Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0391

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. F.H.E. Boerma, drs. J.W. Janse, leden en mr. T.A. van der Vlugt, secretaris)

Klacht ontvangen op	6 augustus 2013
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Den Haag verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	23 mei 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft in 1997 een Perspectief Lijfrenterekening afgesloten bij de verzekeraar. De consument vordert schadevergoeding omdat de verzekeraar niet aan zijn informatie- en waarschuwingsverplichtingen heeft voldaan. De consument doet onder andere een beroep op misleiding en dwaling. Deze klachten en de overige klachten zijn ongegrond. Vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was tot 1 oktober 2014 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- het klachtformulier van de consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de reactie van de consument op de vijf richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep;
- de reactie van de consument op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad.

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

1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 juni 1997 een beleggingsverzekering onder de naam Aegon Perspectief LijfrenteRekening, (hierna: de verzekering), gesloten bij de verzekeraar. Dit product betreft een universal life verzekering. Bij aanvang van de verzekering is een eenmalige premie (koopsom) betaald van NLG 138.354,- (€ 62.782,31). De einddatum is gesteld op 1 mei 2016. De verzekering voorziet in een lijfrente-uitkering die per kwartaal (achteraf) zal worden uitgekeerd aan de consument.

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

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

- een offerte gedateerd 13 mei 1997;
- een aanvraagformulier getekend 13 mei 1997;
- een polisblad gedateerd 30 juni 1997 met aanhangsels en clausules;
- een brochure, genaamd ‘De perspectief lijfrenterekening. Financieel onafhankelijk met pensioen’;
- de voorwaarden, genaamd ‘Algemene Voorwaarden Perspectief LijfrenteRekening AV 1997.1’.

Hierna worden deze stukken gezamenlijk ‘de productdocumentatie’ genoemd.

2.4 In de offerte staat onder andere het volgende vermeld:

"(…)

PERSPECTIEFREKENING

(…)

OFFERTEDATUM : 13-05-1997

(…)

ING. DATUM VERZEKERING : 01-05-1997

EINDDATUM VERZEKERING : 01-05-2016

EENMALIGE PREMIE : FL 138354

LIJFRENTE : FL 3136 PER KWARTAAL ACHTERAF

VOORBEELDPERCENTAGE : 8.00 % (verondersteld i.v.m. bel. eenheden)

(…)

VERZEKERINGSVORM : TIJDELIJKE MET LIJFRENTE UITKERING VAN EEN BEDRAG BIJ VOOROVERLIJDEN GELIJK AAN 110% VAN HET SPAARTEGOED

Op grond van bovengenoemde gegevens zijn onderstaande bedragen van toepassing bij overlijden of leven

(bedragen ultimo jaar)

Jr	*Lyfrente*	*Overl bedrag*	*Leven Bedrag*	*Jr*	*Lyfrente*	*Overl bedrag*	*Leven bedrag*
1	*12544*	*139333*	*126666*	*16*	*12544*	*37270*	*33882*
(…)				*(…)*			
3	*12544*	*131223*	*119294*	*18*	*12544*	*13323*	*12112*
4	*12544*	*126707*	*115188*	*19*	*12544*	*0*	*0*

(…)

Voorbeeldpercentage = 10 %

Jr	Overlbdr	Levenbdr	Jr	Overlbdr	Levenbdr
1	141838	128944	16	111027	100934
2	140840	128036	17	107070	97336
3	139745	127041	18	102732	93393
4	138544	125949	19	97980	89073
5	137227	124752			
6	135784	123440			

Figuur 1 - Voorbeelduitkeringen uit de offerte

(…)

Voorbeeldpercentage = 12 %

Jr	Overlbdr	Levenbdr	Jr	Overlbdr	Levenbdr
1	144341	131219	16	215406	195825
2	146352	133047	17	225462	204965
3	148590	135082	18	236651	215137
4	151083	137348	19	249101	226455
5	153859	139872			
6	156950	142682			
7	160391	145810			

Figuur 2 - Voorbeelduitkeringen uit de offerte

(…)"

2.5 Op het door de consument getekende aanvraagformulier staat onder andere het volgende:

"(…)

Verzekeringsvorm

Ingangsdatum in cijfers:

dag	maand	jaar
01		

☒ volgens offerte nr. 113 d.d. 13-05-97

☐ als volgt:

	omschrijving verzekerd bedrag	einddatum verz.
☒ kapitaal bij overlijden		
☐ kapitaal bij blijvende arbeidsongeschiktheid		
☐ rente bij arbeidsongeschiktheid		
☒ lijfrente	zie bijzn	
☐ kapitaal bij leven		
☐ kapitaal bij overlijden door een ongeval		

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid ☐ wel meeverzekeren ☐ niet meeverzekeren

Premie

Duur in jaren of einddatum in cijfers:

dag	maand	jaar
01		

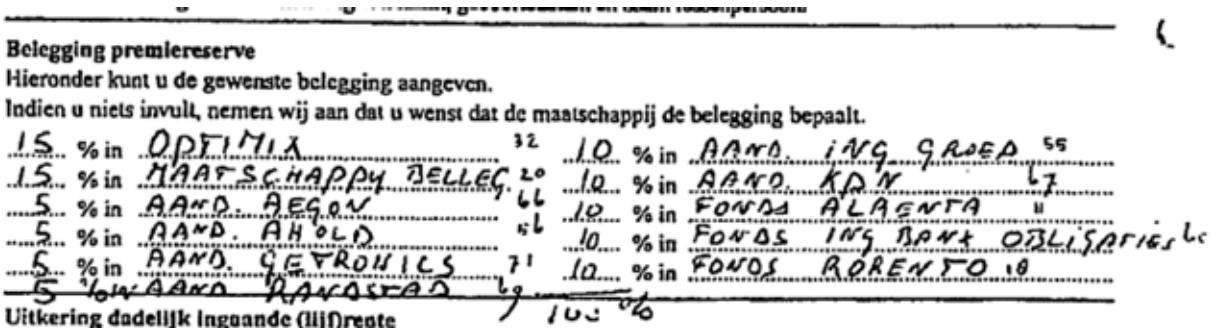
Premie: — per: ☐ jaar ☐ halfjaar ☐ kwartaal ☐ maand

Koopsom: 130.354,—

N.B. De definitieve premievaststelling geschiedt bij de acceptatie van de verzekering.

Figuur 3- Afbeelding van het aanvraagformulier

(…)



Belegging premiereserve
Hieronder kunt u de gewenste belegging aangeven.
Indien u niets invult, nemen wij aan dat u wenst dat de maatschappij de belegging bepaalt.

15 % in OPTIMIX 32
15 % in MAATSCHAPPIJ BELEG. 20
5 % in AAND. AEGON 66
5 % in AAND. AH'OLD 56
5 % in AAND. GETRONICS 71
5 % in AAND. RANDSTAD 69
10 % in AAND. ING GROEP 55
10 % in AAND. KPN 67
10 % in FONDS ALAGENTA 11
10 % in FONDS ING BANK OBLIGATIES 66
10 % in FONDS RORENTO 18

Uitkering dadelijk ingaande (lijfrente

Figuur 4 - Afbeelding van het aanvraagformulier

(…)"

2.6 Op het polisblad staat onder andere:

"(…)
BEGUNSTIGDEN : *1. VERZEKERINGNEMER*
2. ECHTGENOTE VAN DE VERZEKERINGNEMER
3. KINDEREN VAN DE VERZEKERINGNEMER
4. WETTIGE ERFGENAMEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

(…)

AANHANGSEL 10
MET INACHTNEMING VAN DE ALGEMENE EN BIJZONDERE VOORWAARDEN WORDT BIJ IN LEVEN ZIJN VAN DE VERZEKERDE EEN PERIODIEKE UITKERING UITGEKEERD. DE PERIODIEKE UITKERING PER KWARTAAL IS GELIJK AAN 3142.50 UITKERINGSEENHEDEN.

DE WAARDE VAN EEN UITKERINGSEENHEID BEDRAAGT PER 01-06-1997 FL 1.

DE PERIODIEKE UITKERING WORDT UITERLIJK UITGEKEERD TOT 01-05-2016.

DE LAATSTE PERIODE UITKERING BEDRAAGT 2095.00 UITKERINGSEENHEDEN.

(…)

AANHANGSEL 11

MET INACHTNEMING VAN DE ALGEMENE EN BIJZONDERE VOORWAARDEN WORDT BIJ OVERLIJDEN VAN DE VERZEKERDE EEN UITKERING GEDAAN, INDIEN DAT OVERLIJDEN PLAATS VINDT VOOR 01-05-2016.

HET VERZEKERDE BEDRAG IS GELIJK AAN 110 % VAN DE AFKOOPWAARDE VAN DE POLIS, BEREKEND PER HET EINDE VAN DE MAAND WAARIN HET OVERLIJDEN PLAATS VINDT.

(…)

AANHANGSEL 29

Met ingang van 01-06-1997 luidt de verdeling van nieuwe investeringen als volgt:

Fonds NR.	*Omschrijving Fonds*	*Verdeling*
11	*ALRENTA*	*10.00%*
18	*RORENTO*	*10.00%*
20	*MAATSCHAPPIJBELEGGING*	*15.00%*
32	*OPTIMIX*	*15.00%*
55	*ING GROEP*	*10.00%*
56	*AHOLD*	*5.00%*
60	*ING BANK OBLIGATIE FONDS*	*10.00%*
66	*AEGON*	*5.00%*
67	*KONINKLIJKE PTT NEDERLAND*	*10.00%*
69	*RANDSTAD HOLDING*	*10.00%*

CLAUSULE 30

Perspectief Lijfrenterekening op basis van beleggen

Artikel 1 Uitkeringseenheden

1. *Met inachtneming van de Algemene en Bijzondere Voorwaarden wordt tijdens de verzekeringsduur bij in leven zijn van de verzekerde een periodieke uitkering gedaan ter hoogte van het in de Bijzondere Voorwaarden genoemde aantal uitkeringseenheden en de daarbij vermelde waarde.*
2. *De waarde van de uitkeringseenheid wordt telkens na vijf jaar aangepast aan de waarde-ontwikkeling van de fondseenheden. Indien de continuïteit van de uitkeringen dit vereist kan de maatschappij de waarde van de uitkeringseenheid ook tussentijds aanpassen.*

(…)

Artikel 4 Fondseenheden

4. Alle beleggingsopbrengsten komen ten goede aan het betreffende fonds. Alle op het fonds betrekking hebbende belastingen en kosten worden ten laste van het fonds gebracht.
(…)

Artikel 5 Kosten

1. De maatschappij is bevoegd met inachtneming van artikel 5 van de Algemene Voorwaarden de navolgende kosten in rekening te brengen ten laste van de premie en/of de premiereserve van deze verzekering:

a. Kosten ter zake van incasso en aankoop van beleggingen;
b. Kosten ter zake van het afsluiten of verhogen van de verzekering;
c. Administratiekosten;
d. Kosten van risicobeheer;
e. Kosten ter zake van het beheer van de beleggingen;
f. Aan-en/of verkoopkosten van beleggingen bij verandering van belegging of beëindiging van de verzekering.

2. De kosten worden tezamen met eventuele risicopremies aan het eind van elke kalendermaand in mindering gebracht op de premie en/of de premiereserve van de verzekering.

Artikel 6 Rekening overzicht

1. Per het eind van elk kalenderjaar verstrekt de maatschappij aan de verzekeringnemer een rekening overzicht betreffende de verzekering. Dit overzicht vermeldt de in het kalenderjaar ontvangen premies, de in rekening gebrachte risicopremies en kosten en de guldenswaarde van de aan de verzekering toegevoegde eenheden.
(…)"

2.7 In de voorwaarden staat onder andere:

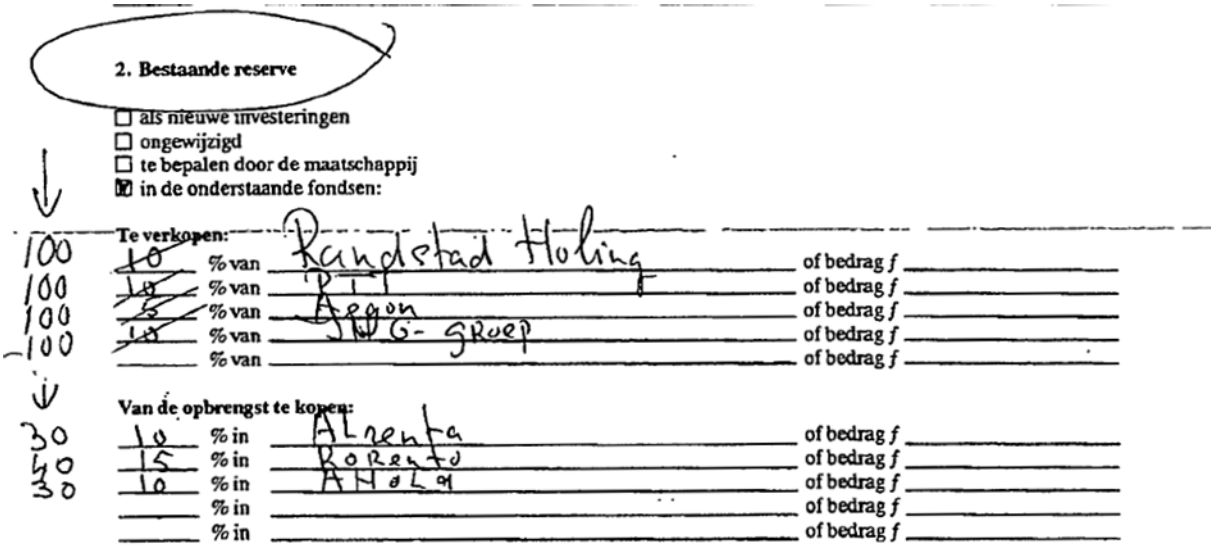
"(…) ***Artikel 5 Premievaststelling***
De hoogte van de premie van deze verzekering wordt door de maatschappij vastgesteld met inachtneming van de volgende grondslagen:
1. De tarieven voor risicopremies en kosten kunnen periodiek - in het vijfde jaar van elke periode - worden herzien.
2. Wijzigingen van tarieven voor risicopremies en kosten gelden voor alle verzekeringen van dezelfde soort met dezelfde ingangsdatum.
3. De risicopremies worden elk jaar op de polisverjaardag aangepast aan de bereikte leeftijd van de verzekerde.(…)"

2.8 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 en de Code Rendement en Risico 1996 van toepassing.

2.9 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering geïnformeerd over de (waarde)ontwikkeling van de verzekering met daarbij een overzicht van de in rekening gebrachte kosten.

2.10 In november 2003 is de consument overgestapt naar een nieuwe tussenpersoon. Naar aanleiding van een gesprek met deze nieuwe tussenpersoon heeft de consument op 24 november 2003 de verzekeraar verzocht de fondsverdeling te wijzigen. Op het door de consument ondertekende wijzigingsformulier staat onder andere:

"(…)



Figuur 5- Afbeelding van het wijzigingsformulier

(…)"

2.11 Naar aanleiding van de fondswijziging in 2003 heeft de verzekeraar de consument een gewijzigd polisblad toegezonden. Onder aanhangsel 29 van het gewijzigde polisblad staat het volgende vermeld:

"AANHANGSEL 29

Met ingang van 01-12-2003 luidt de verdeling van nieuwe investeringen als volgt:

Fonds NR.	*Omschrijving fonds*	*Verdeling*
11	*ALRENTA*	*19,30%*
18	*RORENTO*	*22,41%*
20	*MAATSCHAPPIJBELEGGING*	*15,00%*
32	*OPTIMIX MIX FUND*	*15,00%*
56	*AHOLD*	*14,30%*
60	*ING BANK OBLIGATIE FONDS*	*10,00%*
85	*TPG NV*	*3,99%"*

2.12 Bij brief van 18 december 2011 heeft de consument bij de verzekeraar geklaagd over de verzekering. De brief diende ook beschouwd te worden als stuiting van de verjaring van nog in te stellen rechtsvorderingen. De verzekeraar heeft bij brief van 10 januari 2012 op de klachtuiting van de consument gereageerd.

2.13 In december 2012 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat zij 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 lager zijn geweest dan het afgesproken maximum.

2.14 Op 8 juni 2013 heeft de consument zich nogmaals beklaagd bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft bij brief van 25 juli 2013 afwijzend gereageerd op de klacht. Vervolgens is de klacht na doorverwijzing door de Ombudsman Financiële Dienstverlening in december 2013 ter behandeling bij de Geschillencommissie ingediend.

2.15 Op 26 juni 2014 heeft de consument per mail informatie over onder andere de kosten en de gewijzigde fondsverdeling bij de verzekeraar opgevraagd. Bij brief van 15 juli 2014 heeft de verzekeraar op de verzoeken van de consument gereageerd. In de brief staat onder andere het volgende vermeld:

"(…) Op uw verzoek hebben wij deze gegevens voor u uitgesplitst, opgeteld en doorgerekend.

Kosten verzekeringsadviseur:

- *Afsluitprovisie: € 941,73 (A-kosten)*
- *Doorloopprovisie: € 0,00*

Kosten Aegon:

- *Afsluitkosten: € 1.255,65 (A-kosten)*
- *Doorlopende kosten: € 930,70 (C-kosten)*

Overige kosten Aegon:

- *Aan- en verkoopkosten: € 1.347,52 inclusief de aan- en verkoopkosten bij switch (F-kosten)*
- *Beleggingskosten: € 2.629,31 (E-kosten)*

Premie voor de overlijdensrisicodekking: € 106,87

Totale bruto lijfrente-uitkeringen: € 67.015,37

Toevoeging kostenreductie (regeling 2012) per 1 januari 2014: € 32,27

Gestorte koopsom: € 62.782,31

Waarde per 30 juni 2014: € 2.697,63 (…)"

De klacht en vordering

2.16 De consument vordert, zoals de commissie begrijpt, een schadevergoeding van de verzekeraar ter hoogte van € 29.818,-. Dit betreft het verschil tussen de totale som aan uitkeringen op de einddatum van de verzekering (door de consument gesteld op € 72.421,-) en de totale som van uitkeringen op dezelfde einddatum (door de consument gesteld op € 102.239,-) als de consument een klassieke lijfrente zonder beleggingsrisico had afgesloten. Daarnaast vordert de consument vergoeding van de kosten voor rechtsbijstand ter hoogte van 8 liquidatiepunten als omschreven in artikel 40 lid 9 van het reglement. Subsidiair vordert de consument premierestitutie vermeerderd met wettelijke rente per vervaldata en een extra schadeloosstelling voor verstrekte valse informatie over de rendementen. Meer subsidiair vordert de consument dat de door de consument op enig moment op eigen initiatief getroffen schadebeperkende maatregelen met terugwerkende kracht tot aan de ingangsdatum worden doorgevoerd dan wel een fiscaal geruisloze omzetting naar een product met een groter economisch nut. De nog meer subsidiaire vordering betreft de situatie dat de verzekeraar een tijdige herstelactie had uitgevoerd waarbij de verzekeraar schade-beperkende maatregelen binnen een verder ongewijzigd gebleven voortzetting van de verzekeringsovereenkomst dan wel de fiscale geruisloze omzetting naar een product met een groter economisch nut had gefaciliteerd. Verder vordert de consument vernietiging van artikel 4 lid 4 en artikel 5 van de algemene voorwaarden die opgenomen zijn onder clausule 30 en betrekking hebben op de kosten en de overlijdensrisicopremie.

2.17 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden om de volgende redenen:

- Er is bij de polis sprake van 'productinherente' gebreken en zorgplichtschendingen. De product-inherente gebreken vloeien voort uit de beleggingstechnische implicaties van de disproportionele kosten-en risicopremiestructuur met als gevolg dat de consument (voortdurend) is misleid en heeft gedwaald.

- Vóór sluiting van de verzekeringsovereenkomst had de verzekeraar informatie over de premie en de omschrijving van de verzekeringsdekking moeten verschaffen, teneinde de consument in staat te stellen inzicht te krijgen in het verband tussen de premie en de uitkering, de verschillende wijzen waarop de premie wordt gebruikt en de criteria die van invloed zijn op de hoogte van het voor de beleggingen respectievelijk voor ander doeleinden gebruikte premiebedrag. Dit heeft de verzekeraar niet gedaan waardoor wilsovereenstemming heeft ontbroken over de nominale hoogte van de kosten- en risicopremieonttrekkingen.

Als de consument bij aanvang had geweten dat de nominale kosten-en risicopremie-structuur een disproportioneel vermogensbeslag zouden leggen, dan zou zij de verzekering niet zijn aangegaan.

- De verzekeraar had bij de polisafgifte moeten verifiëren of aan de consument deugdelijk advies was verstrekt, en of zij was gewezen op de mis-match tussen portefeuillemodel en risicobereidheid, en of bij die gelegenheid was gewaarschuwd voor de grote kans op restschuld en op de extreme risico's van 'verpakt' beleggen. Daarnaast had de verzekeraar na moeten gaan of de tussenpersoon de consument had gewaarschuwd voor de grote kans dat het voorspiegelde vermogen niet zou worden behaald.

- De gewijzigde fondsverdeling, zoals vastgesteld op het gewijzigde polisblad (zie 2.11), wijkt af van de door de consument ingevulde wijzigingsaanvraag. Er is geen opdracht gegeven om het aandeel in het fonds 'TPG NV' te behouden, dit aandeel had moeten worden omgezet naar het fonds 'RORENTO'. De consument heeft hierdoor extra en dus onnodig verlies geleden. Ook had de verzekeraar bij de poliswijziging moeten wijzen op het feit dat aan de consument in het geheel geen polis had mogen worden aangeboden waarin gebruik wordt gemaakt van beleggen.

- De kosten- en risicopremiebedingen ontberen de vereiste materiele transparantie en hebben het karakter van een oneerlijk beding waardoor de kosten- en risicopremie-bedingen vernietigbaar zijn.

Het verweer

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

3. De beoordeling

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

Zijn de vorderingen verjaard?

3.2 Uitgangspunt is dat wanneer de verzekeraar zich op verjaring beroept, op hem de last rust de feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjaringstermijn is gaan lopen (zie artikel 3:310 BW).

De verzekeraar stelt in algemene zin weliswaar dat de consument zowel voorafgaand aan het afsluiten als gedurende de looptijd van de verzekering is geïnformeerd over de kenmerken van de verzekering, maar laat na in dat verband nader te onderbouwen in hoeverre zij daarmee al bekend was met hetgeen waarover zij nu klaagt, zodat de commissie niet kan vaststellen of en zo ja, op welk moment de verjaringstermijn is gaan lopen. Dit betekent dat de commissie het beroep op verjaring afwijst en de klacht inhoudelijk zal beoordelen.

Klachten over het advies en het optreden van de tussenpersoon

3.3 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het handelen of nalaten van de bij het afsluiten van de verzekering betrokken tussenpersoon. De klachten van de consument over het advies en/of het handelen of nalaten van de tussenpersoon, waaronder het gestelde over de verificatie van deugdelijk beleggingsadvies treffen de verzekeraar dus niet en blijven verder buiten beschouwing.

Beoordelingskader

3.4 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.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.5 Uit de productdocumentatie blijkt dat sprake is van een beleggingsverzekering, waarbij de eenmalige inleg voor risico van de consument in de door haar gekozen fondsen wordt belegd, er kosten in rekening worden gebracht en voor de overlijdensdekking een risicopremie. Verder staan op de overgelegde offerte voorbeelden vermeld van de met de verzekering mogelijk te behalen resultaten als er gedurende de looptijd een bepaald rendement wordt behaald. Hieruit volgt ook dat zowel de uitkeringsduur als de hoogte van de lijfrente-uitkeringen niet gegarandeerd zijn, maar afhankelijk van het te behalen resultaat op de beleggingen. Dit blijkt ook uit aanhangsel 10 en clausule 30 (zie 2.6). Het is een feit van algemene bekendheid dat aan beleggen het risico is verbonden dat de daarmee te behalen rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Voor zover de consument het voorgaande niet heeft begrepen komt dat voor eigen rekening. Van product inherente gebreken of van in de offerte opgenomen onjuiste of onrealistische voorbeeldrendementen (de consument spreekt in dat verband over valse informatie) is de commissie niet gebleken en dit wordt verder ook niet onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat van dwaling geen sprake is, daarom is deze klacht ongegrond.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan?

3.6 De commissie stelt vast dat de met de aan de consument verstrekte product-documentatie de op grond van de van toepassing zijnde Riav 1994 voorgeschreven informatie heeft verstrekt.

3.7 Ten tijde van het aangaan van de verzekering was de CRR 1996 van toepassing. De commissie constateert dat de daarin voorgeschreven waarschuwingsteksten niet in de productdocumentatie zijn opgenomen en dat in zoverre niet aan de CRR 1996 is voldaan. Daarmee is de verzekeraar jegens de consument tekortgeschoten. Er zijn echter geen feiten of omstandigheden gesteld of gebleken op basis waarvan kan worden aangenomen dat indien de aan de consument verstrekte productdocumentatie wel geheel aan de eisen van CRR 1996 zou hebben voldaan, de consument de beleggingsverzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan. Dit betekent dat de commissie niet kan vaststellen dat de consument als gevolg van de tekortkoming van de verzekeraar enige schade heeft geleden.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.8 In clausule 30 bij de polis heeft de verzekeraar in artikel 5 opgegeven welke kosten voor de verzekering in rekening gebracht (kunnen) worden. Dit zijn:

a. Kosten ter zake van incasso en aankoop van beleggingen;
b. Kosten ter zake van het afsluiten of verhogen van de verzekering;
c. Administratiekosten;
d. Kosten van risicobeheer;
e. Kosten ter zake van het beheer van de beleggingen;
f. Aan-en/of verkoopkosten van beleggingen bij verandering van belegging of beëindiging van de verzekering.

In lid 2 van dit artikel staat vermeld dat voornoemde kosten tezamen met de eventuele risicopremie in mindering worden gebracht op de premie en/of de premiereserve van de verzekering. Uit de overgelegde stukken waaronder het door de verzekeraar per brief van 15 juli 2014 aan de consument verstrekte overzicht van de in rekening gebrachte kosten en overlijdensrisicopremie is de commissie niet gebleken dat er andere kosten dan hiervoor genoemd in rekening zijn gebracht. De commissie is dan ook van oordeel dat over de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten en ingehouden overlijdensrisicopremie wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Dat er voor wat betreft de in rekening gebrachte kosten sprake zou zijn geweest van een "disproportioneel vermogensbeslag" is de commissie niet gebleken. Deze stelling vindt geen steun in de overgelegde stukken en wordt ook niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt. In dat verband valt uit de stukken op te maken dat de bij de verzekering in rekening gebrachte kosten (en overlijdensrisicopremie) aan het zogenoemde Stichtingsakkoord zijn getoetst en dit niet tot een vergoeding heeft geleid (zie 2.13).

(Te hoge) overlijdensrisicopremie?

3.9 Uit het aanvraagformulier blijkt dat de consument voor een overlijdensrisicodekking heeft gekozen. Uit de polis blijkt ook duidelijk dat sprake is van een beleggingsverzekering met een overlijdensrisicodekking. Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel dat de overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Daarnaast volgt uit artikel 5 lid 3 van de voorwaarden en uit artikel 5 lid 2 van het polisblad onder clausule 30 dat de hoogte van de risicopremie kan fluctueren door herrekeningen op basis van de leeftijd van de consument en dat deze maandelijks in mindering wordt gebracht op de premie en/of premiereserve. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

3.10 De consument stelt ook dat zij ten onrechte niet is geïnformeerd over de hoogte van de overlijdensrisicopremie, dat deze te hoog is geweest en dat, zoals de commissie begrijpt, er ook voor wat betreft de in rekening gebrachte overlijdenspremie sprake was van een disproportioneel vermogensbeslag. In dat verband is tussen partijen niet in geding dat aan overlijdensrisicopremie over de periode van aanvang in 1997 tot 1 juli 2014 (een kleine twee jaar voor de beoogde beëindigingsdatum in 2016) in totaal een bedrag ter grootte van € 106,87 in rekening is gebracht. Dit betreft, gelet op de totaal betaalde premie van € 62.782,31 (zie 2.15), een gering bedrag. Hieruit volgt dat van een te hoge risicopremie of disproportioneel vermogensbeslag geen sprake is. Dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

Informatieverplichting over het hefboom- en inteereffect?

3.11 Voor zover de consument van mening is dat zij ten onrechte niet is geïnformeerd c.q. gewaarschuwd voor het aan de overlijdensrisicodekking (op basis van universal life) verbonden hefboom- en inteereffect geldt dat in dit geval geen sprake is van het reële (bijzondere) risico dat de verzekering kon komen te vervallen zonder dat bij vóóroverlijden een overlijdensuitkering zou worden uitgekeerd. In dat verband blijkt uit de polis dat de dekking bij vooroverlijden geen vast bedrag betreft maar gelijk is aan het op dat moment in de verzekering aanwezige tegoed vermeerderd met 10% (zie het polisblad). Het hefboom- en inteereffect doet zich dan niet voor. Daarnaast is niet in geding (zie 3.10) dat de totaal tot in 2014 in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie (relatief) gering was.

Klachten over de fondswijziging

3.12 De consument stelt dat zij onnodig verlies heeft geleden door de afwijking tussen de gewijzigde polis en de door haar ingevulde wijzigingsaanvraag in 2003. In dat verband stelt de consument, kort gezegd, dat met deze wijzigingsaanvraag ook opdracht zou zijn gegeven het fonds TPG te verkopen.

Deze stelling vindt echter geen steun in de betreffende wijzigingsaanvraag, daarin wordt dit fonds niet genoemd (zie 2.10.) Van een onrechtmatig handelen of een tekortkoming is dan ook geen sprake. Bovendien blijkt uit de stukken dat de verzekeraar naar aanleiding van deze switch de consument een nieuw polisblad heeft toegestuurd (zie 2.11), waarop de gewijzigde beleggingssamenstelling zichtbaar was. Daarna ontving de consument jaarlijks voor het eerst in januari 2004 een rekening-overzicht waaruit bleek in welke fondsen er werd belegd. De consument heeft ruim tien jaren geen vragen gesteld over deze overzichten en/of de wijze waarop de verzekeraar het voornoemde wijzigingsverzoek heeft verwerkt. De verzekeraar mocht daarom erop vertrouwen dat de switch in lijn was met het verzoek van de consument. Dit klachtonderdeel slaagt ook daarom niet.

Is voldaan aan de verplichtingen inzake het informeren over de fondsbeheerkosten (TER)?

3.13 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft belegd. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door de verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of de verzekeraar de consument over deze kosten moest informeren en of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement.[1]

3.14 De consument heeft de verzekering vóór 1 oktober 1998 afgesloten. Op dat moment gold er nog geen verplichting voor verzekeraars om verzekeringnemers over de fondsbeheerkosten te informeren.[2] Dit betekent dat het klachtonderdeel over de fondskosten niet slaagt.

Oneerlijke bedingen?

3.15 De consument heeft betoogd dat de bedingen in artikel 5 en 4 lid 4 van clausule 30 en artikel 5 van de voorwaarden niet voldoende duidelijk of transparant zijn en daarom als oneerlijk of onredelijk bezwarend buiten toepassing zouden moeten blijven.

3.16 Het is de commissie niet gebleken dat sprake zou zijn van onredelijk bezwarende bedingen. In dat verband merkt de commissie op dat niet is gebleken dat de op basis van de kostenbedingen door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten 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.

[1] Vergelijk CvB 2018-010, r.o. 5.11
[2] Zie CvB 2017-035, r.o. 4.30

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. Het voorgaande geldt ook voor de bedingen die betrekking hebben op de overlijdensrisicodekking. In dat verband is hiervoor onder 3.10 al vastgesteld dat van een te hoge overlijdensrisico-premie of een disproportioneel vermogensbeslag niet is gebleken. 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.

3.17 De slotsom is dat de commissie niet is gebleken dat, zoals door de consument gesteld, er sprake zou zijn van oneerlijke bedingen als bedoeld in de richtlijn, die als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Conclusie

3.18 Hiervoor is vastgesteld dat de klachten van de consument niet slagen. De vorderingen van de consument worden daarom afgewezen.

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

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 42 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 informatie-verplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

Overlijdensrisicodekking

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

Het hefboom- en inteereffect

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

Schadevergoeding

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