Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0829

(mr. dr. ing. A.J. Verdaas, voorzitter en mr. G. Atasoy-Mähler, secretaris)

Datum uitspraak	25 september 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Gaba Verzekeringen B.V., gevestigd te Arnhem
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Zorgplicht tussenpersoon. De consument stelt dat de tussenpersoon zijn zorgplicht en informatieverplichtingen ten tijde van het afsluiten van de verzekering en tijdens de looptijd van de verzekering heeft geschonden. De vorderingen zijn deels verjaard en voor het overige ongegrond. De vorderingen worden 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 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- de reactie van de consument op de richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: CvB);
- de aanvullende informatie van de consument;
- het verweerschrift van de tussenpersoon;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de tussenpersoon.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Hypoco), professioneel vertegenwoordiger. De tussenpersoon is in deze zaak vertegenwoordigd door mevrouw mr. M. Keijzer-de Korver (Stadermann Luiten Advocaten).

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 tussenpersoon 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 rechtsvoorganger van) Gaba Verzekeringen B.V. (hierna: de tussenpersoon) met ingang van 15 april 1997 een beleggings-verzekering met de naam Flexibel Verzekerd Beleggen (hierna: de verzekering), afgesloten bij Nationale Nederlandsen (hierna: de verzekeraar). Dit product betrof een universal life verzekering. De te betalen premie was bij aanvang bepaald op € 95,29 (NLG 210,00) per maand en de einddatum premiebetaling was bij aanvang bepaald op 15 april 2022.

2.2 Bij de verzekering was het volgende verzekerd:
- een uitkering gelijk aan de waarde van de uitstaande participaties bij het in leven zijn van de consument en zijn echtgenote op 14 april 2022, met een garantie van € 1.235,64 (NLG 2.723,00) bij ongewijzigde premiebetaling en aanwending van het beleggingsdeel van de inlegpremie;
- een uitkering bij overlijden van de consument en/of zijn echtgenote voor 14 april 2022 ter grootte van € 113.445,05 (NLG 250.000,00);
- een uitkering bij overlijden van de consument en/of zijn echtgenote op of na 14 april 2022 ter grootte van 110% van de waarde van de uitstaande participaties.

2.3 De rechten en vorderingen die voor de consument uit de verzekering voortvloeiden, waren per 16 juni 1997 ter zekerheid verpand aan een bank in verband met een door die bank verstrekte hypothecaire geldlening.

2.4 Gedurende de looptijd van de verzekering is de consument door de verzekeraar geïnformeerd over de waardeontwikkelingen van de verzekering, vanaf 2008 conform de Modellen van de Commissie De Ruiter.

2.5 Per brief van 20 mei 2011 heeft de verzekeraar de tussenpersoon onder meer als volgt geïnformeerd:

"(...) In april zonden wij aan uw relatie een jaaroverzicht beleggingsverzekering. Hieruit blijkt dat de verzekering op basis van één of meer gebruikte voorbeeldrendementen vóór de einddatum geen waarde heeft.

Mogelijk gevolg voor de klant
Op het moment dat de beleggingsverzekering geen waarde meer heeft, vervalt de verzekering. ook vervallen de eventueel in de verzekering opgenomen dekkingen, zoals de dekking bij overlijden en eventuele andere dekking zoals voor arbeidsongeschiktheid. Er vindt dan gen uitkering plaats. In het belang van de klant willen wij hem op de mogelijke gevolgen wijzen.

Wat moet er gebeuren?
Wij verzoeken u het jaaroverzicht onder de aandacht te brengen bij [de consument]. Belangrijk is dat u gezamenlijk nagaat of dit product nog steeds aansluit op de klantsituatie en onder andere de volgende mogelijkheden doorneemt:

- het aanpassen van de premie
- het aanpassen van de fondsen waarin de premie wordt belegd
- het omzetten van de waarde van de beleggingsverzekering in andere fondsen
- het aanpassen of het (deels) buiten de verzekering plaatsen van de in de verzekering opgenomen dekkingen. Voor de overlijdensrisicodekking geldt hiervoor een bijzonder tarief
- het omzetten van de verzekering in een ander passend product of het beëindigen van de verzekering.

Garantie
Mogelijk heeft deze beleggingsverzekering een gegarandeerde uitkering op de einddatum. Dan garanderen wij dit bedrag, zolang aan de garantievoorwaarden wordt voldaan. (...)

Let op!
Als de klant ervoor kiest de verzekering ongewijzigd voort te zetten, dan accepteert hij dat de verzekering en de daarin opgenomen dekkingen vóór de einddatum kunnen komen te vervallen. (...)"

2.6 Vervolgens heeft de tussenpersoon per e-mail van 25 mei 2011 een aantal vragen over de brief van 20 mei 2011 aan de verzekeraar gesteld. Hier heeft de verzekeraar per e-mail van 7 juni 2011 onder meer als volgt op gereageerd:

> *"(...) In deze e-mail gaan wij graag in op de vragen, in de door jou aangehouden volgorde. (...) 2.*
>
> *NN schrijft in haar brief dat de verzekering zal worden beëindigd als er geen waarde meer inzit? [de tussenpersoon] vraagt zich af op basis van welk recht NN dat kan en mag doen. In de bijgevoegd polis staat immers een heel stuk over de door NN afgegeven garantie.*
> *Daar staat o.a. dat als de klant tot aan de einddatum zijn premie betaalt en in het door hem gekozen fonds met garantie blijft zitten, de klant de genoemde garantie op de einddatum krijgt.*

Volgens [de tussenpersoon] kan NN de polis helemaal niet beëindigen. (...)
[reactie verzekeraar:] Op 18 april 2011 hebben wij [de consument] de jaaropgave voor zijn beleggingsverzekering met polisnummer (...) toegestuurd.
Uit de jaaropgave blijkt dat op basis van twee voorbeeldkapitalen de waarde van deze verzekering per 15 april 2022 nihil is. Dat betekent dat de kans bestaat dat de waarde van de verzekering ook daadwerkelijk per die datum nul is.
Op deze verzekering is een garantieregeling van toepassing. (...) Als de verzekering niet gewijzigd wordt, dan kan de verzekeringnemer op 15 april 2022 (de einddatum premiebetaling) aanspraak maken op een gegarandeerd bedrag van € 1.035,64, als beide verzekerden op die datum in leven zijn. De overlijdensrisicodekking blijft ook tot die datum in stand. Als op de einddatum premiebetaling gebruik gemaakt wordt van het recht van opname, dan keren wij minimaal het gegarandeerde bedrag uit. Dit geldt alleen zolang de overeengekomen premies stipt op tijd zijn voldaan en de verzekering niet wordt gewijzigd.

3. De polis is verpand aan [verstrekker hypothecaire geldlening]. Speelt de bank hierin geen rol? (...)
[reactie verzekeraar:] Dit speelt bij deze kwestie niet. Zolang er sprake is van een garantieregeling zal de verzekering niet vervallen. Het garantiebedrag is echter wel relatief laag. Wanneer [de consument] met de uitkering op de einddatum een (gedeelte van) de hypotheek af wil lossen, zal alleen de garantiewaarde waarschijnlijk niet voldoende zijn.

4. [de tussenpersoon] heeft voor relatie een offerte gemaakt met alleen risicodekking. (...) Maar conclusie was wel dat de premie voor relatie een stuk hoger uitkomt. Dus overstap naar risico leidt tot hogere lasten. Niet in belang klant.
[reactie verzekeraar:] Zoals in de brief staat, geldt er een afwijkend tarief voor de losse risico-verzekering. Wij sturen met deze e-mail een offerte mee voor [de consument]. (...)"

2.7 Per e-mail van 7 juni 2011 heeft de tussenpersoon de verzekeraar onder meer als volgt geïnformeerd:

"(...)feit blijft dat de polis met garantie is afgegeven, cliënt zal de polis dan ook ongewijzigd voortzetten.

Wij verzoeken u dan ook de polis ongewijzigd te laten doorlopen inclusief de garantie. (...)"

2.8 Per brief van 27 februari 2014 heeft de verzekeraar de consument onder meer als volgt geïnformeerd:

"(...) U heeft onlangs een brief van ons ontvangen over uw beleggingsverzekering bij Nationale-Nederlanden. Daarin vragen we u om direct actie te ondernemen. Ook raden we u aan om in gesprek te gaan met een adviseur.

U heeft aangegeven dat u op dit moment geen behoefte heeft aan een adviesgesprek over uw beleggingsverzekering. (...)"

2.9 Per brief van 16 april 2014 heeft de verzekeraar de tussenpersoon onder meer als volgt geïnformeerd:

"(...) Wij hebben aan uw relatie een jaaroverzicht beleggingsverzekering gestuurd. Hieruit blijkt dat de verzekering op basis van één of meer gebruikte voorbeeldrendementen vóór de einddatum geen waarde heeft.

Mogelijk gevolg voor de klant

Op het moment dat de beleggingsverzekering geen waarde meer heeft, vervalt de verzekering. ook vervallen de eventueel in de verzekering opgenomen dekkingen, zoals de dekking bij overlijden en eventuele andere dekking zoals voor arbeidsongeschiktheid. Er vindt dan geen uitkering plaats. Dit kan anders zijn als op de verzekering een garantieregeling van toepassing is (...)

Wat vragen wij van u?

Wij verzoeken u het jaaroverzicht onder de aandacht te brengen bij de verzekeringnemer.
In het kader van uw zorgplicht is het belangrijk dat u gezamenlijk nagaat of dit product nog steeds aansluit op de kantsituatie (...)

Garantie

Als op deze verzekering een garantieregeling van toepassing is, vindt u deze in de polis onder het kopje "Garantie". De verzekeringnemer kan dan onder de in de polis genoemde voorwaarden aanspraak maken op het garantiebedrag op de garantiedatum. Dat geldt ook als de poliswaarde op dat moment lager is dan de garantiewaarde of zelfs als de poliswaarde nul is. De overlijdensrisicodekking blijft ook tot die datum in stand. Dit geldt alleen zolang de overeengekomen premies op tijd worden betaald, de verzekering niet tussentijds wordt gewijzigd en het garantiekapitaal hoger is dan nul. (...)

2.10 Per e-mail van 24 november 2015 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over de waarde van zijn verzekering, die op dat moment afgerond € 8.200,00 bedroeg.

2.11 Per brief van 7 juli 2016 heeft de verzekeraar de consument onder meer als volgt geïnformeerd:

"(...) Wij hebben u eerder geïnformeerd over de gevolgen van de Tegemoetkomingsregeling voor uw beleggingsverzekering. En over de maximering van het kostenniveau van deze verzekering vanaf 1 januari 2013. Het maximum aan kosten is 1,25% per jaar van de waarde van de verzekering. deze maximering en de Tegemoetkomingsregeling kunnen gevolgen hebben voor de hoogte van uw garantiewaarde.

Na een herberekening blijkt dat uw garantiewaarde hoger is dan we u eerder hebben laten weten (...)

Op 15 april 2022 is uw nieuwe garantiewaarde € 4.458,36. (...)"

2.12 Per brief van 2 oktober 2017 heeft de consument zich bij de tussenpersoon beklaagd over de verzekering en de dienstverlening en de tussenpersoon aansprakelijk gesteld. Na een afwijzende reactie van de tussenpersoon, heeft de consument op 16 december 2017 zijn klacht bij Kifid ingediend.

2.13 Per e-mail van 11 juni 2018 heeft de tussenpersoon de consument als volgt geïnformeerd:

"(...) Uw levensverzekering zoals bijgesloten bestaat uit een klein spaardeel
En het overgrote deel uit de in deze polis bijgesloten overlijdensrisicodekking.

De overlijdensrisico polis heeft dekking voor u en uw vrouw voor een bedrag van 250.000,- gulden tot 15-04-2022. Wanneer u deze gelden bij overlijden nog nodig heeft is het waarschijnlijk goed om de polis intact te houden.
Uiteraard wordt deze dekking deels betaald uit de waarde van de polis en zal de huidige waarde dus iets teruglopen.

Graag hoor ik wat uw wensen zijn in deze dan kan ik u eventueel verder informeren/adviseren. (...)"

2.14 De verzekering is op verzoek van de consument beëindigd per 4 september 2019, met een afkoopwaarde van € 8.273,58.

2.15 In mei 2023 is tussen de consument en de verzekeraar naar aanleiding van zijn klacht over de verzekering een minnelijke regeling getroffen.

De klacht en vordering

2.16 De consument vorderde aanvankelijk dat de tussenpersoon gehouden zou worden tot vergoeding van een bedrag van € 33.807,00. Hierbij ging de consument er, zoals de commissie begrijpt, vanuit dat hij, indien hij juist was geïnformeerd, een spaarhypotheek zou hebben afgesloten in 1997. Voornoemd bedrag betreft het verschil tussen het kapitaal dat hij daarmee zou hebben opgebouwd en de waarde van de verzekering per april 2017 en de nog te betalen premies. Naar aanleiding van een met de verzekeraar in 2023 getroffen minnelijke regeling, had de consument zijn vordering verlaagd naar € 25.807,00.

2.17 Bij repliek heeft de consument zijn vordering aangepast. Hij vordert thans een vergoeding van een bedrag van € 29.210,00 van de tussenpersoon, zijnde de volgens de consument teveel betaalde overlijdensrisicopremie vermeerderd met het misgelopen rendement en wettelijke rente daarover. Daarnaast vordert de consument een bedrag van € 3.500,00 voor kosten van rechtsbijstand.

2.18 Volgens de consument is de tussenpersoon om de volgende redenen tot vergoeding gehouden:

- Bij het afsluiten van de verzekering in 1997 heeft de tussenpersoon de consument niet gewaarschuwd voor de mogelijke gevolgen van het hefboom- en inteereffect. De tussenpersoon heeft de consument enkel een beleggingsverzekering geadviseerd, zonder andere producten ernaast te leggen en daar uitleg over te geven zodat de consument kon vergelijken wat de beste optie was. Indien de consument juist zou zijn geïnformeerd, zou hij in 1997 een spaarhypotheek hebben afgesloten. De consument heeft geen offertes, inventarisatie of gespreksverslag ontvangen van de tussenpersoon. Ook de polis en polisvoorwaarden heeft de consument niet ontvangen.

- De tussenpersoon heeft zijn doorlopende zorgplicht geschonden. Gedurende de looptijd van de verzekering heeft de tussenpersoon niets gedaan om te bekijken of een ander product beter zou aansluiten bij de situatie van de consument. Ook heeft de tussenpersoon nagelaten om de waardeontwikkeling van de verzekering in de gaten te houden en gedurende de looptijd van de verzekering de consument te informeren over wezenlijke wijzigingen in de informatie die bij het eerste advies is verstrekt om de consument in staat te stellen een adequate beoordeling van de verzekering uit te voeren.

- De waarde van het pand van de consument was in 2008 zover gestegen dat, in combinatie met de aflossingen, de verpanding van de verzekering niet meer nodig was. De consument had geen dekking bij overlijden meer nodig, waardoor de gehele premie voor kapitaalopbouw had kunnen worden gebruikt. Indien de tussenpersoon daarover contact zou hebben gehad met de consument, had hij dit kunnen weten. Daarnaast heeft de tussenpersoon niets ondernomen tijdens de instorting van de beurzen in 2000 of na de kredietcrisis in 2008. Ook niet toen in 2006 de woekerpolissen in het nieuws kwamen of toen in 2008 banksparen/beleggen op de markt kwam. Bij banksparen/-beleggen waren de kosten lager geweest en had zich het hefboom- en inteereffect niet voorgedaan.

- Doordat de tussenpersoon zijn zorg- en informatieplicht heeft geschonden, is sprake van een onrechtmatige daad. Door niets te doen, de waardeontwikkeling niet in de gaten te houden en het hefboom- en inteereffect te laten voortduren, heeft de (rechts-voorganger van de) tussenpersoon een wanprestatie geleverd. De tussenpersoon had moeten ingrijpen. De waarde van de verzekering zou tot nihil zijn gedaald en de verzekering zou voortijdig zijn komen te vervallen, dit blijkt ook uit de voorwaarden. De consument kon geen aanspraak maken op de garantie op de einddatum, indien de premies voor de overlijdensrisicodekking niet meer konden worden voldaan.

De tussenpersoon heeft zich niet gedragen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend adviseur.

- De tussenpersoon was verplicht om in 2012 een volwaardig hersteladvies aan de consument te verstrekken, maar is daarin tekortgeschoten. Er is geen adviesrapport, geen inventarisatie en geen risicoprofiel gemaakt.

- De tussenpersoon stelt ten onrechte dat de consument een overlijdensrisicoverzekering had afgesloten. De consument heeft een beleggingsverzekering afgesloten met daarin een dekking bij overlijden. Het belang voor de consument was aanzienlijk. Niet alleen wilde hij kapitaal opbouwen om een deel van de hypotheek af te lossen, maar ook was voor hem van belang om een dekking bij overlijden te hebben gedurende de gehele looptijd van de verzekering. deze doelstellingen werden niet gehaald, omdat er werd ingeteerd op de poliswaarde en deze tot nul zou zijn gedaald voor de einddatum van de verzekering. De tussenpersoon ontving jaarlijks een doorloopprovisie, maar handelde niet in het belang van de consument.

Het verweer

2.19 De tussenpersoon voert de volgende verweren tegen de stellingen van de consument:

- De tussenpersoon heeft geen beroepsfout gemaakt in het kader van haar advisering aan de consument in 1997. De verzekering voorzag in de door de verstrekker van de hypothecaire geldlening vereiste en door de consument gevraagde overlijdensrisico-dekking en daarnaast (aanvullend/ongevraagd) in een klein garantiekapitaal bij leven op de einddatum premiebetaling. Voor wat betreft het garantiekapitaal, is het nooit de bedoeling geweest om daarmee op de einddatum (een gedeelte van) de hypotheek af te lossen. De overlijdensrisicodekking was het eigenlijke doel van de verzekering. In 1997 was het premie-technisch gunstiger om een gecombineerd product als het onderhavige af te sluiten dan uitsluitend een overlijdensrisicoverzekering.

- De consument heeft een overlijdensrisicoverzekering afgesloten met de verzekeraar binnen het product/tarief Flexibel Verzekerd Beleggen. De consument heeft de tussen-persoon geen opdracht gegeven om een verzekeringsproduct af te sluiten waarin vermogen moest worden opgebouwd ter (gedeeltelijke) aflossing van de eerder door hem afgesloten hypothecaire geldlening, waarin dan tevens het risico van overlijden moest worden gedekt. Over enig spaardoel/doelkapitaal heeft de consument nooit gesproken met de tussenpersoon. De consument had de tussenpersoon geen inzage verstrekt in de hypotheek, waardoor de tussenpersoon geen weet had van de hypotheekconstructie of de hoogte van de hypothecaire geldlening. De tussenpersoon stond daar volledig buiten, had geen hypotheekadvies verstrekt en was uitsluitend gevraagd te bemiddelen bij het afsluiten van een overlijdensrisicoverzekering die door de bank (als verstrekker van de hypothecaire geldlening) werd vereist.

Het product “Flexibel Verzekerd Beleggen” bood destijds de mogelijkheid om een voordelige overlijdensrisicoverzekering af te sluiten, waarbij ook nog een mogelijkheid was voor een (geringe) gegarandeerde slotuitkering. De door de tussenpersoon tot stand gebrachte overlijdensrisicoverzekering was conform de wens en opdracht van de consument.

- Daarnaast heeft de tussenpersoon ook gedurende de looptijd van de verzekering aan haar zorgplicht voldaan. De tussenpersoon betwist dat de jaren 2000 en 2008 een moment waren geweest om in te grijpen toen de koersen waren gedaald. Voor wat betreft het verwijt dat in 2008 geen noodzaak meer zou zijn geweest aan een overlijdensrisicodekking, gaat de consument eraan voorbij dat de consument zelf gehouden was om zijn tussenpersoon op de hoogte te stellen van belangrijke wijzigingen in zijn persoonlijke situatie.
  De tussenpersoon is direct in actie gekomen na ontvangst van de brief van de verzekeraar van 11 mei 2011, waarin werd vermeld dat er een mogelijkheid bestond dat de verzekering voor de einddatum geen waarde meer zou hebben en de verzekering, inclusief dekking bij overlijden, zou komen te vervallen. De tussenpersoon heeft direct contact opgenomen met de verzekeraar en de nodige kritische vragen gesteld over de betekenis van de brief in relatie tot de verzekering. Uit de schriftelijke reactie van de verzekeraar bleek dat de verzekering niet kon komen te vervallen zolang de garantie-regeling van toepassing was en dat de overlijdensrisicodekking tot de einddatum in stand zou blijven. De opmerking van de consument dat de verzekering alleen zou uitkeren als de premies op tijd waren betaald, is op zich juist. Echter, ten onrechte wordt in de repliek in het kader van deze vereiste (tijdige) premiebetaling gesproken over het onttrekken van de overlijdensrisicopremie uit de poliswaarde, op basis waarvan de poliswaarde volgens de consument nihil zou kunnen worden. Het gaat in dit kader uitsluitend over de maandelijkse premiebetaling door de consument, welke verplichting de consument over de volledige looptijd correct is nagekomen. Daartegenover heeft de verzekeraar gedurende de looptijd de overeengekomen overlijdensrisicodekking geboden en aan het einde van de verzekering het garantiekapitaal (met de waardevermeerdering) aan de consument uitgekeerd. Daarbij wijst de tussenpersoon erop dat het door de consument genoemde risico, dat de waarde van de verzekering tot nihil zou kunnen dalen en de verzekering voortijds zou kunnen komen te vervallen (welk risico in de verzekering niet aan de orde was), zich niet heeft verwezenlijkt. De consument en zijn echtgenote zijn gedurende de volledige looptijd van de verzekering verzekerd geweest tegen het overlijdensrisico en hebben een uitkering ontvangen bij beëindiging van de polis welke beduidend hoger was dan de gegarandeerde uitkering bij leven op einddatum. Zij hebben dan ook geen schade geleden.

- De tussenpersoon betwist de stelling van de consument dat zij, na de verkregen informatie van de verzekeraar in juni 2011, een schriftelijk advies had moeten uitbrengen, een inventarisatie had moeten maken, meerdere voorstellen had moeten presenteren en een adviesrapport had moeten maken, zodat de consument een bewuste keuze had kunnen maken. Een dergelijke verplichting bestond niet.

De tussenpersoon heeft in 2011 bij de verzekeraar uitgezocht of de inhoud van de brief van de verzekeraar van 20 mei 2011 ook gold voor de verzekering, hetgeen niet het geval bleek. De tussenpersoon heeft dat vervolgens mondeling besproken met de consument, waarna de consument besloot de verzekering ongewijzigd voort te zetten. Het is onjuist dat in 2011 een losse overlijdensrisicoverzekering had kunnen worden afgesloten tegen een veel lagere premie.

- Het verwijt van de consument dat de tussenpersoon hem in 2012 een hersteladvies had moeten geven, gaat niet op, omdat zij al in juni 2011 uitgebreid onderzoek had gedaan naar de eventuele noodzaak om de verzekering aan te passen en tot de conclusie was gekomen dat dit niet aan de orde was. Anders dan de consument lijkt te veronderstellen, golden in 2012 geen strikte eisen hoe een hersteladvies eruit moest zien (zoals advies-rapport, inventarisatie en risicoprofiel).

- De stelling van de consument dat de tussenpersoon hem gedurende de looptijd had moeten adviseren om de overlijdensrisicoverzekering tussentijds te beëindigen, zodat de afkoopwaarde kon worden aangewend voor kapitaalopbouw, gaat niet op, omdat met de verzekering geen kapitaalopbouw werd beoogd, maar uitsluitend een overlijdens-risicodekking. Er rustte op de tussenpersoon geen verplichting om gedurende de looptijd van de verzekering periodiek contact op te nemen met de consument, nu hier na haar onderzoek in juni 2011 geen concrete aanleiding voor bestond. Indien de consument behoefte had aan contact of advies, had hij daartoe tussentijds zelf het initiatief moeten nemen. Dat heeft hij niet gedaan. Ook heeft de consument niet gereageerd op de brief van de tussenpersoon van 11 juni 2018, waardoor de tussenpersoon hem niet kon adviseren.

- Daarnaast betwist de tussenpersoon de door de consument gestelde schade en is er volgens de tussenpersoon sprake van schending van de klachtplicht en verjaring van de vorderingen tot schadevergoeding. Voor zover de commissie zou oordelen dat de tussenpersoon toch iets te verwijten valt, beroept de tussenpersoon zich op eigen schuld van de consument in de zin van artikel 6:101 Burgerlijk Wetboek.

2.20 Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling op de verweren van de tussenpersoon ingaan.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 Bij de beoordeling van deze vraag stelt de commissie voorop dat een tussenpersoon op grond van artikel 7:401 Burgerlijk Wetboek (BW) tegenover zijn opdrachtgever verplicht is om bij zijn werkzaamheden de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot verwacht mag worden.[1] Als uitgangspunt geldt dat van de assurantietussenpersoon mag worden verwacht dat hij beschikt over de nodige deskundigheid en vakkennis, dat hij de financiële belangen van zijn cliënten naar bewust weten en kunnen behartigt en dat hij zorgvuldigheid betracht in de advisering.[2] In dat kader is onder meer bepaald dat de assurantietussenpersoon moet waken voor de belangen van de verzekeringnemers van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Daarbij hoort ook dat de assurantietussenpersoon de verzekeringnemer tijdig opmerkzaam maakt op de gevolgen die hem bekend geworden feiten voor de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kunnen hebben. Het gaat dan om feiten die aan de assurantietussenpersoon bekend zijn of hem redelijkerwijs bekend behoorden te zijn.[3] De zorgplicht van de assurantietussenpersoon geldt niet alleen ten tijde van het afsluiten van de overeenkomst maar vergt een voortdurende bemoeienis door de assurantietussenpersoon met de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Een assurantietussenpersoon mag dus in beginsel niet stil blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennis neemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem beheerde verzekeringen mogelijk aanpassing behoeven. De tussenpersoon is evenwel niet gehouden de consument uit eigen beweging te informeren over algemene marktontwikkelingen.[4]

Is sprake van niet passende advisering of van een tekortschieten in de op de tussenpersoon rustende (nazorg)verplichtingen?

3.2 Voor wat betreft de gestelde tekortkomingen in de dienstverlening ten tijde van het afsluiten van de verzekering in 1997 en de daarmee verband houdende vorderingen tot schadevergoeding, is tussen partijen niet in geding dat deze vorderingen, omdat de consument daarover na meer dan 20 jaar voor het eerst, in 2017, over heeft geklaagd, (absoluut) zijn verjaard, zodat deze geen nadere bespreking behoeven. De commissie zal zich dan ook in haar beoordeling beperken tot de vraag of de tussenpersoon in zijn nazorgverplichtingen tekort is geschoten.

---

[1] Zie overweging 3.4.1. van het arrest van de Hoge Raad van 10 januari 2003, NJ 2003, 375.
[2] Zie GC Kifid 2017-631 en GC Kifid 2018-709.
[3] Zie Hoge Raad 10 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0122, NJ 2003, 375, rov. 3.4.1.
[4] CvB 2020-020, r.o. 6.5

3.3 De consument stelt kort gezegd dat de tussenpersoon heeft nagelaten om gedurende de looptijd van de verzekering contact met de consument op te nemen om te bezien of de verzekering nog aanpassing behoefde, terwijl daar volgens de consument wel aanleiding voor bestond. Daarnaast stelt de consument onder andere dat de tussenpersoon heeft nagelaten om in 2011/2012 een volwaardig hersteladvies te verstrekken. Volgens de consument had de tussenpersoon hem in 2011 moeten adviseren om een losse overlijdensrisicoverzekering af te sluiten, tegen een lagere premie, waardoor het hefboom- en inteereffect zich niet zou hebben voorgedaan en hij een hoger eindkapitaal zou hebben opgebouwd.

3.4 De commissie oordeelt als volgt. Dat de voorganger van de tussenpersoon gedurende de looptijd van de verzekering in zijn (nazorg)verplichtingen is tekort geschoten wordt weliswaar gesteld maar niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument. Niet in geding is dat de verzekering die de consument in 1997 heeft afgesloten een beleggings-verzekering betreft waarbij is overeengekomen dat tot 2022 premie wordt betaald en waarbij het te behalen eindkapitaal afhankelijk is van het rendement dat met het fonds waarin wordt belegd daadwerkelijk wordt behaald. Dat in 2000 koersdalingen hebben plaatsgevonden is een risico dat aan beleggen is verbonden en vormt op zichzelf dan ook geen aanleiding voor de tussenpersoon om contact op te nemen met de consument. In dat verband wordt door de consument ook niet nader toegelicht op basis waarvan bij de tussenpersoon reden had bestaan om te vermoeden dat de verzekering met de daaraan verbonden overlijdensdekking niet meer bij de wensen of behoeften van de consument zou passen en/of mogelijk aanpassing behoefde.

3.5 Daarnaast stelt de consument, zoals de commissie het begrijpt, dat de tussenpersoon geregeld contact met de consument had moeten opnemen om te bezien of de verzekering nog passend was. Door de consument wordt echter niet nader toegelicht of aannemelijk gemaakt waarom, buiten de momenten dat er contact was, concrete aanleiding voor de tussenpersoon bestond om contact met de consument op te nemen en dat de consument in dat geval een andere keuze zou hebben gemaakt. Voor wat betreft het gestelde productalternatief van banksparen geldt dat van een tussenpersoon een voortdurende bemoeienis met de verzekering mag worden verwacht. Anders dan de consument meent, strekt de zorgplicht echter niet zo ver dat hij de consument moet informeren over de actuele marktomstandigheden of het op de markt komen van een nieuwe product. Een tussenpersoon mag in beginsel niet stil blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennis neemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem beheerde verzekeringen mogelijk aanpassing behoeven en/of mogelijk niet meer bij de wensen en behoeften van de consument zouden passen. Dat, zoals door de consument gesteld, gedurende deze periode sprake zou zijn van dergelijke feiten en omstandigheden en de tussenpersoon op andere momenten dan dat er contact was, proactief contact had moeten opnemen en de consument alsdan een andere keuze zou hebben gemaakt is de commissie niet gebleken en wordt mede in het licht van de gemotiveerde betwisting door de tussenpersoon onvoldoende onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument. Ook wordt niet onderbouwd over welke, door de consument gestelde, wezenlijke wijzigingen in de informatie die bij het eerste advies is verstrekt de tussenpersoon de consument had moeten informeren.

Indien de consument geen behoefte meer had aan de verzekering, doordat (zoals door hem gesteld) de verzekering niet meer nodig was in verband met de waardestijging van zijn pand en de aflossingen op zijn hypothecaire geldlening, had het op zijn weg gelegen om daarover contact op te nemen met de tussenpersoon. Te meer nu de tussenpersoon kennelijk niet betrokken is geweest bij het afsluiten van de hypothecaire geldlening en de advisering rondom de hypotheekconstructie. De eventuele gevolgen daarvan komen dan ook voor rekening van de consument.

3.6 Voor wat betreft de klacht van de consument ten aanzien van het advies van de tussenpersoon in 2011, oordeelt de commissie als volgt. Uit de stukken blijkt dat de verzekeraar de tussenpersoon per brief van 20 mei 2011 heeft gewaarschuwd voor het mogelijk leeglopen en vervallen van de verzekering (zie 2.6) en dat de tussenpersoon naar aanleiding van betreffende brief contact heeft opgenomen met de verzekeraar en vragen over de verzekering heeft gesteld. Als reactie daarop heeft de verzekeraar de tussenpersoon bericht dat van het leeglopen en vervallen van de verzekering in dit geval (gelet op de garantie voor wat betreft de eindwaarde verbonden aan het rentefonds) geen sprake was, zolang de overeengekomen premies op tijd worden voldaan (zie 2.8). Verder blijkt uit de door partijen overgelegde stukken dat op 27 mei 2011 een offerte voor een losse overlijdensrisicoverzekering is verzonden aan de consument. Uit hetgeen door partijen naar voren is gebracht, maakt de commissie verder op dat de tussenpersoon de verzekering in 2011 heeft besproken met de consument en dat de consument toen (op advies van de tussenpersoon) heeft besloten om zijn verzekering ongewijzigd voort te zetten, hetgeen de tussenpersoon per e-mail van 7 juni 2011 aan de verzekeraar heeft bevestigd (zie 2.8). De tussenpersoon stelt in haar toelichting daarop aan de commissie dat er geen aanleiding was om de verzekering in 2011 aan te passen, omdat de verzekering niet bedoeld was voor kapitaalopbouw, maar als overlijdensrisicodekking en de verzekeraar in haar e-mails in 2011 bevestigde dat de verzekering (met daarin de overlijdensrisicodekking) niet voortijdig zou komen te vervallen en dat het gegarandeerde kapitaal in stand zou blijven. De commissie merkt hierover op dat de tussenpersoon desondanks had kunnen bekijken of de consument met een losse overlijdensrisicoverzekering in een betere positie had kunnen komen te verkeren. Hiermee staat echter niet vast dat de tussenpersoon in 2011 is tekortgeschoten in zijn advisering en dat de consument, indien hij had gekozen voor een losse overlijdensrisicoverzekering, daadwerkelijk beter af zou zijn geweest. In dat kader merkt de commissie op dat de consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij destijds een losse overlijdensrisicoverzekering had kunnen afsluiten tegen een veel lager tarief. De commissie oordeelt bovendien dat, voor zover sprake zou zijn van een tekortkoming en daaruit voortvloeiende schade, de consument hiervoor met de vergoedingen van de verzekeraar voor het zogenoemde hefboom- en inteereffect in elk geval gedeeltelijk is gecompenseerd. Dat sprake is van meer of ander nadeel wordt door de consument niet aannemelijk gemaakt.

3.7 Voor wat betreft de klacht van de consument dat de tussenpersoon geen volwaardig herstel-advies aan hem heeft verstrekt, oordeelt de commissie dat tussen partijen niet in het geding is dat in 2011 een gesprek heeft plaatsgevonden tussen partijen. De commissie kan niet vaststellen wat in dat gesprek precies is besproken. Voor zover de tussenpersoon in dat gesprek of nadien geen volwaardig hersteladvies heeft verstrekt, is hij tekortgeschoten in zijn zorgplicht.

Dat dit tot nadeel zou hebben geleid, is de commissie echter niet gebleken. De consument heeft dit onvoldoende aannemelijk gemaakt, zodat dit klachtonderdeel niet slaagt.

3.8 Tot slot, dat zoals door de consument gesteld, desondanks sprake zou zijn van een onrechtmatige daad of wanprestatie, is de commissie niet gebleken en wordt verder ook niet aannemelijk gemaakt of onderbouwd door de consument, zodat ook dit klachtonderdeel niet slaagt.

Conclusie

3.9 Samengevat slagen de klachten en de daarmee verband houdende vorderingen van de consument niet. Gelet daarop behoeven de overige verweren van de tussenpersoon (verjaring, schending van de klachtplicht en rechtsverwerking) geen bespreking meer.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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 oktober 2023, 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 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 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