maandelijkse bedragen worden vanaf de totstandkoming tot en met de expiratie in 2013 als schade gevorderd van de verzekeraar.

e. Dividendbelasting, ingehouden door de dividend uitkerende onderneming, kan worden verrekend met de inkomstenbelasting. Deze verrekenmogelijkheid is voor de consument komen te vervallen door het sluiten van de verzekering. De consument is daar bij het afsluiten van de verzekering niet op gewezen. De dividendbelasting bedraagt 15% van het uitgekeerde dividend. Het dividend wordt jaarlijks begroot op 2%. Het misgelopen verrekenvoordeel bedraagt 15% daarvan en dat komt neer op 0,3%.

f. De verzekeraar manipuleert de intrinsieke waarden zoals deze per ultimo jaar aan de verzekeringnemers zijn gerapporteerd. De intrinsieke waarde wordt structureel te laag opgegeven, waardoor de consument en andere verzekering-nemers financieel fors worden benadeeld. Dit nadeel zal moeten worden hersteld.

Bij de schadeberekening zal rekening worden gehouden met een gemiddeld nadeel van € 2,48 per participatie. Doordat het gemiddelde aantal uitstaande participaties afwijkt van het daadwerkelijke aantal, ontstaat ruimte om extra participaties uit te keren aan de verzekeraar. De verzekeraar kan op deze wijze een wederrechtelijk voordeel verkrijgen. Dit voordeel zal door de verzekeraar volledig aan de consument moeten worden terugbetaald.

g. De consument is erg teleurgesteld over de uiteindelijke werking van de verzekering en de houding van de verzekeraar. De consument is geschrokken van de slinkse wijze waarop de verzekeraar kosten en risicopremies in rekening heeft gebracht, waarover hij niet vooraf is geïnformeerd. De financiële toekomst van de consument is onzeker geworden. De consument is bij het indienen van zijn klacht tegengewerkt, hij is niet serieus genomen. De procedure bij Kifid wordt door de consument als een marteling ervaren, vanwege de lange wachttijden in het vooruitzicht. De consument voelt zich in de steek gelaten door de verzekeraar en dat rechtvaardigt een vermeerdering van eis met een immateriële schade-vordering van € 25.000,-.

Het verweer

2.12 De verzekeraar heeft verweer gevoerd en beroept zich daarbij op verjaring en schending van de klachtplicht van artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

3. De beoordeling

Is de klacht behandelbaar?

3.1 De verzekeraar heeft allereerst gesteld dat de consument niet tijdig heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 van het BW. De commissie oordeelt als volgt.

3.2 Hoewel de consument voor het eerst in mei 2020 heeft geklaagd, en dit een aanzienlijke tijd is na het tijdstip waarop de verzekeraar volgens de consument tekort zou zijn geschoten, heeft de verzekeraar onvoldoende aangetoond of aannemelijk gemaakt dat hij daardoor een zodanig nadeel heeft ondervonden, dat dit rechtvaardigt dat de consument geen aanspraak meer kan maken op een eventueel gebrek in de geleverde prestaties door de verzekeraar. De commissie neemt daarbij in aanmerking dat de verzekeraar voor wat betreft het voeren van verweer de stukken ter beschikking hebben gestaan die de consument bij de klachtuiting heeft overgelegd. Het beroep op het schenden van de klachtplicht slaagt daarom niet.

Is de vordering verjaard?

3.3 De verzekeraar stelt verder dat de rechtsvorderingen van de consument tot schadevergoeding zijn verjaard.

De verzekeraar doet een beroep op de absolute verjaringstermijn van twintig jaar, zoals bedoeld in artikel 3:310 lid 1 BW en heeft dit onder meer als volgt toegelicht. De schade als gevolg van het ontbreken van wilsovereenstemming over de ingehouden kosten (inclusief de vermeende herverzekeringskosten) is ontstaan direct na het sluiten van de verzekering op 1 februari 1998. Of de consument op dat moment wel of niet bekend was met mogelijke schade of tekortkomingen is niet van belang voor de start voor de absolute verjaringstermijn. De vordering tot schadevergoeding is dus verjaard op 1 februari 2018. Door van de mogelijkheid om de verjaring te stuiten geen gebruik te maken en te wachten tot mei 2020 om voor het eerst een klacht in te dienen, heeft de consument deze verjaringstermijn laten verlopen. Dit geldt ook voor de vordering ten aanzien van de manipulatie van de intrinsieke waarden, de stelling dat de mogelijkheid zou zijn ontnomen om dividendbelasting te verrekenen met de inkomstenbelasting en de gestelde schending van (bijzondere) zorgplicht- en informatieverplichtingen voorafgaand aan en bij het afsluiten van de verzekering, aldus de verzekeraar.

3.4 De commissie stelt voorop dat in artikel 3:310 lid 1 BW is bepaald dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade in ieder geval verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt. Tussen partijen is niet in geding dat de consument pas meer dan 20 jaar na het afsluiten van de verzekering voor het eerst een klacht heeft ingediend bij de verzekeraar en dat er geen sprake is geweest van tussentijdse stuitingshandelingen. Dit betekent dat de rechts-vorderingen tot schadevergoeding van de consument die er op zijn gebaseerd dat de verzekeraar voorafgaand aan of bij de totstandkoming van de verzekering aan de consument bepaalde informatie niet of niet voldoende heeft verstrekt, de consument niet of niet voldoende heeft gewaarschuwd voor bepaalde risico's of dat in de verstrekte productdocumentatie een voldoende grondslag ontbreekt voor het in rekening brengen van bepaalde kosten of premies, ten tijde van het indienen van de klacht in mei 2020 reeds waren verjaard. De vorderingen tot schadevergoeding gebaseerd op de grondslagen genoemd onder a, b, c (ten dele), d (ten dele) en e zijn daarom niet toewijsbaar.

Tussenconclusie

3.5 Dit betekent dat de commissie alleen nog toekomt aan een inhoudelijke beoordeling van de klachtonderdelen c, d, f en g.

Beoordelingskader

3.6 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 ten aanzien van het dividend een wederrechtelijk voordeel verkregen?

3.7 De consument stelt onder c dat de verzekeraar wederrechtelijk voordeel heeft verkregen, omdat kort gezegd de baten (zoals het dividend en de rente opbrengsten), die voortvloeien uit de beleggingsfondsen waarin namens de consument wordt belegd niet aan de consument zijn uitgekeerd of toegekomen. De commissie maakt uit de door de consument overgelegde stukken en toelichting op dat de baten binnen de fondsen waar de consument voor heeft gekozen, niet worden uitgekeerd maar worden herbelegd. Bij die stand van zaken is niet goed te begrijpen dat er sprake zou van het gestelde wederrechtelijk voordeel van de verzekeraar en/of nadeel aan de zijde van de consument. Dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

Is sprake van schending van de (bijzondere) zorgplicht (bij aanvang of) gedurende de looptijd van de verzekering?

3.8 De consument voert onder d aan dat de verzekeraar tekort is geschoten in zijn bijzondere zorgplicht. De door de consument gemaakte fondskeuze zou kort gezegd geen geschikte aanbeveling zijn geweest van de bemiddelende tussenpersoon. Voor zover dit verwijt betrekking heeft op een tekortkoming ten tijde van de advisering in 1998 stelt de commissie vast dat de daarmee verband houdende vordering tot schade-vergoeding absoluut (20 jaar) is verjaard. De consument stelt, zo begrijpt de commissie, dat de verzekeraar daarnaast ook tekort is geschoten in zijn informatie- en zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering. De verzekeraar zou de consument er onvoldoende op gewezen hebben dat met de beleggingen het doelkapitaal niet zou worden gehaald. Niet in geding is dat de consument periodiek over de (waarde)ontwikkelingen door de verzekeraar is geïnformeerd. Dat de verzekeraar tot het verstrekken van meer of andere informatie was gehouden is de commissie niet gebleken. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Is sprake geweest van (koers)manipulatie?

3.9 De consument stelt onder f dat de intrinsieke waarde per aandeel in het fonds, zoals deze per ultimo jaar door de fondsbeheerder worden gerapporteerd, afwijkt van de intrinsieke waarde per aandeel op overzichten zoals die door de verzekeraar op de polisverjaardag worden opgemaakt. Hierdoor zou de consument financieel nadeel hebben geleden van gemiddeld € 1,- per participatie. De commissie heeft enige moeite om het standpunt van de consument te begrijpen, maar stelt in ieder geval vast dat de consument niet concreet heeft gemaakt dat en, zo ja, op welke wijze en in hoeverre sprake zou zijn geweest van koersmanipulatie door de betreffende fondsbeheerder(s). Dat de vaststelling van de waarde per participatie per einde boekjaar onjuist zou zijn, heeft de consument niet gesteld. Dat de waarde per participatie op de polisverjaardag vermeld op de waarde-overzichten afwijkt van de waarde aan het einde van het boekjaar, is weinig verassend en leidt op zichzelf niet tot enig nadeel.

Dat laatste geldt ook voor de omstandigheid dat het lastig zou zijn om de door de fondsbeheerder gerapporteerde waarden te vergelijken met de waarden op het jaarlijks door de verzekeraar verstrekte waarde-overzicht. Nu ook overigens niet duidelijk is op welke wijze en in welke omvang de gestelde manipulatie concreet tot schade voor de consument heeft geleid, kan ook dit klachtonderdeel niet slagen.

Is er sprake van immateriële schade?

3.10 De consument stelt onder g immateriële schade geleden te hebben. Op grond van artikel 6:106 lid 1 BW kan voor nadeel dat niet uit vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding 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. Ook zal degene die zich op aantasting in zijn persoon op andere wijze beroept, dit in beginsel met concrete gegevens moeten onderbouwen. In een voorkomend geval, maar daar is niet snel sprake van, kunnen de aard en de ernst van de normschending meebrengen dat de in dit verband relevante nadelige gevolgen daarvan voor de benadeelde zo voor de hand liggen, dat een aantasting in de persoon kan worden aangenomen. Dat in dit geval van een dergelijke situatie sprake zou zijn, is de commissie niet gebleken en maakt de consument ook niet aannemelijk, zodat een grond voor het toekennen van de gevorderde immateriële schadevergoeding ontbreekt.

Oneerlijke bedingen?

3.11 Het is de commissie niet gebleken dat sprake is van bedingen in de verzekeringsvoorwaarden die als oneerlijk in de zin van de Richtlijn 93/13/EEG betreffende bedingen in consumentenovereenkomsten zijn aan te merken en aldus als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden.

Conclusie

3.12 De slotsom is dat de rechtsvordering tot schadevergoeding voor wat betreft het schenden van (bijzondere) zorg- en informatieverplichtingen (bij het afsluiten van de verzekering) en het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten is verjaard. De overige klachten van de consument treffen geen doel. De vorderingen worden afgewezen. Alle overige door de consument ingebrachte stellingen kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 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 informatieverplichting 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 overlijdensrisicopremie 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).