Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0279

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. B.C. Donker, secretaris)

Klacht ontvangen op	26 april 2017
Ingediend door	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	5 april 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft in 2006 een AEGON Levensloop verzekering (universal life) afgesloten bij de verzekeraar. De consument stelt dat de verzekeraar in de op hem rustende informatieverplichtingen is tekort geschoten en dat daarom wils-overeenstemming ontbreekt over de in rekening gebrachte kosten. De consument vordert vergoeding hiervoor. Tevens stelt de consument dat er na het premievrij maken van de verzekering ten onrechte nog overlijdensrisicopremie door de verzekeraar in rekening is gebracht. Vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, bemiddeling en (bindend) advies zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument met bijlagen;
- de reactie van partijen op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad[1] van 11 februari 2022;
- de pleitnota van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

[1] HR 11 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:166. Zie ook Gerechtshof Den Haag 23 februari 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:302, te vinden op www.rechtspraak.nl.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Hypoco), professioneel vertegenwoordiger.

1.3 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 20 juli 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met de heer A. Esser. Namens de verzekeraar was de heer mr. [naam] aanwezig.

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 had door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 januari 2006 een beleggingsverzekering met de naam AEGON Levensloop (hierna: de verzekering) bij de verzekeraar. Dit product betrof een universal life verzekering. De einddatum van de verzekering was bij aanvang gesteld op 1 juni 2035 en de te betalen maandpremie op € 250,-.

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

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

- een polisblad gedateerd 21 december 2005 met Financiële Bijsluiter en het document "*Beleggingsinformatie van uw AEGON Levensloop Vermogen*";
- het boekje "*Wat u moet weten over AEGON Levensloop Verzekering*";
- de Algemene voorwaarden universal life verzekering nr. U 11.

Hierna worden deze stukken gezamenlijk 'de productdocumentatie' genoemd.

2.4 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998, de Code Rendement en Risico 2004, het Besluit Financiële Bijsluiter en de Nadere Regeling Financiële Bijsluiter 2002 van toepassing.

2.5 Op de begeleidende brief bij toezending van de polis aan de consument van 21 december 2015 staat onder andere:

"Geachte heer (naam van de consument)

Wij ontvingen uw aanvraag, waarvoor onze dank.

Hierbij ontvangt u de polis.

Verder ontvangt u
- de Financiële Bijsluiter
- Beleggingsinformatie
- Aanvraag wijziging beleggingskeuze
- een mededeling i.v.m. aangifte inkomstenbelasting

De door u te betalen premie bedraagt:
€ 250,- per maand van 01-01-2006 tot 01-05-2035

De premies zullen door AEGON Levensverzekering N.V. worden geïncasseerd.

Figuur 1 tekst uit begeleidende brief van 21 december 2005

Wij schrijven de premies automatisch van rekening (…) af. U heeft ons hiertoe gemachtigd. (…)"

2.6 Op de polis staat onder andere het volgende:

"*Polisnummer (…)*

Verzekerd kapitaal	de belegde waarde uit te keren op 01-06-2035(einddatum) indien de verzekerde dan in leven is. terstond na overlijden van de verzekerde voor 01-06-2035 komt de belegde waarde per overlijdensdatum beschikbaar. Indien het overlijden plaatsvindt voor 01-10-2020 komt tenminste 110% van die waarde beschikbaar.

Figuur 2 tekst 1 uit polis

(…)

Begunstigden	achtereenvolgens 1. de verzekeringnemer 2. de weduwe/weduwnaar van de verzekeringnemer 3. de kinderen van de verzekeringnemer 4. de erfgenamen van de verzekeringnemer
Clausules	Bijzonderheden Algemene voorwaarden Wijziging einddatum Beleggen in fondsen Garanties

Bij deze polis behoren de Algemene voorwaarden van universal life verzekering nr. U11 opgenomen in het boekje "Wat u moet weten over uw AEGON Levensloop Verzekering", clausulebladen met de hiervoor genoemde clausules, Beleggingsinformatie , de Financiële Bijsluiter en een mededeling in verband met aangifte inkomstenbelasting.

Figuur 3 tekst 2 uit polis

(…)

Clausule blad 2

Polisnummer (…)

Garanties
Bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum kan, zodra wordt belegd in het AEGON Rente Fund en/of in het AEGON Mix Fund (fondsen van AEGON Levensloop Vermogen), een minimum bedrag worden gegarandeerd. De hoogte van de garantie, die in een afzonderlijke brief wordt vastgelegd, kan bij verandering van de beleggingskeuze en bij wijziging van de verzekering opnieuw worden vastgesteld.
De garantie wordt bepaald door voor de toekomst uit te gaan van een rendement op de belegde en de overeengekomen te beleggen bedragen. Voor het AEGON Rente Fund en/of het AEGON Mix Fund wordt gerekend met 3,6% per jaar.
Beleggen in het AEGON Rente Fund en/of het AEGON Mix Fund draagt alleen bij tot de garantie indien voor een periode van minimaal 10 jaar direct voorafgaande aan de einddatum in dit fonds of in deze fondsen wordt belegd. Bij wijzigingen in deze periode van 10 jaar vervalt de garantie bij leven. Dit geldt niet indien er uitsluitend een extra storting wordt gedaan. In dat geval wordt geen nieuwe garantie vastgesteld.

Figuur 4 tekst uit clausuleblad van polis

2.7 In de financiële bijsluiter staat onder andere:

"*(…)*

Wat houdt het product AEGON Levensloop Vermogen in?
AEGON Levensloop Vermogen is een beleggingsverzekering (fiscaal gezien een kapitaalverzekering, box 3) die tot doel heeft een vermogen op te bouwen over een bepaalde periode gecombineerd met een risicodekking bij overlijden. Het beleggingsdeel zorgt voor opbouw van een vermogen. Het verzekeringsdeel zorgt voor het afdekken van de risico's ten gevolge van overlijden van de verzekerde.

Terstond na overlijden van de verzekerde voor de einddatum komt de belegde waarde beschikbaar (na overlijden voor 01-10-2020wordt een bedrag ter grootte van 110% van de belegde waarde uitgekeerd).
De premies worden, na aftrek van kosten, naar keuze belegd in beleggingsfondsen van AEGON behorende bij het product. U heeft gekozen voor het volgende beleggingsfonds.

AEGON Mix Fund
- Het AEGON Mix Fund biedt de deelnemers indirect de mogelijkheid te beleggen in een breed gespreide portefeuille.

Figuur 5 tekst 1 uit financiële bijsluiter

(…)

Bij aanvang van de verzekering kunt u zelf aangeven in welke van de fondsen u wilt beleggen. Gedurende de looptijd kunt u deze keuze bijstellen. Uit de opgebouwde belegde waarde worden iedere maand onttrekkingen gedaan. Deze maandelijkse onttrekkingen zijn nodig om risicodekking en kosten te financieren.

Figuur 6 tekst 2 uit financiële bijsluiter

(…)

Wat zijn de financiële risico's van AEGON Levensloop Vermogen?
De resultaten op beleggingen fluctueren. Resultaten kunnen hoger zijn dan in het verleden, maar ook lager en kunnen zelfs negatief zijn, zodat u het risico loopt dat u minder ontvangt dan u heeft ingelegd. De waardeontwikkeling van dit product is afhankelijk van ontwikkelingen op kapitaal-, effecten-, valuta- en goederenmarkten. Eén en ander betekent dat de mogelijkheid bestaat dat:

- dit beleggingsproduct weinig of geen inkomsten zal opleveren;
- bij een ongunstig koersverloop uw inleg geheel of ten dele verloren kan gaan; en
- mogelijk aan het eind van de looptijd de waarde van de uitkering niet voldoende is om een eventuele hypotheek/schuld af te lossen.

Financiële risico's kunnen op de volgende wijze worden beperkt:

- Indien voor een periode van minimaal 10 jaar direct voorafgaand aan de einddatum onafgebroken wordt belegd in het AEGON Rente Fund en/of in het AEGON Mix Fund, garandeert AEGON Levensverzekering N.V., afhankelijk van de hoogte van de uitkering bij overlijden, een minimumbedrag op de einddatum.
- Op grond van uw fondskeuze en de hoogte van de uitkering bij overlijden, bedraagt de garantie van het kapitaal bij leven op de einddatum € 120.842,-. Bij een wijziging in uw beleggingskeuze of bij wijziging van de verzekering wordt de garantie opnieuw vastgesteld.

(…)

Figuur 7 tekst 3 uit financiële bijsluiter

AEGON Levensloop Vermogen kent de volgende kosten.
Iedere betaling wordt belegd in één of meerdere fondsen na aftrek van:

- 2% doorlopende kosten
- 0,5% aankoopkosten

Uit de fondsen wordt iedere maand onttrokken:

- een bedrag als vergoeding voor kosten die verband houden met het afsluiten van de verzekering; de eerste 10 jaar is dit € 59,80 en daarna € 3,15 tot de einddatum premiebetaling
- € 1,81 als vergoeding voor kosten die verband houden met de administratie van de verzekering
- 0,045% van de belegde waarde als vergoeding voor kosten die verband houden met de administratie van de belegging.

Daarnaast worden maandelijks onttrekkingen gedaan om de risicodekking te financieren. Deze onttrekking is afgestemd op de actuele leeftijd en het geslacht van de verzekerde en het benodigde risicokapitaal in die betreffende maand. Het risicokapitaal is het verschil tussen het verzekerde kapitaal en de belegde waarde aan het begin van de betreffende maand. De kosten van de fondsbeheerder zijn verwerkt in de koersen van de betreffende fondsen.

De opgebouwde belegde waarde kunt u overhevelen naar een ander fonds (zgn. switchen). De eerste keer in een kalenderjaar worden geen kosten in rekening gebracht; daarna wordt 0,5% van het te switchen bedrag met een minimum van € 45,- switchkosten in rekening gebracht. Het in rekening brengen van switchkosten heeft invloed op het berekende netto rendement. De switchkosten worden jaarlijks vastgesteld. Aan het bijstellen van uw fondskeuze voor toekomstige premies zijn nooit kosten verbonden.

Figuur 8 tekst 4 uit financiële bijsluiter

(…)

Heeft u bedenktijd?
U kunt binnen 30 dagen na de eerste dagtekening van de polis aan AEGON Levensverzekering N.V. laten weten van de verzekering af te zien. U moet dat schriftelijk kenbaar maken. Wij restitueren dan de betaalde premies in het geheel, zonder inhouding van kosten. De verzekering wordt dan beschouwd niet te hebben bestaan; u kunt er dan uiteraard ook geen rechten meer aan ontlenen.

(…)"

Figuur 9 tekst 5 uit financiële bijsluiter

2.8 Op het document "*Beleggingsinformatie van de verzekering*" van 21-12-2005 staat onder andere:

"*(…)*

Voor het vaststellen van de premie heeft u als uitgangspunt gekozen een doelkapitaal van € 227.540,- bij een bruto fondsrendement van 8 %.

Fondskeuze en Voorbeeldkapitalen op 01-06-2035

	Uw fondskeuze	Historisch rendement	Voorbeeld-kapitaal	Netto rendement
Mix Fund	100 %	9,1 %	€ 275.293,-	6,8 %
Pessimistisch rendement			€ 128.988,-	2,4 %
Bruto rendement van 4%			€ 118.628,-	1,9 %

Garantie
Op grond van de in de polis omschreven garantie is bij in leven zijn van de verzekerde op 01-06-2035 een bedrag van € 120.842,- gegarandeerd. De hoogte van deze garantie is per 01-01-2006 berekend.

Voorbeeldkapitaal op 01-06-2035
Uitgangspunt van de berekening is de waarde per 01-01-2006en de drie vermelde voorbeeldrendementen. U ontvangt de beleggingsinformatie minimaal éénmaal per jaar. Zo blijft u op de hoogte van de ontwikkelingen van de waarde van uw verzekering.

(…)"

Figuur 10 tekst uit het document beleggingsinformatie van de verzekering

2.9 In de algemene voorwaarden staat onder andere het volgende:

"*(…)*

4 Beleggen in fondsen

4.1 Het voor belegging beschikbare gedeelte van de premie wordt door de verzekeraar belegd in één of meer met de verzekeringnemer overeengekomen fondsen. Voor belegging is beschikbaar: de premie verminderd met doorlopende kosten en met de kosten die verband houden met de aan- en/of verkoop van beleggingen.

4.2 Maandelijks worden de risicopremie en de overige kosten verrekend met de in de fondsen aanwezige belegde waarde. Deze kosten bestaan uit:
- kosten die verband houden met het sluiten van de verzekering;
- kosten die verband houden met het beheer en administratie van de verzekering;
- de kosten die verband houden met het beheer en administratie van de beleggingen.

4.3 Onder risicopremie wordt verstaan: de premie die, over de gehele looptijd van de verzekering, aan het begin van elke maand nodig is

Figuur 11 tekst 1 uit de algemene voorwaarden

om de overlijdensdekking over die maand te handhaven.

4.4 Onder belegde waarde wordt verstaan: het voor belegging beschikbare gedeelte van de premies na verrekening van het hierover behaalde rendement in de fondsen waarin wordt belegd, verminderd met de risicopremie en de kosten.

4.5 De onder artikel 4.2. genoemde verrekening van de risicopremie en de kosten vindt ook plaats indien, om wat voor reden dan ook, geen premie meer wordt betaald.

Figuur 12 tekst 2 uit de algemene voorwaarden

(…)

6 Begunstigden

6.1 Recht op de uitkering heeft de begunstigde die in leven is of bestaat op het tijdstip van opeisbaar worden van een uitkering en die dan als eerste voor die uitkering genoemd wordt overeenkomstig de volgorde, aangegeven in de polis, met inachtneming echter van het onder artikel 13.1 vermelde.

6.2 Indien als begunstigden de kinderen zijn aangewezen van een met naam of kwaliteit aangegeven ouder, dan worden daaronder verstaan de kinderen die in de zin van het Burgerlijk Wetboek tot die ouder in een familierechtelijke betrekking staan; onder kinderen worden mede begrepen de afstammelingen van vooroverleden kinderen bij plaatsvervulling.

6.3 Indien de erfgenamen als begunstigden zijn aangewezen, delen zij onderling in de verhouding waarin zij tot de nalatenschap zijn geroepen, ongeacht of zij die hebben aanvaard. Onder erfgenamen worden begrepen hun rechtsopvolgers onder algemene titel.

7 Begunstiging

7.1 Voor nog niet opeisbare bedragen is, behoudens het onder artikel 7.2 gestelde, wijziging van de begunstiging mogelijk indien en zolang de verzekerde in leven is; bij periodieke uitkeringen geldt dit voor iedere termijnuitkering afzonderlijk. Is echter de verzekerde overleden dan kan alleen de verzekeringnemer dan wel een eventuele rechtsopvolger onder bijzondere titel de begunstiging wijzigen.

Figuur 13 tekst 3 uit de algemene voorwaarden

(…)

22 Bijzonder opzeggingsrecht

22.1 Indien de verzekeringnemer afziet van deze verzekering en dit uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de polis schriftelijk aan (het hoofdkantoor van) de verzekeraar kenbaar maakt, zal de verzekeraar reeds betaalde premies in hun geheel, zonder inhouding van kosten, restitueren. De verzekering wordt in dat geval geacht nimmer te zijn gesloten en er kunnen geen rechten aan worden ontleend. Is echter op verzoek van de verzekeringnemer - nadrukkelijk of impliciet - reeds een bedrag belegd in verband met de verzekering dan wordt de winst of het verlies op de belegging in de restitutie betrokken.

Figuur 14 tekst 4 uit de algemene voorwaarden

2.10 In het boekje "*Wat u moet weten over AEGON Levensloop Verzekering*" staat onder meer:

"*(…)*

AEGON Mix Fund	• Het AEGON Mix Fund biedt de deelnemers indirect de mogelijkheid te beleggen in een breed gespreide portefeuille. • Het zwaartepunt van de aandelenbeleggingen ligt bij beursgenoteerde aandelen van grote bedrijven in de regio's Europa, Noord-Amerika en Japan. De bedrijven zijn met name actief in de sectoren financiële instellingen, informatie technologie, consumentengoederen.

Figuur 15 tekst 1 uit het boekje wat u moet weten over AEGON Levensloop Verzekering

(…)

- De kosten van de fondsbeheerder zijn op jaarbasis 0,49% beheerkosten en 0,03% overige kosten over de vermogenswaarde van het fonds.

(…)"

Figuur 16 tekst 2 uit het boekje wat u moeten over AEGON Levensloop Verzekering

2.11 Per februari 2006 is op verzoek van de consument de begunstiging bij overlijden gewijzigd. De verzekeraar heeft naar aanleiding daarvan de consument per brief van 7 maart 2006 nieuwe polisbladen toegestuurd met daarop de namen van de door de consument aan de verzekeraar doorgegeven begunstigden. In deze brief staat onder andere:

"*(…)*

Geachte heer (naam van de consument)

Wij hebben uw AEGON Levensloop Vermogen gewijzigd.

De wijziging betreft begunstiging.

Hierbij ontvangt u de nieuwe polisbladen.

De algemene voorwaarden en de clausulebladen, die u van ons ontvangen heeft, blijven van kracht. *(…)*"

Figuur 17 tekst uit brief van de verzekeraar van 7 maart 2006

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

2.13 Bij brief van 14 september 2011 heeft de verzekeraar op verzoek van de consument een opgave gedaan van de afkoopwaarde en een zogenoemde afkoopverklaring aan de consument toegezonden.

2.14 In oktober 2011 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat de verzekering niet in aanmerking komt voor een compensatie op grond van het gesloten akkoord met de Stichting Woekerpolis Claim en de Stichting Verliespolis (hierna: Stichtingsakkoord), omdat de kosten van de beleggingsverzekering op dat moment lager zijn geweest dan het afgesproken maximum in het kader van het Stichtingsakkoord.

2.15 Per brief van 20 oktober 2011 heeft de verzekeraar de consument op zijn verzoek geïnformeerd over de premievrijmaking en de gevolgen van premievrijmaking voor de verzekering. In deze brief staat onder andere:

"*(…)*

Wat trekken wij van uw toekomstige premiesom af?
Omdat u geen premies (meer) betaalt, is uw toekomstige premiesom nihil.

Wat trekken wij van de beleggingen af?

- *Verzekeringsmaatschappij*	
- Doorlopende kosten	€ 1,81 per maand tot 01-06-2035. 0,045% per maand van de waarde van de beleggingen. U betaalt totaal € 2.931,56. Dit bedrag is gebaseerd op een verondersteld toekomstig bruto rendement van 4%.
- *Risicodekking(en)*	
- Overlijdensrisico	het gaat om een éénmaandelijkse premie die maandelijks kan fluctueren (gedurende de eerste maand wordt € 0,21 ingehouden).

Hoeveel kosten verrekent de fondsbeheerder?
De fondsbeheerder beheert de beleggingen. De kosten hiervoor worden verrekend met de koers van de beleggingsfondsen.

Naam fonds	Fondskosten
Mix Fund	0,52% op jaarbasis over de fondswaarde In totaal verrekent de fondsbeheerder € 2.320,13.Dit bedrag is gebaseerd op een verondersteld toekomstig bruto rendement van 4%.

(…)"

Figuur 18 tekst uit brief van de verzekeraar van 20 oktober 2011

2.16 Op 26 oktober 2011 heeft de consument de verzekeraar vervolgens verzocht de verzekering premievrij te maken. Per brieven van 16 november 2011 heeft de verzekeraar de consument naar aanleiding van deze wijziging onder andere nieuwe polisbladen toegezonden en tevens gewaarschuwd voor de met deze aanpassing verband houdende verlaging van het uit te keren garantiebedrag op einddatum. Dit betrof een verlaging van € 120.842,- naar € 27.414,-.

2.17 Op verzoek van de consument heeft de verzekeraar in november 2013 opnieuw de brief van oktober 2011 inzake de uitkomst van (toetsing aan) het Stichtingsakkoord aan hem toegezonden.

2.18 In een e-mailbericht van de vertegenwoordiger aan de partner van de consument van 15 april 2016 staat onder andere het volgende:

"(…) Geachte heer (naam partner van de consument)

Ik heb de stukken ingekeken, ik mis nog een aantal belangrijke stukken, zoals de polis en voorwaarden. En de beleggingsoverzichten over de afgelopen jaren sinds de polis premievrij is gemaakt. Plus de uitgebrachte offerte (…) SVP zoveel mogelijk stukken scannen en mailen, uiteraard als die aanwezig zijn. Laat u mij weten welke stukken er zijn en alsnog gemaild worden? (…)"

2.19 In de reactie daarop van 19 april 2016 staat onder meer:

"*Geachte heer (naam vertegenwoordiger consument), (…) (naam consument) heeft nooit uitleg of informatie van kosten gehad. Een offerte is niet ontvangen en voor zover hij zich kan herinneren ook geen voorwaarden, maar dat weet hij niet zeker.*

Ten tijde van het afsluiten van de polis was (naam van de consument) werkzaam bij (…). Hij is toen benaderd door een Turkse meneer die het bedrijf bezocht en de polis afsloot, (naam van de consument) heeft geen gegevens ontvangen anders dan de stukken zoals reeds naar u gestuurd. "

2.20 Met de brief van 28 april 2016 heeft de consument de verzekeraar verzocht de verzekering per 15 mei 2016 af te kopen. Ook heeft de consument met een andere brief van diezelfde datum een klacht bij de verzekeraar over de verzekering ingediend. Op 10 mei 2016 heeft de verzekeraar schriftelijk op het afkoopverzoek gereageerd. Per 18 mei 2016 is de verzekering door afkoop beëindigd met een waarde van € 18.880,57.

2.21 Met de e-mail van 15 augustus 2016 heeft de verzekeraar de consument over de beantwoording van zijn klachtbrief bericht en vervolgens per brief van 23 augustus 2016 inhoudelijk gereageerd. Hierna is er tussen partijen nog gecorrespondeerd en heeft de consument op 24 april 2017 zijn klacht ter behandeling bij Kifid ingediend.

2.22 In de door de vertegenwoordiger namens de consument ingediende repliek staat onder andere het volgende:

"*(…) Ik heb (…) partner van dhr (naam van de consument) nog gevraagd hoe dat met de wijziging van de begunstiging in zijn werk was gegaan begin 2006. Zijn antwoord luidde als volgt:*

Dag (naam vertegenwoordiger)

Ik/we hebben de begunstiging gedaan zonder polis! In overleg met (naam van de consument) omdat we samen waren heb ik (naam van de verzekeraar) gebeld (tel. en klant nr uit een van de afrekeningen if opgezocht) en gevraagd om dit op te nemen in de administratie. Volgens mij hebben wij toen een formulier toegestuurd gekregen om door (naam van de consument) in te vullen en te ondertekenen. Ik weet mij te herinneren dat er geen polis in de map zat waar (naam van de consument) zorgvuldig alles bewaarde die hij ontvangen van deze verzekering. Ik vroeg of dit alles was wat hij had ontvangen, maar bij het afsluiten was zijn Nederlands heel beperkt en hij ging ervan uit dat er niets ontbrak. (….)"

De klacht en vordering

2.23 De consument vordert primair dat de verzekeraar hem een bedrag van € 9.729,- betaalt. Dit betreft volgens de consument de niet overeengekomen kosten verzekeraar vermeerderd met misgelopen rendement. Subsidiair beroept de consument zich op vernietiging van de voorwaarden en vordert hij een bedrag van € 7.279,-. Dit bedrag bestaat uit de door de consument in totaal betaalde premie vermeerderd met wettelijke rente en verminderd met de uitgekeerde afkoopwaarde. Verder vordert de consument € 2.500,- als vergoeding van kosten rechtsbijstand en ter vaststelling van de schade.

2.24 Volgens de consument is de verzekeraar tot het onder 2.23 genoemde gehouden omdat de verzekeraar de consument bij aanvang van de verzekering geen informatie heeft verstrekt, zoals een polis, financiële bijsluiter en algemene voorwaarden, terwijl de verzekeraar daartoe wel verplicht was. De consument heeft pas in 2011 bij het premie vrijmaken van de verzekering een polis ontvangen en 19 april 2016 pas de voorwaarden. Omdat vaststaat dat de consument ten tijde van het afsluiten van de verzekering niet de stukken heeft ontvangen waaruit blijkt welke kosten er zouden worden ingehouden, ontbreekt er volgens de consument wilsovereenstemming over de in rekening gebrachte kosten. Daarnaast is volgens de consument na het premievrij maken van de verzekering ten onrechte nog overlijdensrisicopremie door de verzekeraar in rekening gebracht.

Het verweer

2.25 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument en stelt zich kort gezegd op het standpunt dat hij aan zijn informatieverplichtingen heeft voldaan, dat hij in dat verband de onder 2.3 genoemde productdocumentatie aan de consument heeft verstrekt en dat de consument daarmee over alle aspecten van de verzekering waaronder de kosten en inhoudingen is geïnformeerd. De verzekeraar brengt daarbij naar voren dat naar zijn oordeel vaststaat dat de consument de brief van 21 december 2005 met productdocumentatie moet hebben ontvangen, heeft de consument tot 2016 niet eerder gesteld dat hij bepaalde documenten niet zou hebben ontvangen en is er sprake van tegenstrijdige verklaringen aan de zijde van de consument. Voor wat betreft het in rekening brengen van overlijdensrisicopremie na het premievrij maken van de verzekering voert de verzekeraar aan dat de consument, dit gelet op de aan hem verstrekte informatie ook kon en behoorde te weten. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling op het verweer van de verzekeraar 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.

Welke stukken heeft de consument bij aanvang van de verzekering ontvangen?

3.2 Tussen partijen is niet in geding dat de consument na bemiddeling door een tussenpersoon met ingang van 1 januari 2006 de verzekering heeft afgesloten. De consument stelt zich op het standpunt dat hij niet voor en niet na het afsluiten van de verzekering de onder 2.3 genoemde productdocumentatie, zoals onder andere een polisblad, de algemene voorwaarden en de financiële bijsluiter van de verzekeraar heeft ontvangen. Deze informatie zou hij eerst in 2011 respectievelijk 2016 van de verzekeraar hebben ontvangen. De commissie oordeelt als volgt.

3.3 De verzekeraar heeft een afschrift van een aan de consument geadresseerde brief van 21 december 2005 overgelegd, waarmee de onder 2.3 genoemde stukken volgens de verzekeraar aan de consument zijn toegestuurd. Tijdens de mondelinge behandeling heeft de consument bevestigd dat de op de brief vermelde adresgegevens juist waren. Op deze brief (zie 2.5) staat een aantal stukken vermeld die met deze brief werden toegezonden, waaronder de polis en de financiële bijsluiter. Vrij kort daarna in februari 2006 heeft de consument contact opgenomen met de verzekeraar om de begunstiging op de polis te wijzigen. De verzekeraar heeft dit gedaan en de consument per brief van 7 maart 2006 nieuwe polisbladen toegezonden. In deze brief staat het volgende vermeld (zie 2.11) "*Hierbij ontvangt u de nieuwe polisbladen. De algemene voorwaarden en de clausulebladen, die u van ons ontvangen heeft, blijven van kracht.*"

3.4 De commissie stelt vast dat de consument gedurende de looptijd van de verzekering verschillende aanpassingen heeft gedaan en contact heeft gezocht met de verzekeraar, zoals over de hiervoor genoemde wijziging van de begunstiging, de mogelijkheid van afkoop en het premievrij maken van de verzekering. Bij deze contactmomenten heeft de consument, zo maakt de commissie uit de stukken op, de verzekeraar op geen enkel moment laten weten dat hij bij het afsluiten van de verzekering geen enkele informatie heeft ontvangen of zich op het standpunt gesteld dat de betreffende stukken, zoals de polis, de algemene voorwaarden, de financiële bijsluiter en de clausulebladen in 2005 niet zouden zijn ontvangen en dat hij dus ook niet bekend zou zijn geweest met de voorwaarden en de kosten die aan de verzekering zijn verbonden. In dat verband maakt de commissie uit de stukken op dat de consument de, naar aanleiding van wijziging van de begunstiging in 2006, aan hem toegestuurde brief van 7 maart 2006 met de gewijzigde polis kennelijk ook niet zou hebben ontvangen.

De consument stelt in dat verband namelijk dat hij bij het premie vrijmaken in 2011 voor het eerst een polis heeft ontvangen. Dat de consument hierover contact heeft gezocht met de verzekeraar blijkt evenmin uit het dossier. Pas ten tijde van het inschakelen van zijn vertegenwoordiger en het indienen van zijn klacht bij de verzekeraar in april 2016 is de consument, zoals de commissie uit de stukken opmaakt, zich op het standpunt gaan stellen dat hij bij het aangaan van de verzekering in 2005 geen enkele informatie heeft ontvangen en dat daarom kort gezegd wils-overeenstemming ontbreekt over de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten.

3.5 Dat de consument ten tijde van het aangaan van de verzekering geen informatie zou hebben ontvangen acht de commissie, gelet op het voorgaande en tegenover de gemotiveerde betwisting van de verzekeraar met daarbij de toelichting over de gebruikelijke handelwijze en de in dat verband overgelegde brief van 21 december 2015, onaannemelijk. De commissie neemt daarbij mede in aanmerking, de uit de stukken gebleken niet eenduidige verklaringen en stellingen van de consument (zie 2.19 en 2.22). Enerzijds stelt de consument dat hij bij aanvang van de verzekering geen enkele informatie heeft ontvangen. Maar anderzijds verklaart de consument dat hij alle stukken van de verzekering die hij had ontvangen zorgvuldig in een map bewaarde en dat hij voor zover hij zich kon herinneren geen voorwaarden had ontvangen, maar zeker was dat niet. Ook tijdens de mondelinge behandeling heeft de consument een en ander onvoldoende kunnen verklaren of verduidelijken, onder andere op het punt van het aanpassen van de begunstiging op de polis, kort na het afsluiten van de verzekering. Dit terwijl de consument op dat moment, naar eigen zeggen, niet over stukken, zoals een polis beschikte waaruit de oorspronkelijke begunstiging bleek.

3.6 De commissie gaat bij de beoordeling er dan ook vanuit dat de onder 2.3 genoemde stukken ten tijde van het aangaan van de verzekering in december 2005 samen met de toezending van de polis door de verzekeraar aan de consument zijn verstrekt en dat gelet op de aan de consument geboden opzeggingsmogelijkheid van 30 dagen (zie 2.7 en 2.9), de verstrekking tijdig heeft plaatsgevonden.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan?

3.7 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie, waaronder de financiële bijsluiter, de voorwaarden en het boekje "*Wat u moet weten over AEGON Levensloop Verzekering*", waarin de voorwaarden staan opgenomen, de op grond van de onder 2.4 genoemde regelgeving voor-geschreven informatie aan de consument heeft verstrekt en daarmee aan de op hem rustende informatieverplichtingen heeft voldaan.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.8 Uit de productdocumentatie, waaronder de algemene voorwaarden en de financiële bijsluiter volgt dat er door de verzekeraar kosten in rekening worden gebracht. In de voorwaarden (artikelen 4.1 en 4.2) staat vermeld (zie 2.9) dat voor beleggen de premie verminderd met doorlopende kosten en met kosten die verband houden met de aan- en/of verkoop van beleggingen beschikbaar is en dat er vervolgens naast de risicopremie voor de overlijdensdekking maandelijks kosten worden verrekend met de in fondsen aanwezige waarde. Het gaat daarbij om de volgende kosten. Kosten die verband houden met het sluiten van de verzekering, kosten die verband houden met het beheer en administratie van de verzekering en kosten die verband houden met het beheer en administratie van de beleggingen. In de financiële bijsluiter worden voornoemde kosten nader toegelicht met vermelding van het percentage of het nominale bedrag (zie 2.7). Het is de commissie op basis van het door verzekeraar overgelegde kostenoverzicht niet gebleken dat de verzekeraar meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan hiervoor genoemd. De commissie is dan ook van oordeel dat over voornoemde kosten en het inhouden van een overlijdensrisicopremie wilsovereenstemming heeft kunnen bestaan.[2] Voor wat betreft de kosten die de fondsbeheerder in rekening blijkt dat de consument hierover in het boekje "*Wat u moet weten over uw AEGON Levensloop Verzekering*" (zie 2.10) is geïnformeerd en de verzekeraar daarmee ook aan de op hem rustende informatieverplichting heeft voldaan.

3.9 Dit betekent samengevat dat de klachtonderdelen van de consument die zien op het tekortschieten in de informatieverplichtingen en het ontbreken van wilsovereenstemming over de in rekening gebrachte kosten niet slagen.

Is er na het premievrij maken van de verzekering ten onrechte nog overlijdensrisicopremie in rekening gebracht?

3.10 In de productdocumentatie waaronder de financiële bijsluiter (zie 2.7) en de voorwaarden (zie 2.9) is te lezen dat er maandelijks onttrekkingen worden gedaan aan de in fondsen belegde waarde om de risicodekking te financieren en in artikel 4.5 van de voorwaarden staat vermeld (zie 2.9) dat dit ook plaatsvindt indien er om welke reden dan ook geen premie wordt betaald. Verder blijkt uit de stukken dat de consument met de brief van 20 oktober 2011 (zie 2.15) ook ten tijde van het premievrij maken van de verzekering door de verzekeraar is geïnformeerd dat er na het premievrij maken nog steeds overlijdensrisicopremie in rekening zal worden gebracht. Van het door de consument gestelde onrechtmatig in rekening brengen van overlijdensrisicopremie na het premievrij maken van de verzekering is dan ook geen sprake.

[2] CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

Conclusie

3.11 Hiervoor is vastgesteld dat de consument voorafgaand en/bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover dan ook wilsovereenstemming heeft kunnen bestaan. Omdat daarnaast het klachtonderdeel over het ten onrechte in rekening brengen van overlijdensrisicopremie na premie-vrijmaking niet slaagt en voor het overige ook niet gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze tegenover de consument tekort is geschoten dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

In regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022 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/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 40 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 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).