Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0148

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, leden en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

Datum uitspraak	22 februari 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft in 1994 een ABC Spaarplan (spaarkas) afgesloten bij de verzekeraar. De consument stelt dat de verzekeraar in de op hem rustende informatieverplichtingen tekort is geschoten en vordert onder meer een schadevergoeding en vergoeding van de kosten en premies die in rekening zijn gebracht. Volgens de consument is sprake van oneerlijke bedingen en is de overlijdenrisicopremie en een deel van de kosten niet overeengekomen. Verder stelt de consument bij het afsluiten van de verzekering te hebben gedwaald. Deze klachten en de overige klachten zijn ongegrond. Vorderingen 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:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- 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;
- de aanvullende reactie van de consument;
- de aanvullende reactie van de verzekeraar.

1.2 Na het indienen van de klacht heeft de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: 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. De consument heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten.

1.3 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer M. van Rossum, 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 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 juli 1994 een beleggingsverzekering onder de naam ABC Spaarplan (hierna: de verzekering) gesloten bij de rechtsvoorganger van de verzekeraar. Dit product is een spaarkasproduct. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 januari 2010 en de te betalen maandpremie op NLG 100,- (€ 45,38).

2.2 Bij de verzekering is 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 is volgens opgave van de verzekeraar de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:

- een offerte (niet overgelegd);
- een aanvraagformulier getekend op 22 mei 1994;
- een certificaat, het oorspronkelijke certificaat ontbreekt, overgelegd is een in 2004 op verzoek van de consument verstrekt uittreksel van het originele certificaat;
- een brochure, genaamd ‘ABC Spaarplan, de makkelijkste manier om rijk te worden’;
- de voorwaarden ‘Algemene voorwaarden serie 019’.

Hierna worden deze stukken gezamenlijk ‘de productdocumentatie’ genoemd.

2.4 Op de verzekering is Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) 1994 van toepassing.

2.5 In de brochure staat onder andere:

"(…)

De ABC Spaarplan methode

U vormt samen met een aantal andere spaarders een zogenoemde beleggingskas. Het door de spaarders in deze kas gestorte geld wordt belegd door de beleggingsspecialisten van AMEV (…). In principe beleggen zij het geld voor 1/3 in staatsleningen en obligaties, voor 1/3 in onroerend goed en voor 1/3 in aandelen. (…)

U ontvangt jaarlijks een verslag van de beleggingsresultaten van de gezamenlijke Spaarplannen. Naast dit jaarverslag wordt u na vijf kalenderjaren jaarlijks geïnformeerd over de precieze waarde van de beleggingskas waarin u persoonlijk deelneemt. (…)



(…)

Figuur 1 Afbeelding uit brochure

Het spaardeel. *Het grootste deel van uw periodieke betaling vormt het spaardeel. Dit deel wordt belegd na aftrek van kosten. Deze kosten bestaan uit administratiekosten en beheerkosten. De administratiekosten zijn eenmalig en bedragen 4% van het totaal van de spaarstortingen. Ze worden ingehouden op de eerste betalingen. De beheerkosten worden ten laste gebracht van het op dat moment gespaarde tegoed van een deelnemer en bedragen 0,5% per jaar.*

Het premiedeel. *Het overige gedeelte van de periodieke betaling wordt gebruikt als premie voor een overlijdensrisicoverzekering. De begunstigden ontvangen bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum een uitkering krachtens deze verzekering.*

De grootte van het premiedeel is afhankelijk van:

-de hoogte van de gewenste overlijdensuitkering;

-uw leeftijd;

-de looptijd van uw ABC Spaarplan.

U kunt kiezen uit drie soorten overlijdensdekkingen:

-Tarief A; na overlijden wordt een kapitaal uitgekeerd ter grootte van alle tot dat tijdstip gedane betalingen, vermeerderd met 5% rente- op rente,

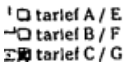
- Tarief B; na overlijden volgt een vaste uitkering. De hoogte hiervan hangt af van de door u gekozen looptijd en het periodiek te betalen bedrag.

-Tarief C; na overlijden worden alle tot op dat moment door u gedane betalingen uitgekeerd. (…)"

2.6 Op het door de consument getekende aanvraagformulier staat onder andere:

"(…)

Uitkering bij overlijden volgens:



(…)

Figuur 2 Tekst uit aanvraagformulier

De belegger verklaart akkoord te gaan met de toepassing van de algemene voorwaarden. De algemene voorwaarden zullen na acceptatie van deze aanvraag worden uitgereikt. (…) De belegger verklaart dat de brochure "ABC Spaarplan" is uitgereikt."

2.7 Op het overgelegde certificaat uit 2004 staat onder andere het volgende:

"AMEV Beleggingsconsortium, maatschappij voor beleggen en verzekeren N.V., verklaart dat, op grond van de aanvraag van de belegger de heer (naam van de consument) (…) en volgens voorwaarden serie 019, de belegger is toegetreden tot de beleggersgroep 2009-9 (…)

Spaarstorting en premie: € 45,38

Ingeschreven bedrag: € 7.065,– (…)

Uitkering bij leven

Uit hoofde van genoemde inschrijving zal, indien de verzekerde op 01-10-2010 leeft, een aandeel in het vermogen van de beleggersgroep worden toegekend aan de dan in aanmerking komende begunstigde bij leven. De grootte van dit aandeel en het tijdstip van uitbetaling worden bepaald overeenkomstig de voorwaarden.

Uitkering bij overlijden

Onmiddellijk na overlijden van de verzekerde voor 01-01-2010 wordt een bedrag uitgekeerd gelijk aan de som van de betaalde spaarstortingen en premies. (…)"

2.8 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

"(…)

Artikel 4 Overlijdensrisicodekking

4.1 Verzekerde

De betaling aan het Beleggingsconsortium bestaat uit een spaarstorting en een premie. Deze premie dient tot het verkrijgen van een geldelijke uitkering onmiddellijk na overlijden van de verzekerde vóór de expiratiedatum van de kas. De grootte van deze uitkering is in het certificaat omschreven (…)

Artikel 6 Kosten en belasting

6.1 Administratiekosten

Het beleggingsconsortium berekent bij een certificaat tegen éénmalige betaling voor administratiekosten 7% van het ingeschreven bedrag. Indien en voor zover het een certificaat met periodieke betaling betreft, berekent het Beleggingsconsortium voor administratiekosten 4% van het ingeschreven bedrag. (…)

6.3 Beheerkosten

Maandelijks worden vanaf de ingangsdatum tot en met de maand direct voorafgaande aan de feitelijke verdeeldatum beheerkosten in rekening gebracht ten laste van de beleggingskas. De beheerkosten bedragen 0,0416% over het spaartegoed in de beleggingskas per ultimo van de maand. (…)"

2.9 In 2004 is de verzekering door de consument voor een bedrag van € 3.670,- beleend.

2.10 Per brief van 19 november 2008 heeft de consument zich bij de verzekeraar over de verzekering beklaagd en hem aansprakelijk gesteld. De verzekeraar heeft per brief van 2 december 2008 afwijzend gereageerd.

2.11 In maart 2010 is in verband met de expiratie van de verzekering een bedrag van € 5.650,91 uitgekeerd. Dit bedrag betreft de expiratiewaarde van € 9.392,47 minus de met beleenrente vermeerderde beleenwaarde.

2.12 In 2011 heeft de consument uit hoofde van de compensatieregeling een bedrag van € 159,- ontvangen.

2.13 Per brief van 17 september 2012 heeft de consument zich bij de verzekeraar beklaagd. Naar aanleiding van de afwijzende reactie van de verzekeraar van 24 oktober 2012 heeft hij zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.14 De consument heeft gedurende de procedure zijn vorderingen gewijzigd en vordert, zoals de commissie begrijpt, thans primair vergoeding van het ondervonden nadeel door een vergelijking met een bij de risicobereidheid van de consument passend productalternatief met een vergelijkbaar, zo niet meer, economisch nut, zonder disproportioneel gebleken "assurantietechnische" en beleggingskosten en zonder een niet te doorgronden risicopremie. Subsidiair vordert hij poliswaardeherstel (de informatie- en productgebreken weggedacht met gestanddoening van het geactualiseerde gerealiseerde bruto historisch rendement, als gemiddeld rendement over de verstreken looptijd) per ultimo 2009 becijferd op € 4.432,- vermeerderd met wettelijke rente vanaf 1 januari 2010. Meer subsidiair vordert hij poliswaardeherstel op basis van de aanname dat de verzekeraar 5 jaar geleden (in 2008) tot een 'product recall' zou zijn overgegaan waarbij de consument een garantiekapitaal zou zijn aangeboden, met een garantie van het oorspronkelijke doelkapitaal op einddatum bij een vrijwel gelijkblijvende premie en uiterst subsidiair ontbinding van de verzekeringsovereenkomst, met een schadeloosstelling ter hoogte van het verschil tussen premierestitutie vermeerderd met wettelijke rente en de uitgekeerde opbrengst (vermeerderd met wettelijke rente sinds expiratie). Verder vordert de consument restitutie van de volgens de consument onrechtmatig betaalde kosten en overlijdensrisicopremie, vermeerderd met het gederfde rendement en vermeerderd met wettelijke rente sinds expiratiedatum. Tot slot vordert de consument een bedrag van € 50,- inzake inschrijfkosten en als vergoeding kosten rechtsbijstand een bedrag van € 5.000,-.

2.15 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe samengevat gehouden omdat hij bij het sluiten van de verzekering heeft gedwaald/ over de risicopremie en (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat en de daarop betrekking hebbende bedingen een oneerlijk karakter hebben/ de verzekeraar tegenover de consument toerekenbaar tekort is geschoten in de op hem rustende (informatie)verplichtingen en/of in de nakoming van de verzekering en/of bij de totstandkoming, dan wel uitvoering van de verzekering onrechtmatig tegenover de consument heeft gehandeld.

Het verweer

2.16 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 is van oordeel dat de vorderingen van de consument niet kunnen slagen en legt hierna uit waarom.

Beoordelingskader

3.2 De commissie beoordeelt de klacht 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 (zie 2.3). Voor zover de consument betwist dat hij de voorwaarden destijds heeft ontvangen, gaat de commissie daaraan voorbij. De consument heeft namelijk niet uitgelegd hoe dit zich verhoudt met zijn ondertekening van het aanvraagformulier (zie 2.6), waarin staat dat hij akkoord is met de van toepassing zijnde voorwaarden. Deze stukken maken daarom onderdeel uit van het dossier waarop de commissie haar oordeelt baseert.

Klachten over het advies en optreden van de tussenpersoon

3.3 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de consument verstrekte advies dan wel handelen en/of nalaten van de tussenpersoon. De klachten van de consument over het advies en/of het handelen of nalaten van de tussenpersoon waaronder de verwijten over het (niet) inwinnen van informatie over de risicobereidheid van de consument en het geadviseerde product treffen de verzekeraar dus niet. Zij zijn ongegrond en blijven verder buiten beschouwing.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.4 De consument beroept zich op dwaling. Dit beroep gaat niet op. Uit de product-documentatie blijkt zonder meer dat sprake is van een beleggingsverzekering. waarbij met een deel van de te betalen maandpremie (de zogenoemde spaarstorting) voor rekening en risico van de consument wordt belegd (zonder een garantie voor wat betreft het te behalen resultaat of rendement), dat er daarbij kosten in rekening worden gebracht en dat de resterende premie niet voor kapitaalopbouw beschikbaar was. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico.

3.5 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?

3.6 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie de op grond van de Riav 1994 voorgeschreven informatie aan de consument heeft verstrekt.

Is er sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.7 Uit de productdocumentatie waaronder de brochure volgt duidelijk dat slechts een gedeelte van de te betalen maandpremie (de zogenoemde spaarstorting) beschikbaar is voor kapitaalopbouw door middel van deelname aan een beleggingskas. Verder blijkt dat er ten aanzien van de spaarstortingen de volgende kosten (door de commissie uitgedrukt in euro) in rekening worden gebracht (zie 2.5 en 2.8): administratiekosten ter grootte van 4% van het ingeschreven bedrag van € 7.065,- (zie 2.7) en beheerkosten die ten laste komen van het op dat moment gespaarde tegoed van een deelnemer in de beleggingskas. Deze bedragen 0,5% per jaar ofwel 0,0416% per maand. De commissie is dan ook van oordeel dat over voornoemde kosten en de wijze van het aanwenden van de te betalen maandpremie wilsovereenstemming heeft bestaan. In de gegeven omstandigheden mocht de verzekeraar erop vertrouwen dat de consument ermee heeft ingestemd dat van de totaal gedurende de looptijd van de verzekering te betalen premie een bedrag van € 7.065,- onder aftrek van de daarop betrekking hebbende kosten beschikbaar was voor kapitaalopbouw en dat de overige premie op een andere wijze zou worden aangewend.

Is voldaan aan de informatieverplichtingen in zake het informeren over fondsbeheerkosten?

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.[2]

[1] CvB 2017-035, overweging 4.69 ev
[2] CvB 2018-010, overweging 5.9 ev

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.[3] Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Overlijdensrisicodekking?

3.10 Uit het aanvraagformulier blijkt dat de consument voor wat betreft de overlijdens-risicodekking heeft gekozen voor variant c en uit de brochure en het certificaat blijkt ook duidelijk dat sprake is van een beleggingsverzekering met een overlijdensrisico-dekking. Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel dat de overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Bovendien volgt uit de brochure en staat in artikel 4.1 van de voorwaarden kort gezegd dat de te betalen premie bestaat uit een spaarstorting en een premie en dat laatstgenoemde premie dient tot het verkrijgen van een geldelijke uitkering onmiddellijk na overlijden van de verzekerde vóór de expiratiedatum van de kas. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

3.11 De consument stelt ook dat hij ten onrechte niet is geïnformeerd over de hoogte van de overlijdensrisicopremie en dat er sprake is van een excessief hoge risicopremie. Dat er in dit geval sprake zou zijn geweest van een in vergelijking tot soortgelijke spaarkas beleggingsverzekeringen disproportioneel hoge of, zoals gesteld, excessief hoge overlijdensrisicopremie is de commissie uit de overgelegde stukken niet gebleken en wordt ook niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument. Dit geldt ook voor de stelling dat een andere lagere overlijdensrisicopremie volstaan zou hebben en dat de verzekeraar deze, zoals de commissie begrijpt, had moeten aanbieden. Dit betekent dat ook dit klachtonderdeel wordt afgewezen.

Oneerlijke bedingen

3.12 Het is de commissie niet gebleken dat, zoals door de consument gesteld, 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.

Is sprake van schending van de informatie- of zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering?

3.13 De consument voert aan, zoals de commissie begrijpt, dat hij tussentijds niet of onvoldoende is geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering.

[3] CvB 2017-035 overweging 4.30

De commissie maakt uit de stukken op dat conform de afspraken die zijn vermeld in de brochure, de verzekeraar de consument in eerste instantie middels jaarberichten heeft geïnformeerd (zie 2.5) en dat vanaf 2008 de consument waardeoverzichten heeft ontvangen op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiter. Dat op de verzekeraar, zoals door de consument gesteld, de verplichting rustte om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken of dat de verstrekte informatie niet juist en/of misleidend was, is de commissie niet gebleken. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Product recall of hersteladvies?

3.14 Er zijn de commissie geen feiten of omstandigheden gebleken op basis waarvan de verzekeraar gehouden zou zijn tot de door consument gestelde *product recall*. Voor zover de consument van mening is dat de verzekeraar ten onrechte geen hersteladvies zou hebben gegeven, gaat ook dit verwijt niet op. De verzekeraar was tot aan de invoering van het herstelkader beleggingsverzekeringen per 18 juli 2015 niet gehouden de consument in aanvulling op de jaarlijks verstrekte opgaven er op te wijzen dat zijn verzekering vermoedelijk niet het beoogde doelkapitaal zou opleveren. Verzekeraars waren evenmin verplicht (en als de consument een tussenpersoon had, niet bevoegd) om de consument te adviseren over mogelijk te treffen herstelmaatregelen. De commissie stelt vast dat de verzekering reeds eind 2009 was geëxpireerd.

Conclusie

3.15 De consument had op basis van de aan hem verstrekte productdocumentatie kunnen en moeten weten dat hij een beleggingsverzekering afsloot, waarbij slechts met een vooraf bepaald gedeelte van de premie (de zogenoemde spaarstorting) onder aftrek van kosten werd belegd en het overige premiedeel niet aan kapitaalopbouw zou bijdragen. Partijen zijn dit overeengekomen. Nu voor het overige niet is gebleken dat de verzekeraar op een andere wijze tegenover de consument tekort is geschoten of onrechtmatig heeft gehandeld, dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen. De andere verweren van de verzekeraar (beroep op schending van de klachtplicht en verjaring) kunnen daarom onbesproken blijven. 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 bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 42 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

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

Informatie over de beleggingsverzekering

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

Wilsovereenstemming over de kosten

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

Richtlijn oneerlijke bedingen

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

Fondsbeheerkosten (TER)

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

Overlijdensrisicodekking

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

Het hefboom- en inteereffect

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

Schadevergoeding

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