Voorzittersbeslissing Commissie van Beroep Kifid 2025-0046

mr. C.A. Joustra, voorzitter en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris

Ingediend door	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Voorzittersbeslissing
Uitkomst	Beroep behandelbaar
Datum	26 juni 2025

Samenvatting

Behandelbaarheid beroep. Er zijn concrete aanwijzingen dat het financieel belang van de klacht van de consument het bedrag van € 25.000,- overstijgt. De voorzitter laat het beroep toe.

1. Procedure

1.1 De volgende stukken zijn ingediend:
- de e-mail van de consument van 7 april 2025;
- de brief van de consument van 20 april 2025;
- de brief van de verzekeraar van 6 juni 2025.

2. Het geschil

De klacht van de consument

2.1 De consument klaagt over de beleggingsverzekering die hij in 1996 heeft afgesloten bij de verzekeraar. Volgens de consument bevat de verzekering oneerlijke bedingen ten aanzien van de beheerkosten, de aan- en verkoopkosten en de eerste kosten. Daarnaast is de verzekeraar volgens de consument ook tekortgeschoten in zijn bijzondere zorgplicht door de consument niet te wijzen op de fiscale gevolgen van het premievrijmaken van de verzekering. De consument stelt dat hij hierdoor schade heeft geleden.

De beslissing van de Geschillencommissie

2.2 De Geschillencommissie heeft de vorderingen van de consument afgewezen. Zij heeft geoordeeld dat de door de consument bestreden bedingen niet oneerlijk zijn. Daarnaast heeft zij geoordeeld dat de vordering die ziet op de schending van de bijzondere zorgplicht door de verzekeraar verjaard is.

2.3 De uitspraak van 10 maart 2025 (dossier [nummer]) is gepubliceerd onder nummer 2025-0196.

3. De beoordeling

Welke reglementen zijn van toepassing?

3.1 Op de procedure bij de Geschillencommissie is het reglement van toepassing dat gold vanaf 1 april 2022. Op de procedure bij de Commissie van Beroep is het reglement van deze commissie van toepassing dat geldt vanaf 1 april 2024. Het reglement van de Commissie van Beroep wordt hierna aangeduid als 'het reglement'.

Aan welke regels uit het reglement moet het verzoek getoetst worden?

3.2 Regel 7 van het reglement bepaalt in welke gevallen de Commissie van Beroep een beroep mag behandelen. Regel 7 voorziet in een gemengd stelsel.

3.3 Regel 7.1, aanhef en onder a en b, bepaalt in welk geval steeds beroep openstaat. Deze bepalingen houden kort gezegd in dat een beroep wordt behandeld wanneer de uitspraak van de Geschillencommissie bindend is en het financieel belang van de klacht waarover de Geschillencommissie had te beslissen, ten minste € 25.000,- is of, indien de vordering van onbepaalde waarde is, er duidelijke aanwijzingen zijn dat de vordering ten minste een waarde heeft van € 25.000,-.

3.4 Daarnaast kunnen, als geen beroep openstaat, zowel de Geschillencommissie (regel 7.2) en de voorzitter van de Commissie van Beroep (regel 7.3) toestemming geven om beroep in te stellen.

3.5 De voorzitter geeft geen oordeel over het geschil tussen partijen. De voorzitter beslist alleen of het beroep volgens het reglement kan worden behandeld en, voor zover nodig, of er voldoende reden is om toestemming te geven voor het instellen van beroep.

Kan het beroep behandeld worden?

3.6 De vraag is wat het financieel belang van de klacht van de consument is, waarover de Geschillencommissie had te beslissen. Voor het vaststellen van het financieel belang moet ook worden gelet op hetgeen daarover in de procedure bij de Geschillencommissie naar voren is gebracht, en niet alleen op hetgeen de partijen in beroep daarover opmerken. Bij het nemen van deze beslissing heeft de voorzitter daarom ook het procesdossier van de Geschillencommissie geraadpleegd.

3.7 De consument heeft twee vorderingen ingediend. De eerste vordering bedraagt € 16.711,- en komt voort uit de stelling van de consument dat de verzekering oneerlijke bedingen bevat. Hij vindt dat de verzekeraar alle in rekening gebrachte kosten aan hem moet terugbetalen. Hij onderbouwt deze vordering door het totaal van de kosten te verminderen met het reeds door hem in 2013 ontvangen compensatiebedrag.

De tweede vordering is gebaseerd op de bijzondere zorgplicht van de verzekeraar en bestaat uit het fiscale nadeel dat de consument zou hebben geleden als gevolg van het premievrijmaken van de verzekering in 2003. Dit onderbouwt hij door een belastingtarief van 50% toe te passen op de ontvangen uitkering verminderd met de betaalde premies.

3.8 Volgens de verzekeraar zijn er concrete aanwijzingen dat het financieel belang van de klacht van de consument onder het bedrag van € 25.000,- blijft. De verzekeraar voert daartoe aan dat de consument bij de berekening van zijn eerste vordering van onjuiste uitgangspunten uitgaat. Volgens de verzekeraar kan een eventueel schadebedrag niet meer dan € 3.933,39 bedragen. Ten aanzien van de tweede vordering is de verzekeraar van mening dat de consument deze onvoldoende onderbouwd heeft en dat deze vordering zou uitkomen op een bedrag van € 17.605,- als het lage belastingtarief van 36,97% van toepassing is. Daarnaast vindt de verzekeraar dat de consument deze vordering te laat heeft ingediend in de procedure bij de Geschillencommissie en dat de Geschillencommissie deze vordering niet als een aanvullende vordering had mogen zien maar als nieuwe klacht had moeten behandelen.

3.9 Ook als wordt uitgegaan van de berekening van de verzekeraar ten aanzien van de vordering uit hoofde van oneerlijke bedingen, is de voorzitter van oordeel dat er voldoende concrete aanwijzingen zijn dat het financieel belang van de klacht van de consument het bedrag van € 25.000,- overstijgt. Het is immers niet direct onaannemelijk dat de vordering wegens fiscaal nadeel in ieder geval voor een gedeelte moet worden berekend aan de hand van het hoge belastingtarief. Of de klachten van de consument terecht zijn en of de schadeberekeningen juist zijn, zijn vragen die de voorzitter niet kan beantwoorden. Dit vergt namelijk een inhoudelijk oordeel. Zoals uiteengezet onder randnummer 3.5 geeft de voorzitter geen inhoudelijk oordeel.

3.10 Voor zover de verzekeraar ten aanzien van de tweede vordering betoogt dat deze niet meegenomen mag worden bij de beoordeling van de behandelbaarheid van het beroep, slaagt dit verweer niet. De Geschillencommissie heeft de vordering meegenomen in haar eindoordeel. Er is daarom geen reden om deze vordering niet te laten meewegen in de beoordeling van de behandelbaarheid van het beroep.

Conclusie

3.11 Het beroep is behandelbaar. De verzekeraar is nog niet in de gelegenheid gesteld om inhoudelijk te reageren op het beroep van de consument. De verzekeraar krijgt daarom 6 weken de tijd om verweer in te dienen.

4. De beslissing

De voorzitter

4.1 bepaalt dat het beroep in behandeling wordt genomen;

4.2 bepaalt dat de verzekeraar de gelegenheid krijgt om binnen 6 weken na heden een verweerschrift in te dienen.