Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0958

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. P.J. Neijt, drs. J.W. Janse, leden en mr. C.M.H. Matser, secretaris)

Klacht ontvangen op	1 december 2021
Ingediend door	De consument
Tegen	ABN AMRO Levensverzekering N.V., gevestigd te Zwolle, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	11 november 2022
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. De consument heeft een beleggingsverzekering afgesloten op 1 december 2000 bij de verzekeraar. De consument is onder andere van mening dat hij niet is geïnformeerd over de inhoudingen van kosten en de hoogte van de overlijdensrisico-premie. De commissie oordeelt dat de vorderingen voor wat betreft het schenden van (bijzondere) zorg- en informatieverplichtingen en het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten en premie zijn verjaard. De overige vorderingen, waaronder het beroep op onverschuldigde betaling van de kosten, treffen geen doel. Voor een immateriële schade-vergoeding bestaat geen grond. De vorderingen van de consument worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement dat geldig was 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 door de consument ingevulde informatieformulier beleggingsverzekering;
- de op 6 februari 2022 ontvangen aangepaste klachtuiting van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de reactie van partijen op de prejudiciële beslissing van de Hoge Raad van 11 februari 2022.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer F.G.C.M. Jansen (Shureluck BV), 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 heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft met advisering van een tussenpersoon een beleggingsverzekering afgesloten bij de verzekeraar onder de naam ABN AMRO Meegroeiverzekering (hierna: de verzekering). De verzekering is ingegaan op 1 december 2000 en ter zekerheid verpand aan de verstrekker van een hypothecaire geldlening. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 december 2030. Voor de verzekering is een premie verschuldigd van NLG 8.751,60 (€ 3.971,30) per jaar tot 1 december 2004 en vanaf 1 december 2004 een premie van NLG 875,17 (€ 397,13) per jaar tot 1 december 2020. De consument is samen met zijn echtgenote verzekeringnemer en verzekerde in de verzekering. De beleggingen vinden plaats in AA Kapitaalmarktrente Fonds, Alrenta, AA Global Fund en Global Property Fund.

2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen.

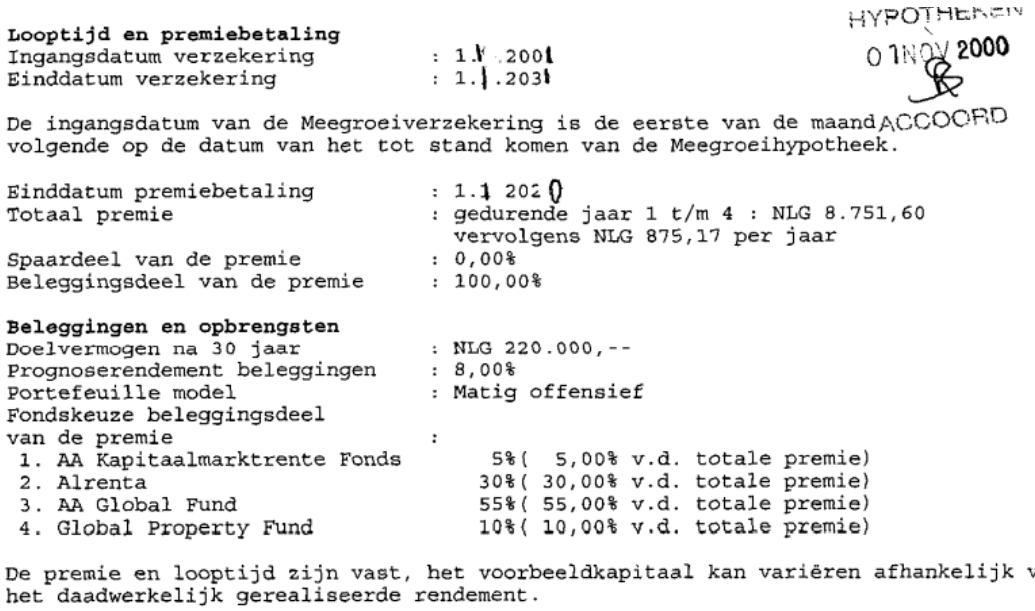
2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering zijn de volgende stukken aan de consument verstrekt:

- een offerte gedateerd 1 november 2000;
- de polis gedateerd 7 december 2000 (hierna: de polis);
- de voorwaarden, 'Algemene Voorwaarden Flexibele Levensverzekering AVFL-9905' en
- 'Aanvullende Voorwaarden Meegroeiverzekering MGV-9910'.

Deze stukken worden hierna samen aangeduid als: de productdocumentatie.

2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1998 van toepassing.

2.5 Op het aanvraagformulier staat onder andere:



Looptijd en premiebetaling
Ingangsdatum verzekering : 1.[illegible].2001
Einddatum verzekering : 1.[illegible].2031

HYPOTHEKEN
01 NOV 2000
ACCOORD

De ingangsdatum van de Meegroeiverzekering is de eerste van de maand volgende op de datum van het tot stand komen van de Meegroeihypotheek.

Einddatum premiebetaling : 1.1.202[illegible]
Totaal premie : gedurende jaar 1 t/m 4 : NLG 8.751,60
vervolgens NLG 875,17 per jaar
Spaardeel van de premie : 0,00%
Beleggingsdeel van de premie : 100,00%

Beleggingen en opbrengsten
Doelvermogen na 30 jaar : NLG 220.000,--
Prognoserendement beleggingen : 8,00%
Portefeuille model : Matig offensief
Fondskeuze beleggingsdeel van de premie :
1. AA Kapitaalmarktrente Fonds 5% (5,00% v.d. totale premie)
2. Alrenta 30% (30,00% v.d. totale premie)
3. AA Global Fund 55% (55,00% v.d. totale premie)
4. Global Property Fund 10% (10,00% v.d. totale premie)

De premie en looptijd zijn vast, het voorbeeldkapitaal kan variëren afhankelijk van het daadwerkelijk gerealiseerde rendement.

Figuur 1 - Aanvraagformulier

2.6 Op het polisblad staat onder andere het volgende:

> *"(…)*
> *Ingangsdatum verzekering : 01-12-2000*
>
> *Einddatum verzekering : 01-12-2030*
>
> *Einddatum premiebetaling : 01-12-2020*
> *(…)*
> *Premie :*
> *NLG 8.751,60 per jaar tot 01-12-2004, daarna NLG 875,17 per jaar tot 01-12-2020. De premie is verschuldigd voor het eerst op de ingangsdatum van de verzekering en voor het laatst op de laatste aan de einddatum premiebetaling voorafgaande premievervaldag of bij eerder overlijden de laatste premievervaldag voor het overlijden van de eerststervende van beide verzekerden.*
>
> *Investering :*
> *NLG 8.751,60 per jaar tot 01-12-2004, daarna NLG 875,17 per jaar tot 01-12-2020.*
> *(…)*
> *Verzekerd bij in leven zijn :*
> *Bij in leven zijn van de verzekerden op 01-12-2030 het belegd vermogen.*

Verzekerd bij overlijden :
NLG 300.000,00 uit te keren bij overlijden van (naam van de consument), geboren op 03-01-1968, voor 01-12-2030. Deze uitkering bedraagt nooit minder dan 110% van het belegd vermogen. Na overlijden van deze verzekerde wordt de gehele verzekering beëindigd.

NLG 300.000,00 uit te keren bij overlijden van (naam van de echtgenote van de consument), geboren op 08-03-1973, voor 01-12-2030. Deze uitkering bedraagt nooit minder dan 110% van het belegd vermogen. Na overlijden van deze verzekerde wordt de gehele verzekering beëindigd. (…)"

2.7 In de algemene voorwaarden staat onder andere:

"(…)
Artikel 1
Begripsomschrijvingen

(…)
Verzekerde
Degene op wiens leven de verzekering is gesloten.

(…)
Investeringspremie
Het deel van de premie dat wordt belegd.
De investeringspremie bestaat uit een beleggingsdeel dat naar keuze van de verzekeringsnemer wordt belegd in fondsen en/of uit een spaardeel dat naar keuze van de verzekeringnemer wordt belegd in renterekeningen.

(…)
Risicopremie
De premie die gedurende de looptijd elke maand aan het belegd vermogen wordt onttrokken ter dekking van de meeverzekerde risico's. Voor de onttrekking van zowel de risicopremie als de kosten per ingangsdatum van de verzekering, geldt het tijdstip gelegen drie beursdagen nadat ten behoeve van deze verzekering een saldo ontstaat.

(…)
Aankoopkoers
De aankoopkoers is gelijk aan de openingskoers, vermeerderd met eventuele belastingen en aankoopkosten. (…)

Verkoopkoers
De verkoopkoers is gelijk aan de openingskoers, verminderd met eventuele belastingen en verkoopkosten. (…)

Artikel 7
Verrekening van kosten en premies
7.1 *De voor de verzekering verschuldigde kosten, zoals o.a. administratiekosten en beheerskosten alsmede de risicopremies, worden onttrokken aan het belegd vermogen voor een bedrag gelijk aan de te verrekenen kosten en/of risicopremies.*
(…)
7.3 *Voor de onttrekkingen ter verrekening van de administratie- en beheerskosten gelden bedragen en percentages als genoemd in de op de polis van toepassing verklaarde Aanvullende Voorwaarden. (…)"*

2.8 In de aanvullende voorwaarden staat onder andere het volgende:

"(…)
Artikel 5
Administratie- en beheerskosten
5.1 *Iedere maand wordt ter verrekening van de administratiekosten een bedrag van NLG 12,50 c.q. EUR 5,67 aan het belegd vermogen van de verzekering onttrokken. Voor een premievrije verzekering bedraagt deze onttrekking NLG 6,25 c.q. EUR 2,84 per maand.*
5.2 *Voor deze verzekering worden geen beheerskosten in rekening gebracht.*
5.3 *Bij aankoop en verkoop van participaties worden aankoop- en verkoopkosten in rekening gebracht die gelijk zijn aan die welke de bank hanteert voor het aanhouden van beleggingsrekeningen. (…)"*

2.9 De consument is gedurende de looptijd geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van commissie De Ruiter.

2.10 In januari 2012 heeft de verzekeraar de consument per brief geïnformeerd dat de consument in aanmerking komt voor een vergoeding ter compensatie van het nadeel dat hij heeft geleden door het hefboomeffect, de zogenoemde hefboomuitkering. Naar aanleiding hiervan is € 136,71 in de polis van de consument gestort.

2.11 In 2015 heeft er tussen de tussenpersoon en de consument een hersteladviesgesprek plaatsvonden, waarna de consument de verzekering heeft aangepast door de overlijdensrisicodekking uit de verzekering te verwijderen en hiervoor in de plaats een aparte overlijdensrisicoverzekering af te sluiten.

2.12 Per brief van 6 juli 2021 heeft de consument geklaagd bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft hier per e-mail van 13 juli 2021 en 1 oktober 2021 afwijzend op gereageerd. Hiermee is tevens gelijk de interne klachtprocedure doorlopen. De consument heeft zijn klacht op 1 december 2021 voorgelegd aan de Geschillencommissie van Kifid. In februari 2022 heeft de consument de verzekering beëindigd.

De klacht en vordering

2.13 De consument heeft zijn vordering in repliek gewijzigd en vordert van de verzekeraar € 227.945,74 aan schadevergoeding. Daarnaast vordert de consument € 25.000,- als vergoeding voor immateriële schade en een vergoeding van de kosten voor juridische bijstand.

2.14 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot vergoeding gehouden:

A. Er zijn niet overeengekomen kosten ten laste van de waarde van de verzekering gebracht:
   - Eerste kosten verzekeraar
   - Eerste kosten tussenpersoon/adviseur
   - Herverzekeringskosten
   - Beheerskosten van het beleggingsfonds
   - aan- en verkoopkosten;

B. De hoogte van de ten laste van de verzekering gebrachte overlijdensrisicopremie is niet overeengekomen maar wel ten laste van de verzekering gebracht;

C. De verzekeraar heeft zijn bijzondere zorgplicht tegenover de consument verzaakt ter zake de asset allocatie;

D. De verzekeraar heeft een wederrechtelijk voordeel behaald ter zake van het dividend (in de zin van het fiscale resultaat) van het AA Global Property Securities, het AAF Global Bond Fund en AA Global Fund;

E. De verzekeraar heeft niet vooraf gemeld dat de dividendbelasting, ingehouden op de door het beleggingsfonds ontvangen dividend, niet met de aangifte inkomstenbelasting verrekend kon worden en in plaats daarvan is voorbehouden aan de verzekeraar;

F. De verzekeraar heeft door de voorgaande klachten geestelijk letsel bij de consument veroorzaakt. De verzekeraar heeft immateriële schade veroorzaakt door de wijze van aanbieden/uitvoeren van de overeenkomst van levensverzekering en het daarmee beschadigen van de voorgespiegelde verwachtingen van de consument. De uitvoering van de overeenkomst door de verzekeraar en de waardeontwikkeling van de beleggingsrekening is een bron van grote zorg en frustratie voor de consument geweest. De onzekerheid en spanning over de financiële toekomst was dusdanig groot dat hieruit financiële stress en angst is ontstaan. Het gevoel van machteloosheid jegens een grote financiële instelling als de verzekeraar draagt verder bij aan het gevoel van onmacht. 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 lid 1 aanhef en onder b van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) nu de consument 'op andere wijze in zijn persoon is aangetast'.

Het verweer

2.15 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de vorderingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht van de consument niet kan slagen en legt hierna uit waarom.

Beoordelingskader

3.2 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument 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.

3.3 De commissie beoordeelt eerst het beroep van de verzekeraar op de klachtplicht en verjaring.

Klachtplicht?

3.4 De verzekeraar stelt dat de consument niet op tijd heeft geklaagd en dat hij daardoor in zijn bewijspositie is geschaad. De verzekeraar doet hierbij een beroep op artikel 6:89 BW. De consument heeft in 2021 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. De verzekeraar heeft daartegen uitgebreid inhoudelijk verweer gevoerd. Onder deze omstandigheden is niet aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg van het tijdsverloop een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit er toe dient te leiden dat de consument zich in dit geval redelijkerwijs niet meer op een gebrek in de door de verzekeraar geleverde prestatie zou kunnen beroepen. Het beroep op schending van de klachtplicht slaagt daarom niet.

Zijn de vorderingen verjaard?

3.5 De verzekeraar stelt dat de vorderingen van de consument zijn verjaard. De verzekeraar beroept zich daarbij op artikel 3:310 lid 1 BW. Artikel 3:310 lid 1 BW bepaalt onder andere dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt.

3.6 De verzekeraar stelt dat klacht van de consument betrekking heeft op het moment van het afsluiten van de verzekering.

De consument klaagt immers over het ontbreken van wilsovereenstemming en dat bij het afsluiten van de verzekering niet is voldaan aan de informatieverplichting van de verzekeraar. De consument heeft vervolgens eerst op 6 juli 2021, terwijl de verzekering werd afgesloten op 1 december 2000, een klacht ingediend, waardoor volgens de absolute verjaringstermijn van 20 jaar van artikel 3:310 lid 1 BW de vorderingen die verband houden met de hiervoor genoemde gebreken reeds waren verjaard. De commissie oordeelt als volgt.

3.7 Tussen partijen is niet in geding dat de consument pas meer dan 20 jaar na het afsluiten van de verzekering voor het eerst een klacht heeft ingediend bij de verzekeraar en dat er geen sprake is geweest van tussentijdse stuitingshandelingen. Dit betekent dat eventuele rechtsvorderingen tot schadevergoeding van de consument, die zijn gebaseerd op de stelling dat de verzekeraar voorafgaand aan of bij de totstandkoming van de verzekering aan de consument bepaalde onjuiste informatie of bepaalde informatie niet of onvoldoende heeft verstrekt, de consument niet of onvoldoende heeft gewaarschuwd voor bepaalde risico's of dat in de verstrekte product-documentatie een voldoende grondslag ontbreekt voor het in rekening brengen van bepaalde kosten of premies, ten tijde van het indienen van de klacht in juli 2021 al (absoluut) waren verjaard. Dit geldt ook voor wat betreft de verwijten over het voorafgaand aan en ten tijde van het afsluiten van de verzekering gehanteerde rekenrendement en deels voor wat betreft het gestelde over de asset allocatie.
De vorderingen tot schadevergoeding gebaseerd op de grondslagen onder A, B, C (ten dele) en E zijn daarom niet toewijsbaar.

3.8 Voor zover de consument betoogt dat de kosten onverschuldigd zijn betaald omdat daarover geen wilsovereenstemming zou bestaan, geldt dat alle in rekening gebrachte kosten en de premie voor de overlijdensrisicopremie vermeld zijn in de hiervoor bij de feiten genoemde productdocumentatie en dat de consument bij aanvang van de verzekering dus wist of had kunnen weten welke kosten en premie in rekening zouden worden gebracht, zodat daarover wilsovereenstemming heeft bestaan. De commissie wijst in dat verband nog op eerdere uitspraken over dit product waarin klachten over de informatieverstrekking en het bestaan van een grondslag voor de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten en de overlijdensrisicopremie zijn beoordeeld en niet gegrond zijn gebleken (zie bijvoorbeeld de volgende uitspraken van de geschillencommissie (GC) en de commissie van beroep (CvB)[1] : CvB 2022-0045, GC 2020-1027, GC 2020-317, overwegingen 6.4-6.10 en CvB 2017-035, overwegingen 4.38 en 4.39.

3.9 Dit betekent dat de klachtonderdelen C (ten dele), D en F voor een inhoudelijke beoordeling in aanmerking komen.

[1] Te raadplegen via www.kifid.nl/uitspraken/.

Is de zorgplicht jegens de consument geschonden?

3.10 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het handelen of nalaten van de tussenpersoon of het aan de consument verstrekte advies.[2] Dit betekent dat de verzekeraar daarbij ook niet verantwoordelijk is voor de op basis daarvan door de consument gemaakte keuzes voor wat betreft de beleggingsfondsen (asset allocatie). De consument stelt daarnaast dat de verzekeraar, zo begrijpt de commissie, tekort is geschoten in zijn informatie- en zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering. De verzekeraar zou de consument niet of onvoldoende erop gewezen hebben dat met de beleggingen het doelkapitaal niet zou worden gehaald. Niet in geding is dat de consument periodiek over de (waarde)ontwikkelingen door de verzekeraar is geïnformeerd. Dat de verzekeraar tot het verstrekken van meer of andere informatie was gehouden is de commissie niet gebleken. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Wederrechtelijk genoten voordeel voor verzekeraar

3.11 De consument voert aan dat de verzekeraar de dividenden in de fondsen waarin wordt belegd, zelf heeft ontvangen en dat deze niet ten goede zijn gekomen aan de verzekering van de consument. Hierdoor heeft de verzekeraar wederrechtelijk voordeel gekregen.

De verzekeraar heeft dit weersproken en in dat verband gemotiveerd aangevoerd dat dividenden volledig worden herbelegd in de door de consument gekozen fondsen. De consument heeft de door de verzekeraar gegeven toelichting onvoldoende weersproken. De conclusie is dan ook dat dit klachtonderdeel niet slaagt.

Immateriële schadevergoeding

3.12 De consument vordert, zoals de commissie uit de overgelegde stukken opmaakt, € 25.000,- aan immateriële schadevergoeding. Op grond van artikel 6:106 lid 1 BW kan voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadebedrag 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 heeft de consument 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.[3] Ook zal degene die zich op aantasting in zijn persoon op andere wijze beroept, dit in beginsel met concrete gegevens moeten onderbouwen.

[2] Zie onder andere CvB 2017-035, 2017-036 en 2019-007.
[3] Hoge Raad 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1608.

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 situatie als hiervoor bedoeld sprake zou zijn, is de commissie niet gebleken en maakt de consument ook niet aannemelijk, zodat een grond voor het toekennen van de gevorderde immateriële schadevergoeding ontbreekt.

Tenslotte

3.13 De commissie is ermee bekend dat de vertegenwoordiger van de consument in de door hem namens consumenten aanhangig gemaakte klachten over beleggings-verzekeringen steeds dezelfde of soortgelijke klachtonderdelen naar voren brengt. Daarbij maakt de vertegenwoordiger gebruik van omvangrijke tekstfragmenten die zijn opgesteld om te worden gebruikt in soortgelijke zaken, waarbij niet steeds duidelijk wordt gemaakt dat, waarom en in hoeverre deze klachten invloed hebben op de in het geding zijnde beleggingsverzekering. De tijd die de commissie en de behandelend secretaris moeten besteden aan het lezen, ontwarren, begrijpen en bespreken van deze klachten kunnen zij niet besteden aan andere klachten van consumenten die soms lang op de behandeling van hun zaak moeten wachten.

Conclusie

3.14 De slotsom is dat de rechtsvorderingen tot schadevergoeding voor wat betreft het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten en de overlijdensrisicopremie, evenals de gestelde tekortkomingen in de informatie- en waarschuwingsverplichtingen voorafgaand aan en ten tijde van het afsluiten van de verzekering zijn verjaard. De overige klachten van de consument treffen geen doel. De vorderingen zullen worden afgewezen. Alle overige door de consument ingebrachte stellingen kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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

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 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).