Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0900

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter en mr. W.A.M Jitan, secretaris)

Datum uitspraak	12 november 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Allianz Nederland Levensverzekering, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering afgesloten in 1999 van het type Universal Life. De consument stelt dat over de aan-en verkoopkosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie geen wilsovereenstemming bestaat. Bovendien zijn de aan- en verkoopkosten dubbel in rekening gebracht. Over de fondsbeheerskosten is de consument niet geïnformeerd waardoor de verzekeraar deze kosten ten onrechte in rekening heeft gebracht. De verzekeraar heeft ook geen dividenden bijgeschreven op de verzekering van de consument. De consument kon de dividenden daardoor niet verrekenen met de inkomstenbelasting, waardoor de consument fiscaal nadeel heeft geleden waar de verzekeraar hem voor dient te compenseren. De verzekeraar heeft de stellingen van de consument gemotiveerd betwist. De commissie oordeelt dat de verzekeraar is tekortgeschoten in zijn verplichtingen om de consument te informeren over de fondsbeheerskosten en de hoogte van de aan- en verkoopkosten, maar dat niet gebleken is dat sprake is van schade. Over de in rekening gebrachte kosten en risicopremie bestaat wilsovereenstemming. Dat de aan- en verkoopkosten dubbel in rekening zijn gebracht heeft de consument onvoldoende onderbouwd. De consument heeft geen recht op het verrekenen van de op de verzekering ontvangen dividenden met de te betalen inkomstenbelasting. De commissie oordeelt dat de verzekeraar voldoende inzicht heeft gegeven hoe de dividenden ten goede zijn gekomen aan de verzekering. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de reactie van de verzekeraar op de aanvullende vragen van de commissie; 5) de reactie van de verzekeraar op het verzoek van de consument om aanvullende informatie en 6) de aanvullende reactie van de consument op de reacties van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde de heer P.E. Hillert (Shureluck B.V.) en de verzekeraar is in deze zaak vertegenwoordigd door mevrouw mr. R. Tewarie (advocaat).

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 via advisering en bemiddeling van zijn tussenpersoon met ingang van 1 juli 1999 een beleggingsverzekering afgesloten met de naam 'Persoonlijk Financieel plan' (hierna verder de verzekering genoemd). De verzekering is van het type Universal Life en is afgesloten ter aflossing van een hypothecaire lening. Bij aanvang van de verzekering werd voor rekening en risico van de consument volledig belegd in het Europees fonds.

2.2 Op de verzekering zijn de algemene voorwaarden Universal Leven, model 9802-01 van toepassing.

2.3 Op de verzekering is de volgende regelgeving van toepassing:

1) Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers 1998 (Riav 1998);

2) Code Rendement en Risico 1998.

2.4 De consument ontving vanaf 1 juli 1999 jaarlijks waarde-overzichten van zijn verzekering. Vanaf 2008 werden deze waarde-overzichten verstrekt op basis van de Modellen De Ruiter.

2.5 De verzekeraar heeft de consument in maart 2013 per brief laten weten dat de consument geen tegemoetkoming voor te hoge kosten ontvangt, omdat gebleken is dat de kosten in zijn verzekering niet te hoog zijn geweest.

2.6 De consument heeft de verzekering per 29 november 2018 afgekocht. De afkoopwaarde was € 12.951,00.

2.7 De consument heeft per brief van 24 september 2024 geklaagd bij de verzekeraar over zijn verzekering. De verzekeraar heeft deze klacht per brief van 26 september 2024 afgewezen.

2.8 De consument heeft op 19 december 2024 zijn klacht ingediend bij Kifid. De interne klachtprocedure bij de verzekeraar was echter nog niet volledig doorlopen, waardoor de klacht nog niet in behandeling genomen kon worden door Kifid.

De consument heeft daarna per brief van 9 januari 2025 aan de verzekeraar laten weten dat hij zich niet kan vinden in de afwijzing van 26 september 2024. In reactie daarop heeft de verzekeraar per brief van 13 februari 2025 opnieuw toegelicht waarom de klacht van de consument wordt afgewezen, waarmee de interne klachtprocedure werd beëindigd.

De klacht en vordering

2.9 De consument vordert een schadevergoeding van € 45.150,00 vermeerderd met wettelijke rente vanaf 26 november 2024.

2.10 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

A. De consument niet is geïnformeerd over de fondsbeheerkosten (TER), deze kosten zijn daarom ten onrechte in rekening gebracht. De verzekeraar dient deze kosten te vergoeden;

B. Aan en verkoopkosten dubbel in rekening zijn gebracht zonder dat daarvoor wilsovereenstemming bestaan. Deze kosten zijn onverschuldigd betaald en dienen door de verzekeraar te worden terugbetaald;

C. Over de hoogte van de overlijdensrisicopremie bestaat geen wilsovereenstemming, daarom is sprake van een leemte in de verzekering. Deze leemte dient op grond van de redelijkheid en billijkheid te worden aangevuld. De nieuwe premie zal worden berekend voor een zuivere risicoverzekering die niet ten laste van het beleggings-tegoed zal worden. De kosten voor deze alternatieve dekking wordt in mindering gebracht op de schade. De premies van de verzekeraar zijn veel hoger geweest dan de gemiddelde risicopremie;

D. De bruto dividenden zijn niet bijgeschreven op de polis van de consument. Door de werkwijze van de verzekeraar heeft de consument ook de mogelijkheid verloren om de ingehouden dividendbelasting te verrekenen met de inkomstenbelasting. De verzekeraar dient de consument hiervoor te compenseren.

Het verweer

2.11 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

De consument heeft geen recht op een schadevergoeding

3.1 De commissie dient de vraag te beantwoorden of de consument recht heeft op een schadevergoeding, omdat de verzekeraar is tekortgeschoten in zijn verplichtingen richting de consument.

De commissie komt tot het oordeel dat de verzekeraar op bepaalde punten is tekortgeschoten, maar dat niet gebleken is dat het tekortschieten tot schade heeft geleid. Dit oordeel licht de commissie hierna toe.

De verzekeraar heeft niet geïnformeerd over fondsbeheerkosten

3.2 De consument heeft aangevoerd dat de verzekeraar hem niet heeft geïnformeerd over de fondsbeheerkosten (TER). De verzekeraar heeft deze kosten daarom ten onrechte in rekening gebracht en dient deze te vergoeden. De verzekeraar heeft naar voren gebracht dat het niet informeren over de fondsbeheerkosten niet leidt tot een terugbetalingsverplichting van deze kosten, omdat deze kosten niet door de verzekeraar in rekening zijn gebracht. De consument dient in dit geval aannemelijk te maken dat hij schade heeft geleden, dat heeft hij niet gedaan.

3.3 De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument inderdaad niet heeft geïnformeerd over de fondsbeheerkosten. Daarmee heeft de verzekeraar niet voldaan aan artikel 2 lid 2 sub q van de Riav 1998. In zoverre slaagt deze klacht van de consument. Deze vaststelling leidt echter niet tot het oordeel dat de consument recht heeft op een schadevergoeding. De verzekeraar heeft terecht aangevoerd dat het een vaste lijn van de Commissie van Beroep is dat het niet naleven van deze informatieplicht niet tot een verplichting leidt tot terugbetaling van die kosten, omdat deze kosten niet in rekening zijn gebracht door de verzekeraar, maar door de fondsbeheerder. Of sprake is van schade moet worden beoordeeld door een vergelijking te maken tussen de werkelijke situatie van de consument en de situatie waarin hij zou hebben verkeerd als hij voorafgaand of bij het sluiten van de verzekering juist was geïnformeerd over de fondsbeheerkosten. Zie bijvoorbeeld: CvB 2024-0074 en CVB 2021-0003. De commissie stelt vast dat de consument zijn schade onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt. De vordering wordt daarom afgewezen.

De vordering tot schadevergoeding vanwege het ontbreken van wilsovereenstemming over de aan-en verkoopkosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie is niet verjaard

3.4 De verzekeraar heeft aangevoerd dat de vordering tot schadevergoeding vanwege het ontbreken van wilsovereenstemming over de aan- en verkoopkosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie is verjaard op grond van artikel 3:310 lid 1 BW. De verzekeraar heeft naar voren gebracht dat de consument in september 2024 voor het eerst klaagde over de kosten en de risicopremie van zijn verzekering. Vanaf de ingangsdatum (1 juli 1999) is daarmee een periode van meer dan 20 jaar verstreken. De vordering tot schadevergoeding is daardoor verjaard op grond van de absolute verjaringstermijn van 20 jaar.

3.5 De commissie volgt niet het standpunt van de verzekeraar dat als vanaf de aanvang van de overeenkomst niet-overeengekomen kosten zijn ingehouden, elke vordering tot vergoeding van schade die daardoor is ontstaan, is verjaard twintig jaar na het sluiten van die overeenkomst.

De gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt, is niet alleen de eerste keer waarin ten onrechte kosten zijn ingehouden. Elke keer dat kosten zijn ingehouden, is een dergelijke gebeurtenis. Hetzelfde geldt ten aanzien van de in rekening gebrachte risicopremie. Het beroep van de verzekeraar op verjaring slaagt daarom niet voor zover de kosten zijn ingehouden na september 2004. De commissie verwijst in dit verband naar de uitspraak CvB 2025-0025, overweging 5.25 en 5.26.

Bestaat wilsovereenstemming over de aan- en verkoopkosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie?

3.6 Volgens de consument zijn aan- en verkoopkosten ten onrechte en dubbel in rekening gebracht en bestaat geen wilsovereenstemming over de hoogte van de overlijdensrisico-premie. Volgens de verzekeraar biedt artikel 11 in de algemene voorwaarden de contractuele grondslag voor het in rekening brengen van de aan- en verkoopkosten. Voor zover de commissie van oordeel is dat sprake is van een leemte doordat de hoogte van de aan- en verkoopkosten niet is gegeven, geldt dat de leemte moet worden ingevuld door aan- en verkoopkosten die redelijk zouden zijn. Daarbij voert de verzekeraar aan dat in een periode van meer dan 20 jaar niet meer dan € 552,69 aan aan-en verkoopkosten in rekening zijn gebracht. Dat is volgens de verzekeraar een redelijk bedrag.

3.7 Volgens de verzekeraar was het niet mogelijk was om de consument vooraf te informeren over de hoogte van de overlijdensrisicopremie, vanwege de Universal Life systematiek. Op voorhand kon de verzekeraar de consument wel informeren over de berekeningsmethodiek van de hoogte van de overlijdensrisicopremie. Dat heeft de verzekeraar via artikel 16 van de algemene voorwaarden gedaan, waarmee wilsovereenstemming bestaat over het in rekening brengen van de overlijdensrisicopremie.

3.8 De commissie volgt het betoog van de verzekeraar. In artikel 11 lid 3 van de algemene voorwaarden is opgenomen dat aankoopkosten in rekening gebracht kunnen worden voor de aankoop van fondseenheden. Deze aankoopkosten worden in rekening gebracht door verkoop van fondseenheden van gelijke waarden. Volgens de commissie biedt deze bepaling voldoende contractuele grondslag voor het in rekening brengen van de aan- en verkoopkosten.

3.9 Voor zover de consument zou hebben bedoeld dat de verzekeraar zijn informatieplichten heeft geschonden door de consument niet te informeren over de hoogte van de aan- en verkoopkosten geldt het volgende. De commissie merkt op dat de hoogte van de aan- en verkoopkosten niet zijn genoemd. In zoverre heeft de verzekeraar de consument niet conform artikel 2 lid 2 sub q van de Riav 1998 geïnformeerd. Deze vaststelling kan de consument niet baten, omdat de consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij als gevolg daarvan schade heeft geleden. Dat de voornoemde kosten dubbel in rekening zijn gebracht zoals door de consument is gesteld is door hem niet onderbouwd waardoor deze klacht ongegrond is.

3.10 Ten aanzien van de hoogte van de overlijdensrisicopremie is de commissie van oordeel dat de consument zijn stelling dat de premies van de verzekeraar veel hoger zijn geweest dan de gemiddelde risicopremie niet heeft onderbouwd. Bovendien is van een leemte geen sprake. Partijen zijn met artikel 16 van de algemene voorwaarden overeengekomen aan de hand van welke factoren en berekeningsmethodiek de overlijdensrisicopremie wordt bepaald. Door over de berekeningswijze wilsovereenstemming te hebben bereikt, is ook wilsovereenstemming bereikt over de hoogte van de overlijdensrisicopremie. De commissie weegt daarbij mee dat het volgens de Universal Life systematiek niet mogelijk is om de overlijdensrisicopremie op voorhand te bepalen, omdat deze afhankelijk is van factoren zoals deze onder andere zijn genoemd in artikel 16 van de algemene voorwaarden. De klacht is ongegrond.

Ontbreken dividendbijschrijvingen en mislopen fiscale voordelen

3.11 De commissie begrijpt uit de klacht van de consument dat dividenden niet ten goede zouden zijn gekomen aan zijn verzekering, waardoor aan de consument ook de mogelijkheid is ontnomen om eventuele dividendbelasting te verrekenen met de inkomstenbelasting. Volgens de verzekeraar zijn dividenden wel ten goede gekomen aan de verzekering van de consument. De commissie heeft de verzekeraar gevraagd toe te lichten hoe dividenden ten goede zijn gekomen aan de verzekering. De verzekeraar heeft in dat kader een notitie overgelegd van zijn Head of Back Office, Treasury and Investment Accounting waarmee wordt toegelicht op welke wijze dividenden zijn toegevoegd aan de verzekering. De consument heeft om aanvullende informatie verzocht, zoals het prospectus en de laatste drie jaarrekeningen van het Europees fonds. De verzekeraar heeft in reactie daarop laten weten dat het Europees fonds een besloten fonds voor gemene rekening betrof. Dit fonds had geen prospectus, wat ook niet was vereist. De verzekeraar heeft de jaarverslagen van het Allianz Holland Paraplu fonds toegestuurd van 2010 tot en met 2014. Hieruit zou volgens de verzekeraar volgen dat het Europees fonds dividenden ontving die in het fonds bleven waarmee de intrinsieke waarde van de aandelen in het fonds werden beïnvloed. De consument heeft vervolgens commentaar gegeven op de notitie en de toelichting.

3.12 De commissie stelt voorop dat het een vaste lijn is van de Commissie van Beroep dat consumenten – in de zin van artikel 1 van de Wet op de dividendbelasting 1965 – niet gerechtigd zijn tot de opbrengsten van de beleggingsobjecten en financiële instrumenten (waaronder aandelen) in het fonds waarin de premies worden belegd. Daartoe is de verzekeraar gerechtigd. Voor zover de opbrengsten bestaan uit dividenduitkeringen, is de verzekeraar gehouden hierover dividendbelasting te betalen. Daarmee is de verzekeraar ook degene die gerechtigd is tot verrekening van de ingehouden dividendbelasting met de door haar te betalen vennootschapsbelasting. Dit neemt niet weg dat de ingehouden en terug-gevorderde of verrekende dividendbelasting uiteindelijk ten goede dient te komen aan de consumenten. Het is aan de verzekeraar om aannemelijk te maken dat dit is gebeurd. Zie CvB 2025-0019, overweging 5.7- 5.8 en CvB 2025-0036, overweging 2.2.

3.13 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de notitie gedetailleerd heeft toegelicht op welke wijze dividenden in de periode 2015 tot en met 2018 ten goede zijn gekomen aan de verzekering van de consument. In deze periode werd voor de consument in het Europa Aandelen Fonds belegd en in 2017 en 2018 werd ook belegd in het Allianz Duurzaam Wereld Aandelen Fonds en het Allianz Pacific Aandelen Fonds. De verzekeraar hield de participaties aan op eigen naam, maar belegde voor rekening en risico van de consument. Dit betekent dat de verzekeraar de juridische eigenaar is van de participaties. De in deze overweging genoemde fondsen zijn sub-fondsen van het Allianz Paraplufonds N.V. (hierna verder het Paraplufonds genoemd). Het Paraplufonds vormt samen met de sub-fondsen één vennootschap, waarbinnen een bepaald deel van het vermogen van het Paraplufonds aan een sub-fonds wordt toegerekend. Dit toe te rekenen gedeelte van het vermogen wordt overeenkomstig het specifieke beleggingsbeleid van het sub-fonds belegd. De verzekeraar is een aandeelhouder van het Paraplufonds. De investeringspremie die de consument betaalde werd door de verzekeraar aangewend voor de inkoop van aandelen in de door de consument gekozen sub-fondsen.

3.14 De verzekeraar heeft verder toegelicht dat het Paraplufonds kan besluiten om een gedeelte van de winst van een sub-fonds te reserveren en/of dividenden uit te keren. Daarbij geldt dat het dividendbeleid van het Paraplufonds erop is gericht om uitsluitend winst uit te keren, indien en voor zover dat noodzakelijk is om de status van een zogenoemde fiscale beleggingsinstelling te behouden. Daarvoor moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan, waaronder de zogenoemde uitdelingsverplichting. Deze uitdelingsverplichting werd per sub-fonds berekend. De verzekeraar heeft inzichtelijk gemaakt aan de hand van welke factoren de dividenduitkering per sub-fonds in dat kader werd vastgesteld.

3.15 Het Paraplufonds was in beginsel verplicht om 15% dividendbelasting in te houden over de aan de verzekeraar uit te keren dividenden. De verzekeraar ontving dus netto 85% dividend. Het ingehouden deel van 15% kon de verzekeraar volledig verrekenen met de te betalen vennootschapsbelasting. Daarmee beschikte de verzekeraar over een bedrag met een waarde die gelijk stond aan 100% van het bruto dividend, dat voor rekening en risico van de consument volledig werd herbelegd in de door de consument gekozen sub-fondsen. De verzekeraar heeft inzichtelijk gemaakt op welke wijze de bruto dividenden uitgedrukt in het aantal participaties voor de consument werden herbelegd.

3.16 Het Allianz Europees fonds waarin de consument in de periode voor 2015 belegde keerde geen dividenden uit, maar ontving zelf dividenden. De verzekeraar heeft toegelicht dat (positieve en negatieve) beleggingsresultaten binnen dit fonds bleven en aan de participanten, waaronder de consument, toekwamen via de intrinsieke waarde.

3.17 De commissie oordeelt, gelet op het voorgaande, dat de verzekeraar voldoende inzichtelijk heeft gemaakt op welke wijze dividenden ten goede zijn gekomen aan de verzekering. De klacht is ongegrond.

3.18 De commissie merkt tot slot op dat de consument in zijn reactie op de toelichting van de verzekeraar voor het eerst in deze procedure heeft aangevoerd dat het erop lijkt dat provisiekosten in rekening zijn gebracht, zonder dat daar wilsovereenstemming over heeft bestaan. Volgens de commissie heeft de consument deze stelling onvoldoende onderbouwd, waardoor deze stelling niet tot een gegronde klacht kan leiden.

Ambtshalve toetsing

3.19 Voor de beoordeling van de klacht zijn de bedingen in artikel 11 en 16 van de voorwaarden van belang. Deze bedingen zijn door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht deze bedingen niet in strijd met deze regelgeving.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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