Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0804

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. ing. A.J. Verdaas, drs. J.W. Janse, leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	30 oktober 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Klachten ongegrond, vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Universal Life afgesloten in 2003. De consument vordert (schade)vergoeding omdat de verzekeraar onder andere niet aan zijn informatie- en zorgplicht heeft voldaan. De commissie stelt vast dat de verzekeraar voor wat betreft de zogenoemde fondsbeheerkosten (TER) niet geheel heeft voldaan aan de op grond van de Riav 1998 op hem rustende informatieverplichtingen. Dat de consument daardoor schade heeft geleden is niet aannemelijk gemaakt. Van wederrechtelijk voordeel voor de verzekeraar doordat dividenden niet zijn bijgeschreven op de verzekering van de consument is geen sprake. De verzekeraar heeft niet hoeven waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect. Voor een immateriële schadevergoeding bestaat geen grond. De klachten van de consument zijn voor het overige eveneens ongegrond, daarom worden alle vorderingen afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, bemiddeling en (bindend) advies zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- de klachtuiting van de consument;
- het door de consument ingevulde informatieformulier beleggingsverzekeringen;
- de aangepaste klachtuiting van de consument ontvangen op 8 mei 2021;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;

- de dupliek van de verzekeraar;
- de reactie van de consument en de verzekeraar op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022[1].

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer F.G.C.M. Jansen (Shureluck B.V.), professioneel vertegenwoordiger (hierna: de vertegenwoordiger).

1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.4 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had met advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 april 2003 een beleggingsverzekering met de naam Basic-Life Premie afgesloten bij de verzekeraar (hierna: de verzekering). De verzekering is een universal life product. De einddatum van de verzekering was bij aanvang gesteld op 1 april 2033 en de te betalen maandpremie op € 102,56. De verzekering was gekoppeld aan een hypothecaire geldlening.

2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.

2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering is de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:

- een offerte gedateerd 17 december 2002 (deels overgelegd);
- een aanvraagformulier getekend op 20 december 2002;
- een polisblad gedateerd 4 april 2003;
- de Algemene voorwaarden Basic-life Premie, versie 2001.02;
- de Bijzondere voorwaarden 110% Overlijdensdekking, versie 2001.02;
- de Bijzondere voorwaarden Kapitaalverzekering gekoppeld aan een hypotheek, versie 2001.02 (niet overgelegd)

[1] ECLI:NL:HR:2022:166

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.

2.4 Op de polis staat onder andere het volgende:

"*(…)*

Jaarlijkse premie	Van 1 april 2003 tot 1 april 2033 bedraagt de premie op jaarbasis voor deze verzekering € 1.230,72. Deze premie wordt in maandelijkse termijnen van € 102,56 betaald, voor het eerst op 1 april 2003 en voor het laatst op 1 maart 2033.
Investeringspercentage	Van de bovengenoemde premie wordt van 1 april 2003 tot 1 april 2013 84,0% geïnvesteerd. Daarna bedraagt dit percentage 94,0% van de premie. *(…)*
Administratievergoeding	De administratievergoeding voor deze verzekering bedraagt € 5,00 per maand.
Beheervergoeding	De beheervergoeding voor deze verzekering bedraagt 0,0417% per maand. *(…)*

Figuur 1 tekst 1 polisblad

Kapitaal bij overlijden

Bij overlijden van (naam van de consument) vóór 1 april 2033 wordt er 110% van de op overlijdensdatum aanwezige waarde in de verzekering uitgekeerd. Deze uitkering zal altijd minimaal € 80.000,00 bedragen.

Bij overlijden van (naam partner van de consument) vóór 1 april 2033 wordt er 110% van de op overlijdensdatum aanwezige waarde in de verzekering uitgekeerd. Deze uitkering zal altijd minimaal € 80.000,00 bedragen. (…)

- Fondsverdeling	Vanaf 1 april 2003 wordt het te investeren deel van de premies als volgt over de fondsen verdeeld: 100% Basic-life Mix fund
- Voorbeeldwaarde-overzicht	Als we als voorbeeldpercentage voor de waardeontwikkeling een constant percentage van 9,0% veronderstellen, dan levert dat de volgende poliswaarden op:

Na één jaar	€	456,00
Na twee jaar	€	939,00
Na drie jaar	€	1.452,00
Na vier jaar	€	1.996,00
Na vijf jaar	€	3.122,00
Na tien jaar	€	10.094,00
Na vijftien jaar	€	19.991,00
Na twintig jaar	€	34.198,00
Na vijfentwintig jaar	€	55.220,00

Figuur 2 tekst 2 polisblad

Op de einddatum € 87.969,00

Wij wijzen u erop dat dit geen gegarandeerde bedragen zijn, maar slechts een indicatie.

(…)

KEW	De begunstigde zal de kapitaalverzekering aanwenden ter aflossing van de schulden aangegaan ter verwerving van de eigen woning in de zin van de Wet Inkomstenbelasting 2001 van de verzekeringnemer, van diens echtgenoot of van degene met wie de verzekeringnemer duurzaam een gemeenschappelijke huishouding voert.

”

Figuur 3 tekst 3 polisblad

2.5 In de Bijzondere voorwaarden 110% Overlijdensdekking staat onder meer het volgende:

“*(…)*

- Artikel 3	**Premies overlijdensrisico** Wanneer u (verzekerde) voor de einddatum overlijdt doen we een uitkering. De hoogte van deze overlijdensuitkering staat op uw polis vermeld. De uitkering bij overlijden is altijd hoger dan de waarde van uw verzekering op het moment van overlijden. De premie die hoort bij het extra uit te keren gedeelte verrekenen we maandelijks. Dat doen we door aan het begin van iedere maand, voor het eerst op de ingangsdatum en vervolgens iedere volle maand daaropvolgend, units uit uw verzekering te verkopen. Naarmate u ouder wordt, neemt de kans op overlijden toe. Daarom stellen we iedere maand opnieuw de te betalen premie voor het overlijdensrisico vast. De grootte van het overlijdensrisico is gelijk aan de hoogte van de overlijdensuitkering verminderd met de waarde van uw verzekering op het moment van verrekening. Bijvoorbeeld: bij uw overlijden wordt er € 100.000,00 uitgekeerd. De waarde van de verzekering bedraagt op het moment van verrekening € 25.000,00. Dan bedraagt het overlijdensrisico op die verrekeningsdatum € 75.000,00. Het overlijdensrisico wordt vermenigvuldigd met de tarieven uit artikel 7. De uitkomst is een bedrag in euro's: de risicopremie. Deze risicopremie verdelen we over de fondsen waarin is belegd, in verhouding van de waarde van de fondsen op dat moment. Vervolgens wordt, voor ieder fonds, de risicopremie omgerekend in units, tegen de verkoopkoers. Deze units worden uit uw verzekering verkocht. De verkoopkoers die we gebruiken is die van de dag van verrekening. Als de dag van verrekening geen werkdag is, gebruiken we de verkoopkoers van de eerstvolgende werkdag.

Figuur 4 tekst 1 bijzondere voorwaarden

Artikel 3 (vervolg)	Bij een verzekering met twee verzekerden, die eindigt bij het overlijden van één van de verzekerden, wordt het overlijdensrisico voor iedere verzekerde afzonderlijk op deze manier bepaald.

(…)”

Figuur 5 tekst 2 bijzondere voorwaarden

In artikel 7 is opgenomen een tabel met per leeftijd voor man en vrouw de risicopremie per € 100.000,00 overlijdensrisico.

2.6 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) 1998, de Code Rendement en Risico (CRR) 2002, het Besluit Financiële Bijsluiter en de Nadere Regeling Financiële Bijsluiter 2002 van toepassing.

2.7 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering geïnformeerd over de (waarde)ontwikkelingen van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.

2.8 Per brief van 18 februari 2010 heeft de verzekeraar de consument in verband met de blijvende premiebetalingsachterstand bericht dat de polisvoorwaarden worden toegepast, hetgeen inhoudt dat de verzekering per 1 oktober 2009 in ongewijzigde vorm automatisch is voortgezet. In deze brief staat tevens het volgende:

"*(…)*

Waarde ontwikkeling en kosten
Automatische voortzetting houdt in dat de verzekering wordt voortgezet zonder verdere premiebetaling. Gedurende de resterende looptijd van de verzekering worden er maandelijks units verkocht om de in rekening gebrachte kosten te verrekenen. Door koersstijging of koersdaling zal de waarde van de verzekering toenemen of afnemen. Afhankelijk van de waarde van de verzekering en de restant duur van de verzekering op het moment van automatische voortzetting kan het voorkomen dat de waarde van de verzekering op enig moment niet meer toereikend is om de kosten te verrekenen. Indien de waarde van de verzekering door waardevermindering van de beleggingen negatief wordt zullen wij de verzekering zonder waarde beëindigen en u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen.

De rechten uit uw verzekering zijn in verband met een hypothecaire geldlening overgedragen aan ING Bank N.V. . Wij hebben de pandnemer op de hoogte gebracht van de automatische voortzetting van uw verzekering.

(…)"

Figuur 6 tekst uit brief 18 februari 2010

2.9 In december 2011 is de consument in het kader van de compensatieregeling door de verzekeraar bericht dat als vergoeding voor te hoge kosten € 0,50 en € 4,50 als vergoeding voor het hefboom-/inteereffect in de verzekering werd gestort.

2.10 In de brief van 3 januari 2012 van de verzekeraar aan de consument staat onder andere:

"*(…)*

U hebt een beleggingsverzekering bij ASR Verzekeringen. Wij kunnen ons voorstellen dat u, ondanks de Compensatieregeling, het gevoel hebt dat u met uw huidige verzekering niet meer het doel kunt bereiken dat u ooit voor ogen had.

Figuur 7 tekst 1 uit brief 3 januari 2012

Wat zijn uw mogelijkheden?
U kunt uiteraard uw huidige verzekering gewoon voortzetten. Maar u kunt ook overstappen naar ons nieuwe bankspaarproduct of onze nieuwe vermogensopbouwverzekeringen. Dit zijn producten met lage en heldere kosten. Bij een overstap, waarvoor wij geen kosten berekenen, behoudt u vanzelfsprekend uw volledige opgebouwde waarde van uw verzekering. Dit geldt ook als u besluit uw huidige verzekering te beëindigen.

U heeft de keuze uit:
- **ASR lijfrente opbouwrekening.** Dit is een bankspaarproduct, waarmee u kunt sparen voor later.
- **ASR VermogenGarant.** Deze beleggingsverzekering garandeert een minimum rendement. U weet dus exact wat de minimale opbrengst is op de einddatum.
- **ASR VermogenBelegd.** Bij deze beleggingsverzekering kunt u zelf bepalen hoeveel beleggingsrisico u wilt dragen.

Verder kunt u zelf bepalen of u wel of geen overlijdensrisicoverzekering wilt.
- **ASR Vermogen bij Overlijden.** Met deze verzekering beperkt u de financiële problemen voor uw nabestaanden.

Heeft u deze beleggingsverzekering om uw hypotheek mee af te lossen? Dan kan de hypotheekbank beperkingen stellen aan bovengenoemde mogelijkheden. Uw verzekeringsadviseur kan u er meer over vertellen en u adviseren.

Figuur 8 tekst 2 uit brief 3 januari 2012

(…)

Deze nieuwe producten zijn anders dan uw huidige beleggingsverzekering. Wij bieden u daarom aan met uw verzekeringsadviseur in gesprek te gaan om uw mogelijkheden te bespreken. Indien u hiervoor kiest, ontvangt uw adviseur van ASR een bijdrage van €125,- in verband met de kosten voor dit advies.

Figuur 9 tekst 3 uit brief 3 januari 2012

(…)

Neem contact op met uw verzekeringsadviseur
Wij adviseren u een afspraak te maken voor een adviesgesprek met uw verzekeringsadviseur Unive Regio+ B.V., om samen te bekijken welke mogelijkheid het best bij u past. U kunt uw verzekeringsadviseur bereiken via

Figuur 10 tekst 4 uit brief 3 januari 2012

(…)

Ook kunt u op werkdagen tussen 9.00 en 17.00 uur het Klant Contact Centrum van ASR bellen:

Figuur 11 tekst 5 uit brief 3 januari 2012(…)"

2.11 In een brief van maart 2012 van de verzekeraar aan de consument staat onder meer:

"*(…)*

U hebt in het verleden bovenvermelde beleggingsverzekering bij ons afgesloten. Wij vragen u nadrukkelijk aandacht voor de volgende waarschuwing. Het is belangrijk dat u onderstaande tekst goed doorleest en daarna actie onderneemt.

De verwachting is dat de waarde van uw beleggingsverzekering nog vóór de einddatum, die is afgesproken bij het afsluiten van uw verzekering, zal afnemen tot € 0,- (nulwaarde). Op het moment dat uw verzekering een nulwaarde bereikt, houdt deze op te bestaan en vervalt. Ook uw overlijdensrisicodekking in deze verzekering komt op dat moment te vervallen. Nu kunt u dit mogelijk nog voorkomen. Wij raden u daarom dringend aan een afspraak te maken met uw verzekeringsadviseur. Hij kan u adviseren.

Gevolgen als u niets doet
Als u niets verandert aan uw beleggingsverzekering dan is onze verwachting dat de waarde in uw verzekering nog voor de afgesproken einddatum daalt tot € 0,- (nulwaarde). Dit betekent dan dat de opgebouwde waarde ondanks uw inleg € 0,- zal bedragen. Deze nulwaarde kan bijvoorbeeld de volgende gevolgen voor u hebben.

- Is uw beleggingsverzekering gekoppeld aan uw hypotheek?
  - dan kunt u met deze verzekering uw hypotheekschuld niet aflossen,
  - dan kunt u niet voldoen aan eventuele voorwaarden van uw hypotheekverstrekker.

Figuur 12 tekst 1 uit brief maart 2012

(…)

Waardeoverzicht
U kunt de waarde van uw beleggingsverzekering zien op het waardeoverzicht dat u jaarlijks van ons ontvangt. Hierop kunt u ook lezen wat de verwachte eindwaarde is. De huidige waarde van uw verzekering kunt u opvragen bij uw adviseur.

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 onze website: www.asrcompenseert.nl.

Benader uw adviseur
Op dit moment zit er nog waarde in uw verzekering. Wij raden u dan ook dringend aan om met uw verzekeringsadviseur te bespreken of en wat u het beste kunt doen. Hebt u geen adviseur? Neemt u dan contact op met ons Klant Contact Centrum. Onze medewerkers verwijzen u dan door naar een verzekeringsadviseur. Het nummer van ons Klant Contact Centrum vindt u hieronder.

Figuur 13 tekst 2 uit brief maart 2012

(…)"

2.12 In een tweetal brieven van 12 april 2013 respectievelijk 15 april 2013 van de verzekeraar aan de consument staat onder meer het volgende:

"*(…)*

Het is zéér belangrijk dat u onderstaande tekst goed doorleest!

WAARSCHUWING: U KUNT UW BELEGGINGSVERZEKERING BINNENKORT NIET MEER GEBRUIKEN OM UW HYPOTHEEKSCHULD AF TE LOSSEN. ONDERNEEM ACTIE! ANDERS HOUDT U MOGELIJK EEN SCHULD OVER.

U hebt in het verleden een beleggingsverzekering bij ons afgesloten. Het is zeer waarschijnlijk dat de waarde van uw beleggingsverzekering nog vóór de einddatum zal afnemen tot € 0,-. Op dat moment houdt uw verzekering op te bestaan. Uw beleggingsverzekering vervalt dan zonder uitkering. Ook komt de uitkering bij overlijden (uw overlijdensrisicodekking) in deze verzekering op dat moment te vervallen. U krijgt dan dus niets.

In 2012 hebben wij u deze waarschuwing twee keer gestuurd. Helaas hebt u hier volgens onze gegevens niet op gereageerd. Nogmaals willen wij u eraan herinneren: het is voor u van groot belang om nú in actie te komen en uw beleggingsverzekering te (laten) wijzigen of zelfs te stoppen.Op deze manier kunt u uw situatie waarschijnlijk verbeteren. Maak hiervoor zo spoedig mogelijk een afspraak met uw verzekeringsadviseur.

Huidige waarde
De huidige waarde van uw beleggingsverzekering bedraagt € 3.874,54. De verwachting is dat de waarde binnenkort op € 0,- komt. Op dat moment vervalt dus uw beleggingsverzekering zonder uitkering.

Restschuld
Uw beleggingsverzekering is gekoppeld aan uw hypotheek en verpand aan uw geldverstrekker. Op het moment dat de waarde van uw beleggingsverzekering € 0,- bedraagt, vervalt uw beleggingsverzekering. U kunt uw beleggingsverzekering dan niet meer gebruiken om uw hypotheek af te lossen. U moet dus sterk rekening houden met een restschuld.

Wat kunt u doen?
Wij raden u daarom dringend aan contact op te nemen met uw verzekeringsadviseur. Samen met uw verzekeringsadviseur bekijkt u wat de beste oplossing voor u is. Mogelijke oplossingen zijn:

- Aanpassen van de huidige overlijdensrisicodekking in uw beleggingsverzekering.
- Verwijderen van de overlijdensrisicodekking in uw beleggingsverzekering en een aparte overlijdensrisicoverzekering afsluiten. (Uw huidige overlijdensrisicodekking is nu nog onderdeel van uw beleggingsverzekering). Wij vragen hiervoor geen nieuwe medische waarborgen.
- Overstappen naar een ander vermogensopbouwproduct van ASR of van een andere aanbieder. De overlijdensrisicoverzekering sluit u dan eventueel apart af.

Figuur 14 tekst 1 uit brieven april 2013

- Stopzetten van uw beleggingsverzekering.

Uw verzekeringsadviseur kent uw financiële situatie en kan u adviseren wat de beste oplossing voor u is. Hij kan de wijziging ook voor u aanvragen. Uw geldverstrekker moet toestemming geven om de wijziging door te voeren. Uw adviseur kan u hierover informeren.

Figuur 15 tekst 2 uit brieven april 2013

(…)

Wat is de oorzaak?
De waardedaling naar € 0,- en het verval van uw beleggingsverzekering, kan onder meer komen door het zogenaamde hefboom-/inteereffect. Meer informatie over dit effect leest u op https://compensatie.asr.nl/vergoeding/hefboom_inteervergoeding/index.aspx.

Hebt u vragen?
Wij vinden het belangrijk dat u goed en volledig geïnformeerd bent. Hebt u nog vragen over deze brief of over bovenstaande oplossingen? Neemt u dan contact op met uw verzekeringsadviseur via bovenvermelde gegevens.

Figuur 16 tekst 3 uit brieven april 2013

(…)"

2.13 In februari 2014 heeft de verzekeraar de consument per brief bericht over de omzetting van het fonds waarin werd belegd, het zogenoemde ASR Solide Mixfonds, naar het nieuwe ASR Beleggingsmixfonds E.

2.14 Na een verzoek van de consument daartoe is de verzekering per 8 april 2019 afgekocht en is de afkoopwaarde van € 2.429,49 door de verzekeraar aan de pandhouder uitgekeerd.

2.15 Per brief van 20 maart 2020 heeft de consument zich bij de verzekeraar over de verzekering beklaagd. Na de afwijzende reactie van de verzekeraar van 31 maart 2020 heeft de consument zijn klacht op 16 april 2020 ter behandeling bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.16 De consument vordert, na diverse wijzigingen, dat de verzekeraar een schade vergoedt op basis van het gemiddelde rendement (door de consument gesteld op 9,67%) van € 62.738,30 dan wel op basis van het feitelijke rendement, een bedrag van € 59.302,13.

2.17 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot de gevorderde vergoeding gehouden:

A. De door de fondsbeheerder in rekening gebrachte fondsbeheerkosten (TER) zijn niet overeengekomen. De verzekeraar is tekortgeschoten in zijn verplichting de consument erop te attenderen dat de beleggingsfondsen TER berekenden, waarop de consument in de gegeven omstandigheden niet bedacht hoefden te zijn. De verzekeraar is gehouden de negatieve gevolgen voor de waarde opbouw van de verzekering als gevolg van het feit dat TER is berekend, ongedaan te maken door het daarmee gemoeide bedrag te vergoeden. Zou de consument precontractueel zijn geïnformeerd over (de hoogte van) TER, en de gevolgen op lange termijn van de kosten op de te verwachten eindopbrengst, dan is het niet denkbeeldig dat de consument voor een passief beheerd beleggingsfonds, of fondsen had gekozen. De beheerkosten van dit type, reeds in 2003 volop beschikbaar, zijn vrijwel gelijk aan 0%.

B. De in rekening gebrachte herverzekeringskosten zijn niet overeengekomen. In de productinformatie wordt in het geheel geen gewag gemaakt van deze kostensoort die ontegenzeggelijk ten laste van de waarde wordt gebracht en daarmee dus ook op negatieve wijze bijdraagt aan de waarde opbouw van de verzekering. Omdat de grondslag voor deze kosten ontbreekt dient de verzekeraar deze kosten te vergoeden aan de consument. De herverzekeringskosten blijken 2% van de betaalde premie en worden dienovereenkomstig verdisconteerd in de schade-berekening;

C. De overlijdensrisicopremie was niet van tevoren bekend en kon dus ook niet weergegeven worden in de precontractuele informatie. Daardoor kan over de hoogte van de overlijdensrisicopremie geen overeenstemming bestaan en is deze onverschuldigd betaald. De consument stelt primair dat er sprake is van een leemte in de overeenkomst die in overeenstemming met de eisen van redelijkheid en billijkheid moet worden ingevuld door het bepalen van een redelijke overlijdens-risicopremie gedurende de looptijd van de verzekering. Daarnaast heeft de verzekeraar in vergelijking tot de markt een te hoge risicopremie in rekening gebracht.

D. De verzekeraar heeft niet gewaarschuwd voor het bijzondere risico dat de polis voortijdig beëindigd zal worden, waarbij er bij overlijden geen uitkering zal volgen. De polis is door de verzekeraar beëindigd vanwege het hefboom- en inteereffect en niet door het niet meer betalen van premie. Het was voor de verzekeraar mogelijk de verzekering geheel zelfstandig aan te passen zonder de consument te verplichten naar een verzekeringsadviseur te gaan. Deze berekent kosten voor zijn advies en daar moet maar net budget voor zijn. Pandhouders hebben daar geen bezwaar tegen zolang de hypotheekvoorwaarden maar niet worden geschaad.

E. De verzekeraar heeft ten onrechte het directe rendement dan wel de resultaten van de beleggingen (het ontvangen dividend) die voor rekening en risico voor de verzekeringnemers werden aangehouden niet uitgekeerd of bijgeschreven op de verzekering en heeft hierdoor een wederrechtelijk voordeel gekregen.

F. De consument lijdt fiscaal nadeel doordat de verzekeraar het jaarlijkse rendement uit de Fiscaal Transparante Instelling (FTI) moet verantwoorden in zijn eigen verlies- en winstrekening. Als de verzekeraar niet kan aantonen dat de directe en/of indirecte inkomsten volledig worden toegerekend aan de balans waarop een passiefpost voorkomt met de naam ‘Verplichtingen aan de Verzekeringsnemers die voor Eigen Rekening en Risico beleggen’ dan staat vast dat over het directe en/of het indirecte rendement, na aftrek van operationele lasten van de verzekeraar, 25% vennootschapsbelasting wordt geheven. Dit werkt uiteraard in het nadeel van de waardeopbouw van de verzekering van de consument. Omdat informatie daarover volledig ontbreekt kan dit niet als overeengekomen worden beschouwd.

G. De verzekeraar manipuleert de intrinsieke waarden zoals deze per ultimo jaar aan de verzekeringnemers zijn gerapporteerd. De intrinsieke waarde wordt structureel te laag opgegeven, waardoor de consument en andere verzekeringnemers financieel fors worden benadeeld. Dit nadeel komt gemiddeld uit op € 2,25 per participatie. Doordat het gemiddelde aantal uitstaande participaties afwijkt van het daadwerkelijke aantal, ontstaat ruimte om extra participaties uit te keren aan de verzekeraar. De verzekeraar kan op deze wijze een wederrechtelijk voordeel verkrijgen. Dit voordeel zal door de verzekeraar volledig aan de consument moeten worden terugbetaald.

H. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht tegenover de consument verzaakt. Door de verzekeraar is toegestaan dat door de tussenpersoon de gebruikelijke bruto-netto berekening is gemaakt gebaseerd op een gemiddeld rendement van 8% terwijl de consument zonder enige tegenspraak aan de zijde van de verzekeraar mag kiezen voor een belegging in het Mixfonds waar een structureel lager rendement van kan worden verwacht. Het is niet onredelijk aan te nemen dat een mixfonds belegt in een mix van beleggingscategorieën (aandelen, staatsobligaties, vastgoed en liquiditeiten) en dat daarmee een gemiddeld meetkundig rendement van 8% over een periode van 30 jaar onhaalbaar is. De verzekeraar had moeten weten dat het benodigde rendement niet behaald had kunnen worden met het verwachte rendement en had de consument hiervoor uitdrukkelijk moeten waarschuwen. Berekend is wat de maandelijkse inleg had moeten zijn als het gemiddelde rendement was berekend op 6% (50% obligaties met een verwacht rendement van 4% en 50% aandelen met een verwacht rendement van 8%). Hieruit volgt dat de maandelijkse inleg € 44,67 hoger had moeten zijn. Dit bedrag wordt als schade gevorderd van de verzekeraar.

I. De consument lijdt immateriële schade. De opstelling van de verzekeraar en het komen vervallen van de verzekering zijn een bron van grote zorg en frustratie voor de consument. De overlijdensrisicodekking is komen te vervallen. Bij een onverhoopt overlijden van een van de twee verzekerden blijft een partner achter met de zekerheid dat de hypothecaire lasten niet kunnen worden gedragen en het risico dat de hypotheekverstrekker de kredietovereenkomst heroverweegt. De aflossing van het aflosbare deel van de hypothecaire lening zal in 2033 niet plaats vinden. Daarmee wordt de onzekerheid over de financiële toekomst dusdanig groot dat hieruit uitsluitend pure financiële stress kan volgen.

Het verweer

2.18 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het in de bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen. Toetsing door de commissie vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie.

Is voldaan aan de informatieverplichtingen inzake het informeren over de fondsbeheerkosten?

3.2 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in de koers en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument belegt. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door de verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of de verzekeraar de consument over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement. Vergelijk CvB 2018-010, overweging 5.9.

3.3 Op de verzekering zijn onder andere de Riav 1998 en de CRR 2002 van toepassing. Aan de hand van de productdocumentatie en ten aanzien van de verzekering geldende informatieverplichtingen heeft de commissie vastgesteld dat er fondsbeheerkosten (TER) in rekening worden gebracht zonder dat gebleken is dat de verzekeraar de consument daarover bij het sluiten van de verzekering overeenkomstig de geldende bepalingen van de Riav 1998 en CRR 2002 concreet heeft geïnformeerd. De verzekeraar heeft in zoverre niet aan de geldende regelgeving voldaan en is daarmee tegenover de consument tekortgeschoten. Een tekortkoming van de verzekeraar in het voldoen aan zijn (informatie)verplichtingen om de TER te vermelden, leidt niet tot een terugbetalingsverplichting, maar tot de verplichting voor de verzekeraar om de schade, die de consument als gevolg van zijn tekortkoming heeft geleden, te vergoeden. Dat hiervan sprake zou zijn is de commissie niet gebleken.

3.4 De consument stelt weliswaar dat als hij zou zijn geïnformeerd over de (hoogte van TER), en de gevolgen op lange termijn van deze kosten op de te verwachten eind-opbrengst, het niet denkbeeldig is dat de consument alsdan voor een passief beheerd beleggingsfonds, of fondsen had gekozen, waaraan vrijwel geen beheerkosten zijn verbonden, maar onderbouwt deze stelling niet. De consument laat in dat verband onder andere na nader toe te lichten of aannemelijk te maken dat de betreffende fondsen, zoals gesteld, op dat moment daadwerkelijk beschikbaar waren, dat de consument in zijn situatie, waarbij de uitkering van de verzekering ter zekerheid was verpand aan een geldverstrekker, hiervoor had willen en kunnen kiezen en hoe en in hoeverre hij dan nu beter af zou zijn geweest.

Daar komt bij dat de stelling dat 'het niet denkbeeldig' is dat de consument een andere keus zou hebben gemaakt, te veel ruimte laat. De stelling zelf laat al in het midden of de consument die keus werkelijk zou hebben gemaakt. De met de TER verband houdende vordering is dan ook niet toewijsbaar.

Herverzekeringskosten?

3.5 Het is de commissie ambtshalve bekend dat de vertegenwoordiger van de consument vrijwel altijd namens zijn consumenten stelt dat door de verzekeraar herverzekeringskosten in rekening zijn gebracht, terwijl daarvoor geen contractuele grondslag bestaat en deze dus niet zijn overeengekomen. De verzekeraar heeft gemotiveerd betwist dat er buiten de in de productdocumentatie genoemde kosten nog aanvullend herverzekeringskosten in rekening zijn gebracht waarover niet is geïnformeerd. Dat dit anders zou zijn is de commissie niet gebleken en vindt geen steun in de overgelegde stukken en wordt verder ook niet aannemelijk gemaakt. Dit betekent dat dit klachtonderdeel niet slaagt.

Overlijdensrisicopremie onverschuldigd betaald?

3.6 De consument stelt dat de hoogte van de overlijdensrisicopremie niet is overeengekomen en dat daarnaast de verzekeraar in vergelijking tot de markt een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht.

3.7 Op basis van het polisblad en de voorwaarden moet het voor de consument bij het afsluiten van de verzekering zonder meer duidelijk zijn geweest dat in de verzekering een dekking voor het overlijdensrisico is opgenomen, dat hij voor die dekking een risicopremie zou moeten betalen en op welke wijze de hoogte van de premie werd vastgesteld (zie 2.4 en 2.5). Het in rekening brengen van de risicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst en de risicopremies zijn niet onverschuldigd betaald. Dat er ten opzichte van de markt in 2003 sprake zou zijn geweest van een in vergelijking tot soortgelijke beleggingsverzekeringen, te hoge risicopremie heeft de consument onvoldoende aangetoond. In dat verband maakt de commissie uit de stukken op dat de consument een vergelijking maakt met de premie die volgens de consument verschuldigd zou zijn geweest als een losse overlijdensrisicoverzekering zou zijn afgesloten, in plaats van de door de consument gemaakte keuze voor een overlijdensrisicodekking als onderdeel van de verzekering. Reeds daarom gaat deze vergelijking en de daarmee verband houdende stelling dat er door de verzekeraar een te hoge risicopremie in rekening werd gebracht niet op.

Heeft de verzekeraar moeten waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect?

3.8 De consument stelt, zoals de commissie het begrijpt, dat de verzekeraar de consument niet heeft gewezen op het aan de overlijdensrisicodekking verbonden hefboom- en inteereffect en niet heeft gewaarschuwd voor het bijzondere risico dat de verzekering voortijdig beëindigd zou worden, waardoor bij overlijden geen uitkering zou volgen.

Volgens de consument was sprake van dat bijzondere risico. De consument brengt onder andere naar voren dat de verzekering door de verzekeraar is beëindigd vanwege het hefboom- en inteereffect en niet door het niet meer betalen van premie. De commissie oordeelt het volgende.

3.9 De commissie stelt vast dat haar uit de overgelegde stukken, waaronder de voorbeeld-kapitalen met bijbehorende rekenrendementen zoals vermeld op de offerte, niet is gebleken dat er sprake zou zijn geweest van het bijzondere risico dat de verzekering kon komen te vervallen zonder dat bij vóóroverlijden een overlijdensuitkering zou worden uitgekeerd, waarvoor de verzekeraar de consument bij het aangaan van de verzekering had moeten waarschuwen. De consument heeft het bestaan van dat bijzondere risico onvoldoende aannemelijk gemaakt en voor zover er binnen de verzekering op enig moment sprake was van voornoemd bijzonder risico, heeft zich dit niet verwezenlijkt. De verzekering is immers voortijdig, in 2019, door de consument afgekocht waarbij een waarde van € 2.429,49 is uitgekeerd (zie 2.14). Daarbij is verder van belang dat voor zover er sprake zou zijn geweest van het gestelde bijzondere risico, met vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de eventuele daarmee verband houdende schade in beginsel geacht moet worden te zijn vergoed en dat de consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij méér schade heeft geleden (zie CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25). In dat verband maakt de commissie uit de stukken op dat in afwijking van hetgeen bij aanvang was overeengekomen al vanaf 2009 geen premie meer door de consument werd betaald. Dit heeft evident ook nadelige gevolgen voor de kapitaalopbouw binnen de verzekering gehad. De consument is door de verzekeraar middels de jaarlijkse waardeoverzichten over de waardeontwikkeling van de verzekering geïnformeerd en daarnaast per separate brieven (zie 2.10 tot en met 2.12) er meerdere malen uitdrukkelijk op gewezen dat de verzekering zonder aanpassing voortijdig zou eindigen, dat de verzekering dan niet meer gebruikt zou kunnen worden om de hypothecaire geldlening mee af te lossen en ook de overlijdens-risicodekking zou komen te vervallen. In de brieven werd de consument het dringende advies gegeven om in actie te komen en over de verschillende (aanpassings)-mogelijkheden (waaronder die ten aanzien van de overlijdensrisicodekking en het daaraan verbonden risico van een hefboom- en inteereffect) contact met zijn tussenpersoon op te nemen. Deze brieven en waardeoverzichten vormden kennelijk, zoals de commissie uit de stukken opmaakt, voor de consument onvoldoende aanleiding om met zijn tussenpersoon of de verzekeraar contact te zoeken voor advies of het doorvoeren van aanpassingen. De gevolgen daarvan komen voor rekening en risico van de consument zelf. In dat verband rust er, anders dan de consument stelt, geen verplichting op de verzekeraar om zelfstandig wijzigingen in de overlijdensrisico-dekking van de verzekering door te voeren. De verzekeraar is daartoe ook niet bevoegd. De verzekeraar treft ter zake geen verwijt.

Wederrechtelijk voordeel verzekeraar en fiscaal nadeel consument?

3.10 De consument voert aan dat de verzekeraar, gedurende de looptijd van de verzekering, de dividenden in de fondsen waarin wordt belegd, zelf heeft ontvangen en dat deze dus niet ten goede zijn gekomen aan de verzekering van de consument. Hierdoor heeft de verzekeraar volgens de consument wederrechtelijk voordeel gekregen. Verder brengt de consument in dat verband naar voren dat de consument fiscaal nadeel lijdt doordat de verzekeraar het jaarlijkse resultaat uit de Fiscaal Transparante Instelling (FTI) moet verantwoorden in zijn eigen verlies- en winst-rekening en dit ertoe leidt dat, zoals de commissie het begrijpt, dit resultaat (na aftrek van operationele lasten van de verzekeraar) met 25% vennootschapsbelasting wordt belast hetgeen een negatief effect op de kapitaalopbouw van de verzekering heeft gehad. De verzekeraar heeft dit weersproken en in dat verband gemotiveerd aangevoerd dat dividenden uit het fonds waarin wordt belegd niet worden uitgekeerd maar volledig worden herbelegd en dat dit tot uiting komt in de waardeontwikkeling van het fonds en daarmee ook ten gunste van de waardeontwikkeling van de verzekering. De consument heeft de door de verzekeraar gegeven toelichting onvoldoende weersproken. De conclusie is dan ook dat de betreffende klacht-onderdelen (E en F) niet slagen.

Manipulatie intrinsieke waarden?

3.11 De consument stelt ter onderbouwing van dit klachtonderdeel dat de intrinsieke waarde per participatie in het fonds, zoals deze per ultimo jaar door de fonds-beheerder wordt gerapporteerd, afwijkt van de intrinsieke waarde per participatie op de overzichten zoals die door de verzekeraar op de polisverjaardag worden opgemaakt. Hierdoor lijdt de consument financieel nadeel van gemiddeld € 2,25 per participatie. Dit nadeel moet volgens de consument worden hersteld en is door de consument opgenomen in de schadeberekening.

3.12 De commissie heeft enige moeite om het standpunt van de consument te begrijpen, maar stelt in ieder geval vast dat de consument niet concreet heeft gemaakt dat en, zo ja, op welke wijze en in hoeverre sprake zou zijn geweest van koersmanipulatie door de betreffende fondsbeheerder. Dat de vaststelling van de waarde per participatie per einde boekjaar onjuist zou zijn heeft de consument niet gesteld. Dat de waarde per participatie op de premievervaldag vermeld op de waarde overzichten afwijkt van de waarde aan het einde van het boekjaar, is weinig verrassend en leidt op zichzelf niet tot enig nadeel. Dat laatste geldt ook voor de omstandigheid dat het lastig zou zijn om de door de fondsbeheerder gerapporteerde waarden te vergelijken met de waarden op het jaarlijks door de verzekeraar verstrekte waardeoverzicht. Nu ook overigens niet duidelijk is op welke wijze en in welke omvang de gestelde manipulatie tot schade voor de consument heeft geleid, kan ook dit klachtonderdeel niet slagen.

Is de zorgplicht bij het afsluiten van de verzekering door de verzekeraar geschonden?

3.13 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het handelen of nalaten van de bij het afsluiten van de verzekering en de hypothecaire geldlening betrokken tussenpersoon.[2] Dit betekent dat de verzekeraar ook niet verantwoordelijk is voor de op basis daarvan door de consument gemaakte keuzes waaronder de keuze voor het afsluiten van de verzekering en het beleggen in het zogenoemde Basic Life Mixfonds. Voor wat betreft de stelling van de consument ten aanzien van de met een mixfonds te behalen rendementen merkt de commissie op dat zij geen reden heeft om aan te nemen dat de rekenrendementen zoals op de offerte vermeld niet voldeden aan de daarvoor geldende regelgeving. Samengevat slaagt dit klachtonderdeel niet.

Immateriële schadevergoeding?

3.14 De consument vordert € 25.000,- aan immateriële schadevergoeding. Op grond van artikel 6:106 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) kan voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadebedrag worden toegekend indien de benadeelde "*lichamelijk letsel heeft opgelopen, in zijn eer of goede naam is geschaad of op andere wijze in zijn persoon is aangetast*". Over lichamelijk letsel of het schaden van diens eer of goede naam heeft de consument niets gesteld. Om van een aantasting in de persoon te kunnen spreken is niet voldoende dat sprake is van een meer of minder sterk psychisch onbehagen en een zich gekwetst voelen. Ook zal degene die zich op aantasting in zijn persoon op andere wijze beroept, dit in beginsel met concrete gegevens moeten onderbouwen. In een voorkomend geval kunnen de aard en de ernst van de normschending meebrengen dat de in dit verband relevante nadelige gevolgen daarvan voor de benadeelde zo voor de hand liggen, dat een aantasting in de persoon kan worden aangenomen. Dat in dit geval van een situatie als hiervoor bedoeld sprake zou zijn, is de commissie niet gebleken en maakt de consument ook niet aannemelijk, zodat een grond voor het toekennen van de gevorderde immateriële schadevergoeding ontbreekt.

Oneerlijke bedingen

3.15 Het is de commissie niet gebleken dat er in de verzekeringsvoorwaarden sprake is van bedingen die als oneerlijk in de zin van de Richtlijn[3] zijn aan te merken en aldus al onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden.

[2] Zie onder andere CvB 2017-035, 2017-036 en 2019-007
[3] Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten

Conclusie

3.16 De slotsom is dat de klachten van de consument ongegrond zijn en dat zijn vorderingen zullen worden afgewezen. Bij die stand van zaken behoeven de overige verweren (schending van de klachtplicht en verjaring) van de verzekeraar geen bespreking meer.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

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

Informatie over de beleggingsverzekering

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

Wilsovereenstemming over de kosten

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

Richtlijn oneerlijke bedingen

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

Fondsbeheerkosten (TER)

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

Overlijdensrisicodekking

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

Het hefboom- en inteereffect

1.6 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt en dat als gevolg daarvan bij een eventueel vóóroverlijden geen overlijdensuitkering meer kan worden uitgekeerd. De consument moet het bestaan van dit bijzondere risico aannemelijk maken (CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51). Als de verzekeraar bij het bestaan van dit bijzondere risico verzuimd heeft voor dit bijzondere risico te waarschuwen schiet hij tekort. Die tekortkoming is onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29 en 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

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