

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2025-0196

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, mr. dr. ing. A.J. Verdaas, leden en mr. W.A.M. Jitan, secretaris)

Datum uitspraak 10 maart 2025

Klacht van De consument

Tegen AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar

Aard uitspraak Bindend advies

Uitkomst Vordering afgewezen

Bijlage Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Fundsparen afgesloten in 1996. Er staan geen oneerlijke bedingen in de voorwaarden. De schadevergoedingsvordering die erop is gebaseerd dat de verzekeraar haar bijzondere zorgplicht zou hebben geschonden door niet te wijzen op de fiscale gevolgen van het premievrijmaken van de verzekering in 2003 is verjaard. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

1. De procedure

- 1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Kifid zoals dat gold vanaf 1 oktober 2023 tot en met 1 april 2024 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:
- het klachtformulier van de consument;
 - het verweerschrift van de verzekeraar;
 - de aanvullende reactie van de consument; en
 - de reactie van de verzekeraar op de aanvullende reactie van de consument.

- 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 heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 25 mei 1996 een beleggingsverzekering met de naam Fundsparen gesloten bij de verzekeraar (hierna: de verzekering). Dit product betreft een unit-linked beleggingsverzekering.
- 2.2 Op het gewijzigde polisblad van 25 december 2001 stond onder andere:

“(…)

Verzekerd kapitaal € 84.697,- uit te keren bij in leven zijn van de verzekerde op 25-05-2024.

Het bepaalde in clausulenr. 5570 is uitdrukkelijk van toepassing op het uiteindelijk uit te keren kapitaal op de einddatum. Terstond na overlijden van de verzekerde voor 25-05-2024 wordt uitgekeerd een bedrag van € 16.082,64 vermeerderd met evenveel maal € 1.838,72 als het aantal vervallen termijnpremies dat vanaf 25 november 2002 tot dan is betaald.

Deelname Met deze verzekering wordt deelgenomen in AEGON Fundsparen.

<i>Premie</i>	<i>€ 1.838,72</i>	<i>van 25-12-2001</i>	<i>tot 25-11- 2002</i>
	<i>€ 1.838,72 per jaar</i>	<i>van 25-11-2002</i>	<i>tot 25-11- 2023</i>
	<i>€ 919,36</i>	<i>van 25-11-2023</i>	<i>tot 25-05-2024</i>

Bij vooruitbetaling te voldoen zolang de verzekerde leeft.

“(…)”

- 2.3 Op de verzekering zijn onder andere de algemene voorwaarden nr. 17 van toepassing.
- 2.4 Per brief van 29 december 2003 heeft de consument zijn tussenpersoon verzocht de verzekering premievrij te maken.
- 2.5 Per brief van 30 december 2003 heeft de tussenpersoon de verzekeraar bericht dat de verzekering premievrij gemaakt diende te worden.
- 2.6 De verzekeraar heeft de consument per brief van 6 januari 2004 de gewijzigde polis verstrekt. De verzekering is met ingang van 25 november 2003 premievrij geworden.
- 2.7 Per brief van 10 november 2008 heeft de consument de verzekeraar aansprakelijk gesteld voor de schade die de consument lijdt door onredelijk hoge kosten en overlijdensrisicopremies die de verzekeraar in rekening zou brengen.
- 2.8 De verzekeraar heeft per brief van 2 december 2008 gereageerd op de aansprakelijkstelling van de consument. Volgens de verzekeraar geeft de contractdocumentatie een juist beeld van de verzekering en de kenmerken daarvan.
- 2.9 Per brief van 31 oktober 2022 heeft de consument bij de verzekeraar geklaagd over de verzekering. De verzekeraar heeft per e-mailbericht van 9 november 2022 gereageerd op de klacht. Hierna heeft de verzekeraar de consument een oplossingsvoorstel toegestuurd per e-mailbericht van 14 november 2022. De consument heeft per e-mailbericht van 29 januari 2023 een tegenvoorstel gedaan, waar de verzekeraar niet mee akkoord is gegaan. Hierna heeft de consument zijn klacht bij Kifid ingediend.

- 2.10 De verzekering is geëxpireerd. De verzekeraar heeft € 63.381,- uitgekeerd, vermeerderd met een rentevergoeding van € 442,27.

De klacht en vordering

- 2.11 De consument vordert betaling van € 16.711,- vermeerderd met de wettelijke rente. Daarnaast vordert de consument een bedrag van € 1.750,- voor de kosten van de bijstand en vaststelling van aansprakelijkheid en schade.
- 2.12 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat sprake is van oneerlijke bedingen in de verzekering. Bijvoorbeeld de bedingen ten aanzien van de beheerkosten, aan- en verkoopkosten en de eerste kosten (verzekeraar en bemiddelaar).
- 2.13 De verzekeraar is volgens de consument ook tekortgeschoten in zijn bijzondere zorgplicht door de consument niet te wijzen op de fiscale gevolgen van het premievrijmaken van de verzekering.

Het verweer

- 2.14 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

Oneerlijke bedingen?

- 3.1 Op grond van de Europese richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumenten-overeenkomsten is een beding oneerlijk als het 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 verstoort. Bij de beoordeling of dit zo is worden alle omstandigheden rond de sluiting van de overeenkomst en de andere bedingen van de overeenkomst, op het moment waarop de overeenkomst is gesloten in aanmerking genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met de aard van de goederen of diensten waarop de overeenkomst betrekking heeft (artikel 3 lid 1 en 2).
- 3.2 Daarbij is van belang of een beding transparant is in de zin van art. 5 van de richtlijn. Maar ook als moet worden aangenomen dat een beding niet transparant is, is het daarmee nog niet oneerlijk of onredelijk bezwarend. Daarvoor is noodzakelijk dat dit beding, 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 verstoort.

- 3.3 De consument stelt dat bij deze verzekering sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die buiten toepassing moeten blijven en dat daardoor geen van de ingehouden eerste kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. De commissie zal daarom de vraag moeten beantwoorden of de verzekeraar in de verzekering, waarvan de toepasselijke voorwaarden en het polisblad deel uitmaken, oneerlijke bedingen heeft opgenomen. Daarbij stelt de commissie voorop dat alleen een beding dat daadwerkelijk in de verzekering is opgenomen, oneerlijk kan zijn. Met andere woorden, het moet bestaan.
- 3.4 De commissie stelt vast dat de beheerkosten en de aan-en verkoopkosten staan vermeld in de clausule Aegon Fundsparen nr. 5570 (hierna: de clausule). In artikel 1 van de clausule staat onder andere: *“Op de opbrengst van de fondsen zal een geringe inhouding plaatsvinden i.v.m. de kosten van beheer van de fondsen.”* In artikel 2 van de clausule staat verder: *“Na inhouding van de aan- en verkoopmarge wordt op iedere premievervaldag de spaarpremie in de fondsen gestort”*.
- 3.5 Naar het oordeel van de commissie zijn dit bedingen waarop de oneerlijkheidstoets van toepassing is. De commissie ziet echter geen aanleiding om te oordelen dat deze bedingen, 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 verstoren en daarmee oneerlijk zijn. Weliswaar vermelden de bedingen niet de hoogte van de kosten, wat niet transparant is, maar het is niet aannemelijk dat de consument de bedingen niet had aanvaard als hij hierover met de verzekeraar had kunnen onderhandelen. Van belang is daarbij dat niet is komen vast te staan dat tegenover de beheerkosten geen reële prestatie van de verzekeraar stond. Ook moet het gebruik van een “spread” bij aan- en verkoop van beleggingsfondsen op zichzelf gebruikelijk en als algemeen bekend worden verondersteld.¹
- 3.6 De in rekening gebrachte eerste kosten zijn niet terug te voeren op een beding in de voorwaarden. Weliswaar worden in de artikelen 6 en 7 van de voorwaarden de eerste kosten genoemd in het kader van de afkoop en het premie vrijmaken van de verzekering, maar deze bedingen betreffen niet de contractuele grondslag voor het in rekening brengen van de eerste kosten. Op deze kosten is de oneerlijkheidstoets, bij gebrek aan contractuele grondslag, dan ook niet van toepassing. Het beroep op de richtlijn oneerlijke bedingen kan niet opgaan bij kosten waarvoor geen beding in de verzekering is opgenomen.
- 3.7 Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de bedingen over de beheerkosten en de aan- en verkoopkosten geen oneerlijke bedingen zijn in de zin van de Richtlijn oneerlijke bedingen.

¹ Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7 en 5.8.2.

Voor de eerste kosten geldt dat de oneerlijkheidstoets hier niet op van toepassing is bij gebrek aan contractuele grondslag. Dit onderdeel van de klacht is ongegrond en de commissie wijst de daarop gebaseerde vordering van de consument af.

Schending bijzondere zorgplicht?

- 3.8 Volgens de consument is de verzekeraar tekortgeschoten in de bijzondere zorgplicht, door de consument in 2003 niet te wijzen op de fiscale gevolgen van het premievrijmaken van de verzekering. De verzekeraar voert aan dat een eventuele rechtsvordering tot vergoeding van mogelijke schade die betrekking heeft op de premievrijmaking in 2003 is verjaard, doordat de verjaringstermijn van 20 jaar als bedoeld in artikel 3:310 BW lid 1 is verstreken. De consument voert volgens de verzekeraar voor het eerst per e-mailbericht van 12 juli 2024 aan dat de verzekeraar in 2003 haar zorgplicht tegenover de consument zou hebben geschonden, omdat zij de consument in 2003 niet had gewezen op de gevolgen van premievrijmaking voor zijn verzekering. Op dat moment was de voornoemde 20 -jaarstermijn verstreken, waardoor de rechtsvordering tot schadevergoeding is verjaard.
- 3.9 De commissie stelt vast dat de consument inderdaad voor het eerst per e-mailbericht van 12 juli 2024 heeft aangevoerd dat de verzekeraar de op haar rustende bijzondere zorgplicht heeft geschonden, door niet te wijzen op de fiscale gevolgen van de premievrijmaking van de verzekering in 2003. Het beroep van de verzekeraar op de verjaring van de vordering tot schadevergoeding die hiermee samenhangt slaagt, omdat op 12 juli 2024 de absolute verjaringstermijn van 20 jaar al was verstreken. De commissie wijst de op dit onderdeel van de klacht gebaseerde vordering dan ook af.

Conclusie

- 3.10 Hiervoor is geconcludeerd dat geen sprake is van oneerlijke bedingen en dat de vordering die is gebaseerd op een schending van de zorgplicht die op de verzekeraar zou rusten, is verjaard. Omdat geen andere grondslagen voor de vorderingen van de consument zijn aangevoerd, wijst de commissie deze vorderingen af.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

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 2022, 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 2022, 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 O2 van de CRR 1998. Hiermee werd invulling gegeven aan de verplichting die artikel 2, lid 2 onder q Riav 1998 op de verzekeraar legt, om de verzekeringnemer in kennis te stellen van de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden van de verzekering (CvB 2017-035, rechtsoverweging 4.30). Als de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

Overlijdensrisicodekking

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

Het hefboom- en inteereffect

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

In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

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