**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-1078**

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Jansen, leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

| | |
|---|---|
| Klacht ontvangen op | 30 augustus 2018 |
| Ingediend door | De consument |
| Tegen | ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar |
| Datum uitspraak | 20 december 2022 |
| Aard uitspraak | Bindend advies |
| Uitkomst | Vordering afgewezen |
| Bijlage | Beoordelingskader beleggingsverzekeringen |

## Samenvatting

Beleggingsverzekering. Universal Life afgesloten in 2000. De verzekeraar heeft niet geheel voldaan aan zijn informatieverplichtingen. Dat de consument daardoor schade heeft geleden is niet aannemelijk gemaakt. De vordering tot vernietiging van de verzekering op grond van dwaling en de vorderingen tot schadevergoeding voor het hefboom- en inteereffect en het in rekening brengen van te hoge (fonds)kosten zijn verjaard. De overige vorderingen worden afgewezen.

## 1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het reglement zoals dat gold 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 van de consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de reactie van partijen op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022[1];
- de aanvullende informatie van de verzekeraar;
- de pleitnota van de consument.

[1] HR 11 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:166. Zie ook Gerechtshof Den Haag 23 februari 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:302.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser, professioneel gemachtigde (Hypoco).

1.3 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 4 oktober 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met de heer Esser. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mevrouw mr. [naam 1], bedrijfsjuriste en de heer mr. [naam 2], advocaat.

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 in april 2000 door bemiddeling van een tussenpersoon en na advisering van zijn financieel adviseur een beleggingsverzekering onder de naam Variabel InvesteringsPlan (hierna: de verzekering) afgesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar. De verzekering van het type universal life voorziet in een uitkering bij leven op de einddatum en een uitkering bij vooroverlijden van zowel de consument als zijn echtgenote. De verzekering is een voortzetting van een eerder door de consument elders afgesloten levensverzekering, waarvan de waarde als eenmalige storting wordt ingebracht. De (uitkering van de) verzekering wordt verpand aan de verstrekker van een hypothecaire geldlening, VSB Bank Utrecht. Het beleggingsrisico komt voor rekening van de consument. De einddatum van de verzekering is bepaald op 21 oktober 2024.

2.2 De eerste storting bedraagt NLG 28.000,- (€ 12.705,85). De premie bedraagt NLG 275,- (€ 124,79) per maand.

2.3 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers 1998 (hierna: Riav 98) en Code Rendement & Risico 1998 (hierna: CRR 98) van toepassing.

2.4 In het onderhavige geval is volgens de verzekeraar vóór dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:

- offerte met voorbrief en bijlagen, waaronder de cijferbijlage gedateerd 2 maart 2000;
- aanvraagformulier door consument op 5 april 2000 ondertekend;
- polisblad gedateerd 17 oktober 2000;
- brochure genaamd "*Variabel Investerings Plan: De Opzet;*"
- algemene voorwaarden serie 103 (hierna: de algemene voorwaarden).

2.5 Op het polisblad staat onder andere het volgende:

*"(…)*

| | |
|---|---|
| *Uitkering bij leven* | *De uitkering bij in leven zijn van beide verzekerden op de gewenste einddatum is gelijk aan het bedrag ter grootte van het spaartegoed bij verkoop.* |
| *Uitkering na overlijden* | *Onmiddellijk na overlijden van de eerste van beide verzekerden of na het gelijktijdig overlijden van beide verzekerden voor 21-10-2024 wordt ten minste het verzekerde overlijdenskapitaal uitgekeerd.*<br>*De uitkering na overlijden van de verzekerde(n) voor 21-05-2012 is echter een bedrag ter grootte van het spaartegoed bij verkoop vermeerderd met 10% als dat meer is.*<br><br>*De uitkering na overlijden van de verzekerde(n) op of na 21-05-2012 is een bedrag ter grootte van het spaartegoed bij verkoop als dat meer is dan het verzekerde overlijdenskapitaal.* |
| *Verzekerde overlijdens-kapitaal* | *Het verzekerde overlijdenskapitaal bedraagt bij overlijden van eerste verzekerde:*<br><br>*op of na 21-10-1999 maar voor 21-10-2024 f 500.000,00*<br><br>*Het verzekerde overlijdenskapitaal bedraagt bij overlijden van tweede verzekerde:*<br><br>*op of na 21-10-1999 maar voor 21-10-2024 f 200.000,00*<br><br>*Na gelijktijdig overlijden van beide verzekerden wordt het hoogste van de op de afzonderlijke levens verzekerde overlijdenskapitalen uitgekeerd.* |
| *Premie* | *Aan premie is bij vooruitbetaling verschuldigd:*<br>*f 275,00 per maand vanaf 21-10-1999, voor het laatst op 21-09-2024.*<br><br>*De premie wordt belegd volgens de door de verzekeringnemer gekozen fondsverdeling. (…)"* |
| *Splitsing* | *Deze verzekering is gesplitst op de wijze als aangegeven in de clausulebladen 760 en 765* |
| *Bijzondere* | *Bij deze polis horen de clausulebladen 100 en 101* |

*Clausule*

*Voorwaarden* *Van toepassing zijn de algemene voorwaarden serie 103.*

*(…)*

*Clausuleblad 765* *Bijzondere voorwaarden successiesplitsing*
*(…)*

*Hoogte premie successiesplitsing*
*Per de polisverjaardag wordt jaarlijks vooraf de successiepremie vastgesteld en medegedeeld aan de verzekeringnemer. Bij de opgave van de premie voor het overlijdensdeel wordt er van uitgegaan dat de gezondheidstoestand van de verzekerde niet afwijkt van de normale levens- en sterfteverwachtingen van desbetreffende verzekerde.(…)"*

*Clausuleblad: 101 (…)*
*Splitsing*
*In afwijking van het in de polis vermelde, bevat deze polis twee verzekeringen:*

*<u>Verzekering A</u>*
*Een verzekering van de uitkering bij in leven zijn van de eerste en tweede verzekerden op de gewenste einddatum.*

*Als verzekeringnemer voor deze treedt de in de polis genoemde verzekeringnemer op.*

*Verzekering B*
*Een verzekering van de uitkering na overlijden van de eerste verzekerde voor de gewenste einddatum.*

*Als verzekeringnemers voor deze verzekering treden op: (…)*

*De voor de verzekering sub B verschuldigde premie wordt jaarlijks vooraf opgegeven. Deze premie is verschuldigd tot de datum waarop de verzekeringen sub A en B worden beëindigd.*
*(…)*

*Bijzondere clausule*
*Deze verzekering is een voortzetting van de verzekering onder polisnummer [nummer 1] gesloten bij Postbank Levensverzekering N.V., die daarmee geheel is komen te vervallen.*

*Als ingangsdatum geldt derhalve 05-12-1996."*

2.6 In de overgelegde algemene voorwaarden staat onder andere het volgende:

"*ARTIKEL 1*
*Definities*

*(…)*
*Unitmiddenkoers*
*Fondswaarde gedeeld door het aantal uitstaande units van het betreffende fonds.*

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

*Verkoopkoers*
*Koers waartegen de verzekeringnemer units kan verkopen aan ASR Leven. De verkoopkoers is gelijk aan de met een percentage verlaagde unitmiddenkoers.*

*(…)*
*Risicopremie onttrekking*
*Gehele of gedeeltelijke opname van de waarde van de verzekering.*

*(…)*
*ARTIKEL 3*
*Aanvang van de verzekering*

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

*(…)*
*ARTIKEL 6*
*Fondsen*

*6.1 Beleggingsbeleid*
*De voor belegging in de 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 directe kosten om deze beleggingsopbrengsten te verkrijgen.*

*(…)*
*6.2 Beheer*
*Voor het beheer van de fondsen worden beheerkosten in rekening gebracht. De beheerkosten zijn afhankelijk van het gekozen fonds en worden maandelijks op de in artikel 12 "verrekening risicopremie en kosten" omschreven wijze verrekend met het spaartegoed.*

*(…)*
*ARTIKEL 9*
*Risicodekking*

*9.1 Overlijdensdekking*
*De overlijdensdekking is op de polis omschreven.*
*Maandelijks wordt op de in artikel 12 "verrekening risicopremie en kosten" omschreven wijze een risicopremie verrekend.*
*Indien en voor zover de uitkering na overlijden hoger is dan het spaartegoed bij verkoop is een risicopremie aan ASR Leven verschuldigd.*

*Is de uitkering na overlijden gelijk aan het spaartegoed bij verkoop dan is geen risicopremie verschuldigd en wordt niets vergoed.*

*(…)*
*ARTIKEL 12*
*Verrekening Risicopremie en kosten*

*12.1 Verrekening*
*Maandelijks worden een risicopremie en een vergoeding voor kosten verrekend. Onder vergoeding voor kosten wordt mede verstaan de verrekening gedurende de eerste vijf jaar volgende op de ingangsdatum van de verzekering van maandelijks een bedrag ter voldoening van de met de totstandkoming van de verzekering gemaakte kosten.*
*Een verrekening ten laste van het spaartegoed vindt plaats door naar rato van de fondsaandelen units te verkopen tenzij en voor zover in de polis anders is aangegeven.*
*Een verrekening ten gunste van het spaartegoed vindt plaats door naar rato van de bonusaandelen units aan te kopen.*
*De verrekening vindt ook plaats indien, om wat voor reden dan ook, geen premie meer wordt betaald.*

*12.2 Verrekening van kosten en wijzigingen*
*Bij wijzigingen van de verzekering wordt eenmalig EUR 68,07 in rekening gebracht. Een switch is één maal per jaar kosteloos, daarna wordt per switch EUR 45,38 in rekening gebracht.*

*12.3 Onvoldoende spaartegoed*
*Is verrekening van risicopremie en een vergoeding voor kosten niet meer mogelijk omdat het spaartegoed onvoldoende is, dan vervalt de verzekering op dat moment van rechtswege.*

*(…)*
*ARTIKEL 15*
*Aanpassing Risicopremies en kostenvergoedingen*

*15.1 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.*
*ASR Leven heeft het recht om daarna aan het begin van ieder nieuw tijdvak van vijf jaar de maandpremie 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.*".

2.7 In de overgelegde brochure staat onder andere het volgende:

"*(…)*

**Spread.**
Voor elk fonds geldt een unit middenkoers. Voor aan- en verkoop van units gelden echter koersen die afwijken van de middenkoers. Wilt u een unit aankopen, dan betaalt u 4% meer dan de middenkoers.
Verkoopt u een unit dan krijgt u in alle gevallen 1% minder dan de middenkoers. De verkoopkoers is dus de middenkoers verlaagd met 1%.

*Figuur 1 tekst 1 brochure*

## Garantie.

Indien u prijs stelt op een zo groot mogelijke zekerheid ten aanzien van het kapitaal op de einddatum dan kunt u een rendementsgarantie van 4% verkrijgen. De garantie kan worden verkregen als u voor een langere periode en zonder onderbreking belegt in het Rentefonds. De voorwaarden daarvoor luiden als volgt:

Fondswaarde

**Stel: 60 miljoen**

**Stel: aantal uitstaande units = 2,5 mln**

Unit middenkoers
f 60 mln / 2,5 mln
= f 24,–

*Figuur 2 tekst 2 brochure*

- de garantie geldt alleen voor kapitaal op de door u opgegeven gewenste einddatum van het contract (vermogensopbouw) of de pensioendatum (pensioenopbouw);
- de garantie geldt alleen indien de laatste tien jaar vóór deze gewenste einddatum/pensioendatum geen wijzigingen in het contract hebben plaatsgevonden.

## Automatische verrekening.

Natuurlijk brengt het Variabel Investerings Plan een aantal kosten met zich mee, zoals de premie voor de risicoverzekering, het beheer van de fondsen en de kosten die verband houden met het tot stand komen en het administreren van het contract.

Bij verkoop
-1% dus f 23,76

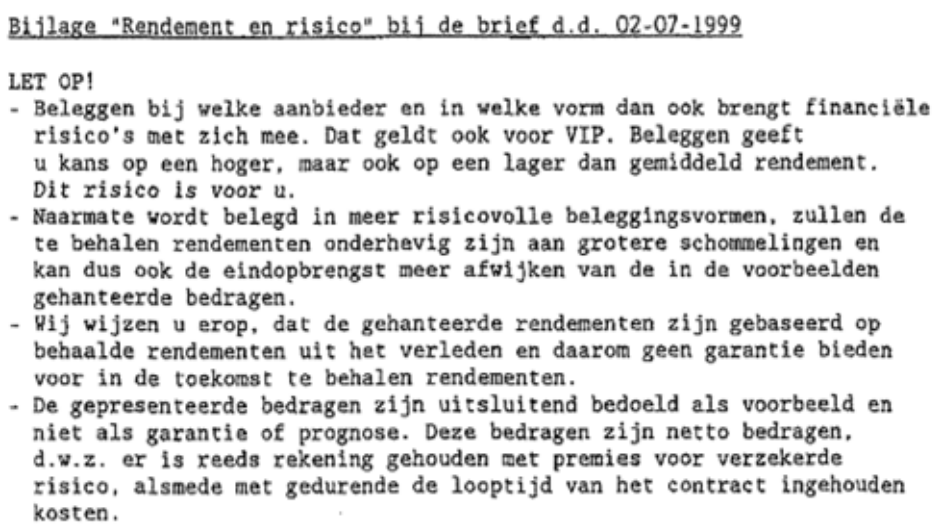
Bij aankoop i.v.m. premiebetaling
+ 4% dus **f 24,96**

Deze kosten worden maandelijks berekend en vervolgens geheel automatisch met de verzekeringnemer verrekend door verkoop van units. Hierdoor daalt het spaartegoed. De eerste vijf jaar wordt het grootste deel van de kosten verrekend. Daarna zijn de kosten zeer gering. Naast de premie voor de risicoverzekering of voorziening voor de nabestaanden betaalt u een vast bedrag van f 12,50 per maand en 0,5% beheerloon per jaar over de opgebouwde fondswaarde. Kiest u voor het Rentefonds met garantie dan is het beheerloon 0,7% per jaar.

*Figuur 3 tekst 3 brochure*

2.8 De bijlage bij de door de verzekeraar overgelegde voorbeeldofferte bevat de volgende tekst:

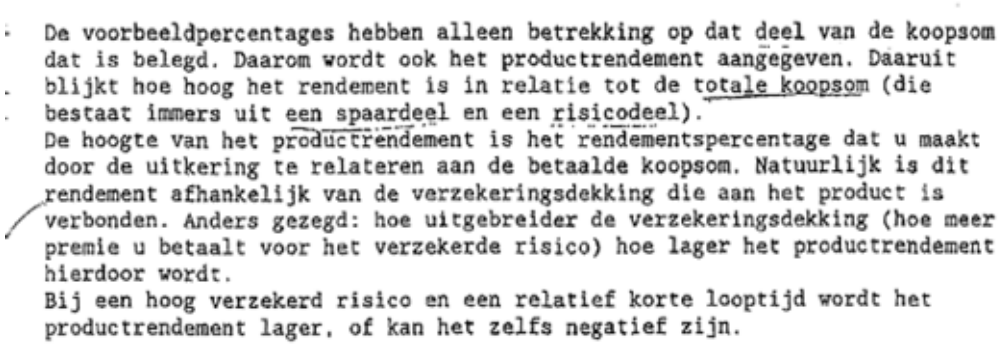
*"(…)*



Bijlage "Rendement en risico" bij de brief d.d. 02-07-1999

LET OP!
- Beleggen bij welke aanbieder en in welke vorm dan ook brengt financiële risico's met zich mee. Dat geldt ook voor VIP. Beleggen geeft u kans op een hoger, maar ook op een lager dan gemiddeld rendement. Dit risico is voor u.
- Naarmate wordt belegd in meer risicovolle beleggingsvormen, zullen de te behalen rendementen onderhevig zijn aan grotere schommelingen en kan dus ook de eindopbrengst meer afwijken van de in de voorbeelden gehanteerde bedragen.
- Wij wijzen u erop, dat de gehanteerde rendementen zijn gebaseerd op behaalde rendementen uit het verleden en daarom geen garantie bieden voor in de toekomst te behalen rendementen.
- De gepresenteerde bedragen zijn uitsluitend bedoeld als voorbeeld en niet als garantie of prognose. Deze bedragen zijn netto bedragen, d.w.z. er is reeds rekening gehouden met premies voor verzekerde risico, alsmede met gedurende de looptijd van het contract ingehouden kosten.

*Figuur 4 tekst 1 bijlage voorbeeldofferte*



De voorbeeldpercentages hebben alleen betrekking op dat deel van de koopsom dat is belegd. Daarom wordt ook het productrendement aangegeven. Daaruit blijkt hoe hoog het rendement is in relatie tot de totale koopsom (die bestaat immers uit een spaardeel en een risicodeel).
De hoogte van het productrendement is het rendementspercentage dat u maakt door de uitkering te relateren aan de betaalde koopsom. Natuurlijk is dit rendement afhankelijk van de verzekeringsdekking die aan het product is verbonden. Anders gezegd: hoe uitgebreider de verzekeringsdekking (hoe meer premie u betaalt voor het verzekerde risico) hoe lager het productrendement hierdoor wordt.
Bij een hoog verzekerd risico en een relatief korte looptijd wordt het productrendement lager, of kan het zelfs negatief zijn.

*Figuur 5 tekst 2 bijlage voorbeeldofferte*

2.9 In de brief bij de door de verzekeraar overgelegde voorbeeldofferte staat onder meer het volgende op pagina 2:

*"(…)*

*Kosten van administratie en kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering zullen voornamelijk in de eerste vijf jaar worden verrekend. Hierdoor zal de waarde-ontwikkeling na de eerste vijf jaar aanmerkelijk sneller verlopen dan in de eerste vijf jaar. Uiteraard is hiermee rekening gehouden bij het bepalen van de verwachte opbrengst.*

*(…)*

*Meer informatie over VIP leest in bijgaande brochures.".*

*(…)*
*Ten slotte*
*De algemene voorwaarden van de door u gewenste verzekering liggen bij ons ter inzage. Na acceptatie ontvangt u deze voorwaarden met de polis. Op uw verzoek kunnen de voorwaarden u bovendien nu reeds worden toegezonden. (…)"*

2.10 De cijferbijlage bij de offerte van de consument van 2 maart 2000 bevat onder andere de volgende tekst:

*"(…)*

U heeft gekozen voor de volgende beleggingsfondsen:

| | percentage van de premie / koopsom |
|---|---|
| X Aandelenfonds | 100 |

*Figuur 6 tekst 1 cijferbijlage bij offerte*

Het productrendement en het voorbeeld VIP Kapitaal op basis van de bovenstaande fondsverdeling op de einddatum 01-03-2024

| | Voorbeeld percentage | Product rendement | Voorbeeld kapitaal |
|---|---|---|---|
| - Gemiddeld historisch fondsrendement | 15,5% | 12,7% | 949.259,00 |
| - Standaard fondsrendement | 10,0% | 5,1% | 246.337,00 |
| - Laag fondsrendement | 6,2% | -4,2% | 59.141,00 |
| - Afwijkend percentage | 8,0% | 1,2% | 128.292,00 |

Op de fondsrendementen is al 0,5% beheerkosten in mindering gebracht.

*Figuur 7 tekst 2 cijferbijlage bij offerte*

2.11 In het door de consument ingevulde en getekende aanvraagformulier staat onder andere het volgende:

*"(…)*

**Beleggingen**
De door AMEV ontvangen premie dient in gehele procenten als volgt te worden belegd over de fondsen:

| | | |
|---|---|---|
| X Aandelenfonds | 100 | % |
| Vastgoedfonds | - | % |
| Rentefonds met garantie | - | % |
| Rentefonds zonder garantie | - | % |
| Depositofonds | - | % |
| Mixfonds | - | % |
| Totaal | 100 | % |

En:
*(…)"*

*Ondertekening*
*De verzekeringnemer en/of verzekerde verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en bekend te zijn met het feit dat door onjuiste mededelingen en/of verzwijging de verzekering vernietigbaar is.*
*De verzekeringnemer verklaart accoord te gaan met de toepassing van de algemene voorwaarden. De algemene vooorwaarden zullen na acceptatie van deze aanvraag worden uitgereikt. Deze voorwaarden liggen bij ons ter inzage en kunnen op uw verzoek bovendien nu reeds worden toegezonden.*

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

2.12 Eind 2005 heeft de verzekeraar de consument per brief geïnformeerd dat de fondsen waarin wordt belegd per 24 maart 2006 omgezet worden naar andere vervangende fondsen. In deze brief staat onder andere het volgende:

"*(…) Eventuele nieuwe premies worden vanaf die datum automatisch in het vervangende of de vervangende fondsen belegd in de verhouding die ons nu bekend is. (…) De totale beheervergoeding blijft voor u gelijk. Wel kunnen de overige kosten in de fondsen (accountantskosten, bewaarloon, kosten voor de toezichthouder, etc.) licht afwijken van de oude situatie (bij het ene fonds iets hoger, bij het andere fonds juist iets lager). Een mogelijke verhoging zal nooit meer dan 0,115% op jaarbasis bedragen. (…)"*

2.13 Middels het door de consument op 25 januari 2006 getekende "Antwoordformulier omzetting beleggingsfondsenassortiment" heeft de consument de verzekeraar bericht niet naar het vervangende Fortis ASR Aandelenfonds maar geheel naar het zogenoemde Fortis Obam te willen omzetten.

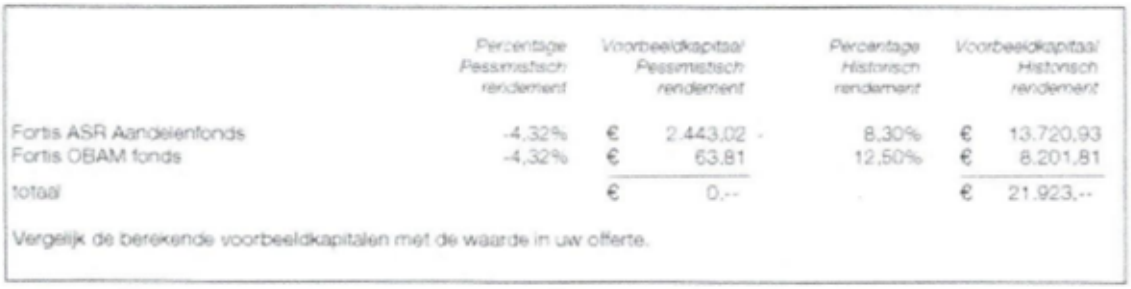
2.14 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering jaarlijks vooraf geïnformeerd over de te betalen maandelijkse overlijdensrisicopremie en heeft tevens waarde-overzichten ontvangen, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter (hierna: Modellen de Ruiter).

2.15 In de brieven met het overzicht van de waardeontwikkeling van de verzekering over de jaren 2007 en 2008 staat onder andere het volgende vermeld:

"*(…)*
***Wat zijn voorbeeldkapitalen op de einddatum van de verzekering?***
*In deze tabel laten we zien hoe hoog uw eindkapitaal is bij een voorbeeldberekening op basis van historie. Maar laten we ook zien hoe hoog uw eindkapitaal is bij een pessimistische voorbeeldberekening.*

*Dit noemen we het pessimistische rendement. In de tabel staat ook het doelkapitaal dat in de aan u laatst afgegeven offerte is opgenomen. Dit is bijvoorbeeld het kapitaal dat u nodig heeft om de hypotheek op uw huis af te lossen. Op basis van deze tabel kunt u advies vragen aan uw bemiddelaar of uw verzekeringsadviseur.*

*(…)*" met daaronder de volgende tabel voor 2007:



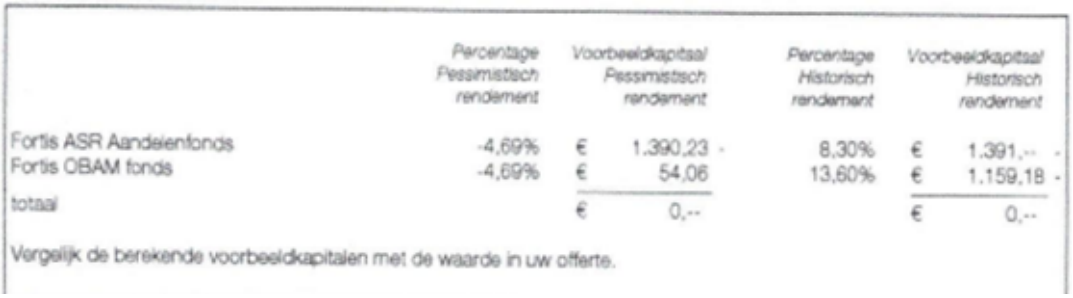
| | Percentage Pessimistisch rendement | Voorbeeldkapitaal Pessimistisch rendement | Percentage Historisch rendement | Voorbeeldkapitaal Historisch rendement |
|---|---|---|---|---|
| Fortis ASR Aandelenfonds | -4,32% | € 2.443,02 - | 8,30% | € 13.720,93 |
| Fortis OBAM fonds | -4,32% | € 63,81 | 12,50% | € 8.201,81 |
| totaal | | € 0,-- | | € 21.923,-- |

Vergelijk de berekende voorbeeldkapitalen met de waarde in uw offerte.

*Figuur 8 tabel waarde ontwikkeling 2007*

*(…)*"

En voor 2008:



| | Percentage Pessimistisch rendement | Voorbeeldkapitaal Pessimistisch rendement | Percentage Historisch rendement | Voorbeeldkapitaal Historisch rendement |
|---|---|---|---|---|
| Fortis ASR Aandelenfonds | -4,69% | € 1.390,23 - | 8,30% | € 1.391,-- - |
| Fortis OBAM fonds | -4,69% | € 54,06 | 13,60% | € 1.159,18 - |
| totaal | | € 0,-- | | € 0,-- |

Vergelijk de berekende voorbeeldkapitalen met de waarde in uw offerte.

*Figuur 9 tabel waarde ontwikkeling 2008*

2.16 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling heeft de consument in 2011 een bedrag van € 737,01 van de verzekeraar ontvangen als vergoeding van het aan de overlijdensdekking verbonden hefboom- en inteereffect. De verzekeraar heeft de consument op de hoogte gesteld dat de consument op basis van de compensatie-regeling niet in aanmerking komt voor een vergoeding voor te hoge kosten.

2.17 Bij het overzicht van de waardeontwikkeling van de verzekering over het jaar 2012 staat onder andere het volgende vermeld:

"*(…)* ***Let op!*** *Bij de berekening van het Voorbeeldkapitaal Pessimistisch rendement wordt de waarde van uw beleggingsverzekering € 0,- vanaf 21-02-2018. En bij de berekening van het Voorbeeldkapitaal Historisch rendement wordt de waarde van uw beleggingsverzekering € 0,- vanaf 21-11-2019.*

*Op het moment dat de waarde van uw beleggingsverzekering € 0,- bedraagt, houdt uw beleggingsverzekering op te bestaan. Ook komt de uitkering bij overlijden (uw overlijdensrisicodekking) in deze verzekering te vervallen. U krijgt dan dus niets.*

***Oorzaak van de nulwaarde***
*Uw inleg is samen met de opgebouwde waarde en de verwachte beleggingsopbrengsten, niet voldoende om de kosten van uw verzekering en de premie voor uw overlijdensrisicodekking te betalen. Dit kan onder meer komen door het zogenaamde hefboom-/inteereffect. Meer informatie over dit effect leest u op www.asrcompenseert.nl*

***Benader uw adviseur***
*Op dit moment zit er nog waarde in uw verzekering. Wij raden u dan ook dringend aan met uw verzekeringsadviseur te bespreken of u de verzekering onveranderd laat, de overlijdensrisicodekking aanpast of dat er andere mogelijkheden zijn met uw verzekering. U kunt bijvoorbeeld uw overlijdensrisicodekking in een aparte overlijdensrisicoverzekering onderbrengen. Uw verzekeringsadviseur kan dan bekijken welke financiële en fiscale gevolgen dit voor u met zich meebrengt. (…)*"

2.18 In 2013 heeft de consument contact opgenomen met de verzekeraar over de actuele afkoopwaarde van zijn verzekering. Per brief van 18 september 2013 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over de afkoopwaarde.

2.19 Op 30 oktober 2013 heeft de consument telefonisch contact gehad met de verzekeraar, waarna de verzekeraar hetgeen is besproken per e-mail van dezelfde dag aan de consument heeft bevestigd. In deze e-mail staat het volgende:

"*(…) Op 30-10-2013 hebben wij telefonisch contact gehad over de waarde-ontwikkeling van uw beleggingsverzekering. In dit gesprek hebben wij aangegeven dat uw polis mogelijk voor de einddatum wordt beëindigd omdat de waarde nul is. Ook de overlijdensdekking vervalt op dat moment.*

***Productinformatie***
*Bijgaand stuur ik u productdocumentatie over het mogelijke alternatief bij a.s.r. namelijk onze (Vermogen Garant, Vermogen belegd en Vermogen bij overlijden). Bij overstappen zullen wij geen kosten berekenen.*

***Wat moet u doen?***
*Het is per polis en per persoon afhankelijk welke mogelijkheid het beste is. We raden u aan de mogelijkheden met uw verzekeringsadviseur te bespreken. U heeft aangegeven door de verzekeringsadviseur gebeld te willen worden op dinsdagmiddag 5 november 2013. (…)"*

2.20 Per e-mail van dezelfde dag heeft de verzekeraar de verzekeringsadviseur verzocht op 5 november 2013 contact op te nemen met de consument. De verzekeringsadviseur heeft daarop geantwoord contact op te zullen nemen.

2.21 Op 10 april 2014 heeft de verzekeraar de consument een brief over de verzekering gestuurd. Hierin staat onder andere het volgende:

"*(…)*

U hebt bij ons een beleggingsverzekering met polisnummer [redacted]. Wij hebben op 30-10-2013 telefonisch contact met u gehad en op 14-02-2014 een brief gestuurd om u te informeren over de tegenvallende waardeontwikkeling van uw beleggingsverzekering. In ons telefoongesprek hebt u aangegeven dat u contact ging opnemen of had opgenomen met uw verzekeringsadviseur. Op dit moment hebben wij nog geen wijzigingsverzoek voor uw verzekering ontvangen. In deze brief wijzen wij u nogmaals op het risico dat u loopt en informeren wij u over het vervolg.

*Figuur 10 tekst 1 brief 10 april 2014*

**Het risico: uw verzekering vervalt voor de einddatum**
Het is zeer waarschijnlijk dat de waarde van uw beleggingsverzekering nog vóór de einddatum zal afnemen tot € 0,-. Op dat moment komt uw beleggingsverzekering te vervallen zonder uitkering. Ook uw overlijdensrisicodekking (de uitkering ingeval van overlijden) is er op dat moment niet meer. Dat betekent dat u dan niets meer krijgt.

**Als u ervoor kiest om uw beleggingsverzekering niet aan te passen**
Als u ervoor kiest om uw beleggingsverzekering niet aan te passen, accepteert u dat uw beleggingsverzekering hoogstwaarschijnlijk voor de einddatum zal vervallen en dat u geen uitkering krijgt. Wij benadrukken nogmaals dat het belangrijk is dat u actie onderneemt.

*Figuur 11tekst 2 brief 10 april 2014*

2.22 Op 30 december 2014 heeft de verzekeraar de consument opnieuw een brief gestuurd over de verzekering. Hierin staat onder andere:

"*(…)*

In het afgelopen jaar hebben wij een aantal keren telefonisch contact met u gezocht en hebben wij u brieven gestuurd om u te informeren over de tegenvallende waardeontwikkeling van uw beleggingsverzekering. Kortgeleden hebt u contact gehad met onze adviesorganisatie Poliservice over uw beleggingsverzekering. In deze brief bevestigen wij het contact dat u met Poliservice hebt gehad.

**U hebt een persoonlijk herstelrapport ontvangen**
Naar aanleiding van het contact met Poliservice hebt u een persoonlijk herstelrapport ontvangen. In dit herstelrapport wordt u de mogelijkheid geboden om uw overlijdensrisicoverzekering uit uw beleggingsverzekering te halen. Naast uw beleggingsverzekering sluit u dan een losse overlijdensrisicoverzekering. De premie voor deze losse overlijdensrisicoverzekering ligt lager dan de premie die u nu betaalt voor de overlijdensrisicodekking in uw beleggingsverzekering. Dit betekent dat u meer premie overhoudt voor de waardeopbouw van uw beleggingsverzekering. De aanpassing zal dus waarschijnlijk leiden tot een hoger eindkapitaal.

**U gaat niet akkoord met het herstelrapport van Poliservice**
Wij hebben van Poliservice doorgekregen dat het helaas niet gelukt is om het herstelrapport met u te bespreken. Ondanks diverse pogingen hebben zij u niet te pakken kunnen krijgen. En u hebt ook niet zelf bij Poliservice aangegeven dat u akkoord gaat met het herstelrapport. Wij gaan er daarom vanuit dat u er bewust voor kiest om uw beleggingsverzekering niet aan te passen. Wilt u het herstelrapport toch bespreken, neemt u dan contact op

*Figuur 12 tekst brief 30 december 2014*

2.23 Op 25 maart 2015 en 27 juli 2015 heeft de consument de verzekeraar en de verzekeringsadviseur een e-mail gestuurd. Hierin staat het volgende:

*"(…)*


Mijne heren,

Op 26 januari 2015 heb ik met een medewerker gesproken over een hersteladvies op mijn polis. Dit omdat de door mij bij u afgesloten polis de eerder afgesproken doelstellingen niet meer zou halen.

Tot op heden heb ik niets meer vernomen en begrijp uit een brief van maart 2015 dat het probleem nog steeds niet is opgelost.

Of wij komen samen tot een oplossing of ik ga verdere stappen ondernemen.

Graag vernemen ik spoedig uw reactie en het eerder besproken hersteladvies.

*Figuur 13 tekst brief 25 maart 2015*

En

*"(…)*


Mijne heren,

Tot mijn grote verbazing krijg ik keer op keer waarschuwingen van u voor tekorten maar als ik u vraag om een oplossing hoor ik niks meer. Ik verzoek u nu echt vriendelijk en dringen mij antwoorden en informatie te geven op de vragen die ik eerder stelde of ik ga er vanuit dat er geen problemen meer zijn.

*Figuur 14 tekst brief 27 juli 2015*

2.24 Met toezending van de waarde-overzichten van maart 2017 (over 2016) en maart 2018 (over 2017) heeft de verzekeraar de consument bericht dat de verzekering voortijdig zonder waarde zal eindigen met het advies hierover contact op te nemen met de verzekeringsadviseur over aanpassingsmogelijkheden.

2.25 De verzekering is op verzoek van de consument per 14 mei 2018 afgekocht. De afkoopwaarde bedroeg € 7.805,28.

2.26 Op 9 juni 2018 heeft de consument een klacht bij de verzekeraar ingediend en heeft vervolgens na de afwijzende reactie van 15 juni 2018 zijn klacht ter behandeling bij Kifid ingediend.

*De klacht en vordering*

2.27 De consument vordert dat de verzekeraar gehouden wordt tot:

- primair: betaling aan de consument van een bedrag van € 129.000,-;
- subsidiair: betaling aan de consument van een bedrag van € 61.936,-;
- meer subsidiair: betaling aan de consument van een bedrag van € 25.135,- en
- veroordeling in de kosten van de gemachtigde;
- in de pleitnota bij de mondelinge behandeling heeft de consument aan de hiervoor genoemde vorderingen een vordering ter grootte van € 70.655,- toegevoegd.

2.28 Primair stelt de consument dat hij recht heeft op een schadevergoeding gelijk aan de nog resterende rentebetalingen gedurende 30 jaar op zijn hypothecaire lening die hij als gevolg van de tegenvallende beleggingsresultaten niet heeft kunnen aflossen. Aan de subsidiaire vordering legt de consument ten grondslag dat de verzekering met bijbehorende algemene voorwaarden, dient te worden vernietigd en dat de verzekeraar in dat verband de betaalde premies vermeerderd met wettelijke rente minus de ontvangen afkoopwaarde dient terug te betalen aan de consument. De meer subsidiaire vordering bestaat uit een vergoeding van onterecht ingehouden kosten en een te hoge overlijdensrisicopremie vermeerderd met wettelijke rente. De in het kader van de pleitnota toegevoegde vordering betreft, zoals de commissie begrijpt, terugbetaling van het bedrag dat volgens de consument meer in rekening is gebracht dan hetgeen hij op basis van de ontvangen productdocumentatie mocht verwachten, vermeerderd met misgelopen rendement.

2.29 De consument brengt ter onderbouwing van zijn vorderingen, zakelijk weergegeven, het volgende naar voren:

- De verzekeraar is in zijn zorg- en informatieverplichtingen tekortgeschoten met betrekking tot de in te houden kosten verzekeraar, de kosten onderliggende fondsen/subfondsen, de mogelijke negatieve werking van het hefboom/inteereffect en de rentekosten die over de niet overeengekomen “eerste kosten” in rekening zijn gebracht, hetgeen ook verboden was;
- De verzekeraar heeft aan een groot aantal eisen uit de Riav 98 en de CRR 98 niet voldaan. De verzekeraar heeft onder andere geen leeswijzer, brochure of offerte verstrekt;
- Hoewel de consument de afgelopen jaren brieven van de verzekeraar heeft ontvangen waarin staat dat hij zijn doelkapitaal niet zal halen, kon dat allang niet meer. Vanaf 2009 waren de premies plus kosten van de verzekeraar hoger dan de inleg, dat maakt het product, zeker in het geval van de consument, gebrekkig;
- Indien de verzekeraar bij voorbaat al weet dat de kans klein tot nihil is dat het beoogde eindkapitaal kan worden behaald, dan is er sprake van verzwijging. De verzekeraar wist bij voorbaat dat bij lagere rendementen de polis voortijdig kon worden beëindigd door de oplopende overlijdensrisicoverzekeringspremie en de onttrekking daarvan uit de poliswaarde. Daarnaast kon er in de verzekering ook nog worden deelgenomen in zeer risicovolle aandelenfondsen. De verzekeraar dient zich ervan te vergewissen of de verzekeringnemer van een beleggings-verzekering wel de risico’s overziet en de consequenties daarvan aanvaardt;
- De verzekeraar wist dat dat deelname in zeer risicovolle beleggingen (uitsluitend Nederlandse aandelen) niet passend is als het doel is kapitaalopbouw om de hypotheek in te lossen en dekking bij overlijden;
- De verzekeraar heeft nagelaten de overlijdensrisicopremie op de polis te vermelden, terwijl hij hiertoe wel gehouden was;
- De verzekeraar is niet transparant geweest over welke overlijdensrisicopremie in rekening wordt gebracht en over de mogelijkheid van interen op het kapitaal;

- De verzekeraar heeft ten onrechte niet vermeld dat hij niet zelf zou beleggen, maar dit zou uitbesteden aan externe vermogensbeheerders. Dit is niet overeengekomen;
- De verzekeraar heeft zich door het in rekening brengen van kosten die niet zijn overeengekomen, rentekosten over de eerste kosten en kosten voor onderliggende (huis)fondsen, schuldig gemaakt aan zelfverrijking. Er sprake van bedrog (bewuste verzwijging);
- In het geval van de consument is er sprake van "*Laesio enormis*". Volgens opgave van de verzekeraar zou de polis van de consument binnen 2 jaar zijn leeggelopen;
- Zelfs al zouden kosten rechtmatig zijn ingehouden, hetgeen de consument betwist, dan is er in ieder geval sprake van onredelijk bezwarende bedingen (kosten verzekeraar, rentekosten over "eerste kosten", oplopende overlijdensrisicopremie (hefboom- en inteereffect));
- De algemene voorwaarden zijn bij het afsluiten van de verzekering niet ter hand gesteld. De consument heeft de algemene voorwaarden pas tegelijkertijd met de ontvangst van de polis gekregen. Dit was 14 maanden na de aanvraag. De consument kon zo lang na ingangsdatum hypotheek en de verzekering niet zomaar van de polis af. De consument roept vernietiging van de algemene voorwaarden in. Deze hoeven niet daadwerkelijk te worden vernietigd. De consument claimt wel bijbehorende schade, inleg plus wettelijke rente;
- De consument had de verzekering niet afgesloten, in ieder geval niet op dezelfde voorwaarden als hij volledig was geïnformeerd over de kosteninhoudingen en de steeds stijgende overlijdensrisicopremie met de zeer waarschijnlijke mogelijkheid dat de polis voortijds een waarde van nihil zou hebben, waardoor de hypotheekschuld niet zou kunnen worden terugbetaald. Of erger nog dat in dat geval bij overlijden er geen uitkering zou worden gedaan. De consument had dan een product gekozen waar geen eerste kosten in zaten en een dekking bij overlijden waar niet de mogelijkheid bestond dat deze voortijds zou kunnen eindigen, met alle risico's van dien;
- Er is door de verzekeraar een vergoeding verstrekt voor het aan de overlijdensdekking verbonden hefboomeffect. Dit is echter een vergoeding tot aan 2011. De grootste schade heeft zich daarna voorgedaan en daarvoor heeft de consument geen vergoeding ontvangen. In ieder geval heeft de verzekeraar vanaf 2011 tot 2018 een veel te hoge overlijdensrisicopremie in rekening gebracht. Het te hoge in rekening gebrachte deel dient de verzekeraar aan de consument te vergoeden vermeerderd met misgelopen rendement daarover;
- Indien kosten en premies niet goed kunnen worden gemaakt door beleggingsopbrengsten, kan het product onvolkomen zijn. In het geval van de consument heeft de verzekeraar een gebrekkig product aangeboden. Dat is een onrechtmatige daad.

*Het verweer*

2.30 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument en onder meer een beroep gedaan op verjaring. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

## 3. De beoordeling

*Zijn de vorderingen verjaard?*

3.1 De consument vordert zowel vernietiging van de verzekering wegens dwaling als een schadevergoeding vanwege tekortkomingen van de verzekeraar bij het afsluiten van de verzekering. Volgens de verzekeraar zijn deze vorderingen verjaard voor zover ze zien op dwaling of op de vergoeding voor schade als gevolg van het hefboom- en inteereffect en te hoge (fonds)kosten.

*Dwaling*

3.2 Op grond van artikel 3:52 lid 1 en onder c van het Burgerlijk Wetboek (BW) verjaren rechtsvorderingen tot vernietiging van een rechtshandeling wegens dwaling drie jaren nadat de dwaling is ontdekt.

3.3 De consument stelt dat hij de verzekering niet zou hebben afgesloten indien de verzekeraar niet in zijn informatieverplichtingen tekort zou zijn geschoten en hem volledig had geïnformeerd over de kosteninhoudingen en de steeds stijgende overlijdensrisicopremie met de zeer waarschijnlijke mogelijkheid dat de polis voortijds een waarde van nihil zou hebben of erger nog dat in dat geval bij overlijden er geen uitkering zou worden gedaan. De commissie oordeelt als volgt. Uit de productdocumentatie die de consument ten tijde van het aangaan van de verzekering heeft ontvangen, waaronder het aanvraagformulier, het polisblad en de algemene voorwaarden (zie 2.4), blijkt zonder meer dat er sprake was van een beleggings-verzekering waarvoor een deel van de premie voor risico van consument zou worden belegd. Verder blijkt daaruit dat er kosten en een overlijdensrisicopremie in rekening zouden worden gebracht en dat voor wat betreft het op te bouwen eindkapitaal, deze afhankelijk is van het met het aandelenfonds waarin werd belegd te behalen rendement en er geen garantie ter zake van de einduitkering is overeen-gekomen. Bovendien staat vast dat de consument is geïnformeerd over de waarde-ontwikkeling van de verzekering, en dat op de waardeoverzichten vanaf 2008 conform de Modellen de Ruiter de kosten en de overlijdensrisicopremie staan vermeld die het betreffende afgelopen jaar in rekening zijn gebracht. Met laatst-genoemde waardeoverzichten werd de consument tevens bericht over de mogelijk nog te verwachten eindkapitalen bij verschillende rendementsscenario's, zodat de consument deze kon vergelijken met het door hem gewenste eindkapitaal inzake de aflossing van zijn hypothecaire lening.

3.4 Onder deze omstandigheden moet worden aangenomen dat de consument bij aanvang, maar in ieder geval na ontvangst van de jaarlijkse Modellen de Ruiter en uiterlijk na ontvangst van het bericht van de verzekeraar over de compensatieregeling in 2011 voor wat betreft de kosten die de verzekeraar in rekening brengt en de vergoeding inzake het aan de overlijdensdekking verbonden hefboom effect, ermee bekend moet zijn geweest dat hij met de verzekering mogelijk zijn hypothecaire geldlening niet zou kunnen aflossen en dat hij in zoverre dus had gedwaald.

3.5 De verjaringstermijn van drie jaren is daarom (uiterlijk) in 2011 gaan lopen. Op het moment van indienen van zijn klacht bij de verzekeraar in 2018 was de rechtsvordering tot vernietiging wegens dwaling van de consument dus verjaard. Het verjaringsverweer van de verzekeraar slaagt in zoverre. De commissie komt daarom niet toe aan een inhoudelijke behandeling van deze klacht.

*Schadevergoeding*

3.6 Artikel 3:310 lid 1 BW bepaalt, voor zover hier van belang, dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van vijf jaren na aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet de eis dat de benadeelde bekend is geworden met zowel de schade als de daarvoor aansprakelijke persoon zo worden opgevat dat het hier gaat om een daadwerkelijke bekendheid. Het enkele vermoeden van het bestaan van schade, volstaat niet. De verjaringstermijn van artikel 3:310 lid 1 BW begint pas te lopen op de dag na die, waarop de benadeelde daadwerkelijk in staat is een rechtsvordering tot vergoeding van de door hem geleden schade in te stellen.[2] Daarvan zal sprake zijn als de benadeelde voldoende zekerheid – die niet een absolute zekerheid behoeft te zijn – heeft verkregen dat de schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon. De hiervoor genoemde regels zien op gevallen waarin de benadeelde onbekend is met of redelijkerwijs in onzekerheid verkeert over het bestaan van schade, de oorzaak van de schade of de voor het ontstaan van de schade verantwoordelijke persoon. De benadeelde moet dus bekend zijn met de feiten en omstandigheden die betrekking hebben op de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon. Bij de beantwoording van de vraag op welk moment de benadeelde voldoende zekerheid heeft verkregen, kan van belang zijn dat de benadeelde in zijn verhouding tot de aangesproken persoon mocht vertrouwen op diens deskundigheid en dat hij in verband daarmee (nog) geen reden had om te twijfelen aan de deugdelijkheid van diens handelen. Daarbij kan verder van belang zijn dat de aangesproken persoon andere, niet in haar risicosfeer liggende, oorzaken voor het opgetreden nadeel heeft genoemd of geruststellende mededelingen heeft gedaan over de door haar verrichte prestatie of het daardoor te verwachten nadeel.

[2] Zie Hoge Raad 24 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0694.

Onder omstandigheden kan een benadeelde dan ook pas geacht worden voldoende zekerheid te hebben dat hij schade heeft geleden als gevolg van tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon, wanneer hij kennis heeft gekregen van een juridisch advies of een rechterlijk oordeel. Het antwoord op de vraag op welk tijdstip de verjaringstermijn is gaan lopen, is afhankelijk van alle ter zake dienende omstandigheden.[3] Omdat verzekeraar zich op verjaring beroept, moet de verzekeraar stellen wanneer de consument bekend is geworden met de door hem geleden schade en dat hij voor die schade de verzekeraar moest aanspreken.

3.7 De commissie stelt vast dat de consument in november 2011 door de verzekeraar op de hoogte is gesteld van de aan hem toegekende vergoeding op grond van de compensatieregeling. De consument wist op dat moment welke vergoeding hem door de verzekeraar was toegekend (vergoeding inzake het hefboomeffect) – en ook dat hij geen vergoeding zou ontvangen voor te hoge kosten. De consument was daarmee sinds november 2011 op de hoogte van de door hem geleden schade, en de daarvoor aansprakelijke persoon (de verzekeraar) en had – als hij vond dat de vergoeding op grond van de compensatieregeling onvoldoende was – vanaf dat moment ook daadwerkelijk een vordering tot vergoeding van die schade jegens de verzekeraar kunnen instellen. Omdat de consument dat vervolgens niet binnen vijf jaren heeft gedaan maar zijn klacht pas in 2018 aanhangig heeft gemaakt en niet is gebleken van een tussentijdse stuiting van de verjaring, is zijn vordering in zoverre inmiddels verjaard.

3.8 Ten aanzien van de fondsbeheerkosten stelt de commissie op basis van de ontvangen stukken vast dat de consument naar aanleiding van de brief van de verzekeraar aan hem uit 2006 (zie 2.12) over de fondsomzetting, de beheervergoeding, gewijzigde fondskosten en een gedeeltelijke tegemoetkoming daarin, de keuze voor omzetting naar het Fortis Obam fonds heeft gemaakt. De consument moet op dat moment geacht worden bekend te zijn geweest met het feit dat fondsbeheerkosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consument zich thans op het standpunt stelt dat hij schade heeft geleden omdat ten onrechte fondsbeheerkosten in rekening zijn gebracht, is de verjaringstermijn van vijf jaren op dat moment gaan lopen. De commissie stelt vast dat de consument geen vragen over de fondsbeheer-kosten heeft gesteld of daar zijn ongenoegen over kenbaar heeft gemaakt aan de verzekeraar. Ook anderszins is de verjaring niet gestuit, totdat de onderhavige klacht werd ingediend. Daarom is de vordering van de consument tot vergoeding van (te hoge) fondsbeheerkosten eveneens verjaard (in 2011).

[3] Zie Hoge Raad 9 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1603 en Hoge Raad 14 november 2014, ECLI:NL:HR:2014:3240.

3.9 Kortom, de vorderingen van de consument zijn verjaard voor zover ze beogen een schadevergoeding te verkrijgen voor het hefboom- en inteereffect of te hoge (fondsbeheer)kosten.

*Beoordelingskader*

3.10 De commissie beoordeelt de resterende klachtonderdelen 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.

*De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het advies van de tussenpersoon*

3.11 De consument heeft gesteld dat de door de verzekeraar aangeboden beleggingsopties te risicovol – en daardoor niet passend – waren in verhouding tot het beleggingsdoel van de consument en dat de verzekeraar hem ervan had moeten weerhouden de keuze voor het (risicovolle) aandelenfonds te maken. De commissie stelt voorop dat de vaststelling van de risicobereidheid van de consument binnen de verantwoordelijkheden van de tussenpersoon valt. De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de consument verstrekte advies. Ook is de verzekeraar niet verantwoordelijk voor het handelen of nalaten van de tussenpersoon, waaronder het inventariseren van de wensen en de risicobereidheid van de consument. Deze klacht van de consument slaagt niet.

*Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?*

3.12 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan hem verstrekte informatie over de verzekering onvoldoende is en stelt dat hij bepaalde informatie niet of te laat heeft ontvangen. De commissie oordeelt als volgt.

3.13 Tijdens de mondelinge behandeling is door de consument naar voren gebracht dat hij ten tijde van het afsluiten van de verzekering werd bijgestaan door zijn financieel adviseur die hem adviseerde en namens hem ook contact had met de tussenpersoon. Uit de eigen stellingen van de consument en de door de consument overgelegde stukken blijkt verder dat de consument het polisblad en (gelijktijdig) de algemene voorwaarden heeft ontvangen. De cijferbijlage, die samen met de offerte en de voorbrief daarbij één geheel vormt, vermeldt de naam van de consument. De brief bij de offerte verwijst naar de brochure. De brief van de tussenpersoon van de consument aan de verzekeraar van 20 april 2000 refereert eveneens aan de offerte. Dit alles doet vermoeden dat ook de offerte met begeleidende brief, de cijferbijlage en de brochure zijn ontvangen en door de tussenpersoon met de consument, dan wel met diens financieel adviseur zijn besproken.

Het is aannemelijk dat de consument mede aan de hand daarvan, al dan niet in overleg met of op advies van zijn financieel adviseur zijn keuze heeft bepaald en de verzekering heeft aangevraagd, met het zogenoemde aandelenfonds als beleggingskeuze. Een bevestiging van deze aanvraag vormt het polisblad met bijbehorende algemene voorwaarden. Met zijn enkele stelling (17 jaar later) dat de offerte en de voorbrief met cijferbijlage destijds niet zijn verstrekt, en dat hij ook overigens niet weet op basis van welke informatie hij destijds heeft gekozen de verzekering al dan niet af te sluiten heeft de consument dit vermoeden tegenover de gemotiveerde stellingen van de verzekeraar, niet voldoende ontkracht. De commissie gaat bij de verdere beoordeling er dan ook van uit dat de consument voor of bij het sluiten van de verzekering kennis heeft kunnen nemen van de (volledige) productdocumentatie als genoemd onder 2.4, zodat in het hierna volgende de commissie ervan uitgaat dat deze documentatie door de consument is ontvangen.

3.14 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de verstrekte productdocumentatie niet geheel heeft voldaan aan de informatieverplichtingen uit hoofde van de Riav 98. De "eerste kosten" (kosten verband houdende met de totstandkoming van de verzekering) worden weliswaar genoemd in artikel 12 lid 1 van de algemene voorwaarden, in de voorbrief bij de offerte en in de brochure, maar de (nominale) hoogte daarvan of de wijze waarop deze kosten worden bepaald is daarbij niet vermeld. Dit betekent dat op dit punt niet is voldaan aan de Riav 98. De verzekeraar is in zoverre tekortgeschoten in de op hem rustende informatieverplichting. De commissie is echter van oordeel dat daaraan in dit geval geen gevolgen verbonden kunnen worden. De consument heeft immers onvoldoende aannemelijk gemaakt dat hij in 2000 een andere beslissing zou hebben genomen in het geval hij wel volledig was geïnformeerd en dat hij dan nu beter af zou zijn geweest. De consument stelt weliswaar dat hij in dat geval een product zonder eerste kosten had gekozen en een overlijdensdekking zonder het risico van voortijdig eindigen van de verzekering, maar buiten deze stelling voert de consument geen feiten of omstandigheden aan waaruit blijkt dat een dergelijk product op dat moment beschikbaar zou zijn geweest, dat hij hiervoor in verband met de verpanding aan de verstrekker van de hypothecaire geldlening daadwerkelijk had kunnen kiezen en dat hij daarmee in een betere positie zou zijn komen te verkeren. 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 is in zoverre dan ook niet toewijsbaar.

*Is er sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?*

3.15 De consument stelt dat de verzekeraar kosten heeft ingehouden waarover geen wilsovereenstemming bestaat. De consument voert daartoe aan dat de algemene voorwaarden niet tijdig zijn verstrekt. Maar zelfs bij tijdige verstrekking van de algemene voorwaarden zou wilsovereenstemming ontbreken, aldus de consument, omdat een aantal kostensoorten niet zijn genoemd in de algemene voorwaarden.

Ook biedt de productdocumentatie volgens de consument onvoldoende aanknopingspunten om zijn wil te bepalen. De verzekeraar stelt hier tegenover dat de algemene voorwaarden tijdig zijn verstrekt, dat elk van de ingehouden kosten berust op een contractuele grondslag en dat aan de consument voldoende informatie is verstrekt om hem in staat te stellen zijn wil te bepalen.

3.16 Tussen partijen is niet in geschil dat de verzekering door de consument na bemiddeling door een tussenpersoon en met advisering van zijn financieel adviseur is afgesloten en dat de algemene voorwaarden gelijktijdig zijn ontvangen met het polisblad. De consument heeft aangevoerd dat de algemene voorwaarden hiermee te laat zijn ontvangen. De commissie volgt deze stelling niet. De algemene voorwaarden mochten volgens de destijds geldende regelgeving – anders dan consument stelt – tegelijk met het polisblad worden verstrekt, mits de consument in dat geval het recht heeft de overeenkomst binnen twee weken na het afgeven van het polisblad schriftelijk op te zeggen, terugwerkend tot de datum van het sluiten van de verzekering. Artikel 3.2 van de algemene voorwaarden kent de consument een dergelijke opzegtermijn toe (zoals overigens ook is vermeld op de handtekeningpagina van het aanvraagformulier waarmee de consument de verzekering in april 2000 heeft aangevraagd (zie 2.11). De algemene voorwaarden zijn daarmee tijdig verstrekt. Niet is gebleken dat de consument van voornoemde opzegmogelijkheid gebruik heeft gemaakt of heeft willen maken, zodat de vraag of dit wel of niet meer mogelijk zou zijn geweest, buiten beschouwing kan blijven. De wijze en het moment van verstrekking van de algemene voorwaarden kunnen derhalve niet dienen ter ondersteuning van de stelling van de consument dat wilsovereenstemming over de in rekening gebrachte kosten ontbreekt.

3.17 De algemene voorwaarden vermelden dat naast de risicopremie (artikel 12.1) de volgende kosten worden verrekend: "*een vergoeding voor kosten*", waaronder "*de met de totstandkoming van de verzekering gemaakte kosten*" (artikel 12.1), en "*beheerkosten*" (artikel 6.2). Op de cijferbijlage bij de offerte staat een viertal voorbeeldrendementen met daarbij de vermelding: "*Op de fondsrendementen is al 0,5% beheerkosten in mindering gebracht*". De voorbrief bij de offerte maakt op blad 2 vermelding van "*kosten van administratie*" en *"kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering*" en dat "*hiermee rekening is gehouden bij het bepalen van de verwachte opbrengst*". De brochure, waar de (voorbrief van de) offerte naar verwijst, vermeldt (zie 2.7) eveneens een aantal kosten: "*zoals de premie voor de risicoverzekering, het beheer van de fondsen en de kosten die verband houden met het tot stand komen en het administreren van het contract.*". Volgens het rekenvoorbeeld en de toelichting daarop in de brochure bedragen de verkoopkosten 1%, de aankoopkosten 4% en betaalt de verzekeringnemer "*een vast bedrag van ƒ 12,50 per maand en 0,5% beheerloon per jaar over de opgebouwde fondswaarde*". Dat er aan- en verkoopkosten in rekening worden gebracht volgt verder uit de definitiebepalingen inzake de aan- en verkoopkoers, zoals opgenomen in de algemene voorwaarden (zie 2.6).

3.18 De commissie stelt vast dat de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten, zoals die blijken uit de aan de consument toegestuurde waardeoverzichten conform de Modellen de Ruiter te herleiden zijn tot de productdocumentatie, waardoor sprake is van een contractuele grondslag voor deze kosten en daarom wils-overeenstemming bestaat over de in rekening gebrachte kosten. Dit klachtonderdeel is daarom niet gegrond. Van de daarbij door de consument gestelde bewuste verzwijging of zelfverrijking is de commissie niet gebleken, zodat ook dit klachtonderdeel niet slaagt.

*Gebrekkig product?*

3.19 De consument beklaagt zich er over dat uit een opgave van de verzekeraar is gebleken dat de verzekering binnen twee jaar zou leeglopen. Er is weliswaar een vergoeding toegekend voor het aan de overlijdensdekking verbonden hefboomeffect, maar dit betreft een vergoeding tot aan 2011 en de grootste schade heeft zich volgens de consument daarna voorgedaan. In deze periode, vanaf 2011 tot 2018, heeft de verzekeraar in ieder geval ook een veel te hoge overlijdensrisicopremie in rekening gebracht. Het te hoge in rekening gebrachte deel van de risicopremie plus het misgelopen rendement daarover moet de verzekeraar aan de consument vergoeden. De consument stelt, zoals de commissie het begrijpt, in dat verband verder dat indien kosten en premies niet goed kunnen worden gemaakt door beleggingsopbrengsten het product onvolkomen en daarmee een gebrekkig product kan zijn. Het aanbieden van een dergelijk product door de verzekeraar is een onrechtmatige daad, aldus de consument.

3.20 De commissie oordeelt als volgt. Bij *universal life*-verzekeringen zoals de verzekering van de consument komt de verzekerde overlijdensuitkering ten laste van de opgebouwde beleggingen, zodat telkens slechts overlijdensrisicopremie behoeft te worden betaald over het verschil tussen de reeds opgebouwde waarde van de beleggingen en het bij overlijden verzekerde bedrag. Dat de onderhavige verzekering van het type *universal* life is, volgt uit de artikelen 9 en 12 van de algemene voorwaarden (zie ook 2.1 en 2.6).

3.21 Als het rendement van de beleggingen op een zeker moment achterblijft bij de aanvankelijke verwachting (het rendementspercentage waarmee bij aanvang is gerekend), valt het bij te verzekeren risicokapitaal hoger uit dan verwacht, zodat meer overlijdensrisicopremie dan verwacht nodig is, waardoor de waarde van de beleggingen nog lager uitvalt. Omgekeerd zal bij meevallende rendementen het risicokapitaal juist lager uitvallen dan verwacht, zodat minder overlijdensrisicopremie nodig is, waardoor de waarde van de beleggingen hoger kan uitvallen. Deze versterkende effecten worden aangeduid als het hefboomeffect. Ook als het bedrag van de voor een periode verschuldigde overlijdensrisicopremie en (andere) kosten de voor de periode belegde premie overtreft, wordt dat bedrag volledig aan de beleggingen onttrokken, waardoor in dat geval op die beleggingen wordt ingeteerd.

Vandaar dat ook wel wordt gesproken van het hefboom- en inteereffect. De kans dat op de beleggingen wordt ingeteerd, wordt vergroot indien andere factoren tot verhoging van de overlijdensrisicopremie leiden. Zo bepaalt ook de leeftijd de hoogte van de overlijdensrisicopremie: bij een hogere leeftijd is de premie hoger, aangezien de kans dan groter is dat de verzekerde komt te overlijden. Zeker wanneer het overlijdensrisico van personen op hogere leeftijd is verzekerd, heeft dit ieder jaar een aanmerkelijke en steeds grotere stijging van de overlijdensrisicopremie tot gevolg. Het hefboomeffect zal zich voorts sterker doen voelen, naarmate de verzekerde uitkering bij overlijden hoger is. De hoogte van het verwachte rendement is van invloed in die zin, dat bij een optimistische prognose eerder een negatief hefboom-effect zal optreden en bij een pessimistische prognose eerder een positief hefboom-effect (CvB 2018-019, 5.35). Uit voornoemde systematiek volgt dat er geen vast bedrag aan overlijdensrisicopremie in rekening wordt gebracht, zodat deze ook niet vooraf, bij het aangaan van de verzekering, voor de gehele looptijd van de verzekering al vastgesteld kan worden.

3.22 De consument is door de verzekeraar gecompenseerd voor het aan de overlijdens-risicodekking verbonden hefboomeffect tot 2011. De consument acht de verzekeraar gehouden tot een aanvullende vergoeding, vanwege de omstandigheid, zoals de commissie het begrijpt, dat het effect zich ook nadien nog heeft voorgedaan en de verzekering hierdoor voortijdig zonder waarde zou eindigen. Uit de stukken valt echter op te maken dat het voortijdig leeglopen van de verzekering verband houdt met het feit dat ondanks de verschillende brieven van de verzekeraar met waarschuwingen over het leeglopen van de verzekering, de oorzaak daarvan (tegenvallende koersontwikkelingen in combinatie met het hefboomeffect) en de oplossing hiervoor (aanpassing van de overlijdensdekking of overstappen naar een ander product, zie 2.15 en 2.17-2.22) de consument geen aanpassingen in de verzekering heeft doorgevoerd of is overgestapt naar een ander product. Pas in 2018 heeft hij de verzekering afgekocht. Deze gang van zaken kan de verzekeraar niet worden verweten. Evenmin kan worden gezegd dat de verzekeraar zijn zorg- en informatieplicht heeft geschonden. Het feit dat onder bepaalde omstandigheden, zoals hiervoor genoemd, het hefboomeffect, ook een negatieve uitwerking kan hebben, waardoor de kans bestaat dat er op enig moment meer aan de verzekering wordt onttrokken dan aan premie wordt ingelegd, maakt nog niet dat het, zoals de consument stelt, daarmee een gebrekkig product is. Wel dient de verzekeraar voor zover er sprake is van een bijzonder risico, de consument hiervoor bij het aangaan van de verzekering te waarschuwen.

*Bijzonder risico en een te hoge risicopremie?*

3.23 Het is de commissie niet gebleken dat er in dit geval sprake zou zijn geweest van een bijzonder risico op grond waarvan de verzekeraar de consument voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering erop had moeten wijzen dat bij tegenvallende koersen de toegezegde uitkering bij voortijdig overlijden nihil zou kunnen zijn.

Weliswaar volgt uit de waardeoverzichten vanaf 2009 dat zonder aanpassingen de verzekering mogelijk voortijdig zonder waarde zou kunnen eindigen, maar gesteld noch gebleken is dat dit risico bij aanvang van de verzekering reeds als een niet te verwaarlozen risico, als bedoeld in CvB uitspraak 2017-023A, beschouwd zou moeten worden, zodat de verzekeraar de consument daar op dat moment op had moeten wijzen. Bovendien heeft dit risico zich niet voorgedaan. Bij afkoop van de verzekering in 2018 is nog een bedrag van € 7.805,29 aan de consument uitgekeerd. Voor wat betreft de stelling van de consument dat er sprake zou zijn geweest van een te hoge overlijdensrisicopremie oordeelt de commissie dat de consument in het kader van de zogenoemde successiesplitsing bij aanvang van de verzekering en gedurende de looptijd van de verzekering steeds vooraf is geïnformeerd over het bedrag dat maandelijks aan overlijdensrisicopremie in rekening zal worden gebracht, zodat ook over de hoogte van de overlijdensrisicopremie, met de daarin opgenomen kostenopslag, sprake is van wilsovereenstemming. Daarop stuit ook af het betoog dat er ten aanzien van de overlijdensrisicopremie sprake is van een onvoldoende of onjuiste informatie over de werking en de hoogte van de overlijdensrisico-verzekering. De consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij in 2000 een andere beslissing zou hebben genomen en/of de verzekering niet onder dezelfde of soortgelijke voorwaarden zou zijn aangegaan als hij wel volledig was geïnformeerd.

*Zijn de kostenbedingen in de algemene voorwaarden oneerlijk in de zin van de richtlijn (betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten) en is er sprake van misleiding?*

3.24 De consument voert aan dat het beding in de algemene voorwaarden betreffende de eerste kosten en de aan- en verkoopkosten oneerlijk is. De verzekeraar is niet transparant geweest over de hoogte van de eerste kosten. De algemene voorwaarden vermelden slechts dat er gedurende de eerste vijf jaar van de looptijd eerste kosten in rekening worden gebracht, maar niet hoeveel (ook in de brochure niet), terwijl deze kosten invloed hebben op het beleggingsrendement van de verzekering. Er is volgens de consument sprake van misleiding en bedrog.

3.25 Volgens de verzekeraar zijn de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk geformuleerd en zijn aan de consument duidelijke en begrijpelijke criteria verstrekt waarmee de consument de economische gevolgen die daaruit voor hem voort-vloeiden, kon inschatten. Daarnaast stelt de verzekeraar dat hij op basis van de in 1999 geldende regelgeving niet verplicht was om informatie te geven over de hoogte van de kosten en is er ook geen sprake van een aanzienlijke verstoring van het evenwicht tussen partijen.

3.26 De commissie stelt voorop dat op grond van de richtlijn 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)[4]. 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.

*Eerste kosten*

3.27 De commissie begrijpt dat de consument ten aanzien van de eerste kosten doelt op artikel 12.1 algemene voorwaarden. Naar het oordeel van de commissie is dit beding niet oneerlijk.

3.28 Uit het beding en uit de overige productdocumentatie valt noch de hoogte van de eerste kosten 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. Wel blijkt uit lezing van de brochure (zie 2.7) en de voorbeeldofferte dat er gedurende de eerste 5 jaar (de periode dat de eerste kosten volgens de voorwaarden in rekening worden gebracht) het grootste gedeelte van de kosten in rekening worden gebracht en dat in dat verband de waardeontwikkeling na de eerste vijf jaar aanmerkelijk sneller verlopen dan in de eerste vijf jaar. In de brochure staat tevens vermeld dat daarna, dus na de eerste 5 jaar, de kosten zeer gering zijn. Van de door de consument gestelde misleiding of bedrog is geen sprake.

[4] Zie CvB 2020-016B, 3.4.6-3.4.10 en Conclusie A-G 14 oktober 2021, ECLI:NL:PHR:2021:973, 6.13-6.19.

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 merkt in dat kader op dat haar niet is gebleken dat er sprake zou zijn van onredelijk bezwarend beding. 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. Dat de verzekeraar (mogelijk) rente heeft berekend over de eerste kosten maakt evenmin dat het beding oneerlijk is (zie CvB 2021-0029, 5.16-5.17 en CvB 2021-0043, 6.10-6.13). Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

*Aan en verkoopkosten*

3.29 Uit de voorwaarden in combinatie met de toelichting in de productbrochure (zie 2.7) valt naar het oordeel van de commissie voldoende duidelijk op te maken op welke wijze er aan- en verkoopkosten in rekening worden gebracht. Van een niet transparant beding en daarmee mogelijk oneerlijk beding is de commissie niet gebleken en wordt verder ook niet nader onderbouwd door de consument. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

3.30 De commissie heeft niet kunnen vaststellen dat tussentijdse aanpassing van de risicopremies en kostenvergoedingen op de voet van artikel 15 van de voorwaarden heeft plaatsgevonden zodat dit artikel verder onbesproken kan blijven.

*Mocht de verzekeraar het beleggingsbeleid uitbesteden?*

3.31 De consument verwijt de verzekeraar dat de verzekeraar het beleggingsbeleid heeft uitbesteed en dat dit niet is overeengekomen. Uit de algemene 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.

*Conclusie*

3.32 De slotsom is dat de vorderingen van de consument deels zijn verjaard en voor het overige niet slagen.

## 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 van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. 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 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).