Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2022-1088

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. P. van Haastrecht-van Kuilenburg, secretaris)

Klacht ontvangen op	1 april 2022
Ingediend door	De consument
Tegen	Allianz Nederland Levensverzekering, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	21 december 2022
Aard uitspraak	Beslissing over behandelbaarheid en bindend advies
Uitkomst	Klacht gedeeltelijk niet-behandelbaar en gedeeltelijk ongegrond.

Samenvatting

Eind 2015 heeft de consument de klachten over de in rekening gebrachte kosten aan de verzekeraar voorgelegd. Op 29 juni 2016 heeft de verzekeraar zijn definitieve standpunt aan de consument medegedeeld en hem erop gewezen dat hij zijn klachten bij Kifid kon indienen en binnen welke termijn hij dat moest doen. De consument heeft zijn klacht pas op 1 april 2022 bij Kifid ingediend en dat is te laat. Deze klachten zijn dan ook niet-behandelbaar. De klacht van de consument over de gemaakte berekening in het kader van de tegemoetkomingsregeling is wel behandelbaar. Naar het oordeel van de commissie is de toelichting van de verzekeraar op dit punt duidelijk en er is geen reden om aan de juistheid hiervan te twijfelen. De commissie wijst de vordering van de consument daarom voor het overige af.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 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.

1.3 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 via zijn toenmalige werkgever met ingang van 1 november 2002 een beleggingsverzekering met pensioenclausule (hierna: de verzekering) bij de verzekeraar. Bij de verzekering was sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument. Ook voorzag de verzekering in een premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid.

2.2 Van 1 oktober 2011 tot 1 oktober 2015 was de consument vrijgesteld van premiebetaling in verband met arbeidsongeschiktheid. De verzekering is op 1 oktober 2015 geëindigd. De waarde van de verzekering bedroeg € 162.781,-.

2.3 Eind 2015 heeft de consument een klacht ingediend bij de verzekeraar over zijn verzekering. De consument vond dat de verzekeraar hem onvoldoende geïnformeerd had over de kosten die de verzekeraar voor de verzekering in rekening had gebracht. Ook vond de consument dat verzekeraar ten onrechte premie voor de arbeidsongeschiktheidsdekking over 2002 en 2003 in rekening had gebracht en de premies voor voornoemde dekking bovendien dubbel had ingehouden. Verder vond de consument het niet terecht dat hij van de verzekeraar geen vergoeding op basis van de tegemoetkomingsregeling had ontvangen. De wijze waarop de tegemoetkoming is berekend was volgens de consument niet transparant. De verzekeraar heeft de consument daarop een nadere uitleg gegeven over de wijze waarop de berekening tot stand was gekomen en daarbij onder meer een overzicht van de jaarlijkse resultaten met betrekking tot de daadwerkelijke waardeontwikkeling (DWO) verstrekt. In dit overzicht wordt de DWO als volgt omschreven:

"Dit is de berekening van de waarde van de polis van ingangsdatum t/m de einddatum. Dit is gedaan op basis van de oorspronkelijke duur premiebetaling, kosten, risicopremies en het werkelijke netto rendement in het verleden. Vanaf december 2012 is gerekend met een voorbeeldrendement van 6%."

2.4 Na enige correspondentie over en weer heeft de verzekeraar de consument op 29 juni 2016 medegedeeld dat hij zijn klacht binnen drie maanden aan het Kifid kon voorleggen.

2.5 Eind februari 2022 heeft de consument de verzekeraar, naar aanleiding van de tussen de verzekeraar en de consumentenbond gesloten overeenkomst, om herbeoordeling van zijn dossier gevraagd. De verzekeraar heeft daarop als volgt gereageerd:

*"**Geen tegemoetkoming***

De overeenkomst tussen Allianz en de Consumentenbond had betrekking op individuele levensverzekeringproducten en niet op collectieve pensioenverzekeringen.

Wij blijven daarom bij ons standpunt dat in uw geval de ingehouden kosten niet te hoog zijn geweest en er dus geen recht is op een tegemoetkoming."

2.6 De consument heeft hierop nogmaals om een vergoeding voor de teveel ingehouden kosten en premies gevraagd. De verzekeraar heeft de consument daarop naar Kifid verwezen.

2.7 In reactie hierop heeft de consument de verzekeraar nadere vragen gesteld over de in rekening gebrachte kosten en risicopremie. Ook heeft de consument vragen gesteld over de berekening van de tegemoetkoming. De verzekeraar heeft daarop verwezen naar de inhoud van zijn brief van 26 februari 2016 en de consument wederom naar Kifid verwezen.

De klacht en vordering

2.8 De consument vordert dat de verzekeraar tot schadevergoeding wordt veroordeeld, die de consument begroot op € 28.633,-.

2.9 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat de verzekeraar de consument onvoldoende heeft geïnformeerd over de kosten die op zijn verzekering in mindering zijn gebracht. Hierover bestaat volgens de consument dan ook geen wils-overeenstemming. Daarnaast beklaagt de consument zich over de premies die zijn ingehouden voor de arbeidsongeschiktheidsdekking. Volgens de consument zijn deze premies dubbel ingehouden. Ook stelt dat de consument dat hij over 2002 en 2003 nog geen premies voor de arbeidsongeschiktheidsdekking verschuldigd was en de verzekeraar deze dan ook ten onrechte heeft ingehouden. Tot slot beklaagt de consument zich erover dat de eindwaarde, die onder de noemer DWO is opgenomen in de berekening van de (eventuele) tegemoetkoming (in het kader van de zogenoemde 'Wabeke-regeling'), niet overeenkomt met de uiteindelijke eindwaarde van zijn verzekering.

Het verweer

2.10 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Klachten over in rekening gebrachte kosten en premies

3.1 Naar het oordeel van de commissie zijn de klachten die zien op de in rekening gebrachte kosten en premies te laat bij Kifid ingediend en kunnen deze dan ook niet worden behandeld.

In het reglement is ten aanzien van de termijn waarbinnen een klacht moet worden ingediend, namelijk het volgende opgenomen:

*"**7. Tot wanneer kunt u een klacht indienen bij Kifid?***

1. U kunt een klacht bij Kifid indienen tot 1 jaar nadat u de klacht voor het eerst heeft voorgelegd aan de financiële dienstverlener.

2. Of tot 3 maanden nadat de financiële dienstverlener schriftelijk een definitief standpunt heeft ingenomen. De financiële dienstverlener wijst u in zijn definitieve standpunt naar Kifid."

3.2 Eind 2015 heeft de consument zich voor het eerst bij de verzekeraar beklaagd over de in rekening gebrachte kosten en premies. Bij brief van 29 juni 2016 heeft de verzekeraar zijn definitieve standpunt ingenomen en de consument gewezen op het gegeven dat hij binnen drie maanden zijn klachten aan Kifid kon voorleggen. Gelet op de in artikel 7 van het Reglement genoemde termijnen, had de consument zijn klachten voor 29 september 2016 dan wel uiterlijk eind 2016 bij Kifid moeten indienen. De consument heeft zijn klachten echter pas op 1 april 2022 aan Kifid voorgelegd en hij is dus te laat.

3.3 Dit betekent dat die klachten niet behandelbaar zijn. En dit wordt niet anders doordat de verzekeraar de consument in 2022 opnieuw naar Kifid heeft verwezen. De commissie moet namelijk zelfstandig beoordelen of zij een klacht kan behandelen. Een klacht is niet behandelbaar als hij bijna zes jaar na het definitieve standpunt in de interne klachtprocedure wordt ingediend. Zie ook GC Kifid 2021-0779.

Klacht over tegemoetkomingsregeling

3.4 De consument klaagt er verder over dat de eindwaarde (DWO) in de berekening op grond van de tegemoetkomingsregeling niet overeenkomt met de uiteindelijke waarde van zijn verzekering. Hierover heeft de consument zich pas begin 2022 voor het eerst bij de verzekeraar beklaagd. Deze klacht is gelet op artikel 7 van het reglement tijdig bij Kifid ingediend. Dit betekent dat de commissie deze klacht wel kan behandelen.

3.5 De verzekeraar heeft toegelicht dat de berekening op grond van de tegemoetkomings-regeling in 2012 is gemaakt en dat destijds is uitgegaan van een voorbeeldrendement van 6% over de periode van december 2012 tot 1 oktober 2015, waarmee de verzekeraar uitkwam op een DWO van € 167.354,-. Dat de verzekeraar heeft gerekend met een voorbeeldrendement van 6%, staat ook bij de aan de consument verstrekte berekening. Achteraf is gebleken dat in voornoemde periode een rendement is behaald van 4,75%, waardoor de eindwaarde lager is uitgekomen, namelijk op € 162.781,-.

3.6 De commissie vindt deze toelichting duidelijk en heeft op basis van het dossier geen reden om aan de juistheid van deze uitleg te twijfelen, zodat de commissie geen reden ziet waarom de verzekeraar de consument schadevergoeding moet betalen.

De conclusie

3.7 De klacht is ten dele niet behandelbaar en ten dele ongegrond. De vordering van de consument zal worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie verklaart de klacht gedeeltelijk niet behandelbaar. Voor het overige wijst de commissie de vordering af.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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