Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0165

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	24 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 2000 een beleggingsverzekering (universal life) 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 zijn de overlijdensrisicopremie en een deel van de kosten niet overeengekomen. Verder stelt de consument bij het afsluiten van de verzekering te hebben gedwaald. De commissie stelt vast dat de verzekeraar niet geheel heeft voldaan aan de op grond van de Riav 1998 op hem rustende informatieverplichtingen. Dat de consument daardoor schade heeft geleden is niet aannemelijk gemaakt. De overige klachten zijn ongegrond. Vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman & Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold tot 1 oktober 2014 (hierna het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. 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 reactie van 18 oktober 2016* van de consument op het arrest van het Europese Hof van Justitie van 29 april 2015 (C-51/13, ECLI:EU:C:2015:286, hierna uitspraak HvJ);

- de reactie van 20 december 2016 van de verzekeraar op de uitspraak HvJ;
- de reactie van 10 januari 2019 van de consument op de vijf richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB 2017-023A, CvB 2017-035, CvB 2017-036, CvB 2017-043 en CvB 2018-019);
- de reactie van partijen op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022;
- de pleitnota van de consument;
- de pleitnota van de verzekeraar.

*: De commissie heeft partijen bij brief van 24 oktober 2016 bericht dat de voorzitter van de commissie heeft besloten alleen hoofdstuk 1 en paragraaf 2.9 van de reactie van de consument van 18 oktober 2016 toe te laten en het overige in deze reactie buiten beschouwing te laten.

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

1.3 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 13 december 2022. Op de hoorzitting waren namens de consument de heren M. van Rossum en [naam 1] aanwezig. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mevrouw [naam 2], bedrijfsjuriste en de heer mr. S. Meijer, advocaat.

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 november 2000 een beleggingsverzekering onder de naam AMEV Beleggings-verzekering, (hierna: de verzekering), afgesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar. De verzekering van het type *universal life* voorziet in een lijfrenteuitkering bij leven op de einddatum en een uitkering bij vooroverlijden van de consument. De einddatum was bepaald op 1 december 2037 en de tot 1 november 2030 te betalen maandpremie op NLG 160,- (€ 72,60).

2.2 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 5 oktober 2000;
- een aanvraagformulier getekend op 5 oktober 2000;
- een polisblad gedateerd 16 oktober 2000 met clausulebladen 260, 286 en 287;
- de algemene voorwaarden serie 221 (hierna: de algemene voorwaarden).

Hierna worden deze stukken gezamenlijk ‘de productdocumentatie’ genoemd.

2.3 Op de offerte - die nog uitgaat van een maandpremie van NLG 325,- - staat onder andere het volgende:

“*(…)*

Ingangsdatum verzekering	01-11-2000
Ingangsdatum van de lijfrente	01-12-2037

Verzekerd bij leven
Het lijfrentekapitaal bij in leven zijn van de verzekerde op de ingangsdatum van de lijfrente is gelijk aan een bedrag ter grootte van het spaartegoed bij verkoop.

Voorbeeldkapitaal
Het voorbeeldkapitaal bedraagt bij in leven zijn van de verzekerde op de ingangsdatum van de lijfrente bij een fondsrendement van:

	fonds-rendement	product-rendement	voorbeeld-kapitaal
Gemiddeld historisch	13,3%	12,2%	2.356.767,00
Gemiddeld historisch na afslag	5,3%	4,4%	323.037,00
Standaard	9,3%	8,3%	855.221,00
Afwijkend	8,0%	7,0%	619.889,00

Op de fondsrendementen zijn de volgende beheerkosten in mindering gebracht:

AMEV Aandelenfonds	0,50%
AMEV Mixfonds	0,50%

Het productrendement is het rendement over de totale premie of koopsom. De hoogte hiervan is afhankelijk van de door u gekozen verzekeringsdekking. Hoe meer u betaalt voor het verzekerde risico, hoe lager het productrendement.

Verzekerd bij overlijden
Bij overlijden van de verzekerde voor de ingangsdatum van de lijfrente komt direct een lijfrentekapitaal beschikbaar.
Dit lijfrentekapitaal is de som van de betaalde premies.

Minimumuitkering
Bij overlijden voor 01-06-2019 is het lijfrentekapitaal minimaal 110% van het spaartegoed bij verkoop.
Bij overlijden na 01-06-2019 is het lijfrentekapitaal minimaal 100% van het spaartegoed bij verkoop.

(…)

Figuur 1 Tekst 1 offerte

Betaling
De maandbetaling bedraagt vanaf 01-11-2000 325,00 *(…)*

Figuur 2 Tekst 2 offerte

LET OP!

- Beleggen bij wie en in welke vorm dan ook brengt financiële risico's met zich mee. Dat geldt ook voor deze levensverzekering met beleggingsrisico's. Beleggen geeft u kans op een hoger, maar ook op een lager dan gemiddeld rendement. Dit risico is voor u.
- Naarmate wordt belegd in meer risicovolle beleggingsvormen, zullen de te behalen rendementen onderhevig zijn aan grotere schommelingen en kan dus ook de eindopbrengst meer afwijken van de in de voorbeelden gehanteerde bedragen.
- De te behalen rendementen kunnen bij relatief korte verzekeringsduren meer fluctueren dan bij relatief lange(re) verzekeringsduren.
- Wij wijzen u erop, dat de gehanteerde rendementen zijn gebaseerd op behaalde rendementen uit het verleden en daarom geen garantie bieden voor in de toekomst te behalen rendementen.
- De gepresenteerde bedragen zijn uitsluitend bedoeld als voorbeeld en niet als garantie of prognose. Deze bedragen zijn netto bedragen, d.w.z. er is reeds rekening gehouden met premies voor verzekerde risico's, alsmede met gedurende de looptijd van het contract ingehouden kosten.

Figuur 3 Tekst 3 offerte

De waarde van uw verzekering ontwikkelt zich bij een fondsrendement van 8,0% als volgt:

Datum	som van de premies	indicatie afkoopwaarde	indicatie premievrije waarde
01-12-2037	117.325,00	619.889,00	619.889,00
01-12-2036	117.325,00	574.271,00	613.548,00
01-12-2035	117.325,00	532.013,00	613.536,00
01-12-2034	117.325,00	492.869,00	613.524,00
01-12-2033	117.325,00	456.609,00	613.510,00
01-12-2032	117.325,00	423.020,00	613.495,00

(...)

Figuur 4 Tekst 4 + deel 1 tabel offerte

01-12-2015	58.825,00	83.823,00	442.675,00
01-12-2014	54.925,00	74.268,00	422.798,00
01-12-2013	51.025,00	65.413,00	401.344,00
01-12-2012	47.125,00	57.208,00	378.189,00
01-12-2011	43.225,00	49.605,00	353.196,00
01-12-2010	39.325,00	42.561,00	326.219,00
01-12-2009	35.425,00	36.391,00	300.106,00
01-12-2008	31.525,00	30.733,00	272.458,00
01-12-2007	27.625,00	25.521,00	242.897,00
01-12-2006	23.725,00	20.720,00	211.290,00
01-12-2005	19.825,00	16.302,00	177.496,00
01-12-2004	15.925,00	12.239,00	141.383,00
01-12-2003	12.025,00	8.503,00	102.776,00
01-12-2002	8.125,00	5.071,00	61.510,00
01-12-2001	4.225,00	1.921,00	-
01-12-2000	325,00	-	-

Figuur 5 deel 2 tabel offerte

De ontwikkeling van de waarde heeft in de praktijk een onregelmatig en grillig verloop.
De genoemde bedragen zijn daarom uitsluitend bedoeld als voorbeeld.
Deze verzekeringsovereenkomst is een overeenkomst voor de lange termijn. Als u deze verzekeringsovereenkomst beëindigt gedurende de eerste jaren van de looptijd, kunt u beduidend minder ontvangen dan u tot dat moment heeft ingelegd.

Figuur 6 Tekst 5 offerte

(...)

Levensverzekeringen met beleggingsrisico

In de Code rendement en risico zijn richtlijnen vastgelegd met betrekking tot de voorlichting over het rendement en risico van individuele levensverzekeringen met beleggingsrisico. Deze Code is opgesteld door het Verbond van Verzekeraars. AMEV Levensverzekering N.V. onderschrijft de richtlijnen van de Code rendement en risico.
In deze informatie is een toelichting op de Code rendement en risico opgenomen en worden belangrijke begrippen uitgelegd.

Figuur 7 Tekst 6 offerte

(…)

Heldere begrippen
In de *Code rendement en risico* zijn voor de communicatie over levensverzekeringen met beleggingsrisico bepaalde definities voorgeschreven. In de Code zijn bijvoorbeeld verschillende soorten rendement nauwkeurig gedefinieerd. Hierdoor kan een bepaald begrip de ene keer niet iets anders betekenen dan de andere keer. Er staat vast wat er wordt bedoeld. U kunt daardoor verschillende producten op dit gebied beter met elkaar vergelijken. In de Code is bovendien aangegeven dat begrippen als 'prognose' of 'verwachting' uitdrukkelijk niet mogen worden gebruikt. Resultaten die in het verleden zijn behaald, zeggen immers niets over de toekomst en er kunnen dus geen verwachtingen of prognoses op worden gebaseerd.

Reële rekenvoorbeelden
In de communicatie over deze producten worden meestal ook rekenvoorbeelden gegeven. Daarbij worden op basis van veronderstelde rendementen mogelijke voorbeeldkapitalen aan het einde van de looptijd berekend. In de *Code rendement en risico* is aangegeven hoe met die rekenvoorbeelden moet worden omgegaan. Het is bijvoorbeeld niet toegestaan om zo maar hoge voorbeeldrendementen en voorbeeldkapitalen te laten zien, integendeel. In de Code is precies aangegeven welke voorbeelden zijn toegestaan en welke zelfs moeten worden gegeven.

Voorbeeldpercentages
Wanneer er voorbeeldkapitalen worden getoond (en in offertes is dat verplicht), dan worden verschillende voorbeeldrendementen vermeld. Om te beginnen is dat het *gemiddeld historisch fondsrendement*. Dit rendement moet volgens een bepaald rekenvoorschrift over een reeks van de afgelopen twintig jaar berekend zijn.
Daarnaast moet een lager voorbeeldrendement worden gegeven. Dit lagere voorbeeldrendement wordt berekend door middel van een *afslag van het gemiddeld historisch fondsrendement*. Bij depositobeleggingen moet dit rendement 20 procent lager zijn dan het *gemiddeld historisch fondsrendement*; bij beleggingen in obligaties moet dit rendement 40 procent lager zijn en bij alle overige beleggingscategorieën (waaronder aandelen en mixfondsen) moet dit rendement 60 procent lager zijn. Door deze *afslag* krijgt u een indruk van het beleggingsrisico dat bij het product hoort. Hoe hoger de afslag hoe hoger het beleggingsrisico.
Verder moet ook het *standaardfondsrendement* worden genoemd. Dit rendement wordt jaarlijks door onafhankelijke deskundigen vastgesteld en wordt door iedere maatschappij gehanteerd. Met dit *standaardfondsrendement* erbij kunt u nog beter de verschillende levensverzekeringen met beleggingsrisico onderling vergelijken.
U moet zich goed realiseren dat bovengenoemde rendementen alleen betrekking hebben op dat deel van de premie of inleg dat is belegd. Daarom wordt ook aangegeven hoe hoog het rendement is in relatie tot de totale premie of inleg. In de Code wordt dit het *productrendement* genoemd.
Daarbij moet u er rekening mee houden dat de hoogte van het *productrendement* afhankelijk is van de verzekeringsdekking die aan het product is verbonden. Met andere woorden, hoe uitgebreider de verzekeringsdekking is (dus hoe meer premie u betaalt voor de verzekerde risico's) hoe meer het productrendement hierdoor wordt beïnvloed.

Voorbeeldkapitalen
De voorbeeldkapitalen die worden getoond zijn gebaseerd op het *gemiddeld historisch fondsrendement*, het daarvan afgeleide lagere rendement en het *standaardfondsrendement*. De getoonde voorbeeldkapitalen zijn altijd netto bedragen. Er is dus al met premies voor verzekerde risico's en kosten rekening gehouden.

(…)"

Figuur 8 Tekst 7 offerte

2.4 Op het polisblad staat onder andere het volgende:

"*(…)*

Verzekerd bij leven	*Het lijfrentekapitaal bij in leven zijn van de verzekerde op de ingangsdatum is gelijk aan een bedrag ter grootte van het spaartegoed bij verkoop.* *Van toepassing is clausuleblad 286*

Verzekerd na overlijden	*Het verzekerde lijfrentekapitaal onmiddellijk na overlijden van de verzekerde is tenminste gelijk aan een bedrag ter grootte van alle tot dan toe betaalde premies.* *Het lijfrentekapitaal onmiddellijk na overlijden van de verzekerde voor 01-06-2019 is echter een bedrag ter grootte van het spaartegoed vermeerderd met 10% als dat meer is.* *Het lijfrentekapitaal onmiddellijk na overlijden van de verzekerde op of na 01-06-2019 maar voor 01-12-2037 is echter een bedrag ter grootte van het spaartegoed als dat meer is.*
Premie	*Aan premie is bij vooruitbetaling verschuldigd: F 160,00 per maand vanaf 01-11-2000, voor het laatst op 01-11-2030.*

Clausuleblad 286 Voorbeeldkapitalen
(…)

Fondsverdeling	*Percentage van de Premie*
AMEV Mixfonds	*100%*

Op basis van bovenstaande fondsverdeling bedraagt het voorbeeldkapitaal bij in leven zijn van de verzekerde op de ingangsdatum lijfrente bij een fondsrendement over het spaartegoed van:

Gemiddeld historisch	*12,5%*	*F*	*890.496,00*
Gemiddeld historisch na afslag	*5,0%*	*F*	*139,785,00*
Standaard	*9,0%*	*F*	*368.432,00.*

(…)"

2.5 In de door consument overgelegde versie van de algemene voorwaarden serie 221 staat onder andere:

"*(…) Artikel 1 (…)*

Unit
Eenheid van deelname in een fonds.

Unitmiddenkoers
Fondswaarde gedeeld door het aantal uitstaande units van het betreffende fonds.

Aankoopkoers
Koers waartegen de verzekeringnemer units kan aankopen bij Fortis ASR Leven. De aankoopkoers is gelijk aan de met een percentage verhoogde unitmid- denkoers.

Verkoopkoers
Koers waartegen de verzekeringnemer units kan verkopen bij Fortis ASR Leven. De verkoopkoers is gelijk aan de unitmiddenkoers.

Figuur 9 Tekst 1 voorwaarden

Waarde van de verzekering
De totale waarde van de tegen unitmiddenkoersen omgerekende units welke deel uitmaken van de verzekering.

Waarde van de verzekering bij verkoop
De totale waarde van de tegen verkoopkoersen omgerekende units welke deel uitmaken van de verzekering.

Onttrekking
Gehele of gedeeltelijke opname van de waarde bij verkoop.

Switch
Verkoop van units van één of meer fondsen van een verzekering onder gelijk- tijdige aankoop voor het vrijkomende bedrag van units in één of meer andere fondsen.

Valutadatum
De datum waarop gelden op de rekening van Fortis ASR Leven zijn bijgeschreven of worden afgeschreven.

Koersdatum
De datum waarop unittransacties voor de bepaling van de daarbij te hanteren koers(en) worden geacht te zijn uitgevoerd.

Figuur 10 Tekst 2 voorwaarden

(…)

4.5 Extra storting
De verzekeringnemer heeft het recht binnen de door Fortis ASR Leven vast te stellen grenzen extra stortingen te verrichten. Door aankoop van units wordt de extra storting toegevoegd aan de waarde van de verzekering. De koersdatum is de eerste werkdag volgend op de valuta-datum.Na een extra storting wordt direct een bedrag verrekend ter voldoening van de met de hiermee samenhangende kosten. Deze kosten worden verrekend met de waarde van de verzekering. De datum van een extra storting wordt voor de toepassing van artikel 12 voor het gedeelte van de extra storting als de ingangsdatum van de verzekering gezien.

4.6 Vooruitbetaalde premie
Over de premietermijn, waarvoor premie is betaald en waarbinnen een verzekerde of een meeverzekerde verzorger overlijdt, is de premie geheel verschuldigd.

4.7 Verhoging en verlaging
De verzekeringnemer heeft het recht om gedurende de looptijd van de verzekering de premie te verhogen dan wel te verlagen, voorzover pas- send binnen de dan bij Fortis ASR Leven geldende acceptatievoorwaarden. De datum, waarop de premie wordt verhoogd, wordt voor de toepassing van de artikelen 11 en 12 voor het gedeelte van de verhoging als de ingangsdatum van de verzekering gezien.

Artikel 5
Belegging in fondsen

5.1 Toevoeging aan de waarde van de verzekering
Na ontvangst van de premie wordt deze toegevoegd aan de waarde van de verzekering tenzij en voorzover in het polisblad anders is aangegeven. De toevoeging van de premie aan de waarde van de verzekering geschiedt door aankoop van units. De koersdatum is bij periodieke premiebetaling de premievervaldatum. Bij een eenmalige premiebetaling (koopsom, hoge premie of een extra storting) is de koersdatum de eerste werkdag na de valutadatum.

5.2 Units
De units dienen als eenheden van de fondswaarde ter bepaling van de waarde van de verzekering.

5.3 Verdeling
Voor de te ontvangen premie(s) voor de verzekering worden volgens de door de verzekeringnemer opgegeven verdeling units in een of meer fondsen aangekocht. Fortis ASR Leven kan beperkende voorwaarden stel- len ten aanzien van deelname in fondsen

(…)

Figuur 11 Tekst 3 voorwaarden

5.5 Switch, herverdeling fondswaarden
De verzekeringnemer heeft het recht om de units van een of meer fondsen van de verzekering te verkopen onder gelijktijdige aankoop voor het vrijkomende bedrag van units in één of meer andere fondsen. Eenmaal per kalenderjaar is de switch vrij van kosten voor de verzekeringnemer. Daarna wordt een bedrag aan kosten in rekening gebracht (zie artikel 20.7). Wanneer een schriftelijk verzoek voor een switch voor 12.00 uur 's middags is ontvangen door Fortis ASR Leven, is de koersdatum de eerste daarop volgende werkdag.

Artikel 6
Fondsen

6.1 Beleggingsbeleid
De voor belegging in de fondsen beschikbare gelden worden belegd in beleggingsobjecten van het fonds. De verkregen beleggingsop- brengsten, die voortvloeien uit het belegde vermogen, worden volledig toegerekend aan de desbetreffende fondsen en vervolgens binnen dat fonds herbelegd.

De beleggingsopbrengsten worden bepaald onder aftrek van de directe kosten die moeten worden gemaakt om deze beleggingsop-

Figuur 12 Tekst 4 voorwaarden

brengsten te verkrijgen. De directie heeft de bevoegdheid, in bijzondere omstandigheden, een fonds te ontbinden. Voordat hiertoe wordt overgegaan, wordt de verzekeringnemer dan de keus gelaten tussen een switch als bedoeld in artikel 5.5 (aan deze switch zijn geen kosten verbonden) en / of een onttrekking als bedoeld in artikel 12, met betrekking tot de in het betreffende fonds aanwezige waarde. Belegging kan ook plaatsvinden in beleggingsobjecten, waarvan de waarde in andere valuta wordt uitgedrukt dan in Nederlandse valuta. Voor
dit beleid is de directie uitsluitend verantwoording verschuldigd aan commissarissen en aandeelhouders van Fortis ASR Leven. Het in fondsen belegde vermogen blijft te allen tijde eigendom van Fortis ASR Leven.

6.2 Beheer
Voor het beheer van de fondsen worden beheerskosten in rekening gebracht. De hoogte van de beheerskosten zijn afhankelijk van het gekozen fonds en worden maandelijks op de in artikel 11 omschreven wijze verrekend met de waarde van de verzekering.

Figuur 13 Tekst 5 voorwaarden

Artikel 7
Waardebepaling en koersen

7.1 Fondswaarde
De fondswaarde wordt, voorzover mogelijk en zinvol, iedere werkdag vastgesteld. Onder een werkdag wordt in dit artikel verstaan iedere dag, waarop de Effectenbeurs en de Optiebeurs te Amsterdam voor de handel, alsmede de bankinstellingen in Nederland voor bankzaken gewoonlijk geopend zijn.

7.2 Unitmiddenkoers
Zodra de fondswaarde is vastgesteld, wordt de unitmiddenkoers bepaald. Deze unitmiddenkoers is van toepassing tot de eerstvolgende datum van vaststelling van de unitmiddenkoers.

7.3 Voorbehoud hoogte voorbeeldkapitaal
Voorzover in de polis een voorbeeldkapitaal staat kan de verzekering- nemer aan de hoogte daarvan geen rechten ontlenen.

Figuur 14 Tekst 6 voorwaarden

(…)

Artikel 9
Risicodekking

9.1 Overlijdensdekking
Indien en voorzover dit uit het polisblad blijkt is een overlijdensdekking verzekerd. De hoogte van de overlijdensdekking is in het polisblad omschreven. De voor de overlijdensdekking verschuldigde risicopremie wordt maandelijks vastgesteld.
Deze risicopremie wordt op de in artikel 11 omschreven wijze maande- lijks met de waarde van de verzekering verrekend.

Figuur 15 Tekst 7 voorwaarden

(…)

Artikel 11
Verrekening risicopremie en kostenvergoedingen

11.1 Maandelijkse verrekening risicopremie en kostenver- goedingen
Maandelijks worden een risicopremie en een vergoeding voor kosten verrekend met de waarde van de verzekering. Als vergoeding voor kosten wordt ook gedurende de eerste tien jaar volgend op de ingangsdatum van de verzekering en volgend op een verhoging van de premie kosten verrekend met de waarde van de verzekering. Het betreft hier
de kosten die gemaakt zijn in verband met de totstandkoming van de verzekering en bij een verhoging van de premie. Een verrekening ten laste van de waarde van de verzekering vindt plaats door een onttrekking aan de waarde van de verzekering. Een verrekening ten gunste van de waarde van de verzekering vindt plaats door een toevoeging aan de waarde van de verzekering. De verrekening van kosten en de in de artikelen 9.1, 9.2 en 9.3 bedoelde risicopremie vindt ook plaats, indien om wat voor reden dan ook, geen premie meer wordt betaald.

Figuur 16 Tekst 8 voorwaarden

(…)

11.3 Onvoldoende waarde van de verzekering
Is verrekening van risicopremie en een vergoeding voor kosten niet meer mogelijk, omdat de waarde van de verzekering onvoldoende is, dan vervalt de verzekering op dat moment van rechtswege.

Figuur 17 Tekst 9 voorwaarden

(…)

Artikel 14
Aanpassing risicopremies en kostenvergoedingen

14.1 Risicopremies en kostenvergoedingen

De voor deze verzekering geldende risicopremies voor de overlijdens- dekking en de hoogte van de kostenvergoedingen zijn gedurende een tijdvak van vijf jaar vanaf de ingangsdatum gegarandeerd. Fortis ASR Leven heeft het recht om daarna aan het begin van ieder nieuw tijdvak van vijf jaar de risicopremies en de hoogte van de kostenvergoedingen opnieuw vast te stellen. De risicopremies en de hoogte van de kostenver- goedingen zijn gedurende het nieuwe tijdvak van vijf jaar gegarandeerd. Maakt Fortis ASR Leven geen gebruik van dit recht, dan gelden gedurende het nieuwe tijdvak van vijf jaar de tot dan toe gehanteerde risicopremie en kostenvergoedingen.

Figuur 18 Tekst 10 voorwaarden

(…)

21.7 Mutaties

Gemaakte kosten in verband met de verzekering, inclusief kosten vanwege wijziging van de polis, kunnen aan de verzekeringnemer in rekening worden gebracht, dan wel kunnen met de uitbetaling worden verrekend. Bij iedere wijziging van de polis wordt éénmalig maximaal € 60,-- in rekening gebracht. Aan de verhoging van de verzekering op grond van premieverhoging, indexering en optierecht zijn geen kosten verbonden. Switchen is éénmaal per kalenderjaar gratis, daarna 0,5%

over de waarde van het geswitchte bedrag met een minimum van € 50,--. De genoemde bedragen en het percentage gelden vanaf 2002 en kunnen door Fortis ASR Leven jaarlijks worden aangepast.

(…)"

Figuur 19 Tekst 11 voorwaarden

2.6 Bij brief van 17 oktober 2000 bevestigt de verzekeraar de aanvraag van de consument en bevestigt hij dat de premies – naar de wens van de consument – uitsluitend in het AMEV Mixfonds belegd zullen worden.

2.7 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers 1998 (hierna: Riav 98) en de Code Rendement & Risico 1998 (hierna: CRR 98) van toepassing.

2.8 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering door middel van (waarde)overzichten geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.

2.9 Bij brief van 22 mei 2008 stelt de consument de verzekeraar aansprakelijk voor diverse tekortkomingen en stuit hij de verjaring van zijn vorderingen.

2.10 Bij brief van 10 juni 2008 aan de consument wijst de verzekeraar de aansprakelijkheid van de hand en kondigt hij aan te zullen berekenen of de consument in aanmerking komt voor een eventuele compensatie op basis van de compensatieregeling.

2.11 Bij brief van 6 februari 2009 informeert de verzekeraar de consument dat hij *"uiterlijk in het 3e kwartaal van 2010"* zal worden geïnformeerd over de gevolgen van de compensatieregeling voor de verzekering en dat hij verder geen actie hoeft te ondernemen.

2.12 Bij brief van 19 mei 2011 van de consument aan de verzekeraar stuit de consument wederom de verjaring van zijn vorderingen op de verzekeraar.

2.13 In reactie daarop laat de verzekeraar de consument op 10 juni 2011 weten dat de verzekering onder de compensatieregeling valt en dat hij de consument hierover nader zal berichten. De verzekeraar wijst de verwijten van de hand en betwist elke aansprakelijkheid.

2.14 Vervolgens bericht de verzekeraar de consument later in juni 2011 dat hij in het kader van de compensatieregeling niet in aanmerking komt voor een vergoeding wegens te hoge kosten en wegens het hefboomeffect.

2.15 De verzekering is per 1 februari 2012 beëindigd, doordat de consument deze heeft afgekocht. De afkoopwaarde van de verzekering van € 7.767,78 is op verzoek van de consument overgemaakt naar Delta Lloyd Bank N.V. in verband met de aanschaf van een bancair lijfrenteproduct.

2.16 Op 22 september 2012 heeft de consument bij de verzekeraar geklaagd over de verzekering. Vervolgens is de klacht - na een bemiddelingspoging eind 2012 - ter behandeling bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.17 De consument heeft gedurende de procedure zijn vorderingen aangepast en vordert nu een bedrag van € 54.231,-. Dit betreft zoals de commissie begrijpt het verschil tussen het aan de consument per 1 december 2011 getoonde voorbeeld(eind)kapitaal (op basis van het historische rendement) ter grootte van € 49.492,00 en het door de consument gevorderde poliswaardeherstel per 1 februari 2012 bestaande uit een gegarandeerd lijfrentekapitaal op einddatum in 2037 ter grootte van € 103.723,-, op basis van 7% gemiddeld, met het buiten beschouwing laten van onrechtmatig ingehouden kosten/onredelijk bezwarende bedingen. Subsidiair vordert de consument poliswaardeherstel op basis van een *product recall* in 2008 op basis van een garantieregeling, waarin het oorspronkelijke doelkapitaal op de einddatum was gegarandeerd bij een (vrijwel) gelijkblijvende premie. Meer subsidiair een vergelijking met een bij de – geheel onbepaalde - risicobereidheid van de consument passend productalternatief met een vergelijkbaar, zo niet meer, economisch nut. Nog meer subsidiair ontbinding van de overeenkomst in combinatie met een schadeloosstelling ter hoogte van het verschil tussen algehele premierestitutie vermeerderd met wettelijke rente en de poliswaarde op afkoopdatum vermeerderd met wettelijke rente sindsdien. Als vergoeding voor kosten rechtsbijstand vordert de consument op basis van artikel 40 lid 9 van het reglement, 4 liquidatiepunten tariefgroep II of III.

2.18 Volgens de consument is de verzekeraar tot het hiervoor genoemde gehouden omdat: i) de consument bij het sluiten van de verzekering heeft gedwaald en is misleid, (ii) over de risicopremie en (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat en de daarop betrekking hebbende bedingen het karakter van een oneerlijk beding hebben (iii) 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 bij de uitvoering van de verzekering onrechtmatig tegenover de consument heeft gehandeld.

Het verweer

2.19 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt de klachten van de consument volgens het beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen in de bijlage bij deze uitspraak. 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.

Dwaling of misleiding?

3.2 De consument stelt te hebben gedwaald en misleid te zijn vanwege de product inherente gebreken die de verzekering zou hebben. Dit gaat niet op. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie was verschuldigd, een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd, zonder een garantie voor wat betreft het te behalen rendement en/of eindkapitaal, en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. De stellingen van de consument dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat hij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten en dat hij er van uit mocht gaan dat hij slechts een beleggingsrisico liep dat lag binnen de in de offerte opgenomen bandbreedte, worden daarom verworpen. Het is een feit van algemene bekendheid dat aan beleggen het risico is verbonden dat de op de offerte en de polis, opgenomen rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook de consument had dat kunnen en moeten begrijpen. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen, komt dat voor zijn risico. 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.

Bovendien was de consument zich kennelijk bewust van het feit dat hij ging beleggen en dat hij daarbij een keuzemogelijkheid had voor wat betreft de fondsen waarin hij wilde beleggen aangezien hij – in afwijking van de offerte – bewust de keuze heeft gemaakt om voor 100% in het Mixfonds te gaan beleggen.

3.3 Het beroep op dwaling treft geen doel. Dat er sprake zou zijn van misleiding is de commissie niet gebleken.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan?

3.4 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de verstrekte productdocumentatie niet geheel heeft voldaan aan de informatieverplichtingen uit hoofde van de Riav 98. Uit de productdocumentatie waaronder de voorwaarden (artikel 1, 4, 5, 6 en 11) volgt dat er verschillende kosten door de verzekeraar in rekening worden gebracht, maar de (nominale) hoogte daarvan of de exacte wijze waarop deze kosten worden bepaald is daarbij niet vermeld. Dit betekent dat op dit punt niet is voldaan aan de Riav 98. De verzekeraar is in zoverre tekortgeschoten in de op hem rustende informatie-verplichtingen. De commissie is echter van oordeel dat daaraan in dit geval geen gevolgen verbonden kunnen worden. De consument heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat hij in 2000 een andere beslissing zou hebben genomen in het geval hij wel volledig was geïnformeerd en dat hij dan nu beter af zou zijn geweest. Bij deze stand van zaken kan de commissie niet vaststellen dat de consument als gevolg van de gestelde tekortkoming van de verzekeraar enige schade heeft geleden. De vordering voor zover deze is gebaseerd op het tekortschieten in de informatieverplichtingen is in zoverre dan ook niet toewijsbaar.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.5 In artikel 6.1 van de voorwaarden (zie 2.5) staat onder andere "*De beleggingsopbrengsten worden bepaald onder aftrek van de directe kosten die moeten worden gemaakt om deze beleggingsopbrengsten te verkrijgen.*" In artikel 6.2 van de voorwaarden staat "*Voor het beheer van de fondsen worden beheerskosten in rekening gebracht. De hoogte van de beheerskosten zijn afhankelijk van het gekozen fonds en worden maandelijks op de in artikel 11 omschreven wijze verrekend met de waarde van de verzekering.*" In artikel 9.1 staat dat de hoogte van de overlijdensdekking in de polis is vermeld en dat maandelijks op de in artikel 11 van de voorwaarden omschreven wijze een risicopremie wordt verrekend voor de verzekerde overlijdensdekking. In artikel 11 van de voorwaarden staat vervolgens "*Maandelijks worden een risicopremie en een vergoeding voor kosten verrekend met de waarde van de verzekering. Als vergoeding voor kosten wordt ook gedurende de eerste tien jaar volgende op de ingangsdatum van de verzekering en volgend op een verhoging van de premie kosten verrekend met de waarde van de verzekering.(…)*"

Uit de overgelegde stukken en de door de verzekeraar gegeven toelichting blijkt dat voornoemde artikelen de grondslag vormen voor de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten waaronder de aankoopkosten van de beleggingen en de kosten verzekeringsadviseur, alsmede voor de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie. De commissie heeft op basis van de door partijen overgelegde stukken, waaronder het kostenoverzicht, geen reden om aan te nemen dat er sprake zou zijn van het in rekening brengen van kosten door de verzekeraar waarvoor geen grondslag zou bestaan. Dit betekent dat het klachtonderdeel van de consument dat ziet op het onrechtmatig in rekening brengen van kosten en de overlijdensrisicopremie niet slaagt.

Zijn de bedingen in de algemene voorwaarden oneerlijk?

3.6 De consument voert aan dat verschillende bedingen van de algemene voorwaarden oneerlijke bedingen betreffen als bedoeld in de Richtlijn 93/13 betreffende oneerlijke bedingen in consumentovereenkomsten (hierna: de richtlijn) omdat bij deze bedingen, zoals de commissie begrijpt, de materiele transparantie ontbreekt, er sprake is van een aanzienlijke verstoring van het evenwicht tussen partijen ten nadele van de consument en deze bedingen daarom buiten toepassing moeten blijven. In dat verband noemt de consument het begrip Aankoopkoers zoals gedefinieerd in artikel 1, artikel 6.2, artikel 11 en artikel 14 van de algemene voorwaarden die betrekking hebben op de kosten van de verzekering en het beding inzake de overlijdensrisicopremie (artikel 9 in de voorwaarden). Volgens de verzekeraar is daarvan geen sprake.

3.7 De commissie stelt voorop dat op grond van de richtlijn alle eenzijdig opgestelde bedingen – bijvoorbeeld in de algemene voorwaarden – duidelijk en begrijpelijk dienen te zijn voor een redelijk omzichtige en oplettende gemiddelde consument (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 niet automatisch dat het beding ook oneerlijk is in de zin van de richtlijn. Bovendien geldt dat bedingen niet, 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 mogen verstoren (artikel 3 lid 1 van de richtlijn). Of van een dergelijke ernstige 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.

Kostenbedingen

3.8 Dat bepaalde bedingen in de voorwaarden niet voldoende duidelijk of transparant zijn maakt nog niet dat deze daarmee als oneerlijk in de zin van de richtlijn aangemerkt moeten worden en als onredelijk bezwarend buiten toepassing moeten blijven. In dat verband merkt de commissie op dat niet is gebleken dat de totale door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten, waar de kosten van de betreffende bedingen onderdeel van uitmaakten, disproportioneel hoog waren (in verhouding tot het totale kostenniveau van vergelijkbare *universal life* producten als de verzekering die de consument heeft afgesloten). Uit de stukken blijkt voor wat betreft dit punt dat de verzekering niet voor een vergoeding voor te hoge kosten uit hoofde van de compensatieregeling in aanmerking kwam. Ook is niet gebleken dat aan de betreffende bedingen andere aspecten, zoals een bepaalde systematiek, verbonden waren die in vergelijking tot andere soortgelijke (*universal life*) verzekeringen, mogelijk dusdanig nadelig waren dat de verzekeraar er niet redelijkerwijs vanuit mocht gaan dat de consument de bedingen ook zou hebben aanvaard indien daarover afzonderlijk zou zijn onderhandeld. Dit betekent dat in het licht van alle omstandigheden van het geval, niet kan worden aangenomen dat als gevolg van de gewraakte bedingen, in strijd met de goede trouw, sprake is van een aanzienlijke verstoring van het evenwicht ten nadele van de consument in de zin van artikel 3 van de Richtlijn. Voor wat betreft de wijzigingsbevoegdheid zoals opgenomen in artikel 14 van de algemene voorwaarden is tijdens de mondelinge behandeling gebleken, dat de verzekeraar daarvan geen gebruik heeft gemaakt, zodat dit artikel verder onbesproken kan blijven.

Bedingen inzake de overlijdensrisicodekking

3.9 Het voorgaande geldt ook voor de bedingen die betrekking hebben op de overlijdensrisicodekking. In dat verband is tussen partijen niet in geding dat er gedurende de looptijd van de verzekering in totaal een bedrag van € 18,58 aan overlijdensrisicopremie in rekening is gebracht, hetgeen gelet op de totale premie en het bij afkoop uitgekeerde bedrag van € 7.767,78 een zeer gering bedrag betreft.

3.10 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de commissie niet is gebleken dat er sprake zou zijn van onredelijk bezwarende bedingen.

Fondsbeheerkosten (TER)

3.11 De consument verwijt de verzekeraar dat hem gebleken is dat het mixfonds waarin werd belegd een percentage aan lopende kosten van 1,22 kent en dat dit niet overeenkomt met de informatie die bij afsluiten van de verzekering is verstrekt. Dit is volgens de consument onrechtmatig en bewijst het oneerlijke karakter van artikel 6.2 van de algemene voorwaarden dat ziet op het in rekening brengen van fondsbeheer-kosten. De verzekeraar betwist dat de verstrekte informatie onjuist is.

Uit de stukken maakt de commissie op dat de verzekeraar conform de op hem rustende verplichtingen de consument ten tijde van het afsluiten van de verzekering heeft geïnformeerd over de fondsbeheerkosten die de fondsbeheerder ter zake van de op de offerte vermelde (beleggings)fondsen in rekening brengt. Bovengenoemde bepaling in de voorwaarden die hiervoor naar de offerte voorwaarden verwijst is bovendien duidelijk en begrijpelijk geformuleerd. De commissie heeft verder geen reden om aan te nemen dat de bij het afsluiten van de verzekering in de offerte verstrekte informatie met het daarbij horende percentage aan fondsbeheerkosten van 0,5% (zie 2.3) niet juist was of dat de verzekeraar anders of meer had moeten informeren dan hij heeft gedaan. Dat dit anders zou zijn wordt ook niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument. Dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

Is de verzekeraar verantwoordelijk voor het handelen of nalaten van de tussenpersoon?

3.12 De consument stelt dat de verzekeraar is aan te spreken voor de tekortkomingen en de gebrekkige advisering voorafgaand aan de totstandkoming van de verzekering, omdat de verzekering destijds door een loondienstagent van de rechtsvoorganger van de verzekeraar aan de consument is verkocht.

3.13 De consument stelt in min of meer algemene termen dat de adviseur hem onvoldoende heeft geïnformeerd over de aard de werking en de risico's van de verzekering. Bovendien heeft de adviseur volgens de consument onvoldoende informatie ingewonnen omtrent zijn beleggingservaring -kennis en -doelstellingen. Volgens de consument heeft de adviseur daarmee niet gehandeld zoals van een redelijk handelend en vakbekwaam adviseur mag worden verwacht en is hij daarmee toerekenbaar tekortgeschoten in de jegens de consument te betrachten zorgvuldigheid en heeft hij onrechtmatig gehandeld. De commissie stelt vast dat de verwijten van de consument blijven steken in algemeenheden. Met name wordt niet duidelijk welke concrete informatie en adviezen de consument door de adviseur zouden zijn onthouden en welke andere beslissing de consument zou hebben genomen als die hem wel waren verstrekt. Bij die stand van zaken kan de commissie op basis van hetgeen de consument daartoe heeft aangevoerd niet vaststellen dat en zo ja in hoeverre de consument daadwerkelijk onjuist en/of onvolledig is geïnformeerd noch dat hij als gevolg daarvan schade zou hebben geleden.

Moest de verzekeraar een product recall uitvoeren of een hersteladvies verstrekken?

3.14 Er zijn de commissie geen feiten of omstandigheden, zoals de door de consument gestelde product(-inherente) gebreken, gebleken op basis waarvan de verzekeraar gehouden zou zijn tot de door de consument gestelde *product recall*.

Voor zover de consument van mening is dat de verzekeraar ten onrechte geen hersteladvies zou hebben gegeven, geldt dat de verzekeraar tot aan de invoering van het herstelkader beleggingsverzekeringen in 2015 in principe niet gehouden was om de consument in aanvulling op de jaarlijks verstrekte waardeoverzichten erop te wijzen dat zijn beleggingsverzekering vermoedelijk niet het beoogde doelkapitaal zou opleveren. Uit de stukken blijkt dat de consument de verzekering reeds in 2012 heeft afgekocht (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**5).

Conclusie

3.15 Omdat geen van de klachten van de consument doel treft en voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze tegenover de consument tekort is geschoten of onrechtmatig heeft gehandeld, zullen alle vorderingen van de consument worden afgewezen. Bij die stand van zaken behoeven de overige verweren (schending van de klachtplicht en verjaring) van de verzekeraar geen bespreking meer.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor 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 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 overlijdensrisicopremie 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).