Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0783

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. ing. A.J. Verdaas, drs. J.W. Janse, leden en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	20 oktober 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen en relevante bepalingen uit de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Falcon Levensplan afgesloten in 1996. De consument had op basis van de aan haar verstrekte productdocumentatie kunnen en moeten weten dat zij een beleggingsverzekering afsloot en welke kenmerken bij dit product hoorden. De commissie is echter van oordeel dat het in de voorwaarden opgenomen beding dat betrekking heeft op de poliskosten als oneerlijk in de zin van de Richtlijn oneerlijke bedingen buiten beschouwing moet worden gelaten. De overige klachten van de consument slagen niet.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 oktober 2014 tot 1 april 2017 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- het klachtformulier van de consument;
- de aanvullende stukken van de consument, waaronder de reactie op de richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer M. van Rossum, professioneel 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 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 door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 november 1996 een beleggingsverzekering met de naam LevensPlan - Sparen, (hierna: de verzekering), gesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit product is een universal life verzekering. De maandpremie bedroeg NLG 250,- (€ 113,45) en de consument heeft bij aanvang een koopsom van NLG 5.000,- gestort. Zij heeft gekozen voor een volledige belegging in het Purple Star fonds (vastrentende waarden en aandelen).

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; en
- een uitkering bij overlijden voor de einddatum van 110% van de opgebouwde waarde.

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 26 september 1996
- een aanvraagformulier getekend op 20 oktober 1996
- een polisblad gedateerd 25 oktober 1996
- de Algemene Voorwaarden AV '95

De relevante bepalingen uit deze productdocumentatie zijn als bijlage bij deze uitspraak gevoegd.

2.4 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 van toepassing.

2.5 Op 7 maart 1997 heeft de verzekeraar een nieuw polisblad afgegeven, omdat de aanvullende koopsom per 1 november 1996 is verlaagd naar NLG. 4.750,-. Op 25 maart 1997 en 2 oktober 2002 heeft de verzekeraar nieuwe polisbladen aan de consument afgegeven, na doorvoering van wijzigingen in diens beleggingskeuze.

2.6 Bij brief van 8 februari 2000 heeft de consument de verzekeraar geïnformeerd het intermediair te willen wijzigen. Bij brief van 30 juni 2000 heeft de verzekeraar deze wijziging bevestigd. Op 14 maart 2000 heeft de verzekeraar een nieuw polisblad afgegeven waarop deze wijziging is verwerkt. De consument heeft dit polisblad bij brief van 14 september 2000 ontvangen.

2.7 Bij brief van 8 januari 2003 heeft de consument verzocht de verzekering premievrij te maken. De premievrijmaking is per 1 februari 2003 verwerkt. De verzekering is in november 2005 afgekocht.

2.8 Bij brief van 22 juli 2010 heeft de consument de verzekeraar aansprakelijk gesteld voor een aantal vorderingen die zij uit hoofde van de met de verzekeraar gesloten beleggingsverzekering op de verzekeraar stelt te hebben.

2.9 In december 2011 heeft de verzekeraar consument bericht dat zij uit hoofde van de compensatieregeling recht heeft op een compensatie van € 69,63 voor te hoge kosten. De consument heeft in maart 2012 een bedrag van € 81,43 ontvangen. In dit bedrag is een rentevergoeding van € 11,80 verwerkt.

De klacht en vordering

2.10 Bij repliek heeft de consument haar vordering gewijzigd. Zij vordert primair vergoeding van een bedrag dat is gebaseerd op premierestitutie vermeerderd met wettelijke rente per premievervaldatum. Dit bedrag is gebaseerd op de veronderstelling dat de consument een productalternatief met meer economisch nut had afgesloten als de verzekeraar de op hem rustende verplichtingen niet had geschonden. Dit product had minstens een rendement gelijk aan de wettelijke rente over de inleg opgeleverd. Subsidiair vordert de consument een herberekening van de uitgekeerde afkoopwaarde, waarbij de onredelijk bezwarende bedingen buiten beschouwing worden gelaten, vermeerderd met wettelijke rente over het verschil met de uitgekeerde waarde tot aan het moment van voldoening.

2.11 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

- Sprake is van product-inherente gebreken die grotendeels voortvloeien uit de beleggingstechnische implicaties van de kosten- en risicopremiestructuur van de verzekering. Deze gebreken zijn de verzekeraar bekend. Ook is sprake van zorgplichtschendingen omdat genoemde beleggingstechnische implicaties in de precontractuele fase en ook nadien verborgen zijn gehouden.
- De verzekeraar heeft in de precontractuele fase en nadien de op hem rustende informatieverplichtingen geschonden. De verzekeraar heeft geen deugdelijke informatie verstrekt over kosten en risicopremies en de daarop betrekking hebbende bedingen zijn wegens gebrek aan materiële transparantie alsmede een aanzienlijke verstoring van het evenwicht tussen partijen ten nadele van consument een oneerlijk beding en daarom nietig.
- Als gevolg van de schendingen van de informatie- en zorgplichten was gelet op de kostenstructuur en de valse voorspiegeling van voorbeeldkapitalen sprake van een niet passend product.
- De consument beroept zich op de uitspraak CvB 2018-041. Zij gaat ervan uit dat deze uitspraak van toepassing is op de onderhavige zaak.

- De verzekeraar heeft verzuimd de consument bij de voorbeeldkapitalen te wijzen op het effect van koersschommelingen. De consument verwijst in dit verband naar een uitspraak van de Rechtbank Noord-Holland; ECLI:NL:RBNHO:2021:6124.

Het verweer

2.12 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 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.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.2 Voor zover de consument zich beroept op dwaling, geldt dat dit beroep niet opgaat. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was, een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor haar risico.

3.3 In de gegeven omstandigheden is ook niet aannemelijk geworden dat de consument indien zij de volgens haar ontbrekende informatie wel had ontvangen, de verzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan.[1] Een beroep op dwaling kan dan ook niet slagen.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.4 De consument stelt dat de verzekeraar in de precontractuele fase en nadien de op hem rustende informatieverplichtingen heeft geschonden, omdat deze geen deugdelijke informatie heeft verstrekt over kosten en risicopremies.

3.5 Op de verzekering is de Riav 1994 van toepassing. In artikel 2 van de Riav 1994 is opgenomen welke informatie de verzekeraar aan de verzekeringnemer diende te verstrekken.

[1] Zie CvB Kifid 2017-035.

Deze informatie diende de verzekeraar – conform artikel 2 lid 3 van de Riav 1994 – voor het sluiten van de verzekering dan wel gelijktijdig met het afgeven van het polisblad aan de verzekeringnemer te verstrekken. Informatie over de in rekening gebrachte kosten behoorde echter niet tot de informatie die op grond van de Riav 1994 aan de verzekeringnemer diende te worden verstrekt, zodat de verzekeraar de consument op dit punt in overeenstemming met de Riav 1994 heeft geïnformeerd. Ten aanzien van de in rekening gebrachte premies is ten slotte aan de vereisten van de Riav 1994 voldaan.[2] De verzekeraar was - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om meer of andere informatie te verstrekken dan de Riav 1994 voorschrijft. Het onderhavige geval is niet zo een zeer bijzonder geval.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.6 Volgens de aan de consument verstrekte waardeoverzichten zijn haar de volgende kosten in rekening gebracht:
- verschil verkoop/biedkoers
- poliskosten.
Uit het waardeoverzicht dat de consument op 20 oktober 1997 is toegestuurd blijkt verder nog dat kosten in rekening zijn gebracht voor de investering van de koopsom en voor een fondswijziging.

3.7 De verzekering maakt een onderscheid tussen *basisunits* en *cumulerende units*. De basisunits worden volgens de 'Definities' toegewezen bij betaling van regelmatige premies gedurende de basisperiode. De cumulerende units worden toegewezen bij betaling van regelmatige premies ná de basisperiode en bij betaling van (aanvullende) koopsommen. De basisperiode staat op het polisblad. Deze liep van 1 november 1996 tot 1 oktober 2000.

3.8 In artikel 2 van sectie C wordt beschreven dat de units worden toegewezen op basis van de verkoopkoers van de betrokken fondsen. De *verkoopkoers* staat onder 'Definities' ook beschreven als de koers op basis waarvan units worden toegewezen. De *biedkoers* is beschreven als de koers op basis waarvan de units worden geroyeerd. De verzekeraar heeft kosten verdisconteerd door middel van een factor 100/95 in de verkoopkoers bij de aan- en verkoop van *cumulerende units*. Hiervoor vormen de artikelen 6.5 en 6.6 van Sectie C de grondslag. De commissie is verder van oordeel dat de consument aan de hand van artikel 6.8 van sectie C kon vaststellen dat bij de aan- en verkoop van *basisunits* naast deze kosten nog aanvullende administratiekosten in rekening werden gebracht, tegen een tarief van maximaal 4% op jaarbasis.

[2] Zie hiervoor artikel 1 en 4 van Sectie E en Appendix 1.

De verzekeraar heeft toegelicht dat deze kosten op later (vanaf 2008) verstrekte waardeoverzichten als 'eerste kosten' werden aangeduid. Voor het in rekening brengen van deze kosten bestaat dan ook een contractuele grondslag en daarmee wilsovereenstemming.[3]

3.9 In artikel 2 van Sectie C staat voorts dat bij storting van (aanvullende) koopsommen, na verrekening van 4% kosten, cumulerende units worden toegewezen. De switch-kosten staan beschreven in artikel 3 van Sectie C, waar de maatschappij zich het recht voorbehoudt voor een fondsenwissel kosten in rekening te brengen.

3.10 Artikel 2.3 van Sectie A bepaalt dat de overige kosten in Sectie E 'Kosten' staan. In artikel 1 van Sectie E staat: "naast de poliskosten zijn er kosten verschuldigd voor alle uitkeringen." Ook voor het in rekening brengen van de poliskosten bestaat dus een contractuele grondslag en daarmee wilsovereenstemming.

Zijn de kostenbedingen oneerlijk?

3.11 Op grond van artikel 5 van de richtlijn oneerlijke bedingen (Richtlijn 93/13/EEG) moet een beding steeds duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie EG volgt dat voor dit vereiste van transparantie niet voldoende is dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De richtlijn oneerlijke bedingen berust op de gedachte dat een consument zich tegenover een verkoper in een zwakke positie bevindt en met name over minder informatie beschikt, reden waarom het vereiste van transparantie ruim moet worden opgevat. Dus moet in de overeenkomst de concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft en, in voorkomend geval, de verhouding tussen dit mechanisme en het mechanisme dat is voorgeschreven door andere bedingen op een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hem voortvloeien kan inschatten.[4]

3.12 De nominale hoogte van de poliskosten of het procentuele beslag daarvan op de premie wordt in artikel 1 van Sectie E niet vermeld. De consument heeft slechts kennis kunnen nemen van de hoogte van de poliskosten via nadien verstrekte overzichten. De verzekeraar heeft dus niet de concrete werking van het mechanisme waarop het beding betrekking heeft op transparante wijze uiteengezet. Wat onder het begrip poliskosten valt wordt ook niet uiteengezet, noch wat de bepalende factoren zijn voor de hoogte van die kosten. De consument kon daarom niet inschatten wat de economische gevolgen van het beding waren. Het beding is daarom niet duidelijk en begrijpelijk opgesteld.

[3] Zie CvB Kifid 2018-019 overweging 5.8 – 5.10 en CvB Kifid 2017-043 overweging 5.14 en 5.15.
[4] Vergelijk HvJ EG 30 april 2014, zaak C-26/13 (Kásler); ECLI:EU:C:2014:282; HvJ EG 23 april 2015, zaak C-96/14 (Van Hove) ECLI:EU:C:2015:262; en HvJ EG 20 september 2017, zaak C-186/16 (Andriciuc / Banca Românească) ECLI:EU:C:2017:703.

3.13 De commissie is van oordeel dat het beding ook in strijd is met de in artikel 3 van Richtlijn 93/13/EEG vereiste goede trouw. De verzekeraar kon er, indien hij op eerlijke en billijke wijze afzonderlijk had onderhandeld, redelijkerwijs niet van uitgaan dat de consument het beding had aanvaard.[5] Immers, de omvang van deze kosten stond op voorhand niet vast en de vaststelling is eenzijdig overgelaten aan de verzekeraar als gebruiker van het beding. Bovendien staat tegenover de poliskosten (anders dan bijvoorbeeld het geval is bij beheerskosten) geen rechtstreekse tegenprestatie van de verzekeraar, terwijl deze kosten voorts het beleggingsresultaat van de consument negatief beïnvloeden. Gelet op het bepaalde in artikel 6 van Richtlijn 93/13/EEG heeft dat tot gevolg dat dit beding als oneerlijk buiten toepassing moet worden gelaten. Onder nummer 3.22 van deze uitspraak gaat de commissie verder in op de gevolgen hiervan.[6]

3.14 De commissie is van oordeel dat de overige kostenbedingen voldoende duidelijk en transparant zijn, nu voor de verkoopprijs de door de verzekeraar gebruikte verdisconteringsfactor genoemd staat en bij de aanvullende administratiekosten het maximale percentuele beslag.[7]

Fondsbeheerskosten

3.15 De consument heeft de verzekering vóór 1 oktober 1998 afgesloten. Op dat moment was nog geen sprake van een verplichting voor de verzekeraars om verzekeringnemers over de fondsbeheerkosten te informeren.[8] Deze kosten mochten bij de consument in rekening worden gebracht zonder dat zij hierover was geïnformeerd.

Overlijdensrisicodekking

3.16 De consument heeft gesteld dat haar geen deugdelijke informatie is verstrekt over de overlijdensrisicopremies. De commissie stelt vast dat de door de consument gesloten verzekering een overlijdensrisicodekking kende van 110% van de waarde van de toegewezen units (tegen biedkoers, dus de koers waarvoor de units worden geroyeerd). Deze uitkering is 10% hoger dan de waarde van de toegewezen units, zodat de verzekering een risicodekking inhield waarvoor de premie op grond van artikel 4 van Sectie E iedere maand kon worden afgeleid uit appendix 1 bij de voorwaarden. Deze premie werd op grond van artikel 1 van Sectie E iedere maand ten laste gebracht van de units. De consument kon dus precies vaststellen op welke manier de overlijdensrisicodekking ten laste van de betaalde premie kwam. Dit klacht-onderdeel is dan ook ongegrond.

[5] Vergelijk HvJ EU 14 maart 2013, C-415/11, ECLI:EU:C:2013:164 (Aziz).
[6] Zie CvB Kifid 2019-007.
[7] Zie CvB Kifid 2017-035, overweging 4.75.
[8] Zie CvB Kifid 2017-035 overweging 4.30.

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

3.17 Voor zover de consument betoogt dat de verzekeraar haar had moeten waarschuwen voor het hefboom- en inteereffect, overweegt de commissie dat dit effect in deze zaak niet aan de orde is. De overlijdensdekking bedroeg 110% van de opgebouwde waarde, wat met zich brengt dat de premies voor het overlijdensrisico dalen als sprake is van een daling van de opgebouwde waarde. Het hefboom- en inteereffect is daarentegen een mogelijk gevolg van de stijging van de premies voor het overlijdensrisico bij daling van de opgebouwde waarde.

Voorbeeldkapitalen en beleggingsrisico

3.18 De consument stelt dat de verzekeraar heeft verzuimd te wijzen op het effect van koersschommelingen op de voorbeeldkapitalen. De commissie is echter van oordeel dat dit risico geen bijzonder risico vormt, maar dat dit deel uitmaakt van het algemeen beleggingsrisico, waarvoor een verzekeraar niet afzonderlijk hoeft te waarschuwen.

3.19 Voor zover de consument klaagt dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat zij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten, oordeelt de commissie als volgt. Uit de productdocumentatie blijkt zonder meer dat het ging om een beleggingsverzekering waarbij het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. Het is een feit van algemene bekendheid dat daaraan het risico is verbonden dat die rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook de consument had dat kunnen en moeten begrijpen.

Product niet passend

3.20 Tussen de verzekeraar en de consument bestaat geen beleggingsadviesrelatie. De verzekeraar hoefde dan ook niet na te gaan of de door de consument aangevraagde verzekering een voor haar passend product vormde. De daarop betrekking hebbende klachten van de consument kunnen daarom niet slagen.

Is sprake van schending van de zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering?

3.21 De consument voert aan dat de verzekeraar ook tijdens de looptijd van de verzekering heeft verzuimd te wijzen op de beleggingstechnische implicaties van de kosten- en risicopremiestructuur en dat de verzekeraar de op hem rustende informatie-verplichtingen heeft geschonden. Deze klacht heeft de consument echter niet nader onderbouwd. De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van haar verzekering. Op de verzekeraar rustte geen verplichting om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken.

Schade

3.22 In overweging 2.13 is vastgesteld dat het kostenbeding in artikel 1 van Sectie E oneerlijk is. Dit beding moet daarom buiten toepassing worden gelaten. Het bedrag dat de consument aan poliskosten heeft voldaan, is daarmee onverschuldigd betaald en moet door de verzekeraar aan de consument worden gerestitueerd. De consument heeft de wettelijke rente vanaf premievervaldatum gevorderd. De verzekeraar is echter pas wettelijke rente verschuldigd vanaf het moment dat hij met de terugbetaling van de ten onrechte in rekening gebrachte poliskosten in verzuim is. Het is gesteld noch gebleken dat de verzekeraar ten aanzien van de ontvangst van de premies te kwader trouw is geweest. Het verzuim is ingetreden op het moment dat de consument de naar haar oordeel ten onrechte ingehouden kosten heeft teruggevorderd. De commissie gaat daarbij uit van de datum waarop de consument jegens de verzekeraar voor het eerst aanspraak heeft gemaakt op herinvestering van de premies dan wel poliswaardeherstel, namelijk bij brief van 23 juli 2014. De wettelijke rente is dan ook verschuldigd over het totaal van de ingehouden poliskosten, vanaf 23 juli 2014. De verzekeraar heeft nog aangevoerd dat de commissie rekening dient te houden met de door hem betaalde compensatievergoeding. Voor zover de verzekeraar hiermee een beroep doet op verrekening, heeft de verzekeraar dit onvoldoende onderbouwd. Zo heeft de verzekeraar niet onderbouwd welk deel van die vergoeding moet worden toegerekend aan de in rekening gebrachte poliskosten. De commissie gaat daarom aan dit beroep voorbij en zal de vordering van de consument toewijzen op de wijze die hieronder staat aangegeven in de beslissing.

3.23 De gevorderde kosten voor de rechtsbijstand zal de commissie toewijzen conform artikel 44.11 van het reglement.

Conclusie

3.24 De consument had op basis van de aan haar verstrekte productdocumentatie kunnen en moeten weten dat zij een beleggingsverzekering afsloot en welke kenmerken bij dit product hoorden. De commissie is echter van oordeel dat het in de voorwaarden opgenomen beding dat betrekking heeft op de poliskosten als oneerlijk in de zin van de Richtlijn oneerlijke bedingen buiten beschouwing moet worden gelaten. De overige klachten van de consument slagen niet.

4. De beslissing

De commissie stelt bij wijze van bindend advies vast dat de verzekeraar gehouden is om binnen een termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd:
- de bij de consument ingehouden poliskosten te berekenen en aan de consument te restitueren, vermeerderd met de wettelijke rente die is vervallen vanaf 23 juli 2014 tot aan de dag van volledige vergoeding daarvan; en
- de door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 1.524,- (drie punten van het Liquidatietarief rechtbanken I) vergoedt.

Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

In regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022 is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.

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 overlijdens-risicopremie 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).

II: Bijlage – Relevante bepalingen uit de productdocumentatie

Offerte

Resultaten (…)

Bij in leven zijn van de verzekerde op 15 april 2013 bedraagt:
- Het lijfrentekapitaal op basis van 9,00% prognose: f 66.278,-* (…)
- Het lijfrentekapitaal op basis van 11,00% prognose: f 84.107,-*
*zie toelichting (…)

Toelichting (…)
Prognose
De in de offerte vermelde prognose-uitkeringen zijn berekend op basis van een veronderstelde jaarlijkse stijging van de unitkoers van de cumulerende units van 9,00%, resp. 11,00%

Algemene Voorwaarden AV '95

Definities

(…)

Basisunits (A-units)
De units welke worden toegewezen bij betaling van regelmatige premies gedurende de basisperiode

Cumulerende units (B-units)
De units welke worden toegewezen bij betaling van regelmatige premies na de basisperiode en bij betaling van (aanvullende) koopsommen.

Basisperiode
De basisperiode bij polissen met regelmatige premiebetaling is de periode, zoals vermeld op het polisblad gedurende welke basisunits worden toegewezen.

(…)

Verkoopkoers
De koers op basis waarvan units worden toegewezen

Biedkoers
De koers op basis waarvan units worden geroyeerd

(…)

Sectie A – Algemeen

3. Omvang van het LevensPlan

De premies c.q. koopsom(men) (Sectie B – premies) zijn verschuldigd door de verzekeringnemer en zijn volledig bestemd voor aankoop van toe te wijzen units tegen de verkoopkoers in het (de) toegewezen c.q. door de verzekeringnemer gekozen fonds(en) (Sectie C – beleggingen); kosten voor gekozen uitkeringen (Sectie D – uitkeringen) en overige kosten (Sectie E - kosten) worden verkregen door het royeren van units tegen biedkoers.

(…)

Sectie C – Beleggingen

(…)

2. Premiebestemming

Honderd procent van de ontvangen premie(s) wordt aangewend voor het bepalen van de toe te wijzen units in het (de) toegewezen c.q. door de verzekeringnemer gekozen fonds(en). Toewijzing van units zal plaatsvinden op basis van verkoopkoers van het (de) betrokken fonds(en). Gedurende de basisperiode worden de verschuldigde premies aangewend voor toewijzing van basisunits in de gekozen fondsen. Na de basisperiode worden de premies aangewend voor toewijzing van cumulerende units. Voor een eventuele premieverhoging geldt, vanaf het moment van de verhoging, een nieuwe basisperiode. Aan (aanvullende) koopsommen worden, na verrekening van 4% kosten, direct cumulerende units toegewezen.

3. Wisseling van fondsen

De verzekeringnemer heeft het recht de waarde van de units van het ene fonds om te wisselen in units van één of meer andere fondsen, rekening houdend met de beleggingsrestricties onder sectie C.7. Wisselen van units vindt plaats op basis van biedkoers. Basisunits kunnen bij fondswisseling uitsluitend omgewisseld worden in basisunits en niet in cumulerende units. Eénmaal per jaar, op de polisverjaardag en tot zes weken daarna zijn aan het wisselen van fonds(en) geen administratiekosten verbonden.

De maatschappij behoudt zich echter het recht voor om kosten in rekening te brengen indien wisseling op een ander moment plaatsvindt.

(…)

5. Procedure op de berekeningsdatum

a. Op de berekeningsdatum zullen alle basisunits behorende bij de polis worden omgezet in cumulerende units van hetzelfde fonds met dezelfde gezamenlijke waarde op basis van de respectievelijke biedkoersen.
b. Indien van toepassing zullen extra units aan de polis worden toegewezen. De waarde van deze units op basis van de biedkoers is gelijk aan het verschil tussen de gegarandeerde minimale uitkering, als zodanig vermeld op het polisblad, en de waarde van de bij de polis behorende units op basis van de biedkoers.

6. Fondsen

(…)

1. Op de waarde van ieder fonds kunnen beheerskosten in mindering worden gebracht tot maximaal 1,5% per jaar.
2. Op de waarde van ieder garantiefonds kunnen aanvullende kosten in mindering worden gebracht tot maximaal 1.5% per jaar.
3. De maatschappij berekent regelmatig de maximumwaarde van ieder fonds door optelling van de waarde van ieder onderdeel op basis van de aankoopkoers volgens de markt, verhoogd met relevante belastingheffing en andere kosten.
4. De maatschappij berekent regelmatig de minimumwaarde van ieder fonds door optelling van de waarde van ieder onderdeel op basis van de verkoopkoers volgens de markt, verminderd met relevante belastingheffing en andere kosten.
5. De verkoopkoers van iedere cumulerende unit zal door de maatschappij worden bepaald en zal niet groter zijn dan de maximumwaarde van het desbetreffende fonds, gedeeld door het aantal op het fonds betrekking hebbende units, vermenigvuldigd met de factor 100/95. Afronding vindt plaats naar boven tot maximaal 1%.
6. De biedkoers van iedere cumulerende unit zal door de maatschappij worden bepaald en zal niet minder zijn dan de minimumwaarde van het desbetreffende fonds, gedeeld door het aantal op het fonds betrekking hebbende units. Afronding vindt plaats naar beneden tot maximaal 1%.
(…)
8. De verkoop- en biedkoersen van iedere basisunit zijn afgeleid van hun laatst berekende koersen, de evenredige verandering in de desbetreffende koersen van de cumulerende unit in hetzelfde fonds, alsmede aanvullende administratiekosten tegen een tarief van maximaal 4% op jaarbasis.

b. Voor Silver Star fondsen zijn de volgende bepalingen van toepassing:

(…)

4. De biedkoers van iedere cumulerende unit is 95% van de verkoopkoers van de desbetreffende unit.
5. De verkoop- en biedkoersen van iedere basisunit zijn afgeleid van hun laatst berekende koersen, de evenredige verandering in de desbetreffende koersen van de cumulerende unit in hetzelfde fonds, alsmede aanvullende administratiekosten tegen een tarief van maximaal 4% op jaarbasis.

Sectie D – Uitkeringen

1. Overlijdensuitkering(en)
(…)
2. Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid
(…)
3. D.U.B.O.-uitkering (…)

Sectie E – Kosten

1. Naast de poliskosten zijn er kosten verschuldigd voor alle uitkeringen. Deze kosten worden aan het begin van iedere maand verrekend door proportioneel royement van cumulerende units tegen biedkoers van het (de) betrokken fonds(en). Een eventueel tekort wordt verrekend door proportioneel royement van basisunits van het (de) betrokken fonds(en).
2. Bij belegging in een Silver Star fonds kunnen jaarlijks beheerskosten in rekening worden gebracht tot maximaal 2% van de waarde van de bij de polis behorende units in dat fonds. Indien van toepassing worden deze kosten aan het begin van iedere maand verrekend door proportioneel royement van units tegen biedkoers van het (de) betrokken fonds(en).
3. Kosten voor de premievrijstelling bij overlijden van de verzorger, alsmede voor overlijdensuitkering(en) waarvoor geen units worden onttrokken, worden in rekening gebracht volgens het tarief zoals vastgelegd in appendix 1, met uitzondering van de kosten voor de uitkering na overlijden als gevolg van een ongeval, alsmede de kosten voor de kinderdekking, welke in rekening worden gebracht volgens het tarief zoals vastgelegd in appendix 3, respectievelijk appendix 4.
4. Tevens worden bij overige overlijdensuitkeringen – indien deze, verhoogd met het equivalent van de verzekerde rente(n), groter zijn dan de waarde van de bij de polis behorende units op basis van de biedkoers – over het verschil kosten in rekening gebracht volgens het tarief zoals vastgelegd in appendix 1.
5. De tarieven vastgelegd in appendix 1, 3 en 4 zijn alleen van toepassing indien acceptatie heeft plaatsgevonden tegen normale standaardcondities.

Appendix I

Kosten per maand per f. 100.000,- overlijdenskapitaal

(…)