Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0418

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. M.E.J. Bracco Gartner, drs. J.W. Janse, leden en mr. G. Atasoy-Mähler, secretaris)

Klacht ontvangen op	28 juni 2016
Ingediend door	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	1 juni 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering, afgesloten in 2015. De consument stelt dat de verzekeraar is tekortgeschoten in haar informatieverplichtingen met betrekking tot (de berekening van) de premievergoeding vanwege de 90% overlijdensrisicodekking. Het daarmee verband houdend nadeel dient nader te worden bepaald. De commissie oordeelt dat niet is gebleken dat de verzekeraar de op haar rustende informatieverplichtingen heeft geschonden. Deze klacht en de overige klachten van de consument zijn ongegrond. De vordering wordt afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 oktober 2014 tot 1 april 2017 (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 en
- de reactie van partijen op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer M. van Rossum, professioneel gemachtigde.

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 december 2015 een beleggingsverzekering met polisnummer [nummer], (hierna: de verzekering), gesloten bij de verzekeraar. Dit product betreft een universal life verzekering. Voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering heeft de consument zijn Falcon Levensverzekering afgekocht. De vrijgekomen afkoopwaarde ter grootte van € 17.587,13 heeft de consument ingelegd in de verzekering. Daarnaast wordt maandelijks een bedrag van € 160,- ingelegd. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 juli 2033. Alle uit de verzekering voortvloeiende rechten zijn in pand gegeven aan de verstrekker van een hypothecaire geldlening.

2.2 Het volgende is verzekerd:

- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties;
- een uitkering bij overlijden voor de einddatum van 90% van de opgebouwde waarde.

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

- een offerte gedateerd 20 juli 2015 met de voorwaarden van de verzekering en een financiële bijsluiter;
- een polisblad gedateerd 27 november 2015;
- een brochure, genaamd: "Algemene informatie over beleggingsverzekeringen";
- een brochure, genaamd: "Productinformatie ASR VermogenBelegd".

2.4 In de offerte staat onder andere:

> *"(…)*
>
> ***Wat wordt uitbetaald als u of mevrouw (…) overlijdt vóór 01-07-2033?***
>
> *Als u of mevrouw (…) overlijdt vóór 01-07-2033, dan stopt de verzekering. De begunstigde ontvangt dan 90% van de verzekeringswaarde op de datum van overlijden.*

(…)

Wat is de premievergoeding?

Bij overlijden hebt u gekozen voor 90% van de verzekeringswaarde. Bij overlijden van u of mevrouw (….), krijgt de begunstigde van ons minder dan de verzekering op dat moment waard is. Dit is in ons voordeel. U betaalt daarom bij deze verzekering geen premie voor de uitkering bij overlijden. In plaats daarvan krijgt u een premievergoeding, die u iedere maand gedurende de looptijd van ons ontvangt. Voor deze premievergoeding krijgt u, net als voor uw inleg, eenheden in de door u gekozen fondsen.

(…)

Bijlage 1: Voorbeeldkapitalen op de einddatum

(…)

		Uw bruto eigen voorbeeld rendement	Bruto pessimistisch rendement	Bruto standaard rendement	Bruto historisch rendement
U hebt gekozen voor					
ASR Euro Aandelen Fonds	%	6,50	-2,99	4,00	8,60
ASR Euro Bedrijfsobligatie Fonds	%	3,00	2,18	4,00	4,20
ASR Euro Staatsobligatie Fonds	%	3,00	2,18	4,00	4,10
U moet in totaal betalen	€	52.881,53	52.881,53	52.881,53	52.881,53
Hiervan zijn kosten					
Af: administratiekosten	€	894,40	894,40	894,40	894,40
Voor u wordt belegd					
Inleg in fonds(en)	€	51.987,13	51.987,13	51.987,13	51.987,13
Bij: bruto opbrengst fonds(en)	€	42.823,91	261,10	32.107,72	66.481,31
U betaalt aan beheerkosten					
Af: fondsbeheerkosten	€	2.205,89	1.493,45	2.043,79	2.545,74
Af: transactiekosten	€	279,00	195,15	256,37	324,51
Af: contractbeheerkosten	€	2.461,35	1.673,81	2.288,81	2.837,71
U krijgt van ons					
Bij: premievergoeding	€	575,20	371,18	529,12	675,52
U bereikt op einddatum					
Uw voorbeeldkapitaal (de uiteindelijke verzekeringswaarde)	€	90.440,00	49.257,00	80.035,00	113.436,00
Uw netto rendement op uw verzekering is	%	4,32	-0,60	3,36	6,07

Let op! Om op de getoonde voorbeeldkapitalen uit te komen, moeten de rendementen ieder jaar gehaald worden. Het uiteindelijke kapitaal is afhankelijk van het werkelijke rendement. Het kapitaal kan dus hoger of lager uitvallen.

(…)"

2.5 In de brochure "Algemene informatie over beleggingsverzekeringen" staat onder andere:

"(…)

Welke risicopremies zijn er?

Bij alle beleggingsverzekeringen brengt de verzekeraar premies voor verzekerings-dekkingen in rekening. Dit zijn risicopremies. Hierna leggen we uit welke verzekerings-dekkingen een rol kunnen spelen.

Overlijdensrisico. Bij iedere beleggingsverzekering is geregeld wat er gebeurt bij overlijden. U kunt afspreken dat de verzekeringsmaatschappij een uitkering doet als u overlijdt vóór de einddatum van de verzekering. Meestal kunt u zelf kiezen hoe hoog deze uitkering moet zijn. De uitkering bij overlijden kan een bepaald minimum bedrag zijn. Dit zien we vaak bij beleggingsverzekeringen die zijn bedoeld om een hypotheek mee af te lossen. Zo kunt u ervoor zorgen dat de hypotheek ook in geval van overlijden kan worden afgelost. De verzekeraar moet bij overlijden dan meestal meer uitkeren dan de waarde van de beleggingen op dat moment. Voor die overlijdensrisicodekking betaalt u een premie. Het is mogelijk dat de hoogte van die premie afhangt van de waarde van de beleggingen. Als de waarde stijgt, gaat u minder premie betalen. Maar daalt de waarde van de beleggingen, dan gaat u meer premie betalen. Er zijn ook beleggingsverzekeringen waarbij de uitkering bij overlijden lager is dan de waarde van de beleggingen op dat moment. Vaak is zelfs mogelijk om af te spreken dat de verzekeraar bij overlijden in het geheel geen uitkering doet. In die gevallen houdt de verzekeraar bij het overlijden geld over. Daarom brengt de verzekeraar bij die verzekeringen geen overlijdensrisicopremie in rekening, maar wordt er een bonus toegevoegd aan de beleggingen. Dit heeft een gunstig effect op de waarde van de verzekering

(…)"

2.6 Op de verzekering zijn de Wet financieel toezicht (Wft), het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft (BGfo), de Nadere regeling gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft (Nrgfo) en de Code Rendement en Risico 2012 van toepassing.

2.7 Per e-mail van 22 februari 2016 heeft de consument een aantal vragen gesteld aan de verzekeraar. Vervolgens heeft een e-mailwisseling plaatsgevonden tussen de consument en de verzekeraar, waarin de consument de verzekeraar heeft gevraagd om toelichting op de wijze waarop de (negatieve) risicopremie wordt berekend. Na enkele e-mails over en weer, heeft de consument op 28 juni 2016 een klacht ingediend bij Kifid.

2.8 De verzekering loopt nog en heeft als einddatum 1 juli 2033.

De klacht en vordering

2.9 De financiële schade die, zoals de commissie begrijpt, verband houdt met de tekortkoming van de verzekeraar in zijn informatieverplichting wordt door de consument gesteld op een bedrag van € 25.000,-. Het werkelijk ondervonden nadeel kan volgens de consument pas worden becijferd middels het opmaken van een schadestaat, zodra de premietabel door de verzekeraar is verstrekt. De consument stelt dat, vanwege het principiële karakter van het geschil, een mogelijkheid tot beroep dient te worden opengesteld.

2.10 Volgens de consument had de verzekeraar, in lijn met de uitspraak van het Europese Hof van Justitie van 29 april 2015 in zaak C-51/13[1] en op grond van artikel 31 van de Derde Levensrichtlijn, duidelijke, begrijpelijke, volledige en exacte informatie dienen te verstrekken over de wijze waarop de negatieve risicopremie wordt berekend, om hem in staat te stellen de overeenkomst te kiezen die het beste bij zijn behoeften past. Doordat de verzekeraar geen premietabel voor (negatieve) risicopremie heeft verstrekt, heeft de consument zich geen juist en volledig beeld kunnen vormen van de werking van de verzekering. Dit is in strijd met artikel 2:4 lid 3 Nrgfo.

2.11 In zijn reactie op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad brengt de consument de volgende twee punten nog naar voren. De commissie heeft de indruk dat deze argumenten per ongeluk ook in deze zaak worden aangevoerd, omdat zij onderdeel zijn van een door de gemachtigde in meer zaken gebruikt format. De gemaakte verwijten sluiten immers niet goed aan bij de aard en werking van de onderhavige verzekering. Voor de volledigheid worden de argumenten hier toch vermeld:

- Een schending van de informatieplicht zoals bedoeld in de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad, doordat er sprake is van ontbrekende precontractuele informatie (c.q. ontbrekende informatie over het uvl-algoritme), welke kenmerkend is voor de verzekering. Meer in het bijzonder had de verzekeraar een plicht om in de precontractuele fase de afnemers van de producten met een vast verzekerd bedrag bij overlijden te informeren over de risico's van het hefboom- en inteereffect.
- Een niet correcte uitleg van de Commissie van Beroep in eerdere uitspraken over soortgelijke geschillen van de Richtlijn oneerlijke bedingen. De verzekeraar zou dan ook niet aan haar (privaatrechtelijke) verplichtingen hebben voldaan voortvloeiende uit Europese privaatrechtelijke (open) normen, zoals met name de Richtlijn oneerlijke bedingen.

[1] HvJ EU, 29-04-2015, nr. C-51/13, ECLI:EU:C:2015:286.

Het verweer

2.12 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. De verzekeraar is kort gezegd van mening dat zij niet in de op haar rustende informatie-verplichtingen is tekort geschoten en de consument afdoende heeft geïnformeerd over de premievergoeding. De verzekeraar heeft de consument aangeboden om in een persoonlijk gesprek met haar actuaris een nadere toelichting op de berekening van de premievergoeding te geven om eventuele onduidelijkheid dan wel onvrede bij de consument weg te nemen. De consument heeft van dit aanbod geen gebruik gemaakt. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling op het verweer ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht van de consument niet kan slagen en legt hierna uit waarom.

Beoordelingskader

3.2 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 verzekeraar tekortgeschoten in haar informatieverplichting?

3.3 De consument stelt kort gezegd dat de verzekeraar hem onvoldoende informatie heeft verstrekt over de zogenoemde (negatieve) overlijdensrisicopremie, waardoor hij zich bij het afsluiten van de verzekering geen juist en volledig beeld heeft kunnen vormen van de werking van de verzekering.

3.4 De consument verwijst ter onderbouwing van zijn stellingen naar verschillende wetsartikelen en regelgeving waaronder de Derde Levensrichtlijn[2]. Op basis daarvan zou, zoals de commissie begrijpt, op de verzekeraar de verplichting rusten om nadere informatie te verstrekken, met name een premietabel aan de hand waarvan de hoogte van de negatieve overlijdensrisicopremie kan worden bepaald. Uit deze wetsartikelen dan wel andere regels in de Wft (zie 2.6) volgt echter geen verplichting voor de verzekeraar tot het verstrekken van de door de consument gestelde aanvullende informatie c.q. de toepasselijke premietabel.

[2] Richtlijn 92/96/EEG van de Raad van 10 november 1992 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe levensverzekeringsbedrijf en tot wijziging van de richtlijnen 79/267/EEG en 90/619/EEG.

Wel vloeit uit artikel 60, lid 1, onder i van het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen voort dat de verzekeraar tenminste informatie dient te verschaffen over de premie, inclusief de premie voor nevenuitkeringen. Als deze premie fluctueert, dan dient de verzekeraar een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving te geven over de wijze waarop ze worden berekend en van de factoren waardoor het beloop daarvan wordt bepaald.

3.5 Uit de offerte blijkt duidelijk dat sprake is van een dekking bij overlijden van 90% van de verzekeringswaarde. Ook wordt vermeld en uitgelegd dat de consument daarom geen premie betaalt voor de overlijdensrisicodekking, maar in plaats daarvan een premievergoeding ontvangt. Deze premievergoeding wordt elke maand gedurende de looptijd van de verzekering toegevoegd aan de waarde van de verzekering (zie 2.4). Bovendien volgt uit de voorbeeldkapitalen in Bijlage 1 bij de offerte hoeveel de consument in totaal aan premievergoeding zou ontvangen op basis van vier verschillende bruto rendementspercentages.

3.6 De commissie neemt aan dat de premievergoeding wordt berekend op basis van het bedrag dat vrijvalt als één van de verzekerden komt te overlijden (10% van de verzekeringswaarde) in samenhang met de kans dat de verzekerden komen te overlijden (de sterftekans). In de loop van de tijd stijgt de leeftijd en daarmee de sterftekans. Als dan tevens de verzekeringswaarde stijgt, zal de premievergoeding per maand toenemen. De premievergoeding is daarom in het begin relatief laag en zal naar verwachting tegen het einde van de looptijd van de verzekering relatief hoog zijn. Blijkens de voorbeeldkapitalen varieert de totale premievergoeding over de looptijd van de verzekering, afhankelijk van het behaalde rendement, van € 371,18 tot € 675,52 en verhoogt dit de voorbeeldkapitalen enigszins (minder dan 1%).

3.7 De commissie gaat er van uit dat artikel 60, lid 1, onder i van het BGfo niet alleen van toepassing is op de situatie dat premie in rekening wordt gebracht bij een consument, maar ook op de situatie dat, zoals hier, een premievergoeding wordt ontvangen door een consument. In de wetsgeschiedenis bij dit artikel staat het volgende: *"(…) Onderdeel i van artikel 60, eerste lid, is aangepast om te bewerkstelligen dat een levensverzekeraar, in het geval de risicopremies niet gedurende de hele looptijd bekend zijn, toch een zo nauwkeurig mogelijke indicatie moet geven van het toekomstig beloop ervan. Hij kan dus niet volstaan met de mededeling dat de desbetreffende premie fluctueert, maar zal dit nader moeten preciseren, bijvoorbeeld door vermelding van de geschatte premiesom over de hele looptijd of door het aangeven van een bandbreedte. (…)".*[3]

[3] Stb. 2007, 520, p. 24.

De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hieraan heeft voldaan door in de voorbeeldkapitalen in Bijlage 1 bij de offerte op te nemen hoeveel de consument in totaal aan premievergoeding zou ontvangen op basis van vier verschillende bruto rendementspercentages. Onder die omstandigheden is geen sprake van een tekortkoming in de op de verzekeraar rustende informatieverplichtingen.

Oneerlijke bedingen?

3.8 Voor wat betreft het verwijt dat de verzekeringsvoorwaarden, zoals opgenomen in de offerte, oneerlijke bedingen bevatten in de zin van de richtlijn[4], overweegt de commissie als volgt. Een beding dient op grond van de richtlijn steeds duidelijk en begrijpelijk te zijn (artikel 5 van de richtlijn). Niet voldoende is dat de bedingen grammaticaal begrijpelijk zijn; de werking van het beding moet zodanig duidelijk zijn dat het de consument in staat stelt in te schatten welke economische gevolgen voor hem uit de overeenkomst voortvloeien (het zogenaamde transparantievereiste). Indien een beding niet aan het transparantievereiste voldoet, betekent dit echter niet automatisch dat het beding ook oneerlijk is in de zin van de richtlijn. Dat is pas het geval als de bedingen, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoren (artikel 3 lid 1 van de richtlijn). Of van een dergelijke aanzienlijke verstoring sprake is, hangt ervan af of de gebruiker van de algemene voorwaarden er redelijkerwijs vanuit mocht gaan dat de consument het beding zou hebben aanvaard, indien daarover afzonderlijk zou zijn onderhandeld. Bij de beoordeling dienen alle overige bedingen van de overeenkomst in aanmerking te worden genomen en dient rekening te worden gehouden met de aard van de goederen of diensten waar de overeenkomst betrekking op heeft (artikel 4 lid 1 van de richtlijn). De commissie oordeelt als volgt.

3.9 Dat bepaalde bedingen mogelijk niet voldoende transparant zijn betekent, zoals hiervoor overwogen, niet dat deze bedingen ook oneerlijk zijn in de zin van de richtlijn. De commissie merkt in dat kader op dat zoals hiervoor is overwogen de omvang van het in totaal door de consument aan premie te ontvangen bedrag relatief gering is. Verder is niet gebleken dat de premievergoeding disproportioneel afwijkt van een vergoeding die andere verzekeraars geven bij eenzelfde dekking of dat er sprake zou zijn van een bepaalde systematiek verbonden aan deze verzekering, die in vergelijking met andere *universal life* verzekeringen mogelijk dusdanig nadelig is voor de consument, dat de verzekeraar er niet vanuit heeft mogen gaan dat de consument hiermee akkoord zou zijn gegaan als daarover afzonderlijk zou zijn onderhandeld. De commissie concludeert tegen die achtergrond dat niet is gebleken dat het beding over de premievergoeding oneerlijk is in de zin van de richtlijn. Dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

[4] Richtlijn oneerlijke bedingen in consumentovereenkomsten van 5 april 1993 (93/13 EEG).

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

3.10 Voor wat betreft het verwijt van de consument dat hij niet is gewaarschuwd voor het risico van het hefboom- en inteereffect is de commissie van oordeel dat de verzekeraar in dit geval hier niet voor hoefde te waarschuwen, omdat dit risico niet speelt in de verzekering van de consument. De verzekering kent immers een dekking bij overlijden van 90% van de verzekeringswaarde. Dit heeft tot gevolg dat de consument geen premie betaalt voor de overlijdensrisicodekking die van de belegde waarde van de verzekering wordt onttrokken en die onder bepaalde omstandigheden ertoe kan leiden dat de verzekering voortijdig eindigt, het zogenoemde bijzondere risico.[5] In plaats daarvan ontvangt de consument een premievergoeding van de verzekeraar die elke maand gedurende de looptijd van de verzekering wordt toegevoegd aan de waarde van de verzekering. Dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

Conclusie

3.11 Hiervoor is vastgesteld dat niet is gebleken dat de verzekeraar de op haar rustende informatieverplichtingen met betrekking tot de door de consument te ontvangen premievergoeding heeft geschonden. De overige klachten zijn ongegrond. Dit betekent dat alle vorderingen worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

In regel 7 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. 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.

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

[5] Zoals omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23.

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 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).