Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0132

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. ing. A.J. Verdaas, M.V. Tjia, leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	13 februari 2024
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 met de naam AMEV Beleggingsverzekering, afgesloten in 2002. De consument stelt onder andere dat de verzekeraar in zijn informatie- en zorgverplichtingen tekort is geschoten, dat hij heeft gedwaald, er kosten in rekening zijn gebracht waarover geen wilsovereenstemming bestaat en dat is er sprake is van meerdere onredelijk bezwarende kostenbedingen. De commissie stelt vast dat de verzekeraar voor wat betreft de in rekening gebrachte kosten 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 gebleken. De klachten van de consument zijn voor het overige ongegrond. 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 (hierna: het reglement)] en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier met 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 bijlagen bij dupliek.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims), 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 had door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 2 september 2002 een beleggingsverzekering met de naam AMEV Beleggings-verzekering, (hierna: de verzekering), gesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit product betreft een universal life verzekering. De jaarlijks te betalen premie was, naast een eenmalige storting ter grootte van € 10.000,-, bepaald op € 1.000,- en de einddatum van de verzekering op 2 september 2032. De verzekering werd verpand ter aflossing van een hypothecaire geldlening.

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 volgens opgave van de verzekeraar de volgende stukken aan de consument verstrekt:

- een offerte met financiële bijsluiter (niet overgelegd);
- een aanvraagformulier getekend op 25 augustus 2002;
- een polisblad, het polisblad uit 2002 is niet overgelegd, door de consument is een polisblad van 27 augustus 2015 overgelegd;
- de algemene voorwaarden serie 221, hierna 'de voorwaarden'.

Hierna worden deze stukken gezamenlijk aangeduid als 'de productdocumentatie'.

2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) 1998, de Code Rendement en Risico (CRR) 2022, het Besluit Financiële Bijsluiter (Stb. 2001, 670) en de Nadere Regeling financiële bijsluiter 2002 van toepassing.

2.5 In het aanvraagformulier staat onder andere het volgende:

"(…) Ondertekening

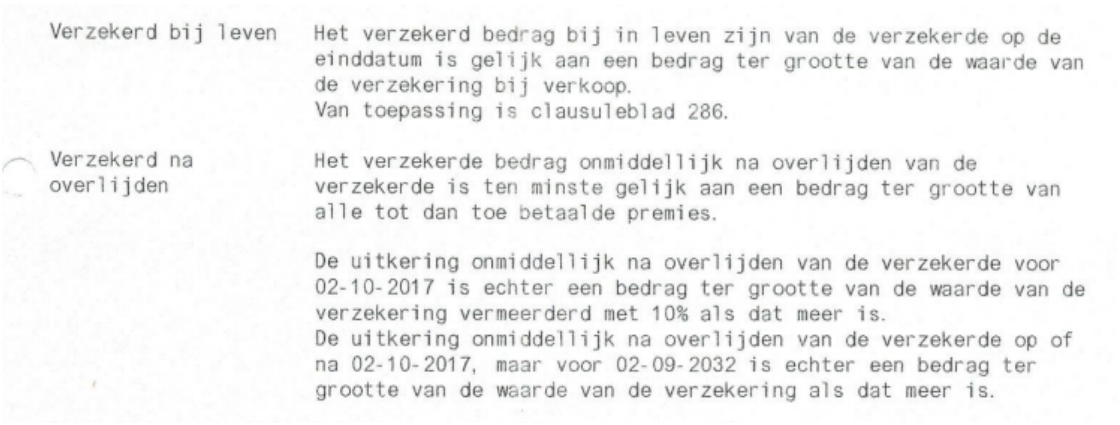
(…)

De verzekeringnemer verklaart een offerte met productleeswijzer ontvangen te hebben en akkoord te gaan met toepassing van de algemene voorwaarden. De algemene voorwaarden liggen bij AMEV Levensverzekering en kunnen op verzoek nu reeds worden toegezonden.

Deze verzekering kan binnen twee weken na ontvangst van de polis schriftelijk worden opgezegd. (…)"

2.6 Op de overgelegde polis staat onder andere:

"*(…)*



Verzekerd bij leven	Het verzekerd bedrag bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum is gelijk aan een bedrag ter grootte van de waarde van de verzekering bij verkoop. Van toepassing is clausuleblad 286.
Verzekerd na overlijden	Het verzekerde bedrag onmiddellijk na overlijden van de verzekerde is ten minste gelijk aan een bedrag ter grootte van alle tot dan toe betaalde premies. De uitkering onmiddellijk na overlijden van de verzekerde voor 02-10-2017 is echter een bedrag ter grootte van de waarde van de verzekering vermeerderd met 10% als dat meer is. De uitkering onmiddellijk na overlijden van de verzekerde op of na 02-10-2017, maar voor 02-09-2032 is echter een bedrag ter grootte van de waarde van de verzekering als dat meer is.

(…)""

Figuur 1 tekst uit polisblad

2.7 In de voorwaarden staat onder andere:

"*(…)*

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

Aankoopkoers
Koers waartegen de verzekeringnemer units kan aankopen bij AMEV Leven. De aankoopkoers is gelijk aan de met een percentage verhoogde unitmiddenkoers.

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

Waarde van de verzekering
De totale waarde van de tegen unitmiddenkoers 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 gelijktijdige aankoop voor het vrijkomende bedrag van units in één of meer andere fondsen.

(…)

ARTIKEL 3
Aanvang en einde van de verzekering
(…)
3.2 ***Aanvang van de verzekering***
De verzekerde risico's zijn gedekt vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

3.2 ***Opzegtermijn***
De verzekeringnemer heeft het recht binnen twee weken na ontvangst van de polis de verzekering op te zeggen. Deze opzegging dient schriftelijk te geschieden. Vanaf het moment dat de opzegging AMEV Leven heeft bereikt, wordt de verzekering geacht nimmer tot stand te zijn gekomen. Reeds betaalde premies worden gerestitueerd, waarbij rekening kan worden gehouden met het door AMEV Leven geloπen beleggingsrisico. (…)

ARTIKEL 4
(…)
4.5 ***Extra storting***
De verzekeringnemer heeft het recht binnen de door AMEV 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 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. (…)

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. (…)

ARTIKEL 6
Fondsen

6.1 ***Beleggingsbeleid***
De voor belegging in fondsen beschikbare gelden worden belegd in beleggingsobjecten van het fonds. De verkregen beleggingsopbrengsten, 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 beleggingsopbrengsten 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. (…)

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

(…)

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 maandelijks met de waarde van de verzekering verrekend.

(…)

ARTIKEL 11
Verrekening risicopremie en kostenvergoedingen

11.1 ***Maandelijkse verrekening risicopremie en kostenvergoedingen***
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. (…)

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.

(…)

ARTIKEL 14
Aanpassing risicopremies en kostenvergoedingen

14.1 ***Risicopremies en kostenvergoedingen***
De voor deze verzekering geldende risicopremies voor de overlijdensdekking en de hoogte van de kostenvergoedingen zijn gedurende een tijdvak van vijf jaar vanaf de ingangsdatum gegarandeerd. AMEV 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 kostenvergoedingen zijn gedurende het nieuwe tijdvak van vijf jaar gegarandeerd. Maakt AMEV Leven geen gebruik van dit recht, dan gelden gedurende het nieuwe tijdvak van vijf jaar de tot dan toe gehanteerde risicopremie en kostenvergoedingen.

(…)

ARTIKEL 20
Slotbepalingen
(…)
20.7 ***Mutaties***
Gemaakte kosten in verband met de verzekering, inclusief kosten vanwege wijziging van de polis, kunnen aan de verzekeringnemer in rekening worden gebracht, danwel 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 gelden vanaf 2002 en kunnen door AMEV Leven jaarlijks worden aangepast.

(…)

Toelichting

AMEV Beleggingsverzekering
De AMEV Beleggingsverzekering is een flexibele levensverzekering die beleggen en verzekeren op een aantrekkelijke manier combineert. Deze verzekering biedt u het rendement van beleggen en de zekerheid van verzekeren. De AMEV Beleggingsverzekering is te gebruiken voor uw pensioen en vermogensopbouw, eventueel in combinatie met uw hypotheek. Bij de AMEV Beleggingsverzekering heeft u alle vrijheid. De premie betaalt u per jaar, per halfjaar, per kwartaal of per maand. De hoogte van uw premie kunt u variëren.

De einddatum kunt u aanpassen aan uw wensen, Eerder stoppen met premie betalen is ook geen probleem. Bovendien zijn er diverse risicodekkingen. En, het belangrijkste, u bepaalt zelf hoe uw geld wordt belegd. Dit kan in één of meer beleggingsfondsen. Elk met z'n eigen rendement en risico. Het beleggen zelf wordt overgelaten aan de beleggingsexperts van Fortis Investment Management. Door beleggingen te spreiden en op tijd te switchen, kunt u risico's verminderen. U bent dus nooit gebonden aan uw eerste keuze.

Deze vrijheid in beleggen tezamen met de flexibiliteit in premiebetaling, einddatum en risicodekkingen maakt de AMEV Beleggingsverzekering tot een moderne levensverzekering met oplossingen op maat.

Waardeontwikkeling
De AMEV Beleggingsverzekering is een levensverzekering met beleggingsrisico. De premies worden belegd in de beleggingsfondsen. Ieder beleggingsfonds heeft een eigen verhouding van rendement en risico.

De verzekeringnemer heeft met de keus van het beleggingsfonds zelf grote invloed op de waardeopbouw van de te beleggen gelden. De totale waarde van de units die voor de premies zijn aangekocht, vormen de waarde van de verzekering.
Na overlijden van de verzekerde wordt een gegarandeerd verzekerd bedrag uitgekeerd.
Voor de waardeontwikkeling van uw verzekering is het volgende van belang:
1. *de premie die wordt toegevoegd aan de waarde van de verzekering en het daarmee gemaakte rendement;*
2. *de premie voor de overlijdensdekking;*
3. *indien meeverzekerd, de premie voor de verzorgerclausule en/of de arbeidsongeschiktheidsdekking;*
4. *de kosten;*
5. *het aan de verzekering toe te voegen rendement.*

De waarde van de verzekering
Voor iedere premie worden direct units aangekocht in de gekozen beleggingsfondsen. De waarde van de verzekering is gelijk aan de waarde van de units die aan de verzekering kan worden toegerekend.

Premie overlijdensdekking
De premie voor de overlijdensdekking wordt iedere maand onttrokken aan de waarde van de verzekering. De hoogte van deze risicopremie is afhankelijk van het gegarandeerde verzekerd bedrag, het geslacht en de leeftijd van de verzekerde.

Kosten
Er is een aantal kostencomponenten:
- totstandkoming van de verzekering;
- beheer van de verzekering;
- beheer van de beleggingen.

Overzicht waardeontwikkeling
Het hieronder gegeven cijfervoorbeeld is alleen als voorbeeld bedoeld. De uiteindelijke resultaten zijn niet te voorspellen.

Het is dan ook waarschijnlijk dat uw daadwerkelijke rendement in de toekomst niet gelijk zal zijn aan het hieronder vermelde. De gegeven voorbeeldwaarden zijn na aftrek van alle kosten, maar vóór effecten van inkomstenbelasting.

Voorbeeld

Geslacht:	man
Leeftijd:	30 jaar
Looptijd verzekering:	30 jaar
Premie:	€ 100,-- per maand
Fonds:	AMEV Mixfonds
Overlijdensdekking:	90% van de waarde van de verzekering

Verstreken looptijd in jaren	Som betaalde premie	De uitkeringen bij afkoop en op de einddatum		
		1	2	3
1	1.200	476	531	569
3	3.600	2.104	2.323	2.679
5	6.000	3.886	4.283	5.370
10	12.000	9.267	10.033	15.673
15	18.000	16.904	17.735	34.828
20	24.000	26.685	26.904	68.655
25	30.000	39.323	37.847	128.482
30	36.000	55.936	50.957	234.571

Figuur 2 kolom met onder andere voorbeelden van afkoopwaardes

Bovenstaande bedragen zijn in euro.

De afkoopwaarde is het bedrag dat bij afkoop (voortijdige beëindiging van de verzekering) door de verzekeraar aan u wordt uitgekeerd.
Dit bedrag stelt de waarde van uw verzekering voor:
1. op basis van pessimistische rendementspercentages;
2. bij een bruto rendement van 4%;
3. op basis van historie.

In de tabel ziet u onder andere een voorbeeld van wat u in handen zou krijgen bij een pessimistische ontwikkeling van de financiële markten. De berekening is gebaseerd op door de toezichthouder voorgeschreven rendementen en is afhankelijk van een aantal veronderstellingen en de aard van de beleggingen. De uiteindelijke uitkomst kan naar boven maar ook naar beneden afwijken. Het bruto voorbeeldpercentage van 4% is eveneens door de toezichthouder voorgeschreven en is voor alle producten gelijk. De tabel is bedoeld om u een indruk te geven van de verschillen in de mogelijke uitkomsten

Bij een voorbeeld van een pessimistische rendementsontwikkeling bedraagt het netto rendement op de premie(s) op de einddatum 2,8% per jaar. Bij een bruto voorbeeldrendement van vier procent bedraagt het netto rendement op de premie(s) op de einddatum 2,2% per jaar. Op basis van het netto historisch rendement bedraagt het rendement op de premie(s) op de einddatum 10,6% per jaar.

Deze verzekeringsovereenkomst is een overeenkomst voor de lange termijn. Indien u deze verzekeringsovereenkomst voortijdig beëindigt gedurende de eerste jaren van de looptijd, kunt u beduidend minder ontvangen dan u aan premies ingelegd heeft.

De waarde van beleggingen kan fluctueren. Rendementen vanuit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst.

Financiële bijsluiter
(…)
Alle aanbieders van financiële producten (waaronder verzekeraars) moeten voor ieder 'complex' product een financiële bijsluiter opstellen, waarin een uitleg wordt gegeven van de risico's die aan het product kleven. Met behulp van de bijsluiter krijgt u meer inzicht in het product dat u aanschaft en ook bent u beter in staat om diverse aanbiedingen met elkaar te kunnen vergelijken. Voor verzekeringsproducten vallen beleggingsverzekeringen en levensverzekeringen met winstdeling onder de definitie van complex product.

Bij een levensverzekering met beleggingsrisico wordt de betaalde premie of inleg belegd. Meestal is dat niet de hele premie of inleg. Premies voor verzekerde risico's en kosten worden hiervan afgetrokken. Hoe de premie wordt belegd, kunt u zelf kiezen: in aandelen, obligaties, deposito's, vastgoed of nog anders, al of niet in gecombineerde vormen (de zogenoemde mixfondsen). (…)

Voor de AMEV Beleggingsverzekering is een financiële bijsluiter opgesteld met informatie over het product, de kosten en de risico's, U ontving deze financiële bijsluiter bij de offerte. Heeft u vragen over de inhoud van de financiële bijsluiter? Neem dan contact op met uw verzekeringsadviseur. (…)"

2.8 De consument heeft gedurende de looptijd van de verzekeringen verschillende wijzigingen doorgevoerd voor wat betreft de fondsen waarin werd belegd en is periodiek geïnformeerd over de (waarde)ontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de Modellen van Commissie De Ruiter.

2.9 Per brief van 26 augustus 2008 heeft de consument zich bij de verzekeraar over de verzekering beklaagd en de verzekeraar onder andere aansprakelijk gesteld. Per brief van 13 oktober 2008 heeft de verzekeraar hier afwijzend op gereageerd.

2.10 In augustus 2011 heeft de verzekeraar de consument bericht dat uit hoofde van de zogenoemde compensatieregeling de verzekering niet voor vergoeding in aanmerking kwam.

2.11 Per brief van 15 september 2014 heeft de consument de verzekeraar opnieuw aansprakelijk gesteld. In de brief staat vermeld dat deze brief tevens bedoeld is als handeling om de verjaring te stuiten.

2.12 Op verzoek van de consument is de verzekering in juli 2016 afgekocht. De afkoopwaarde van € 18.595,08 is daarbij door de verzekeraar uitgekeerd.

2.13 Per brief van 29 mei 2019 heeft de consument zich opnieuw bij de verzekeraar beklaagd en heeft vervolgens na de reactie van de verzekeraar van 23 juli 2019 zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.14 De consument vordert:

- Primair € 138.491,-. Dit betreft het doelkapitaal van € 173.086,- dat de consument naar eigen zeggen voor ogen had, minus de afkoopwaarde van € 18.595,- minus niet betaalde premies tot de einddatum ter grootte van € 16.000,-. Bij repliek heeft de consument, zoals de commissie het begrijpt, deze primaire vordering van € 138.491,- verlaagd naar € 100.000,-.

- Subsidiair € 16.865,-. Dit betreft de volgens de consument totaal ingelegde premie vermeerderd met wettelijke rente en verminderd met de afkoopwaarde.

- Meer subsidiair een bedrag van € 9.588,- bestaande uit niet overeengekomen kosten vermeerderd met wettelijke rente.

Daarnaast vordert de consument als vergoeding voor kosten rechtsbijstand een bedrag van (in totaal) € 2.500,-.

2.15 Volgens de consument is de verzekeraar tot vergoeding gehouden omdat de consument bij het sluiten van de beleggingsverzekering heeft gedwaald over (een deel van) de kosten, over bepaalde kosten wilsovereenstemming ontbreekt, er sprake is van verschillende oneerlijke (kosten)bedingen en de verzekeraar jegens de consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de op hem rustende informatie en zorgverplichtingen en/of bij de totstandkoming dan wel uitvoering van de verzekering onrechtmatig jegens de consument heeft gehandeld. De consument heeft daarbij onder andere het volgende aangevoerd:

- Verzekeraar heeft niet gehandeld conform de ten tijde van het afsluiten van de verzekering geldende voorschriften van de RIAV 1998 en CRR 1998;

- De voorwaarden zijn bij het afsluiten niet ter hand gesteld;

- Er is geen offerte ontvangen;

- Er zijn geen meerdere voorbeeldkapitalen gepresenteerd;

- Er is geen productinformatie verstrekt;

- De verbondsbrochure over beleggingsverzekeringen is niet verstrekt;

- Er is geen informatie verstrekt over de in te houden kosten verzekeraar en over het mogelijk in rekening gebrachte rentekosten. Het in rekening brengen van rentekosten is ook onrechtmatig omdat er geen kredietovereenkomst is afgesloten.

Ook is noch voor noch tijdens het afsluiten melding gemaakt dat naast kosten verzekeraar er ook nog fondsbeheerkosten zijn van onderliggende fondsen/subfondsen.

- De verzekeraar heeft het beheer van de beleggingen uitbesteed. Daar bestaat geen wilsovereenstemming over.

- De verzekeraar wist dat het op te bouwen kapitaal nodig was voor aflossing van de hypotheek. Het is dan niet passend om volledig in een zeer risicovol aandelenfonds te beleggen.

- De verzekeraar heeft waarschijnlijk eerste kosten in rekening gebracht die niet zijn overeengekomen.

- Op grond van de Riav 98, CRR 98 en de Richtlijn Oneerlijke Bedingen was de verzekeraar verplicht om te vermelden welke kosten er zouden worden ingehouden, maar heeft dat niet gedaan. Er is sprake van bedrog.

Het verweer

2.16 De verzekeraar voert verweer 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 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 informatie is er bij de totstandkoming van de verzekering verstrekt?

3.2 De consument stelt dat de verzekeraar op verschillende punten niet heeft voldaan aan de op hem rustende informatieverplichtingen. Er is onder andere geen offerte of productinformatie verstrekt. De verzekeraar stelt hiertegenover dat er wel een offerte is verstrekt en verwijst hiervoor naar het aanvraagformulier. De commissie oordeelt als volgt.

3.3 Tussen partijen is niet in geding dat de verzekering is afgesloten door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon. In het daarbij door de consument getekende aanvraagformulier (zie 2.5) verklaart de consument dat hij een offerte met product-leeswijzer heeft ontvangen, zodat het er ook voor gehouden moet worden dat deze voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering is verstrekt.

De verzekeraar brengt in dat verband verder naar voren dat er blijkbaar nog gebruik is gemaakt van een oud aanvraagformulier, omdat vanaf 1 juli 2002 bij de offerte niet meer de Productleeswijzer maar de Financiële Bijsluiter werd verstrekt. De commissie heeft geen reden om aan te nemen dat dit niet juist zou zijn. In de door de consument overgelegde voorwaarden wordt namelijk ook naar de Financiële Bijsluiter als bijlage bij de offerte verwezen (zie 2.7). Omdat de verzekeraar niet meer beschikt over de destijds concreet aan de consument verstrekte offerte is er een voorbeeldofferte met Financiële Bijsluiter overgelegd die destijds werd verstrekt met daarin, zoals de commissie begrijpt, verplicht op te nemen informatie, waaronder een verwijzing naar de Financiële Bijsluiter met daarin, naast een productbeschrijving, een verplicht op te nemen afkoopwaarde tabel. In de voorbeeldofferte staat onder andere een beschrijving van de fondsen opgenomen waarin kan worden belegd, staat vermeld dat de verzekeraar de Code Rendement en Risico onderschrijft en staan als voorbeeld een drietal voorbeeldkapitalen vermeld gebaseerd op door de toezichthouder voorgeschreven rendementen. De commissie gaat er vanuit dat de consument ten tijde van het afsluiten van de verzekering overeenkomstig de door de verzekeraar overgelegde voorbeeldstukken is geïnformeerd.

Ter handstelling voorwaarden

3.4 Uit de stukken valt op te maken dat de voorwaarden samen met de polis aan de consument zijn verstrekt. De consument heeft dat aanvankelijk ook niet betwist maar slechts gesteld dat de voorwaarden niet bij het afsluiten ter hand zijn gesteld. In zijn reactie op de stukken bij dupliek stelt de consument ineens dat de voorwaarden pas in 2009 bij afgifte van de polis zijn verstrekt. Dit gelegenheidsargument is klaarblijkelijk ingegeven door een kennelijke verschrijving in de dupliek van de verzekeraar waar ten onrechte is vermeld dat de verzekering in 2009 zou zijn afgesloten. De commissie zal dit argument passeren en ervan uitgaan dat de voorwaarden in 2002 bij afgifte van de polis zijn verstrekt. De verzekeraar heeft daarmee aan de op hem rustende verplichting voldaan om de productdocumentatie, waaronder de voorwaarden tijdig (uiterlijk bij toezending van het polisblad) aan de consument te verstrekken (artikel 2, lid 3 van de Riav 1998). In dat verband staat in artikel 3.2 van de voorwaarden dat de consument tot twee weken na ontvangst van het polisblad de mogelijkheid heeft om af te zien van de overeenkomst (zie 2.7). De commissie stelt vast dat de consument van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt.

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

3.5 Anders dan de consument lijkt aan te voeren, bestaat tussen de verzekeraar en de consument geen beleggingsadviesrelatie. De daarop betrekking hebbende klachten van de consument kunnen daarom niet slagen.

3.6 De verzekeraar is ook niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de consument verstrekte advies dan wel het handelen en/of nalaten van de tussenpersoon.

De klachten van de consument over het advies de verzekering af te sluiten en de informatieverstrekking over de fondsen waarin kon worden belegd in relatie tot de door de consument gewenste kapitaalopbouw ter aflossing van zijn hypothecaire geldlening, treffen de verzekeraar dus niet. Zij zijn ongegrond en blijven verder buiten beschouwing.

Is er sprake van dwaling of bedrog?

3.7 De consument beroept zich op dwaling en bedrog en stelt dat hij de verzekering niet had afgesloten als de verzekeraar zijn informatieverplichting niet had geschonden. Dit beroep slaagt niet. Uit de productdocumentatie, waaronder de voorwaarden en de polis blijkt zonder meer dat er sprake is van een beleggingsverzekering zonder een garantie voor wat betreft het te behalen eindkapitaal en/of rendement, dat er kosten in rekening worden gebracht en dat het overlijdensrisico verzekerd is, waarvoor een overlijdensrisicopremie moet worden betaald (zie 2.6 en 2.7). 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. Van dwaling of bedrog is geen sprake.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan?

3.8 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. Hetzelfde geldt door de zogenoemde fondsbeheerkosten (TER) die door de fonds-beheerder in rekening worden gebracht. De verzekeraar is in zoverre tekortgeschoten in de op hem rustende informatieverplichtingen. De commissie is echter van oordeel dat daaraan in dit geval geen gevolgen verbonden kunnen worden. De consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij in 2002 een andere beslissing zou hebben genomen in het geval hij wel volledig was geïnformeerd en dat hij dan nu beter af zou zijn geweest.

3.9 Ten aanzien van de TER geldt dat de consument zelf stelt dat hij vermogensbeheerder was en daarom wist dat er beheerkosten door vermogensbeheerders in rekening worden gebracht. Het niet vermelden van de hoogte van deze kosten zal zijn beslissing in 2002 dan ook niet hebben beïnvloed. Dat er daarnaast ook andere kosten en een premie voor de overlijdensrisicodekking in rekening zouden gebracht is in de voorwaarden vermeld (zie hierna onder 3.10) en dat kan voor de consument als vermogensbeheerder ook geen verrassing zijn geweest.

De vraag is dan wat de consument in 2002 zou hebben gedaan als hij meer specifiek over de hoogte van die kosten zou zijn geïnformeerd. De consument is daarover niet heel concreet geweest; hij stelt in de kern niet meer dan dat hij dan een goedkoper product met minder kosten zou hebben gekozen. Dat die goedkopere producten in 2002 ook voor de consument beschikbaar waren en dat de hypotheekverstrekker aan wie de polis was verpand in 2002 ook bereid zou zijn geweest daarmee genoegen te nemen, heeft de consument echter niet toegelicht. Dat geldt ook voor het verschil in omvang van de kosten en de vraag wat die goedkopere producten dan zouden hebben opgebracht. 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?

3.10 In de toelichting bij de voorwaarden staat vermeld dat er naast een premie voor de overlijdensdekking sprake is van een aantal kostencomponenten. Dit betreffen kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering, met het beheer van de verzekering en met het beheer van de beleggingen. Daarnaast staat in artikel 6.1 van de voorwaarden (zie 2.7) 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. Het betreft hier de kosten die gemaakt zijn in verband met de totstandkoming van de verzekering en bij een verhoging van de premie.(…)*". Uit de overgelegde stukken en hetgeen door de verzekeraar naar voren wordt gebracht blijkt dat voornoemde artikelen de grondslag vormen voor de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten. De commissie heeft op basis van de door partijen overgelegde stukken, waaronder de waarde-overzichten conform de Modellen De Ruiter met de daarbij voorgeschreven toelichting over de kosten die in rekening worden gebracht, geen reden om aan te nemen dat er, zoals door de consument gesteld, sprake zou zijn geweest 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 niet slaagt.

Rente over kosten?

3.11 Voor wat betreft de klacht dat over de in te houden kosten verzekeraar rentekosten in rekening zijn gebracht en dat dit onrechtmatig zou zijn omdat er geen krediet-overeenkomst met de verzekeraar is gesloten, stelt de commissie vast dat, zoals ook door de verzekeraar naar voren gebracht, dit feitelijk dezelfde klacht betreft waarover de Commissie van Beroep eerder afwijzend heeft geoordeeld.[1] De commissie heeft geen reden om aan te nemen en dit wordt ook niet door consument onderbouwd of aannemelijk gemaakt dat de hiervoor liggende situatie anders is dan de situatie waarop de uitspraak van de Commissie van Beroep ziet. Daarin is kort gezegd geoordeeld dat het voor wat betreft de zogenoemde rentekosten om een rekenrente gaat waarmee bij het bepalen van de hoogte van kostenopslag rekening is gehouden en die verband houdt met het feit dat de door de verzekeraar verschuldigde afsluitprovisie bij de totstandkoming van de verzekering in één keer aan de tussenpersoon wordt uitgekeerd en deze uitgekeerde vergoeding vervolgens pas gedurende de looptijd van de verzekering bij de consument middels de betreffende kostenopslag in rekening wordt gebracht. Van een door de verzekeraar verstrekt krediet en/of een kredietvergoeding (rente) wegens kredietverlening is dan ook geen sprake. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Mocht de verzekeraar het beleggingsbeleid uitbesteden?

3.12 De consument verwijt de verzekeraar dat de verzekeraar het beleggingsbeleid heeft uitbesteed en dat dit niet is overeengekomen. Uit de voorwaarden, noch uit andere stukken blijkt dat de verzekeraar, zoals de consument stelt, zich zou hebben verplicht zelf de fondsen te beheren waarin voor de consument werd belegd. Evenmin heeft de consument in dat verband voldoende concreet gesteld en aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg van het uitbesteden van het beheer en beleggingsbeleid zou zijn benadeeld, zodat ook dit klachtonderdeel niet slaagt.

Kostenverschillen in waardeoverzichten

3.13 Voor wat betreft het klachtonderdeel van de consument over de door hem uit de waardeoverzichten gebleken verschillen in de hoogte van de daarin genoemde eerste- en doorlopende kosten verzekeraar blijkt uit de toelichting van de verzekeraar dat dit onder andere verband houdt met de door de consument uitgevoerde switches ten aanzien van de fondsen waarin werd belegd en met de door de verzekeraar verstrekte compensatie voor de verhoging van de TER. Dat daarbij sprake zou zijn geweest van onjuist of onrechtmatig handelen door de verzekeraar is de commissie niet gebleken en wordt ook niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

[1] CvB 2021-0029

Zijn de kostenbedingen in de voorwaarden oneerlijk in de zin van de richtlijn (betreffende oneerlijke bedingen in consumentovereenkomsten)?

3.14 De consument stelt dat er sprake is van meerdere oneerlijke kostenbedingen en verwijst ter onderbouwing van deze stelling naar een uitspraak van het gerechtshof Den Haag[2] dat ziet op een product van een andere verzekeraar.

3.15 De commissie merkt op dat de verzekering een ander product betreft dan waarop de uitspraak ziet waarnaar de consument verwijst, waarbij geldt dat anders dan in de betreffende uitspraak hier wel een grondslag voor de in rekening gebrachte kosten in de voorwaarden is opgenomen. Op grond van de richtlijn geldt dat 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).[3] 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

3.16 De commissie begrijpt dat de consument met name van mening is dat het kostenbeding op grond waarvan de zogenoemde eerste kosten in rekening worden gebracht oneerlijk is en daarmee doelt op artikel 11.1 van de voorwaarden. Uit het beding en uit de overige productdocumentatie valt de hoogte van de eerste kosten niet af te leiden, noch de factoren aan de hand waarvan de hoogte wordt vastgesteld, zodat de consument niet in staat was de economische gevolgen van het beding voor hem in te schatten, terwijl de verzekeraar op basis van de Riav 1998 wel verplicht was daar inzicht in te geven. Het beding voldoet naar het oordeel van de commissie dan ook niet aan het transparantievereiste.

[2] Gerechtshof Den Haag, 26 september 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:1854. Te raadplegen op: www.rechtspraak.nl

[3] Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten

3.17 Dat een beding niet voldoende duidelijk of transparant is maakt nog niet dat het daarmee als oneerlijk in de zin van de richtlijn aangemerkt moet worden en als onredelijk bezwarend buiten toepassing moet blijven. De commissie oordeelt dat het beding geen oneerlijk beding is, op de volgende gronden. Gesteld noch gebleken is dat de totale door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten, waar de kosten van dit beding 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). In dat verband blijkt uit de stukken dat de verzekering niet voor een vergoeding voor te hoge kosten uit hoofde van de compensatieregeling in aanmerking kwam. Ook is gesteld noch gebleken dat aan het betreffende beding andere aspecten, zoals een bepaalde systematiek, verbonden waren die in vergelijking tot andere soortgelijke verzekeringen, mogelijk dusdanig nadelig waren dat de verzekeraar er niet redelijkerwijs vanuit mocht gaan dat de consument het beding ook zou hebben aanvaard indien daarover afzonderlijk zou zijn onderhandeld. Het voorgaande geldt eveneens voor de overige in de voorwaarden opgenomen (kosten)bedingen. Dat de verzekeraar voor wat betreft de eerste kosten (mogelijk) rente heeft berekend maakt evenmin dat het beding oneerlijk is (zie CvB 2021-0029, 5.16-5.17 en CvB 2021-0043, 6.10-6.13). Samengevat is de commissie niet gebleken van oneerlijke (kosten) bedingen die als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten moeten worden.

Conclusie

3.18 Omdat geen van de klachten van de consument doelt treft en voor het overige 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 behoeft het verjaringsverweer van de verzekeraar geen bespreking meer.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

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

Informatie over de beleggingsverzekering

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

Wilsovereenstemming over de kosten

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

Richtlijn oneerlijke bedingen

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

Fondsbeheerkosten (TER)

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

Overlijdensrisicodekking

1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat 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).