Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0842 (mr. A.W.H. Vink, voorzitter, drs. J.W. Janse, mr. P.J. Neijt, leden en mr. E. Jacobs, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 9 juli 2020
Ingediend door	: de heer [naam 1] en mevrouw [naam 2], verder te noemen de consumenten
Tegen	: ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 4 oktober 2022
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlagen	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen en relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consumenten hebben een beleggingsverzekering afgesloten op 1 april 1997 bij de verzekeraar. De consumenten zijn van mening dat zij niet zijn geïnformeerd over de inhoudingen van onder andere de aan- en verkoopkosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie. Ook stellen zij dat de verzekeraar de intrinsieke waardes van de verzekering manipuleert. De verzekeraar beroept zich op de absolute verjaringstermijn van twintig jaar. De commissie oordeelt dat de rechtsvordering tot schadevergoeding voor wat betreft het schenden van (bijzondere) zorg- en informatie-verplichtingen en het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten is verjaard. De overige vorderingen van de consumenten treffen geen doel. De vorderingen van de consumenten worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consumenten;
- de aanvullende stukken van de consumenten;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consumenten;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de aanvullende reactie van de consumenten;
- de aanvullende reactie van de verzekeraar.

1.2 De consumenten zijn in deze zaak vertegenwoordigd door de heer mr. 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 consumenten 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 consumenten hebben met ingang van 1 april 1997 een beleggingsverzekering met de naam LevensPlan-Bescherming (de verzekering) gesloten bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit product betreft een universal life verzekering.

2.2 De verzekering was een beleggingsverzekering waarbij het volgende was verzekerd:
- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties;
- een uitkering bij overlijden voor de einddatum van 110% van de belegde waarde of, indien dit hoger is, € 46.187,00 bij overlijden van verzekerde I en € 30.790,00 bij overlijden van verzekerde II, waarbij deze bedragen jaarlijks dalen met € 2.431,25 respectievelijk € 1.620,90

2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering is de volgende productdocumentatie aan de consumenten verstrekt:
- een polisblad gedateerd 9 oktober 2006.

2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1997 van toepassing.

2.5 In het kader van de compensatieregeling hebben de consumenten € 696,48 ontvangen als compensatie voor te hoge kosten en € 27,46 voor vergoeding van het hefboom-effect. De consumenten ontvangen daarnaast een jaarlijkse compensatie van € 51,49 tijdens de looptijd van de verzekering.

2.6 De verzekering loopt nog en heeft als einddatum 1 april 2025.

De klacht en vordering

2.7 De consumenten vorderen, na diverse wijzigingen van hun vordering, dat de verzekeraar een schade vergoedt van € 167.503,30. Dit betreft volgens de consumenten het verschil tussen de waarde van de verzekering per 31 december 2021 en de waarde die in de verzekering zou zijn opgebouwd zonder de fouten van de verzekeraar, vermeerderd met een immateriële schadevergoeding van € 25.000,00 en de kosten voor juridische bijstand van € 5.662,80.

2.8 Volgens de consumenten is de verzekeraar daartoe gehouden om de volgende redenen:

a. De in rekening gebrachte eerste en doorlopende kosten van de verzekeraar en bemiddelaar zijn niet overeengekomen, want de grondslag voor het in rekening brengen daarvan lijkt te ontbreken. De consument heeft namelijk bij het afsluiten van de verzekering de voorwaarden niet ontvangen.
b. Uit de analyse van de jaarrekening 2019 van de verzekeraar blijkt dat de verzekeraar de door verzekeringnemers betaalde premie opvoert als omzet. Ten laste van deze omzet worden door de verzekeraar diverse kosten geboekt, waaronder herverzekeringskosten. In de productdocumentatie wordt geen gewag gemaakt van deze kostensoort terwijl deze ontegenzeggelijk wel ten laste wordt gebracht van de waarde van de verzekering van de consumenten en daarmee dus ook negatief bijdraagt aan de waarde opbouw van de verzekering. Omdat de grondslag voor deze kosten ontbreekt moet de verzekeraar deze kosten aan de consumenten vergoeden. De herverzekeringskosten worden als percentage van de betaalde premie (2%) berekend en verdisconteerd in de schadeberekening.
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 consumenten stellen primair dat er sprake is van een leemte in de overeenkomst die in overeenstemming met de eisen van redelijk-heid en billijkheid moet worden ingevuld door het bepalen van een redelijke overlijdensrisicopremie gedurende de looptijd van de verzekering. De consumenten stellen daarom subsidiair dat de verzekeraar telkens een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht.

d. De verzekeraar heeft een wederrechtelijk voordeel verkregen door het niet bijschrijven van het door de verzekeraar contant ontvangen dividend op de verzekeringspolis van de consumenten dan wel het niet toekennen van additionele eenheden of units op de verzekeringspolis van de consumenten ten gevolge van het door de verzekeraar ontvangen dividend. De consument hebben niet eerder gehoord of begrepen dat de verzekeraar het dividend niet heeft uitgekeerd of heeft bijgeschreven. Zij zijn niet eerder dan bij het indienen van de klacht hierover geïnformeerd.

e. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht tegenover de consumenten 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 consumenten zonder enige tegenspraak aan de zijde van de verzekeraar mogen kiezen voor een belegging in het Mixfonds van de verzekeraar. Het is niet redelijk aan te nemen dat een beleggingsfonds dat belegt in een mix van obligaties, aandelen, vastgoed en liquiditeiten het beoogde gemiddelde meetkundig rendement van 8% over een periode van 15 jaar zal halen. De verzekeraar had dit moeten weten en de consumenten hiervoor uitdrukkelijk moeten waarschuwen en er op moeten wijzen dat bij deze keuze het doel niet behaald zou kunnen worden. Dat is een ernstig verwijtbare tekortkoming van de verzekeraar die bovendien niet eenmalig maar jaarlijks wordt herhaald. In het kader van de schadeberekening is uitgerekend wat de kostenbelading is geweest om met een bruto inleg van € 49,92 per maand en een bruto rendement van 8% een eindopbrengst te realiseren van € 46.187,00 (het verzekerde kapitaal). Er is rekening gehouden met een kostenpercentage van 2,877%. Uitgaande van dit kostenpercentage en een bruto rendement van 6% had de maandelijkse inleg € 24,48 hoger moeten zijn om het doel (‘een zo hoog mogelijke eindopbrengst’) te kunnen bereiken. Deze maandelijkse bedragen worden vanaf de totstandkoming tot en met 2021 als schade gevorderd van de verzekeraar.

f. Dividendbelasting, ingehouden door de dividend uitkerende onderneming, kan worden verrekend met de inkomstenbelasting. Deze verrekenmogelijkheid is voor de consumenten komen te vervallen door het sluiten van de verzekering. De consumenten zijn daar bij het afsluiten van de verzekering niet op gewezen. De dividendbelasting bedraagt 15% van het uitgekeerde dividend. Het dividend wordt jaarlijks begroot op 2%. Het misgelopen verrekenvoordeel bedraagt 15% daarvan en dat komt neer op 0,3%.

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 consumenten en andere verzekeringnemers financieel fors worden benadeeld. Dit nadeel zal moeten worden hersteld. Bij de schadeberekening zal rekening worden gehouden met een gemiddeld nadeel van € 2,48 per aandeel. 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 consumenten moeten worden terugbetaald. Eveneens worden door de verzekeraar ten opzichte van het jaarverslag van het ASR Beleggingsmixfonds G in het nadeel van de consumenten afwijkende intrinsieke waarden gerapporteerd.

h. De consumenten lijden immateriële schade, omdat zij bij het indienen van de klacht door de verzekeraar zijn tegengewerkt en niet serieus zijn genomen. De consumenten voelen zich gedwongen om hun klacht in te dienen bij Kifid, hetgeen door hen als een marteling wordt ervaren vanwege de lange wachttijden in het vooruitzicht. De consumenten voelen zich door de verzekeraar in de steek gelaten, waardoor een immateriële schadevergoeding gerechtvaardigd is. Daarnaast is de uitvoering van de verzekering door de verzekeraar en de waardeontwikkeling van de beleggingsrekening een bron van grote zorg en frustratie geweest. De onzekerheid en spanning over de financiële toekomst was dusdanig groot dat hieruit financiële stress en angst is ontstaan. Daartoe behoort ook de betaalbaarheid van de eigen woning. Het niet in voldoende mate kunnen aflossen van de hypotheek, waar de verzekering een uiterst belangrijke rol in speelt, kan leiden tot de verplichte verkoop van de woning of de onbetaalbaarheid van de hypothecaire lasten. De verzekeraar heeft dan ook een ernstige inbreuk gemaakt op de persoonlijke levenssfeer van de benadeelde partij. Daarmee is voldaan aan de wettelijke vereisten van artikel 6:106 Burgerlijk Wetboek (BW), eerste lid, aanhef en onder b omdat de consumenten ‘op andere wijze in hun persoon zijn aangetast’

Het verweer

2.9 De verzekeraar heeft ervoor gekozen geen inhoudelijk verweer te voeren, maar uitsluitend een beroep gedaan op de absolute verjaringstermijn van twintig jaar, zoals vastgelegd in artikel 3:310 lid 1 BW. Verder ontbreekt volgens de verzekeraar iedere grond voor het toekennen van de gevorderde immateriële schade.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt de klacht op grond van het procesdossier. Die beoordeling wordt hier bemoeilijkt doordat daarin essentiële onderdelen van het feitencomplex ontbreken. Zo sluiten enerzijds de stellingen van de consumenten niet steeds aan bij de kenmerken van het onderhavige product – waarbij de vertegenwoordiger van de consumenten bovendien verwijst naar voorwaarden die behoren bij een ander product – en doet de verzekeraar anderzijds uitsluitend een beroep op verjaring zonder inhoudelijk in te gaan op de stellingen van de consumenten of relevante product-documentatie over te leggen. Het hierna volgende oordeel van de commissie is daarom gebaseerd op - en daarmee beperkt tot - de door partijen overgelegde informatie en ingenomen stellingen, voor zover de commissie die aan het dossier heeft kunnen ontlenen.

Zijn de rechtsvorderingen verjaard?

3.2 De verzekeraar stelt dat de rechtsvorderingen van de consumenten tot schade-vergoeding zijn verjaard. De verzekeraar doet een beroep op de absolute verjarings-termijn van twintig jaar, zoals bedoeld in artikel 3:310 lid 1 BW en heeft dit onder meer als volgt toegelicht. De consumenten hebben na het afsluiten van de verzekering tot aan het indienen van de klacht in 2020 geen vragen gesteld of geklaagd over de verzekering, de (hoogte) van de in rekening gebrachte kosten, dan wel de overlijdens-risicopremie of over de informatie in de voorwaarden. De vermeende schade is ontstaan direct na het sluiten van de verzekering op 1 april 1997. De vordering tot schadevergoeding is met betrekking tot de genoemde klachten verjaard op 1 april 2017. Dit geldt ook voor de door de consumenten gesteld schending van de bijzondere zorgplicht en de stelling dat de mogelijkheid zou zijn ontnomen om dividendbelasting te verrekenen met de inkomstenbelasting, aldus de verzekeraar. Door van de mogelijkheid om de verjaring te stuiten geen gebruik te maken en te wachten tot mei 2020 om voor het eerst een klacht in te dienen, hebben de consumenten deze verjaringstermijn laten verlopen.

3.3 De commissie stelt voorop dat in artikel 3:310, lid 1 BW is bepaald dat een rechts-vordering tot vergoeding van schade in ieder geval verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt. Tussen partijen is niet in geding dat de consumenten pas meer dan 20 jaar na het afsluiten van de verzekering voor het eerst een klacht hebben ingediend bij de verzekeraar en dat er geen sprake is geweest van tussentijdse stuitingshandelingen.

Dit betekent dat de rechtsvorderingen tot schadevergoeding van de consumenten die er op zijn gebaseerd dat de verzekeraar voorafgaand aan of bij de totstandkoming van de verzekering aan de consumenten bepaalde informatie niet of niet voldoende heeft verstrekt, de consumenten niet of niet voldoende heeft gewaarschuwd voor bepaalde risico's of dat in de verstrekte productdocumentatie een voldoende grondslag ontbreekt voor het in rekening brengen van bepaalde kosten of premies, ten tijde van het indienen van de klacht in mei 2020 reeds waren verjaard. De vorderingen tot schadevergoeding gebaseerd op de grondslagen genoemd onder a, b, c (ten dele), d (ten dele) en e (ten dele) en f zijn daarom niet toewijsbaar.

Tussenconclusie

3.4 Dit betekent dat de commissie hierna toekomt aan een gedeeltelijke inhoudelijke beoordeling van de klachtonderdelen c, d, e, g en h.

Overlijdensrisicopremie onverschuldigd betaald?

3.5 De klacht onder c is ten dele gebaseerd op de stelling dat geen wilsovereenstemming bestond over de te betalen overlijdensrisicopremie en deze dus door de consumenten onverschuldigd is betaald. De commissie is evenwel van oordeel dat op basis van het polisblad voor de consumenten bij het afsluiten van de verzekering zonder meer duidelijk moet zijn geweest in de verzekering een dekking voor het overlijdensrisico is opgenomen en dat zij ook hadden moeten begrijpen dat zij voor die dekking een risicopremie zouden moeten betalen. Het in rekening brengen van de risicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst en de risicopremies zijn niet onverschuldigd betaald.

3.6 De consumenten lijken daarnaast van mening te zijn dat de overlijdensrisicopremie te hoog is. De consumenten hebben daarvoor een berekening van een alternatieve overlijdensrisicodekking overgelegd. Deze redenering en berekening worden verder niet uitgelegd of onderbouwd. Met name wordt niet duidelijk waarom consumenten jegens de verzekeraar aanspraak zouden kunnen maken op steeds wijzigende sterfte-tabellen en waaruit zou blijken dat de door de consumenten gekozen sterftetabel voor 1997 marktconform is. De commissie gaat daarom aan de redenering en berekening voorbij.

Heeft de verzekeraar ten aanzien van het dividend een wederrechtelijk voordeel verkregen?

3.7 De consumenten stellen onder d dat de verzekeraar wederrechtelijk voordeel heeft verkregen, omdat in de door de consumenten gekozen beleggingsfondsen wordt belegd in obligaties en aandelen, daarop door de oorspronkelijke uitgever jaarlijks couponrente en/of dividend wordt uitgekeerd aan het beleggingsfonds, maar dat deze baten niet aan de consumenten zouden zijn uitgekeerd of toegekomen.

De commissie maakt uit de door de consumenten overgelegde stukken op dat het dividend binnen de fondsen waar de consument voor hebben gekozen, niet wordt uitgekeerd maar wordt herbelegd. Bij die stand van zaken is niet goed te begrijpen dat er sprake zou van het gestelde wederrechtelijk voordeel van de verzekeraar en/of nadeel aan de zijde van de consument.

Is sprake van schending van de (bijzondere) zorgplicht (bij aanvang of) gedurende de looptijd van de verzekering?

3.8 De consumenten voeren onder e aan dat de verzekeraar tekort is geschoten in zijn bijzondere zorgplicht. De door de consumenten gemaakte fondskeuze zou kort gezegd geen geschikte aanbeveling zijn geweest van de bemiddelende tussenpersoon. Voor zover dit verwijt betrekking heeft op een tekortkoming ten tijde van de advisering in 1997 stelt de commissie vast dat de daarmee verband houdende vordering tot schadevergoeding absoluut (20 jaar) is verjaard. De consumenten stellen, zo begrijpt de commissie, dat de verzekeraar daarnaast ook tekort is geschoten in zijn informatie- en zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering. De verzekeraar zou de consumenten er onvoldoende op gewezen hebben dat met de beleggingen het doelkapitaal niet zou worden gehaald. Niet in geding is dat de consumenten periodiek over de (waarde)ontwikkelingen door de verzekeraar zijn geïnformeerd. Dat de verzekeraar tot het verstrekken van meer of andere informatie was gehouden is de commissie niet gebleken. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Is sprake geweest van (koers)manipulatie?

3.9 De consumenten stellen onder g dat de intrinsieke waarde per aandeel in het fonds, zoals deze per ultimo jaar door de fondsbeheerder worden gerapporteerd, afwijkt van de intrinsieke waarde per aandeel op overzichten zoals die door de verzekeraar op de polisverjaardag worden opgemaakt. Hierdoor zouden de consumenten financieel nadeel lijden van gemiddeld € 2,48 per participatie. De commissie heeft enige moeite om het standpunt van de consumenten te begrijpen, maar stelt in ieder geval vast dat de consumenten niet concreet hebben 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, hebben de consumenten niet gesteld. Dat de waarde per participatie op de polisverjaardag vermeld op de waardeoverzichten afwijkt van de waarde aan het einde van het boekjaar, is weinig verassend 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 consumenten heeft geleid, kan ook dit klachtonderdeel niet slagen. Het voorgaande geldt eveneens voor de klacht over de additionele koersmanipulatie van de gerapporteerde waarde van Beleggingsmixfonds G, zodat dit klachtonderdeel ook wordt afgewezen.

Is er sprake van immateriële schade?

3.10 De consumenten stellen onder h immateriële schade geleden te hebben. Op grond van artikel 6:106 lid 1 BW kan voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding 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 hebben de consumenten niets gesteld. Om van een aantasting in de persoon in de zin van geestelijk letsel 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 dergelijke situatie sprake zou zijn, is de commissie niet gebleken en maken de consumenten ook niet aannemelijk, zodat een grond voor het toekennen van de gevorderde immateriële schadevergoeding ontbreekt.

Conclusie

3.11 De slotsom is dat de rechtsvordering tot schadevergoeding voor wat betreft het schenden van (bijzondere) zorg- en informatieverplichtingen (bij het afsluiten van de verzekering) en het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten is verjaard. De overige klachten van de consumenten treffen geen doel. De vorderingen zullen worden afgewezen. Alle overige door de consumenten ingebrachte stellingen kunnen niet tot een ander oordeel leiden

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

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 Kifid – vanaf 1 april 2022. 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.

KiFiD
HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

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).