Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0185

(dr. mr. R.J. Verschoof, voorzitter, dr. mr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, mr. W.A.M. Jitan, secretaries)

Klacht ontvangen op	7 augustus 2013
Ingediend door	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	3 maart 2023
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen; Relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering met de naam Zenith Plan lijfrente, afgesloten in 2005. De Commissie oordeelt dat geen sprake is van dwaling, omdat uit de productdocumentatie duidelijk blijkt dat sprake is van een beleggingsverzekering. Verzekeraar heeft ten aanzien van de poliskosten niet voldaan aan haar informatieverplichting uit de Riav 1998. Bovendien dient het beding over de poliskosten als onredelijk bezwarend buiten toepassing te worden gelaten (zie eerder CvB 2018-041 en CvB 2019-007). Ten aanzien van de overige kosten is door Verzekeraar wel voldaan aan de informatieverplichtingen en over deze kosten bestaat ook wilsovereenstemming. Verzekeraar heeft Consument voldoende geïnformeerd over de fondsbeheerkosten en de overlijdensrisicodekking. Verzekeraar dient het bedrag dat Consument aan poliskosten heeft voldaan vermeerderd met de wettelijke rente te restitueren. Alle overige vorderingen worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was tot 1 oktober 2014 (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;
- het verweerschrift van de verzekeraar;

- de vermeerdering van eis en het informatieformulier beleggingsverzekeringen uit de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Na het indienen van de klacht heeft de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: CvB) een aantal uitspraken gedaan in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die de commissie richtinggevend acht voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen. Deze uitspraken zijn bekend en terug te vinden als: CvB 2017-023A, CvB 2017-035, CvB 2017-036, CvB 2017-043 en CvB 2018-019. De consument heeft een reactie op die uitspraken ingediend.

1.3 Partijen hebben mogen reageren op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022. Beide partijen hebben een reactie ingediend, waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten.

1.4 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer M. van Rossum (professioneel vertegenwoordiger).

1.5 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.

1.6 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 december 2005 een beleggingsverzekering afgesloten bij de rechts-voorganger van verzekeraar, met de naam Zenith Plan – Lijfrente en polisnummer [nummer 1] (hierna: de verzekering). Dit product is een universal life verzekering. Deze verzekering is onverbrekelijk verbonden met de verzekering met polisnummer [nummer 2].

2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en van lijfrentekapitaal-opbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.
Het volgende was verzekerd:

- een lijfrentekapitaal bij leven op de einddatum ter grootte van de waarde van de dan aanwezige units;

- een lijfrentekapitaal ter grootte van 110% van de waarde van de dan aanwezige units bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum.

2.3 De premie vanaf de ingangsdatum bedraagt € 613,- per jaar tot 1 december 2044 (de einddatum) of tot eerder overlijden van de verzekerde.

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

- een offerte
- een polisblad, gedateerd 24 augustus 2005;
- de voorwaarden AVb 01;
- de Financiële Bijsluiter krachtens wet voorgeschreven productinformatie van het Zenith Plan Lijfrente.

2.5 Op de verzekering is de volgende regelgeving van toepassing:

1) Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998
2) Code Rendement en Risico 2004
3) Nadere Regeling financiële bijsluiter 2002.

2.6 De verzekeraar heeft de consument in juli 2011 per brief laten weten dat zij niet in aanmerking komt voor een vergoeding, omdat lagere kosten voor de verzekering in rekening zijn gebracht dan de maximale kosten die in de ASR compensatieregeling staan.

2.7 De verzekering is afgekocht per 5 oktober 2013.

De klacht en vordering

2.8 De consument vordert dat de verzekeraar *een schadevergoeding betaalt van € 110.617,-.*

2.9 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

de consument bij het sluiten van de verzekering heeft gedwaald en/of over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, zoals de hoogte van de risico-premie, de assurantiekosten of fondsbeheerkosten. De verzekeraar tegenover de consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekering en/of bij de totstandkoming, de verzekeraar bij de uitvoering van de verzekering onrechtmatig tegenover de consument heeft gehandeld.

Het verweer

2.10 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 De consument beroept zich allereerst op dwaling. Dit beroep gaat niet op. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggings-verzekering 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 de verzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan, als zij de volgens haar ontbrekende informatie wel had ontvangen.[1] Het beroep op dwaling slaagt niet.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.4 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan haar over de verzekering verstrekte informatie onvoldoende is. De commissie overweegt hierover als volgt.

3.5 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie niet alle informatie aan de consument heeft verstrekt waartoe hij gehouden was op grond van de toepasselijke regelgeving. De verzekeraar was op grond van artikel 2 lid 2 sub q van de Riav 1998 namelijk verplicht de verzekering-nemer te informeren over de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden aan de overeenkomst. Hieruit volgt volgens de commissie dat de verzekeraar de consument moet informeren over het nominaal bedrag dan wel het percentueel beslag van de kosten die invloed hebben op het rendement en de aan de overeenkomst verbonden uitkering.[2]
De poliskosten in de productdocumentatie zijn niet nominaal of percentueel geduid.

[1] CvB 2017-035.
[2] CvB 2018-041, randnummer 4.5.3.

Hiermee heeft de verzekeraar onrechtmatig tegenover de consument gehandeld. Over de gevolgen van het slagen van dit klachtonderdeel komt de commissie hierna te spreken.

Had de verzekeraar de consument moeten informeren over het risico van tegenvallende rendementen?

3.6 De consument stelt dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat zij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten. 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.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.7 Uit de productdocumentatie volgt dat er premies voor de risicodekking, eerste kosten, poliskosten en investeringskosten in rekening zijn gebracht. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten en inhoudingen wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan.[3]

Zijn de bedingen oneerlijk?

3.8 Zoals vastgesteld achter randnummer 3.5 is de commissie van oordeel dat de verzekeraar ten aanzien van de poliskosten niet heeft voldaan aan het bepaalde in artikel 2 lid 2 sub q Riav 1998. Op grond van artikel 5 van de Richtlijn oneerlijke bedingen (Richtlijn 93/13/EEG) dient een beding steeds duidelijk en begrijpelijk te 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. Derhalve 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 transparantie wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hen voortvloeien kunnen inschatten.[4]

[3] CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.
[4] HvJ EG 30 april 2014, zaak C-26/13 (Kásler); ECLI:EU:C:2014:282; HvJ EG 23 april 2014, 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).

De consument heeft slechts kennis kunnen nemen van de hoogte van de poliskosten via nadien verstrekte overzichten. Daarmee heeft de consument niet op basis van de overeenkomst de economische gevolgen van het beding kunnen inschatten. Evenmin heeft de verzekeraar de concrete werking van het mechanisme waarop het beding betrekking heeft op een transparante wijze uiteengezet. Wat onder het begrip poliskosten valt wordt op niet uiteengezet, noch wat de bepalende factoren zijn voor de hoogte van die kosten. Naast dat dit beding niet transparant is, is het beding in strijd met de in artikel 3 van de Richtlijn 93/13/EEG vereiste goede trouw. De verzekeraar kon er, indien zij op eerlijke en billijke wijze had onderhandeld, redelijkerwijs niet van uitgaan dat de consument een dergelijk beding zou hebben aanvaard, indien daarover afzonderlijk was onderhandeld.[5] Immers, de omvang van deze kosten stond op voorhand niet vast en de vaststelling daarvan is – eenzijdig- overgelaten aan de verzekeraar als gebruiker van het beding. Bovendien staat tegenover de poliskosten/ administratiekosten (anders dan bijvoorbeeld het geval is bij beheerskosten) geen rechtstreekse tegenprestatie van de verzekeraar, terwijl deze kosten het beleggings-resultaat 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.[6]

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

3.9 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft belegd. 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.[7] De commissie stelt vast dat de percentages van de fondsbeheerkosten staan vermeld op het polisblad. Daarmee heeft de verzekeraar voldaan aan de verplichting om de consument hierover te informeren.

Overlijdensrisicodekking

3.10 De consument had moeten begrijpen dat voor de overlijdensuitkering een premie verschuldigd is en dat die dus onderdeel is van de bruto premie. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

[5] HvJ EU 14 maart 2013, C-415/11, ECLI:EU:C:2013:164 (Aziz).
[6] CvB 2019-007 en CvB 2018-041.
[7] CvB 2018-010, overweging 5.10.

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

3.11 Voor zover de consument de verzekeraar verwijt dat zij niet is gewaarschuwd voor het hefboom- en inteereffect, geldt het volgende. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar niet verplicht was om de consument te waarschuwen dat het reële (bijzondere) risico bestond dat de verzekering kon komen te vervallen zonder dat bij vóóroverlijden een overlijdensuitkering zou worden uitgekeerd. De consument heeft het bestaan van dat bijzondere risico onvoldoende aannemelijk gemaakt.

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

3.12 Anders dan de consument aanvoert, bestaat tussen de verzekeraar en de consument geen beleggingsadviesrelatie. De daarop betrekking hebbende klachten van de consument kunnen daarom niet slagen.

3.13 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de consument verstrekte advies. De klachten van de consument over het advies van de tussenpersoon blijven hier daarom buiten beschouwing.

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

3.14 De consument voert aan dat zij tussentijds onvoldoende/niet is gewaarschuwd voor de tegenvallende opbrengsten van haar verzekering en het risico dat het doelkapitaal niet gehaald zou worden. De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van haar verzekering, en dat deze vanaf 2008 waren opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiter. Op de verzekeraar rustte geen verplichting om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken.

Product recall of hersteladvies

3.15 Er zijn de commissie geen feiten of omstandigheden gebleken op basis waarvan de verzekeraar gehouden zou zijn tot de door de consument gestelde product recall. Voor zover de consument van mening is dat de verzekeraar ten onrechte geen hersteladvies zou hebben gegeven, geldt dat de verzekeraar tot aan de invoering van het herstelkader beleggingsverzekeringen in 2015 in principe niet gehouden was om de consument in aanvulling op de jaarlijks verstrekte waardeoverzichten erop te wijzen dat haar beleggingsverzekering vermoedelijk niet het beoogde doelkapitaal zou opleveren. Uit de stukken blijkt dat de consument de verzekering reeds in 2013 heeft afgekocht.

Conclusie

3.16 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 verzekeraar is in zijn informatieverplichting over de in rekening gebrachte poliskosten op grond van de Riav 1998 tekortgeschoten. Bovendien dient dit in de voorwaarden opgenomen beding als oneerlijk in de zin van de Richtlijn oneerlijke bedingen buiten toepassing gelaten te worden. De commissie sluit hierbij aan bij de eerdere uitspraken van Kifid met betrekking tot een vergelijkbaar product van de verzekeraar, zoals CvB 2018-041 en CvB 2019-007. De overige klachten van de consument slagen niet.

3.17 Het voorgaande brengt mee dat de vordering van de consument deels wordt toegewezen, in de zin dat het beding over de poliskosten buiten toepassing moet worden gelaten. Het bedrag dat de consument aan poliskosten heeft voldaan is daarmee onverschuldigd betaald en dient door de verzekeraar aan de consument vermeerderd met wettelijke rente gerestitueerd te worden. De commissie bepaalt daarnaast dat de verzekeraar de kosten van de gemachtigde van de consument vergoedt overeenkomstig het volgens artikel 40.9 van het reglement geldend tarief. Hierin staat dat de commissie het liquidatietarief hanteert, zoals dit wordt toegepast door de rechterlijke macht, tot een maximum van € 5.000,-.

3.18 Alle overige vorderingen worden afgewezen.

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 wettelijke rente vanaf de dag(en) waarop deze kosten in rekening zijn gebracht tot aan de dag van volledige vergoeding daarvan;

- de door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 478,- te vergoeden. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

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 van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. 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 42 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 informatieverplichting 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).

Bijlage 2

Poliskostenbeding

4. Poliskosten

Maandelijks zullen aan de verzekering units worden onttrokken in verband met administratiekosten.
In de eerste tien jaar c.q. de jaren daarna worden hiervoor, indien en voorzover aanwezig, basisunits respectievelijk quality- units gebruikt.