Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0120

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. P.J. Neijt, M.V. Tjia, actuaris, leden en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	13 februari 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen en relevante bepalingen en passages uit de productdocumentatie en de brief van 26 januari 2007

Samenvatting

Klacht tegen de verzekeraar naar aanleiding van een in 1999 gesloten beleggingsverzekering Fundex Variabel InvesteringsPlan. De consument stelt dat er over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, er door de verzekeraar te veel kosten in rekening zijn gebracht en de aangeboden compensatie onvoldoende is en vordert daarom schadevergoeding van de verzekeraar. Deze vordering tot schadevergoeding is verjaard. Over de kosten bestaat wilsovereenstemming. De commissie wijst de vordering af.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, bemiddeling en (bindend) advies zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 (hierna: het reglement) 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 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. Partijen hebben geen inhoudelijke reactie op die uitspraken ingediend.

1.3 Na het indienen van de dupliek heeft de Hoge Raad prejudiciële vragen van het Gerechtshof Den Haag over beleggingsverzekeringen beantwoord. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op deze prejudiciële beslissing. De consument heeft meegedeeld geen behoefte te hebben om te reageren. De verzekeraar heeft op 17 mei 2022 een reactie ingediend.

1.4 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.

1.5 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 na bemiddeling en advisering van een tussenpersoon een beleggingsverzekering met de naam Fundex Variabel InvesteringsPlan bij (een rechts-voorganger van) de verzekeraar afgesloten. Deze verzekering was van het type universal life en voorzag in een uitkering bij leven op de einddatum en een uitkering bij overlijden aan de begunstigden. De hoogte van de uitkering was mede afhankelijk van de opgebouwde waarde van de participaties. Het beleggingsrisico kwam voor rekening van de consument. Ingangsdatum van de verzekering was 1 december 1999. De verzekering had een open einddatum.

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

- een offerte gedateerd 21 september 1999 met bijgevoegde brochure Fundex Variabel Investeringsplan;
- een polisblad gedateerd 1 november 1999;
- de brochure Fundex Variabel InvesteringsPlan met daarin de voorwaarden serie 103.

De belangrijke bepalingen en passages uit de productdocumentatie zijn opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

2.3 De verzekeraar heeft de consument gedurende de looptijd van de verzekering door middel van waardeoverzichten geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering; vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.

2.4 Op verzoek van de consument heeft de verzekeraar hem bij brief van 26 januari 2007 geïnformeerd over de waarde van de verzekering bij beëindiging van de verzekering en bij ongewijzigd voortzetten, over de totaal betaalde premies en over de (betaalde) kosten. De belangrijke passages uit deze brief zijn geciteerd in de bijlage.

2.5 Bij brief van 20 februari 2007 heeft de consument nadere vragen aan de verzekeraar gesteld. In antwoord daarop heeft de verzekeraar bij brief van 13 maart 2007 meegedeeld dat hij geen verdere specificatie van de kosten geeft. Daarnaast heeft hij de consument geïnformeerd over de kosten die op dat moment nog maandelijks worden verrekend (waarbij hij de maand februari als uitgangspunt heeft genomen), namelijk:

- de poliskosten van € 5,67 per maand (een vast bedrag)
- het beheerloon van € 1,35 per maand (een percentage van de waarde van de verzekering); en
- de risicopremie van € 21,97 per maand (dit bedrag is wisselend en wordt maandelijks berekend).

2.6 De consument heeft de verzekering beëindigd op 9 september 2009. De afkoopwaarde bedroeg € 4.294,36.

2.7 In 2010 heeft de verzekeraar de consument over de compensatieregeling geïnformeerd. In november 2011 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij in het kader van deze compensatieregeling niet in aanmerking komt voor een vergoeding voor te hoge kosten, maar wel voor een vergoeding voor de ongunstige gevolgen van het hefboom- en inteereffect. Deze vergoeding bedraagt eenmalig € 8,70.

2.8 De consument heeft naar aanleiding van dit bericht vragen gesteld aan de verzekeraar. Bij brief van 28 november 2011 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat hij vanaf januari 2012 een toelichting op de berekening kan verwachten. Deze heeft de consument bij brief van 9 juli 2012 ontvangen. Het gaat om een algemene toelichting en een uitleg van de berekening voor de verzekering van de consument.

2.9 Tijdens een telefoongesprek op 1 augustus 2012 heeft de consument gevraagd om een nadere onderbouwing van de compensatieberekening. Bij brief van 25 januari 2013 heeft de verzekeraar deze onderbouwing verstrekt.

2.10 De consument heeft de verzekeraar bij brief van 21 december 2017 geschreven:

> *"(…) Al eerder heb ik u aansprakelijk gesteld voor alle schade die verband houdt met de bovengenoemde polis(sen). Nadrukkelijk handhaaf ik mijn vordering op u. Deze brief dient u te beschouwen als een handeling om de verjaring te stuiten.*
>
> *Hieronder licht ik mijn klachten nogmaals toe.*

Ten tijde van het afsluiten van genoemde polissen ben ik onjuist door u voorgelicht. Door u is een verkeerde, althans onvolledige voorstelling van zaken gegeven ten aanzien van de kosten die op het product worden ingehouden, de kapitalen die kunnen worden opgebouwd en de hoogte van premies van productonderdelen. Ook ben ik niet voorgelicht over de invloed van de kosten op het rendement en was mij niet bekend welk minimumrendement ik moest behalen om alleen nog maar de kosten terug te verdienen.

Voorts ben ik niet, althans onvoldoende gewezen op de risico's van de bovengenoemde polissen, zoals het hefboom-/inteereffect en ben ik onvoldoende voorgelicht over de aard van de beleggingen en de specifieke beleggingsrisico's.

Als gevolg van het bovenstaande heb ik gedwaald en/of heeft u onrechtmatig gehandeld jegens mij en/of jegens mij wanprestatie gepleegd, tengevolge waarvan ik schade heb geleden en mogelijk nog zal lijden.

Onder voorbehoud van alle rechten en weren (…)".

2.11 De consument heeft op 22 december 2017 een klacht bij Kifid ingediend. De consument is er toen op gewezen dat hij eerst nog de interne klachtprocedure van de verzekeraar moest doorlopen. Op 28 december 2017 heeft de consument daarom een klacht bij de directie van de verzekeraar ingediend. Deze heeft de verzekeraar afgewezen.

De klacht en vordering

2.12 De consument vordert een vergoeding van € 10.000,-, vermeerderd met wettelijke rente vanaf 9 september 2009.

2.13 Volgens de consument moet de verzekeraar deze schade vergoeden omdat er over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, er door de verzekeraar te veel kosten in rekening zijn gebracht en de aangeboden compensatie onvoldoende is. De consument doet een beroep op de uitspraak van de Commissie van Beroep met nummer CvB Kifid 2017-043. De poliskosten, eerste kosten en beheerskosten zijn volgens de consument ten onrechte in rekening gebracht. De consument verwijt de verzekeraar dat hij kosten lange tijd verborgen heeft gehouden waardoor het hem pas in 2013 duidelijk werd welke kosten in rekening zijn gebracht.

Verweer

2.14 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

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

Is de klachtplicht geschonden?

3.2 De verzekeraar heeft allereerst gesteld dat de consument niet tijdig heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW). Dit verweer treft geen doel. De consument heeft in december 2017 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. Dat is weliswaar lang nadat de verzekeraar volgens de consument tekort zou zijn geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen, maar de verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg daarvan een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit er toe moet leiden dat de consument zich niet meer op een gebrek in de door hem geleverde prestatie kan beroepen.[1]

Is de vordering tot schadevergoeding verjaard?

3.3 De door de consument gevorderde schadevergoeding is in essentie terug te voeren op het door hem gestelde tekortschieten van de verzekeraar over de informatie-verstrekking over de kosten die worden ingehouden of in rekening worden gebracht. De consument stelt in de kern dat er gedurende de looptijd van de verzekering onredelijk hoge kosten in rekening zijn gebracht waarmee hij geen rekening behoefde te houden, met als gevolg dat de verzekering minder heeft opgebracht.

3.4 De verzekeraar stelt dat deze vordering tot schadevergoeding is verjaard. Uit de overgelegde brieven van 26 januari 2007 en 13 maart 2007 blijkt volgens de verzekeraar dat de consument zeer actief bezig is geweest met de kosten in zijn verzekering en dat de verzekeraar hem naar aanleiding van zijn vragen in genoemde brieven uitgebreid heeft geïnformeerd over alle kosten die in rekening worden gebracht. Op dat moment, dan wel in november 2011 toen de consument op de hoogte werd gebracht van de compensatievergoeding voor zijn verzekering, was de consument bekend met de schade en in staat om een vordering tot schadevergoeding in te dienen, aldus de verzekeraar. Volgens de verzekeraar is de verjaringstermijn van vijf jaren uiterlijk in november 2016 geëindigd en heeft de consument de verjaring van zijn vordering met zijn stuitingsbrief van 21 december 2017 niet tijdig gestuit.

3.5 De consument betwist dat sprake is van verjaring. Hij stelt dat pas in 2013 details over de kosten werden vrijgegeven en hij dus pas op dat moment bekend werd met de door hem geleden schade.

[1] Zie HR 8 februari 2013, ECLI:HR:2013: BY4600, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Daarnaast stelt de consument dat het lange tijdsverloop niet door hem, maar door de verzekeraar is veroorzaakt en dat de klachtbehandeling in ieder geval tot januari 2013 doorliep, zodat de verjaringstermijn pas op dat moment is aangevangen. Tot slot zou uit het door de verzekeraar in juni 2021 gedane schikkingsaanbod volgen dat de vordering niet verjaard is.

3.6 De commissie overweegt als volgt. In artikel 3:310 lid 1 BW staat, voor zover hier van belang, dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van vijf jaren na aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet de eis dat de benadeelde bekend is geworden met zowel de schade als de daarvoor aansprakelijke persoon zo worden opgevat dat het hier gaat om een daadwerkelijke bekendheid. Het enkele vermoeden van het bestaan van schade, volstaat niet. De verjaringstermijn van art. 3:310 lid 1 BW begint pas te lopen op de dag na die, waarop de benadeelde daadwerkelijk in staat is een rechtsvordering tot vergoeding van de door hem geleden schade in te stellen.[2]

3.7 Daarvan zal sprake zijn als de benadeelde voldoende zekerheid – die niet een absolute zekerheid behoeft te zijn – heeft verkregen dat de schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon. De hiervoor genoemde regels zien op gevallen waarin de benadeelde onbekend is met of redelijkerwijs in onzekerheid verkeert over het bestaan van schade, de oorzaak van de schade of de voor het ontstaan van de schade verantwoordelijke persoon. De benadeelde moet dus bekend zijn met de feiten en omstandigheden die betrekking hebben op de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon. Bij de beantwoording van de vraag op welk moment de benadeelde voldoende zekerheid heeft verkregen, kan van belang zijn dat de benadeelde in zijn verhouding tot de aangesproken persoon mocht vertrouwen op diens deskundigheid en dat hij in verband daarmee (nog) geen reden had om te twijfelen aan de deugdelijkheid van diens handelen. Daarbij kan verder van belang zijn dat de aangesproken persoon andere, niet in zijn risicosfeer liggende, oorzaken voor het opgetreden nadeel heeft genoemd of geruststellende mededelingen heeft gedaan over de door hem verrichte prestatie of het daardoor te verwachten nadeel. Onder omstandigheden kan een benadeelde dan ook pas geacht worden voldoende zekerheid te hebben dat hij schade heeft geleden als gevolg van tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon, wanneer hij kennis heeft gekregen van een juridisch advies of een rechterlijk oordeel. Het antwoord op de vraag op welk tijdstip de verjaringstermijn is gaan lopen, is afhankelijk van alle ter zake dienende omstandigheden.[3]

---

[2] Zie HR 24 januari 2003, ECLI:HR:2003:AF0694, te vinden op www.rechtspraak.nl.

[3] Zie HR 9 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1603, en HR 14 november 2014, ECLI:NL:HR:2014:3240, te vinden op www.rechtspraak.nl.

3.8 Uitgangspunt is dat, nu de verzekeraar zich erop beroept dat de vorderingsrechten van de consument zijn verjaard, het aan de verzekeraar is om feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjaringstermijn is gaan lopen.

3.9 Uit de overgelegde stukken en de stellingen van de verzekeraar leidt de commissie af dat de consument uiterlijk in november 2011 op de hoogte was van zijn schade en de volgens hem daarvoor aansprakelijke persoon. De verzekeraar heeft de consument bij brieven van 26 januari 2007 en 20 februari 2007 informatie verstrekt over onder meer de kosten (zie 2.4, 2.5 en de bijlage). De consument heeft de verzekering per 9 september 2009 beëindigd (zie 2.6). Nu niet zeker was of na toepassing van de compensatieregeling nog enige schade voor de consument zou resteren, is de verjaringstermijn pas gaan lopen op het moment dat de consument met de uitkomst van deze compensatieregeling bekend is geworden. Vaststaat dat de consument in november 2011 is geïnformeerd dat hij niet in aanmerking kwam voor een vergoeding voor te hoge kosten, maar wel voor een eenmalige vergoeding voor de ongunstige gevolgen van het hefboom- en inteereffect. (zie 2.7). De consument wist op dat moment welke vergoeding hij zou ontvangen en was daarmee op de hoogte van de door hem geleden schade en de daarvoor aansprakelijke persoon (de verzekeraar). Hij kon vanaf dat moment daadwerkelijk een vordering tot schadevergoeding jegens de verzekeraar instellen. De consument heeft bij brief van 21 december 2017 de verjaring gestuit (zie 2.12). Op dat moment was de vordering inmiddels verjaard. De stellingen van de consument dat het lange tijdsverloop niet door hem maar door de verzekeraar is veroorzaakt en dat de klachtbehandeling in ieder geval tot januari 2013 doorliep, maken dit niet anders, omdat de vragen van de consument en de antwoorden van de verzekeraar niet veroorzaken dat het standpunt van de verzekeraar in november 2011 anders wordt. Wat toen duidelijk was, bleef duidelijk: de consument had vanaf dat moment een vordering kunnen instellen. De omstandigheid dat de verzekeraar de consument nog in juni 2021 een schikkingsaanbod heeft gedaan, betekent, anders dan de consument stelt, evenmin dat van verjaring geen sprake is. Uit dit aanbod kan namelijk niet worden afgeleid dat de verzekeraar afstand deed van zijn recht zich op verjaring te beroepen in een procedure (zoals bij de geschillencommissie van het Kifid) als dit aanbod niet zou worden aanvaard. Kortom, de schadevergoedingsvordering van de consument is verjaard.

Is sprake van wilsovereenstemming over de kosten?

3.10 Voor zover de vordering van de consument ziet op het ontbreken van wils-overeenstemming over de kosten, beoordeelt de commissie de klacht volgens het in de bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen. Toetsing vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie.

3.11 De commissie stelt vast dat uit de productdocumentatie volgt dat eerste kosten (kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering, zie de aangehaalde passages uit de offerte en uit de brochure en artikel 12.1 van de voorwaarden in de bijlage), aan- en verkoopkosten (in rekening gebracht door middel van een spread, zie hiervoor artikel 1 van de voorwaarden) en beheerkosten voor de verzekering (ofwel de poliskosten, zie de aangehaalde teksten uit de brochure) in rekening zijn gebracht. Dat de consument andere kosten in rekening gebracht zijn dan deze eerste kosten, aan- en verkoopkosten en beheerkosten, is niet gebleken. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten wilsovereenstemming heeft kunnen bestaan.[4] Overigens kan in het midden blijven of de consument de door de verzekeraar bij verweer overgelegde brochure (Fundex Variabel Investeringsplan) heeft ontvangen of de brochure met de algemene voorwaarden die hij zelf bij repliek heeft overgelegd. In beide brochures staan de relevante kostensoorten.

3.12 De fondsbeheerkosten (artikel 6.2 van de voorwaarden) worden niet door de verzekeraar zelf, maar door de beheerder van de beleggingsfondsen in rekening gebracht en verrekend met de koers van de beleggingsfondsen. Het gaat er dus niet om of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Een eventuele vordering tot schadevergoeding gebaseerd op de omstandigheid dat de verzekeraar de consument niet zou hebben geïnformeerd over de fondsbeheerkosten, is zoals hiervoor onder nummer 3.9 is overwogen, verjaard.

Ambtshalve toetsing

3.13 Nu de vordering tot schadevergoeding is verjaard, kan ambtshalve toetsing niet meer leiden tot toewijzing van de vordering.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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.

[4] CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

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

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

4.1 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

4.2 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

4.3 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)

4.4 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

4.5 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

4.6 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

4.7 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: Belangrijkste bepalingen en passages uit de productdocumentatie

Uit: offerte

"(…) Overlijdensuitkering van het Fundex Variabel Investerings Plan
Bij overlijden van de verzekerde(n) volgt een uitkering zoals die is omschreven op de cijferbijlage. De premies voor dekking van het overlijdensrisico worden maandelijks verrekend met de waarde van de verzekering.

In de bijgevoegde brochure(s) treft u meer informatie aan omtrent de verzekeringsvormen.

Waarde-ontwikkeling, polis- en administratiekosten
Kosten van administratie en kosten die verband houden met de totstandkoming van de verzekering zullen voornamelijk in de eerste vijf jaar worden verrekend. Hierdoor zal de waarde-ontwikkeling na de eerste vijf jaar aanmerkelijk sneller verlopen dan in de eerste vijf jaar. Uiteraard is hiermee rekening gehouden bij het bepalen van de voorbeeld VIP kapitalen.

(…)
Ten slotte
(…)
Nadere informatie over het Fundex Variabel Investerings Plan treft u aan in bijgaande brochure(s). Indien u nog vragen heeft, dan kunt u contact met ons opnemen. (…)"

Uit: Algemene Voorwaarden

"(…) Artikel 1
Definities
In deze voorwaarden wordt verstaan onder:
(…)
Unit: eenheid van deelname in een fonds.
Unitmiddenkoers: fondswaarde gedeeld door het aantal uitstaande units van het betreffende fonds.
Aankoopkoers: koers waartegen een cliënt units kan aankopen bij [de verzekeraar]. De aankoopkoers is gelijk aan de met een percentage verhoogde unitmiddenkoers.
Verkoopkoers: koers waartegen een cliënt units kan verkopen aan [de verzekeraar]. De verkoopkoers is gelijk aan de met een percentage verlaagde unitmiddenkoers.
Spaartegoed: de totale waarde van de tegen verkoopkoersen omgerekende units welke deel uitmaken van de verzekering.
(…)

6.2 Beheer
Voor het beheer van de fondsen worden beheerskosten in rekening gebracht.
De beheerkosten zijn afhankelijk van het gekozen fonds en worden maandelijks op de in artikel 12 "verrekening risicopremie en kosten" omschreven wijze verrekend met het spaartegoed.
(…)

Verrekening risicopremie en kosten
12.1 verrekening
Maandelijks worden een risicopremie en een vergoeding voor kosten verrekend. Onder vergoeding voor kosten wordt mede verstaan de verrekening gedurende de eerste vijf jaar volgend op de ingangsdatum van de verzekering van maandelijks een bedrag ter voldoening van de met de totstandkoming van de verzekering gemaakte kosten.
Een verrekening ten laste van het spaartegoed vindt plaats door naar rato van de fondsaandelen units te verkopen tenzij en voor zover in de polis anders is aangegeven.
Een verrekening ten gunste van het spaartegoed vindt plaats door naar rato van de fondsaandelen units aan te kopen.
De verrekening vindt ook plaats indien, om wat voor reden dan ook, geen premie meer wordt betaald. (…)"

<u>Uit: brochure met algemene voorwaarden</u>

"(…)
Kosten:
Er is een aantal kostencomponenten.
- totstandkoming van de verzekering
- beheer van de verzekering
- beheer van de beleggingen

Het resultaat van betaling, verrekening premies overlijdensrisicodekking en kosten ziet u terug in de opgave waarde-ontwikkeling bij de offerte. Deze verzekeringsovereenkomst is een overeenkomst voor de lange termijn. Indien u premiebetaling voor de verzekeringsovereenkomst voortijdig beëindigt gedurende de eerste jaren van de looptijd, kunt u beduidend minder ontvangen dan u aan premies ingelegd heeft. Zie hiervoor de voorbeeldberekening.(…)"

Bijlage: Belangrijke passages uit brief 26 januari 2007

"(…) U heeft ons verzocht om een opgave en uitleg van de waarde van uw Variabel Investeringsplan onder nummer […]. (…)

De ingangsdatum van uw beleggingsverzekering is 01-12-1999. De waarde van uw verzekering wordt bepaald door de betaalde inleg, de kosten die verband houden met uw beleggingsverzekering en het resultaat van de beleggingen. Een overzicht van deze gegevens staat in deze brief.

Waarde bij ongewijzigd voortzetten
De waarde van de beleggingen in uw Variabel Investeringsplan bedraagt per 26-01-2007 € 3.732,50. Bij het vaststellen van deze waarde zijn wij ervan uit gegaan dat de verschuldigde inleg tot op heden is voldaan. (…)

Betaalde premies
Op 26-01-2007 bedraagt het totaal van de betaalde premies € 7.805,36.

Eerste kosten
De eerste kosten, die gemaakt zijn bij de totstandkoming van de verzekering, bij een verhoging van de premie en bij een extra storting, worden gedurende de eerste 5 jaar na de ingangsdatum cq de wijzigingsdatum van de verzekering verrekend. De eerste kosten omvatten alle kosten die [de verzekeraar] maakt om de verzekering tot stand te brengen zoals reclamekosten, maar ook de kosten die samenhangen met medische acceptatie, polisopmaak, administratiekosten en afsluitprovisie voor het intermediair. Op 26-01-2007 is het totaal van deze kosten € 2.205,01.

Doorlopende kosten

Beheerkosten verzekering
Voor poliskosten wordt maandelijks een bedrag in rekening gebracht. De poliskosten dienen ter verrekening van kosten zoals administratiekosten (verbonden aan het administreren en beheren van de verzekering), incassokosten en de omslag van kosten voor de wijzigingen in verzekeringen waarvoor geen wijzigingskosten worden gerekend. Deze kosten worden onttrokken aan de waarde van de verzekering.
Op 26-01-2007 is het totaal van deze kosten € 487,62.

Beheerkosten beleggingen
Voor het beheer van de fondsen wordt een vergoeding (beheerloon) gevraagd. De hoogte van de beheerkosten is afhankelijk van het gekozen fonds. Deze vergoeding is reeds verwerkt in de koers van uw fonds en daarmee verrekend met de waarde van de verzekering. Door [de verzekeraar] wordt een deel van deze beheerkosten gecompenseerd. Deze compensatie wordt maandelijks toegevoegd aan de waarde van de verzekering. (…)
Het totaal van de beheerkosten dat onttrokken is aan de waarde van de verzekering verminderd met een compensatie die is toegevoegd aan de waarde van de verzekering resulteert op 26-01-2007 in een onttrekking aan de waarde van de verzekering van € 19,37.

Aankoop- en verkoopspread
Voor de aankoop van units zijn transactiekosten verschuldigd. Er wordt gewerkt met een aankoopprijs (aankoopspread). De aankoopspread is het verschil tussen de aankoopkoers en de unitmiddenkoers en wordt vastgesteld aan de hand van de hoogte van de premie cq koopsom.

Voor de verkoop van units zijn transactiekosten verschuldigd. Er wordt gewerkt met een verkoopprijs (verkoopspread). De verkoopspread is het verschil tussen de verkoopkoers en de unitmiddenkoers en wordt vastgesteld aan de hand van de hoogte van het te onttrekken bedrag.

Op 26-01-2007 is het totaal van deze aankoop- en verkoopspread € 383,45.

Kosten meeverzekerde dekking(en)

Risicopremie
De risicopremie is de premie die moet worden voldaan ter dekking van het overlijdensrisico. Deze premie wordt maandelijks berekend en onttrokken aan de waarde van de verzekering. Op 26-01-2007 is het totaal van deze premie € 1.716,40. (…)"