Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-1113

(mr. F.H.E. Boerma, voorzitter en mr. P. van Haastrecht-van Kuilenburg, secretaris)

Klacht ontvangen op	26 juni 2014
Ingediend door	De consument
Tegen	Allianz Nederland Levensverzekering N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	30 december 2022
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen; Relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

De consument is bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen geïnformeerd en hierover heeft dan ook wilsovereenstemming (kunnen) bestaan. Nu voor het overige ook niet gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze jegens de consument tekort is geschoten worden alle vorderingen van de consument 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: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de aanvullende stukken van de consument; 6) de dupliek van de verzekeraar en 7) de aanvullende stukken van de consument.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.3 De consument heeft geen keuze gemaakt tussen bindend en 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 heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 december 1992 een beleggingsverzekering met de naam DIN-Hypotheek Plan (hierna: de verzekering) gesloten bij de verzekeraar.

2.2 Bij de verzekering is sprake is van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument. Bij investering in het Holland Obligatie Fonds werd een minimum uitkering op de einddatum gegarandeerd. De consument heeft er bij het aangaan van de verzekering voor gekozen om 100% in voornoemd fonds te beleggen, als gevolg waarvan een garantie is afgegeven van fl. 88.673,- (€ 40.238,-). De uitkering bij overlijden voor de einddatum bedroeg € 115.713,95 (fl. 255.000,-) dan wel de op het moment van overlijden aanwezige poliswaarde vermeerderd met 4% samengestelde interest tot einddatum, voor zover laatstgenoemde waarde hoger was.

De consument betaalde voor het voornoemde een premie van € 195,58 (fl. 431,-) per maand. Van deze premie is in de periode van 1 december 1992 tot 1 december 1997 € 83,93 (fl. 184,95) geïnvesteerd en in de periode van 1 december 1997 tot 1 december 2022, € 186,50 (fl. 411,-).

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

- het aanvraagformulier, getekend op 18 november 1992;
- een polisblad gedateerd op 16 februari 1993;
- de voorwaarden DI 9207 en BZ 8702

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

2.4 De verzekering is per 24 september 2012 afgekocht. De afkoopwaarde ad € 32.818,- is aan de consument uitgekeerd.

2.5 De verzekering van de consument is afgesloten voor de inwerkingtreding van de RIAV 1994 op 1 juli 1994.

De klacht en vordering

2.6 De consument vordert dat de verzekeraar gehouden wordt de door hem geleden schade – door de consument begroot op € 118.342,- – te vergoeden.

2.7 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat hij door de verzekeraar bij het aangaan van de verzekering niet is geïnformeerd over de kosten en de overlijdensrisicopremies die op zijn verzekering in mindering zijn gebracht. De consument stelt bovendien dat de premie voor de overlijdensdekking veel te hoog is en dat de verzekeraar hem had moeten waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect. De consument voert verder aan dat de verzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden door een risicovolle levensverzekering aan te bieden, terwijl daar gezien de persoonlijke omstandigheden van de consument helemaal geen reden voor was. Ook tijdens de looptijd van de verzekering heeft de verzekeraar volgens de consument zijn zorgplicht geschonden, daar hij de consument onvoldoende/niet heeft gewaarschuwd voor de tegenvallende opbrengsten van de verzekering en het risico dat het doelkapitaal niet gehaald zou worden. De consument stelt dat hij indien hij destijds deugdelijk over het voornoemde zou zijn geïnformeerd, de verzekering niet zou hebben afgesloten.

Het verweer

2.8 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.

Is de klachtplicht geschonden?

3.2 De verzekeraar beroept zich op schending van de klachtplicht van artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek. Dit verweer treft geen doel. De consument heeft op 6 december 2013 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. De verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg daarvan een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit er toe moet leiden dat de consument zich niet meer op een gebrek in de door de verzekeraar geleverde prestatie kan beroepen.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.3 De consument beroept zich allereerst op dwaling. Dit beroep gaat niet op.

Uit de productdocumentatie blijkt duidelijk dat sprake was van een beleggings-verzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was, een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico.

3.4 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] Het beroep op dwaling slaagt niet.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan en is er sprake van wilsovereenstemming over de kosten?

3.5 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan hem verstrekte informatie over de verzekering onvoldoende is. De commissie stelt vast dat in 1992 geen wettelijke verplichting bestond voor de verzekeraar tot het verstrekken van informatie aan de consument over de mogelijke gevolgen van de in rekening te brengen kosten voor het uiteindelijk met de verzekering te bereiken resultaat. Een zodanige verplichting bestond pas vanaf 1 januari 1999, door invoering van de Riav 1998.[2] De verzekering van de consument is, zoals reeds onder 2.5 opgemerkt, vóór die datum tot stand gekomen. De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de in dit geval aan de consument verstrekte productdocumentatie – waarin de in rekening gebrachte kosten expliciet zijn opgenomen – dan ook meer heeft gedaan dan op basis van de destijds geldende wet- en regelgeving mocht worden verwacht. Ook blijkt uit de productdocumentatie 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. De consument had dat kunnen en moeten begrijpen.

3.6 Bovendien is niet gebleken dat de verzekeraar meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan de kosten vermeld in de productdocumentatie. Het polisblad maakt melding van de nominale premie en de investeringspremie. Het begrip ‘investerings-premie’ is in de voorwaarden bovendien nader gespecificeerd, namelijk als deel van de betaalde premie dat in een of meerdere fondsen belegd wordt. Uit het verschil tussen de nominale premie en de investeringspremie volgt dat en in welke omvang er inhoudingen zullen worden gedaan. Indien de consument het hier niet mee eens was, had het op de weg van de consument gelegen om zich – direct na ontvangst van het polisblad – tot de verzekeraar dan wel zijn tussenpersoon te wenden. De consument heeft dit nagelaten.

[1] CvB 2017-035.
[2] CvB 2018-019, r.o. 5.18

De commissie stelt dan ook vast dat de consument akkoord is gegaan met (het verschil tussen) voornoemde premies en daarmee met de inhoudingen. Over deze inhoudingen bestond dan ook wilsovereenstemming. De omstandigheid dat de inhoudingen niet nader zijn gespecificeerd, maakt het voorgaande niet anders.

3.7 Op de investeringspremie heeft de verzekeraar dividendkosten en overlijdensrisico-premie ingehouden. De wijze waarop voornoemde inhoudingen werden berekend, is opgenomen in artikel 12 respectievelijk 15 van de voorwaarden. De kosten die de verzekeraar in rekening brengt bij een fondswisseling, staan vermeld in artikel 13 van de voorwaarden. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze inhoudingen wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan.[3]

Is voldaan aan de informatieverplichtingen inzake het informeren over de fondsbeheerskosten?

3.8 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]

3.9 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]

Overlijdensrisicopremie te hoog?

3.10 De consument heeft gesteld dat de overlijdensrisicopremie te hoog was in verhouding tot een losse overlijdensrisicoverzekering. De commissie oordeelt hierover als volgt.

3.11 De consument had moeten begrijpen dat voor de overlijdensuitkering een premie verschuldigd is en dat die dus onderdeel is van de bruto premie. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst. De consument heeft bovendien niet aannemelijk gemaakt dat de hoogte van de overlijdensrisicopremie naar de maatstaven van toen disproportioneel was. Het enkele feit dat het voor de consument wellicht mogelijk was om elders een goedkopere overlijdensrisicoverzekering af te sluiten, maakt niet dat de door de verzekeraar in rekening gebrachte premies disproportioneel waren.

[3] Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.
[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?

3.12 Ten aanzien van de stelling van de consument dat de verzekeraar hem had moeten waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect, 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.[6] De commissie stelt vast dat de consument het bestaan van dit bijzondere risico niet aannemelijk heeft gemaakt.

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

3.13 De consument voert verder aan de verzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden door een risicovolle levensverzekering aan te bieden, terwijl daar gezien de persoonlijke omstandigheden van de consument helemaal geen reden voor was. De commissie merkt op dat de verzekering via een tussenpersoon is afgesloten en de verzekeraar in hier alleen is opgetreden als aanbieder van het product. De verzekeraar mocht er dan ook vanuit gaan dat de werking van het aangevraagde product voor de consument duidelijk was en het product voldeed aan de wensen van de consument. De verzekeraar hoefde dat vervolgens niet nog eens zelf te onderzoeken. De daarop betrekking hebbende klacht van de consument slaagt daarom niet.

Is sprake van schending van de zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering?

3.14 De consument voert aan dat hij tussentijds onvoldoende/niet is gewaarschuwd voor de tegenvallende opbrengsten van zijn verzekering en het risico dat het doelkapitaal niet gehaald zou worden. De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van zijn verzekering, en dat deze vanaf 2008 waren opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiter. Op de verzekeraar rustte geen verplichting om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken.

Conclusie

3.15 Hiervoor is vastgesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover dan ook wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Nu voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar op een andere manier tekort is geschoten wordt de vordering van de consument afgewezen.

[6] CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

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

Informatie over de beleggingsverzekering

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

Wilsovereenstemming over de kosten

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

Richtlijn oneerlijke bedingen

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

Fondsbeheerkosten (TER)

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

Overlijdensrisicodekking

1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat overlijdensrisico-premie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekerings-overeenkomst. Voor zover gesteld wordt dat de verzekeraar een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht, moet de consument aannemelijk maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd. Daarnaast moet hij ook aannemelijk maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.21 t/m 5.24).

Het hefboom- en inteereffect

1.6 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt en dat als gevolg daarvan bij een eventueel vóóroverlijden geen overlijdensuitkering meer kan worden uitgekeerd. De consument moet het bestaan van dit bijzondere risico aannemelijk maken (CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51). Als de verzekeraar bij het bestaan van dit bijzondere risico verzuimd heeft voor dit bijzondere risico te waarschuwen schiet hij tekort. Die tekortkoming is onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29 en 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

1.7 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, hij een andere beslissing had genomen dat hij nu gedaan heeft. De (omvang van de) schade moet worden vastgesteld door een vergelijking te maken tussen de feitelijke situatie na het tekortschieten en de situatie waarin de consument zou hebben verkeerd als de verzekeraar niet zou zijn tekortgeschoten. Kan de omvang van de schade niet nauwkeurig worden vastgesteld, dan wordt zij geschat op grond van artikel 6:97 tweede zin BW (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.35; 2017-035, rechtsoverwegingen 4.76 en 4.78; CvB 2017-036, rechtsoverwegingen 4.8.3 en 4.8.4).

2. Relevante bepalingen productdocumentatie

Polisblad d.d. 16 februari 1993

"Verzekerd bedrag	*1A. De guldenswaarde van de toegewezen participaties van de hieronder vermelde fondsen, uit te keren op 01-12-22, mits de verzekerde dan in leven is. De uitkering, overeenkomende met de toegewezen participaties Holland Obligatie Fonds, bedraagt bij in leven zijn van de verzekerde op deze datum tenminste F 88.673,00.*
	1B. F 225.000,00 *uit te keren onmiddellijk na overlijden van de verzekerde voor 01-12-22.* *indien de op het moment van overlijden aanwezige guldenswaarde vermeerderd met 4% samengestelde interest tot de einddatum hoger is, wordt dit hogere bedrag uitgekeerd.*
Investering	*Per betalingstermijn bedraagt de investeringspremie:* *van 01-12-1992 tot 01-12-1997 : F 184,95.* *van 01-12-1997 tot 01-12-2022 : F 411,00.*
(…)	
Premie	*De premie bedraagt F 431,00 per maand* *over de periode van 01-12-1992 tot 01-12-2022."*

Algemene voorwaarden DI 9207

Artikel 1
Omschrijving van de begrippen

(…)

Investeringspremie:
Heel deel van de betaalde premie dat in een of meerdere fondsen wordt geinvesteerd.

(…)

Artikel 12
Dividend/Rente
Indien het door de verzekeringnemer gekozen fonds dividend- of renteuitkeringen kent, worden deze naar rato, onder inhouding van een half procent van de guldenswaarde van het desbetreffende fonds, omgerekend in extra participaties van dat fonds. Omrekening vindt plaats op basis van de laatst gepubliceerde koers ex-dividend of rente.

Artikel 13 Wisseling van fonds
(…)
De kosten van wisseling bedragen 2%, te berekenen over de guldenswaarde van het aantal participaties waarmee een fonds is verminderd. Deze kosten worden naar evenredigheid omgerekend in participaties van de nieuwe gewenste fondsen en in mindering gebracht op het aantal toe te wijzen participaties. Wisseling naar de Holland Stallings Rekening geschiedt zonder kosten.

(…)

Artikel 15 Overlijdensrisicopremie
De premie voor het risico van overlijden wordt vastgesteld volgens onderstaande tabel, aan de hand van de rekenleeftijd en het risicobedrag. De rekenleeftijd is de werkelijke leeftijd die de verzekerde heeft bereikt op de laatste premievervaldatum, in voorkomende gevallen verhoogd met de door de Zwolsche Algemeene vastgestelde medische leeftijdsverhoging. Het risicobedrag is het in het polisblad vermelde verzekerde bedrag bij overlijden verminderd met de guldenswaarde. Elke kalendermaand wordt de verschuldigde premie vastgesteld en naar evenredigheid omgerekend in participaties van de van toepassing zijnde fondsen, waarna verrekening met het aantal reeds toegewezen participaties plaatsvindt. Als koersdatum geldt de tweede kalenderdag van de betreffende maand."