Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0491

(mr. dr. ing. A.J. Verdaas, voorzitter en mr. T.A. van der Vlugt, secretaris)

Datum uitspraak	28 juni 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Klacht ongegrond. Vorderingen afgewezen

Samenvatting

Klacht tegen de verzekeraar over een in 1994 afgesloten beleggingsverzekering ABC Spaarplan. De consument stelt onder andere dat over het in rekening brengen van bepaalde kosten wilsovereenstemming ontbreekt. Het beroep op dwaling en bedrog slaagt niet, de vorderingen tot schadevergoeding zijn verjaard.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening 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 consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- 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 A. Esser (Hypoco), 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 had door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 november 1994 een beleggingsverzekering onder de naam ABC Spaarplan met als certificaatnummer [nummer 1], (hierna: de verzekering) bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit product betrof een spaarkas. De jaarlijks te betalen premie bedroeg NLG 1.078,65 (€ 489,47) en de einddatum van de verzekering was bepaald op 1 januari 2010.

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. Verder was aanvullend onder andere een premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid meeverzekerd.

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

- een certificaat gedateerd 8 november 1994;
- de voorwaarden, genaamd 'Algemene voorwaarden serie 020'.

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: 'de productdocumentatie'.

2.4 Op het beleggingscertificaat staat onder andere het volgende:

"De belegger is toegetreden tot de beleggersgroep 2009-9 met een ingeschreven bedrag van f. 12.960,-. (…)

De uitkering onmiddellijk na overlijden van de verzekerde voor 01-01-2010 is gelijk aan de som van de betaalde bedragen vermeerderd met 5% rente-op-rente per jaar. Onder betaald bedrag wordt in dit verband verstaan de betaling zonder de opslag voor het recht op vrijstelling van betaling bij arbeidsongeschiktheid.

Voor dit certificaat is verschuldigd een betaling van f. 1.078,65 per jaar voor het eerst op 01-11-1994 en voor het laatst op 01-11-2008. Na overlijden van de verzekerde en/of verzorger zijn geen betalingen meer verschuldigd. Betalingen waarvoor vrijstelling is verleend na overlijden van de verzorger worden geacht op de vervaldatum te zijn voldaan. Voor deze verzorgersclausule is in de betaling begrepen een bedrag van f. 20,00. (…)

Voor het recht op vrijstelling van de verschuldigde betalingen bij arbeidsongeschiktheid is in de betaling een opslag begrepen groot f. 58,65 tot 01-11-2009. (…)"

2.5 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

"(…)

ARTIKEL 2

Grondslag van het certificaat

(…)

2.3 Opzegtermijn

De belegger heeft het recht binnen twee weken na ontvangst van het certificaat dit certificaat op te zeggen. Wanneer in de offerte een andere opzegtermijn is genoemd, geldt die termijn. De opzegging dient te schriftelijk te geschieden. Vanaf het moment dat de opzegging het Beleggingsconsortium heeft bereikt, wordt het certificaat geacht nimmer tot stand te zijn gekomen. Reeds verrichte betalingen worden gerestitueerd, waarbij rekening gehouden kan worden gehouden met door het Beleggingsconsortium gelopen beleggingsrisico.

(…)

ARTIKEL 3

Beleggersgroep

(…)

3.2 Ingeschreven bedrag

Het ingeschreven bedrag is het bedrag waarvoor in de beleggingskas wordt deelgenomen. Als onderdeel van de betaling wordt een spaarstorting voldaan.

In een certificaat met éénmalige betaling is het ingeschreven bedrag gelijk aan de spaarstorting.

Indien en voor zover het een certificaat met periodieke betaling betreft is het ingeschreven bedrag gelijk aan het totaal van de spaarstortingen op jaarbasis.

De belegger van een certificaat met periodieke betaling heeft het recht de spaarstorting in jaarlijkse, halfjaarlijkse, driemaandelijkse of maandelijkse termijnen te voldoen. (…)

ARTIKEL 4

Overlijdensrisicodekking

4.1. Verzekerde

De betaling aan het Beleggingsconsortium bestaat uit een spaarstorting en een premie. Deze premie dient tot het verkrijgen van een geldelijke uitkering onmiddellijk na het overlijden van de verzekerde vóór de expiratiedatum van de kas. De grootte van deze uitkering is in het certificaat omschreven (…)

ARTIKEL 6

Kosten en belasting

6.1 Administratiekosten

(…) Indien en voor zover het certificaat met periodieke betaling betreft, berekent het Beleggingsconsortium voor administratiekosten 4% van het ingeschreven bedrag. (…)

6.3 Beheerskosten

Maandelijks worden vanaf de ingangsdatum tot en met de maand direct voorafgaande aan de feitelijke verdeeldatum beheerkosten in rekening gebracht ten laste van de beleggingskas. De beheerkosten bedragen 0,0416% over het spaartegoed in de beleggingskas per ultimo van de maand. (…)"

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

2.7 Per 1 november 1999 is de verzekering op verzoek van de consument gewijzigd. In dat kader heeft de verzekeraar een gewijzigd certificaat aan de consument gezonden.

2.8 Per 1 januari 2010 is de verzekering door expiratie geëindigd. De eindwaarde bedroeg € 7.912,88 en is aan de consument uitgekeerd.

2.9 In 2010 heeft de consument uitleg gevraagd over de wijze van totstandkoming van de einduitkering. De verzekeraar heeft bij brief van 12 juli 2010 gereageerd.

2.10 De verzekeraar heeft de consument in mei 2011 op de hoogte gesteld van de uitwerking van de compensatieregeling op zijn verzekering. In dat verband is een bedrag ter hoogte van € 600,- aan de consument uitgekeerd.

2.11 Bij brief van 27 mei 2019 heeft de consument zich bij de verzekeraar beklaagd. Vervolgens heeft de consument naar aanleiding van de afwijzende reactie van de verzekeraar op zijn klacht, deze op 13 juni 2019 ter behandeling bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.12 De consument vordert het volgende:

- Primair: betaling van een schadevergoeding van € 3.509,-. Dit bedrag komt volgens de consument overeen met de ingelegde premies vermeerderd met wettelijke rente minus de eindwaarde en de eenmalige tegemoetkoming.

- Eveneens primair: betaling van een bedrag van € 3.509,-, op grond van dwaling. Dit betreft, zo begrijpt de commissie, het verschil in rendement tussen de uitgekeerde waarde van de verzekering en de eindwaarde indien voor een alternatief product zou zijn gekozen.

- Subsidiair: betaling van een schadevergoeding van € 2.975,-. Dit bedrag betreft volgens de consument de ten onrechte ingehouden kosten vermeerderd met wettelijke rente minus de eindwaarde en de eenmalige tegemoetkoming.

- Tot slot vordert de consument betaling van een bedrag van € 1.850,- aan kosten rechtsbijstand.

2.13 De consument heeft aangevoerd dat hij bij het sluiten van de beleggingsverzekering heeft gedwaald, dat de verzekeraar bedrog heeft gepleegd door bewust enkele kostensoorten te verzwijgen, dat over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, dat (een deel) van de kosten oneerlijke bedingen zijn, dat de verzekeraar tekort is geschoten in zijn zorg- en informatieverplichting, dat de voorwaarden pas bij afgifte van het certificaat zijn ontvangen en dat voor het in rekening brengen van de overlijdensrisicopremie geen grondslag bestaat en daarom een oneerlijk beding betreft.

2.14 De consument verwijt de verzekeraar bovendien dat de hij de stukken niet heeft verstrekt waar de consument hem bij brief van 6 juni 2019 om had verzocht en verzoekt de commissie de vorderingen toe te wijzen.

Het verweer

2.15 De verzekeraar heeft als voornaamste verweer gevoerd dat de vorderingen van de consument zijn verjaard.

3. De beoordeling

Klachtplicht

3.1 De verzekeraar heeft allereerst gesteld dat de consument niet tijdig heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW). De commissie oordeelt als volgt.

3.2 Hoewel de consument voor het eerst in juni 2019 heeft geklaagd, en dit een aanzienlijke tijd is na het tijdstip waarop de verzekeraar naar verluidt tekort zou zijn geschoten, heeft de verzekeraar onvoldoende aangetoond of aannemelijk gemaakt dat hij daardoor een zodanig nadeel heeft ondervonden, dat dit rechtvaardigt dat de consument geen aanspraak meer kan maken op een gebrek in de door de verzekeraar geleverde prestaties. De commissie neemt daarbij in aanmerking dat de verzekeraar voor wat betreft het voeren van verweer de stukken ter beschikking hebben gestaan die de consument in relatie tot de klachtuiting heeft overgelegd. Het beroep op de klachtplicht slaagt daarom niet.

Verjaring

3.3 De verzekeraar heeft gesteld dat de vorderingen van de consument zijn verjaard en beroept zich op de wetsartikelen 3:52 lid 1 sub c BW en 3:310 lid 1 BW. Deze artikelen gaan respectievelijk over de verjaring van rechtsvorderingen tot vernietiging van een rechtshandeling in geval van (onder meer) dwaling en de verjaring van rechts-vorderingen tot vergoeding van schade.

3.4 Uitgangspunt is dat omdat de verzekeraar zich erop beroept dat de vorderingsrechten van de consument zijn verjaard, op de verzekeraar de last rust de feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjaringstermijn is gaan lopen.

Is er sprake van dwaling en/of bedrog?

3.5 De verzekeraar stelt dat de rechtsvordering tot vernietiging van de verzekering uit hoofde van dwaling in 2011 zou zijn verjaard, maar licht dit standpunt niet verder toe. De commissie wijst daarom het beroep op verjaring van deze rechtsvordering af.

3.6 Voor wat betreft het beroep op dwaling en bedrog overweegt de commissie het volgende. Uit de productdocumentatie, waaronder de voorwaarden, blijkt duidelijk: dat er sprake is van een beleggingsverzekering waarbij voor rekening en risico van de consument wordt belegd; dat de eindwaarde van de verzekering afhankelijk is van de waarde-ontwikkeling van de fondsen waarin wordt belegd; dat er geen sprake is van een gegarandeerd eindkapitaal; wat er bij overlijden wordt uitgekeerd en dat voor deze overlijdensrisicodekking een premie is verschuldigd. Verder blijkt uit het certificaat in combinatie met de in de voorwaarden opgenomen informatie (zie 2.4 en 2.5) voor welk bedrag de consument was ingeschreven in de beleggersgroep en dus welk bedrag van de (in totaal) te betalen premie ten behoeve van de kapitaalopbouw in de verzekering werd aangewend als spaarstorting en voor welk gedeelte dit niet gold. In artikel 6 van de voorwaarden staat vervolgens opgenomen welke kosten ter zake van het gedeelte waarmee werd belegd (de spaarstorting) in rekening worden gebracht. Voor zover de consument dit niet heeft begrepen komt dit voor zijn risico.

In dat verband stelt de commissie vast dat de consument voor wat betreft de gestelde dwaling en bedrog niet nader heeft toegelicht waarom aanvullende informatie over de samenstelling van het gedeelte dat niet werd belegd relevant zou zijn geweest voor zijn keuze om de verzekering al dan niet af te sluiten. In dat kader heeft de consument niet gemotiveerd waarom het feit dat het gedeelte niet bestemd voor kapitaalopbouw kennelijk naast de overlijdensrisicopremie tevens uit kosten verzekeraar en tussenpersoon bestond, van invloed zou zijn geweest op zijn keuze. In de gegeven omstandigheden is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de consument indien hij de volgens hem ontbrekende informatie wel had ontvangen, de verzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan, maar voor de door hem gestelde gemengde verzekering met eindprogressie winstdeling zou hebben gekozen. Het beroep van de consument op dwaling en bedrog slaagt daarom niet.

Schadevergoeding

3.7 In artikel 3:310 lid 1 BW is bepaald dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade in ieder geval verjaart door verloop van twintig jaar na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt. De commissie stelt vast dat de consument schadevergoeding vordert (onder meer) op de grond dat de verzekeraar tekort is geschoten bij de informatieverstrekking voorafgaand aan of ten tijde van de totstandkoming van de verzekering en dat hierdoor onder meer wilsovereenstemming heeft ontbroken over (een deel van) de in rekening gebrachte kosten en overlijdensrisicopremie.

3.8 De verzekering is op 1 november 1994 afgesloten. De verjaringstermijn van twintig jaar van de rechtsvorderingen tot schadevergoeding van de consument is, zoals door de verzekeraar terecht is aangevoerd, op dat moment gaan lopen en deze is, nu de verjaring niet is gestuit, per november 2014 voltooid. De consument heeft voor het eerst in 2019 bij de verzekeraar geklaagd, waardoor op dat moment de vorderingen van de consument, voor zover die beogen schadevergoeding te verkrijgen wegens de ontbrekende wilsovereenstemming over de kosten die in rekening worden gebracht of wegens de gestelde schending van zorgplicht- en informatieverplichtingen voorafgaand aan en bij het afsluiten van de verzekering, al waren verjaard. Deze klachtonderdelen komen daarom niet voor een inhoudelijke behandeling in aanmerking.

Terhandstelling

3.9 Volgens de consument heeft de verzekeraar nagelaten te voldoen aan zijn verplichting om de consument ter gelegenheid van de totstandkoming van de verzekeringen de algemene voorwaarden tijdig ter hand te stellen. Uit de stukken maakt de commissie op dat consument de bij de verzekering behorende voorwaarden bij afgifte van het certificaat heeft ontvangen, waarmee deze, mede gelet op de in de voorwaarden opgenomen opzeggingsmogelijkheid (zie 2.5), tijdig zijn verstrekt. Dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.

Oneerlijke bedingen

3.10 Ten aanzien van het beroep op de Richtlijn oneerlijke bedingen in consumenten-overeenkomsten 93/13/EEG (hierna: de richtlijn), beslist de commissie als volgt.

3.11 Artikel 10 lid 1, tweede zin, van de richtlijn houdt in dat de bepalingen daarvan van toepassing zijn op overeenkomsten die na 31 december 1994 zijn gesloten. De hier aan de orde zijnde (verplichte) richtlijnconforme uitleg van artikel 6:233 jo. 6:231 onder a BW (oud) is derhalve beperkt tot die overeenkomsten. De overeenkomst met de consument is gesloten vóór 31 december 1994, namelijk op 1 november 1994, waardoor de richtlijn niet van toepassing is en dus richtlijnconforme uitleg ook niet.

Conclusie

3.12 De slotsom is dat het beroep op dwaling niet slaagt en de vorderingen tot schade-vergoeding van de consument zijn verjaard. De overige door de consument ingebrachte stellingen leiden niet tot een ander oordeel.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 van het Reglement 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.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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