Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0790
(mr. M.E.J. Bracco Gartner, voorzitter en mr. E. Jacobs, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 10 november 2015
Ingediend door	: De consument
Tegen	: ASR Levensverzekering N.V. (voorheen: Generali levensverzekering maatschappij N.V), gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 21 september 2022
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlagen	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen en relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft een beleggingsverzekering afgesloten bij de verzekeraar. De consument klaagt erover dat de verzekeraar haar een kostenoverzicht van de TER in percentages heeft gegeven in plaats van in euro's. De consument vordert dat de verzekeraar een overzicht geeft in euro's, zodat zij kan narekenen of de kosten terecht zijn ingehouden. De commissie komt tot de conclusie dat de consument onvoldoende heeft aangetoond dat de percentages ontoereikend zijn om de kosten in te zien. Tevens is door consument onvoldoende gesteld en bewezen dat deze percentages onjuist zijn. De verzekeraar is vanuit het regelgevend kader dat gold ten tijde van het afsluiten van de beleggingsverzekering of contractueel bezien niet verplicht om het kostenoverzicht in euro's te verstrekken. De commissie wijst de vordering af.

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 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument met bijlagen;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de aanvullende reactie van de consument;
- de aanvullende reactie van de verzekeraar.

Na het indienen van de klacht heeft de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (CvB) een aantal uitspraken gedaan in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die de commissie richtinggevend acht voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen. Deze uitspraken zijn bekend en terug te vinden als: CvB 2017-023A, CvB 2017-035, CvB 2017-036, CvB 2017-043 en CvB 2018-019.

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 oktober 1999 een beleggingsverzekering onder de naam Generali ToekomstPlan gesloten bij de verzekeraar. Dit product betreft een universal life verzekering.

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

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

- hernieuwde polisblad d.d. 10 juni 2014;
- de voorwaarden A64.1040-01/98 en de aanvullende voorwaarden A64.1041-04/99.

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

2.4 Op de verzekering is de volgende regelgeving van toepassing:

a. Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998;
b. Code Rendement en Risico 1998.

2.5 In het kader van de compensatieregeling heeft de consument van de verzekeraar geen compensatie ontvangen. De consument heeft ook geen compensatie ontvangen voor het hefboomeffect.

2.6 De verzekering loopt nog en heeft als einddatum 1 augustus 2032.

2.7 Verzekering is premievrij gemaakt per 10 oktober 2002. Tot aan deze datum is door consument in totaal een bedrag van € 8.589,74 aan premie betaald. Een overzicht van de betaalde premie en in rekening gebrachte overlijdensrisicopremies zijn als bijlage toegevoegd bij deze uitspraak.

De klacht en vordering

2.8 De consument vordert dat de verzekeraar gehouden wordt tot het opgeven van een kostenoverzicht van alle gemaakte kosten, waaronder de TER, per jaar en uitgedrukt in euro's, zodat Consument kan berekenen of de kosten disproportioneel zijn geweest. Consument stelt de schade voorlopig vast op € 5.392,00. De consument heeft dit in de procedure nader gespecifieerd als een bedrag van € 3.264,78. Dit bestaat uit € 2.264,78 aan geschatte te veel betaalde kosten voor de verzekering en € 1.000,00 voor de juridische bijstand. Dit bedrag is exclusief de TER. De TER moet berekend worden zodra de verzekeraar daar nadere informatie over verschaft.

2.9 De consument begrijpt dat zij een bepaald bedrag moet betalen voor de totstandkoming en het in stand houden van de verzekering. Zij had echter geïnformeerd moeten worden over de hoogte van deze kosten. Dit bedrag had moeten worden uitgedrukt in euro's, zodat de consument kon begrijpen hoeveel zij betaalde. De percentages, zoals ze nu genoemd zijn, zijn voor de consument onbegrijpelijk en verwarrend. Op sommige punten noemt de verzekeraar percentages en op andere punten weer bedragen. Dit is voor de consument niet te volgen. Voor een goede berekening van het te compenseren bedrag moet het ingehouden bedrag aan kosten in euro's worden uitgedrukt en niet in percentages. De verzekeraar is bovendien gehouden om ook over de periode vóór 2001 overzichten van de ingehouden kosten te verstrekken. Dat de verzekeraar zegt deze informatie niet meer in bezit te hebben, doet volgens consument aan die verplichting niet af.

2.10 De consument is niet gehouden aan de generieke vergoedingen die de verzekeraar met een aantal stichtingen heeft gesloten. De berekeningen van de te vergoeden kosten met betrekking tot deze regelingen geven echter duidelijk weer dat voor een berekening van een vergoeding uit wordt gegaan van totale kosten, waaronder de TER.

Het is niet meer dan logisch dat de consument dan ook een overzicht krijgt van deze totale kosten in euro's. Omdat een berekening van de verzekeraar uitbleef, heeft de consument zelf een berekening gemaakt van de gemaakte kosten op basis van de bij de consument bekende gegevens.

2.11 Of er sprake moet zijn van compensatie moet worden bezien aan de hand van de vraag of de verzekering heeft gedaan wat de consument er redelijkerwijs van mocht verwachten. Dat heeft de verzekering niet gedaan. Hierbij dient niet uit te worden gegaan van de vraag of de consument voorafgaand aan het sluiten van de verzekering van bepaalde aspecten en kenmerken op de hoogte moest zijn, of hiervan op de hoogte had moeten worden gebracht.

2.12 In reactie op de beantwoording van de prejudiciële vragen door de Hoge Raad[1] heeft de vertegenwoordiger van de consument gereageerd dat zij ervan uitgaat dat de kosten- en premiespecificatie door de verzekeraar aan consument ter hand zullen worden gesteld. Daarmee wordt, volgens de vertegenwoordiger van consument, een passend gevolg gegeven aan hetgeen door de Hoge Raad in haar arrest van 11 februari 2022 is overwogen.

Het verweer

2.13 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

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. De vraag ligt voor of de verzekeraar gehouden kan worden de consument een overzicht van de kosten van de verzekeraar, waaronder in ieder geval de TER-kosten per jaar uitgedrukt in euro's.

3.2 De commissie merkt op dat de verzekeraar een overzicht van de kosten die behoren tot de verzekering aan de consument heeft gestuurd. De kosten zijn in dat overzicht uitgedrukt in percentages. Eén van deze kostenposten is de fondsbeheerkosten (TER) die uitgedrukt worden in een percentage.

Vooropgesteld dient te worden dat de destijds geldende regelgeving geen verplichting kent om de TER óók in euro's uit te drukken. De TER bevat alle operationele kosten voor het beheren van de beleggingen en wordt gerelateerd aan het totale belegd vermogen van het fonds waarin de consument investeert.

[1] HR 11 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:166

Het is een marktgebruik dat die kosten – die bovendien niet door de verzekeraar, maar door het fonds worden gemaakt – in percentages worden uitgedrukt. Dit maakt beleggingsfondsen onderling vergelijkbaar op kostenniveau, zowel pre-contractueel als tijdens de looptijd. Dit neemt niet weg dat de verzekeraar gehouden zou kunnen zijn om een overzicht te geven van alle beleggingskosten in euro's op andere gronden.

3.3 De vertegenwoordiger van de consument drukt slechts in algemene termen uit waarom volgens hem de consument een kostenoverzicht uitgedrukt in euro's zou moeten krijgen en waarom het onmogelijk is om de kosteninhoudingen te controleren op basis van de informatie die de verzekeraar heeft verstrekt. Dat de kosten-inhoudingen boven de norm zouden uitkomen, heeft de vertegenwoordiger van de consument slechts summier gesteld en in het geheel niet aangetoond. Door de consument en haar vertegenwoordiger is onvoldoende gesteld en bewezen dat in deze zaak sprake is van een bijzondere situatie, op grond waarvan een verplichting zou kunnen ontstaan voor de verzekeraar om een kostenoverzicht in euro's te verstrekken. Op grond van het regelgevend kader dat gold ten tijde van het afsluiten van de beleggingsverzekering of op grond van de overeenkomst tussen de consument en verzekeraar kan een dergelijke verplichting, in deze concrete situatie, niet gebaseerd worden. Daar komt bij dat door de consument onvoldoende is gesteld en aangetoond dat de door de verzekeraar overlegde percentages onjuist zijn. De commissie komt daarom tot de conclusie dat sprake is van onvoldoende juridische grondslag om, in plaats van de overlegde percentages, de verzekeraar te verplichten tot het verstrekken van een kostenoverzicht in euro's.

3.4 De consument verzoekt in haar reactie op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad[2] om een kosten- en premiespecificatie. De commissie leest dat zo dat de consument ook een overzicht wil van de premies die zij heeft betaald. De commissie merkt daarover op dat de verzekeraar deze (in euro's) heeft verstrekt. Dit overzicht is als bijlage toegevoegd.

3.5 Nu een grond ontbreekt om het opstellen en beschikbaar stellen van een kosten-overzicht in euro's te verplichten, komt de commissie tot de conclusie dat het kostenoverzicht dat de verzekeraar heeft verstrekt, waarbij de kosten in percentages zijn uitgedrukt, volstaat.

[2] HR 11 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:166.

4. De beslissing

De klacht is ongegrond. De commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

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.

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen en relevante onderdelen uit de productdocumentatie

Beoordelingskader

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).

Relevante bepalingen in de voorwaarden

"(…)
Aankoopkostenpercentage:
- voor de beoogde premie: 3.0% (gedurende de inhoudingsperiode zijn deze inbegrepen bij het inhoudingspercentage):

(…)
Administratiekosten:
- voor verzekeringen met periodieke premiebetaling: € 6,80 per maand

(…)
Beheerskostenpercentage: 0.65% per jaar; op maandbasis verrekend (0.0540% per maand)
(…)"

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

Overzicht van in rekening gebrachte kosten

Jaar	Premie
1999	€ 2.240,81
2000	€ 1.134,38
2001	€ 1.633,56
2002	€ 3.580,99

Jaar	Kostensoort		
	Eerste kosten	Administratiekosten	Fondsbeheerskosten
1999	€ 96,92	€ 10,20	€ 1,25
2000	€ 302,87	€ 40,80	€ 17,07
2001	€ 436,08	€ 40,80	€ 22,69
2002	€ 436,43	€ 37,44	€ 40,05
2003	€ 0,00	€ 0,00	€ 46,91
2004	€ 0,00	€ 0,00	€ 46,73
2005	€ 0,00	€ 0,00	€ 53,12
2006	€ 0,00	€ 0,00	€ 60,37
2007	€ 0,00	€ 0,00	€ 66,98
2008	€ 0,00	€ 0,00	€ 60,32
2009	€ 0,00	€ 0,00	€ 52,70
2010	€ 0,00	€ 0,00	€ 60,94
2011	€ 0,00	€ 0,00	€ 62,64
2012	€ 0,00	€ 0,00	€ 62,76
2013	€ 0,00	€ 0,00	€ 68,89
2014	€ 0,00	€ 0,00	€ 30,42

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

Overzicht risicopremies

Jaar	premie
1999	€ 0,00
2000	€ 0,13
2001	€ 0,20
2002	€ 0,40
2003	€ 0,51
2004	€ 0,51
2005	€ 0,71
2006	€ 0,87
2007	€ 0,99
2008	€ 0,95
2009	€ 0,92
2010	€ 1,11
2011	€ 1,20
2012	€ 1,37
2013	€ 1,70
2014	€ 0,64

Overzicht TER kosten

Jaar	Combinatiefonds
2001	0,69%
2002	0,89%
2003	0,60%
2004	0,56%
2005	0,62%
2006	0,61%
2007	0,66%
2008	0,73%
2009	0,80%
2010	0,59%
2011	0,60%
2012	0,62%
2013	0,61%