Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0570

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter en mr. T.A. van der Vlugt, secretaris)

Datum uitspraak	21 juli 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekeringen N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Klacht ongegrond. Vorderingen afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Klacht tegen de verzekeraar naar aanleiding van een in 1989 afgesloten beleggingsverzekering ABC Spaarplan. De consument stelt onder andere dat over het in rekening brengen van bepaalde kosten wilsovereenstemming ontbreekt. Het beroep op dwaling en misleiding en de vorderingen tot schadevergoeding en nakoming slagen niet. De vorderingen worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Hypoco), professioneel vertegenwoordiger.

1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 januari 1989 een beleggingsverzekering onder de naam ABC Spaarplan met als certificaatnummer [nummer] (hierna: de verzekering), bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit product betrof een spaarkasproduct. Het totaal van de spaarstorting en premie bedroeg jaarlijks NLG 2.000,- (€ 907,56) en was voor de laatste maal verschuldigd op 1 januari 2008. De einddatum van de verzekering was bepaald op 1 januari 2010.

2.2 Bij de verzekering was sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.

2.3 Bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum zou een bedrag van NLG 77.700,- (€ 35.258,72) worden uitgekeerd.

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

- een certificaat gedateerd 18 januari 1989;
- de voorwaarden, genaamd 'Algemene voorwaarden serie 016'.

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

2.5 Op het beleggingscertificaat staat onder andere het volgende:

"(…) AMEV Beleggingsconsortium (…) verklaart dat, op grond van de aanvraag van de belegger (naam van de consument), geboren op (…) en volgens bijgevoegde voorwaarden serie 016, de belegger is toegetreden tot de beleggersgroep 2009-2, met een ingeschreven bedrag groot f 31.080, overeenkomende met 25,9 eenheden van belegging. (…)

Bij overlijden van de verzekerde voor 01-01-2010 zal terstond f 77.700 worden uitgekeerd.

Het totaal van spaarstorting en premie voor dit certificaat bedraagt f 2.000,00 per jaar en is verschuldigd vanaf 01-01-1989 en voor de laatste maal op 01-01-2008. In dit bedrag is begrepen een spaarstorting groot f 1554,00. (…)"

2.6 In de voorwaarden staat onder meer het volgende:

"(…) ARTIKEL 3

Beleggersgroep

Door het aangaan van de overeenkomst is de belegger toegetreden tot een beleggersgroep. Toetreding is mogelijk van 1 januari tot en met 31 december van het jaar waarin de groep ontstaat. Deze beleggersgroep vormt een beleggingskas. Het bedrag waarvoor is ingeschreven in deze beleggingskas is in het certificaat vermeld. Een eenheid van belegging is f 720,–, f 900,–, f 1.200,– of f 1.500,– groot en wordt bereikt door storting van f 60,– per jaar gedurende 12, 15, 20 resp. 25 achtereenvolgende jaren, zoals in het certificaat is aangegeven.

De eerste spaarstorting is verschuldigd op de ingangsdatum van het certificaat. De belegger heeft het recht de jaarstortingen in halfjaarlijkse, driemaandelijkse of maandelijkse termijnen te voldoen. Door de betaalwijze is de verdelingsfactor naar wijze van betalen, genoemd in artikel 10, bepaald. (…)

ARTIKEL 4

Overlijdensrisicodekking

a. Overlijdensrisicodekking van de verzekerde

De belegger is verplicht, tegelijk met de betaling van de spaarstorting, een premie aan het Beleggingsconsortium te voldoen, afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde op de ingangsdatum van het certificaat. Deze premie dient ter verkrijging van een geldelijke uitkering bij overlijden van de verzekerde vóór de expiratiedatum. De grootte van deze uitkering wordt in het certificaat omschreven.

b. Overlijdensrisicodekking van de verzorger

Is in het certificaat vermeld, dat bij overlijden van de verzorger voor de expiratiedatum vrijstelling van betaling van spaarstortingen en premies wordt verleend tot die datum, dan zullen de na het overlijden van de verzorger voor het certificaat verschuldigde spaarstortingen en premies door het Beleggingsconsortium worden voldaan mits dit overlijden niet het gevolg is van een of meer van de in artikel 13 genoemde oorzaken of plaatsvindt tijdens een periode van actieve oorlogstoestand als bedoeld in artikel 14, in welke gevallen de spaarstortingen en premies normaal door de belegger verschuldigd blijven.

ARTIKEL 5

Beleggingskas en beleggingsbeleid

a. Beleggingskas

Een beleggingskas wordt gevormd uit de spaarstortingen van alle ooit tot de beleggersgroep toegetreden beleggers, verminderd met de ten laste van deze beleggingskas gekomen afkoopwaarden en de volgens artikel 6 ten laste van deze beleggingskas te brengen administratiekosten en beheerkosten en vermeerderd met de beleggingsopbrengsten. (…)

ARTIKEL 6

Kosten en belasting

Het Beleggingsconsortium berekent voor administratiekosten 4% van het bedrag waarover is ingeschreven. De administratiekosten worden direct bij inschrijving ten laste van de beleggingskas gebracht door verrekening met de spaarstorting van het eerste jaar. Vervolgens worden jaarlijks vanaf het eerste kalenderjaar volgende op de het jaar van inschrijving tot de expiratiedatum beheerkosten in rekening gebracht ten laste van de beleggingskas. De beheerkosten bedragen 0,5% over het spaartegoed van de beleggingskas per ultimo van het jaar. (…)"

2.7 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering geïnformeerd over de (waarde)ontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van Commissie De Ruiter. In het over 2007 door de consument ontvangen waarde-overzicht staat onder andere:

"(…)

Hoe heeft de waarde van uw verzekering zich ontwikkeld?
Hoeveel premie heeft u in 2007 betaald? Hoeveel kosten hebben wij in 2007 van uw premie afgetrokken?
Hoeveel heeft u in 2007 verdiend op de beleggingen (resultaat)? En wat is nu de waarde van de beleggingen?
De antwoorden op deze vragen staan in deze tabel:

Saldo per 1 januari 2007			€ 24.873,29
Hoeveel premie heeft u in 2007 voor uw spaarkasovereenkomst betaald?			€ 907,56
Subtotaal 1: saldo per 01-01-2007 plus inleg 2007			€ 25.780,85
Hiervan trekken we het volgende af:			
premies overlijdensrisicodekking	€	57,93	
kosten verzekeringsmaatschappij (eerste kosten en doorlopende kosten)	€	123,79	
kosten bemiddelaar of verzekeringsadviseur	€	20,67	
Totaal			€ 202,39
Subtotaal 2: na aftrek kosten en premies			€ 25.578,46
Hoeveel heeft u in 2007 verdiend op de beleggingen (resultaat*)?			€ -118,94
Saldo per 31-12-2007			€ 25.459,52

* In dit resultaat zijn o.a. koerswinsten, dividenduitkeringen en overlevingswinsten verwerkt.

Figuur 1- Afbeelding van de waardeontwikkeling over 2007

(…)"

2.8 Per 1 januari 2010 is de verzekering door expiratie geëindigd. De eindwaarde bedroeg € 24.769,83 en is aan de consument uitgekeerd.

2.9 De verzekeraar heeft de consument in mei 2011 per brief geïnformeerd dat hij niet in aanmerking komt voor een vergoeding in het kader van een door de verzekeraar aangeboden compensatieregeling.

2.10 Bij brief van 29 december 2017 heeft de consument zich bij de verzekeraar beklaagd. De verzekeraar heeft bij brief van 16 januari 2018 de klacht van de consument afgewezen. De consument heeft zijn klacht op 19 december 2018 ter behandeling bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.11 De consument heeft zijn vorderingen bij repliek uitgebreid en vordert nu het volgende:

- Primair: betaling van een bedrag van € 8.642,-. Dit betreft de uitkomst van een herberekening van de eindwaarde, zonder inhouding van de volgens de consument niet genoemde kosten in de voorwaarden. Dit betreft de kosten verzekeraar en bemiddelaar en vervolgens vermeerderd met wettelijke rente vanaf de einddatum.

- Subsidiair: betaling van een bedrag van € 13.971,-. Dit bedrag komt overeen met de ingelegde premies vermeerderd met wettelijke rente en verminderd met de eindwaarde.

- Meer subsidiair: betaling van een bedrag van € 9.357,-. Dit betreft, zo begrijpt de commissie, het verschil tussen de eindwaarde van de verzekering berekend op basis van een vergelijking met een alternatief product en de uitgekeerde eindwaarde.

- Nog meer subsidiair: betaling van een bedrag van € 6.166,-. Dit betreft, zo begrijpt de commissie, de ten onrechte ingehouden kosten van de verzekeraar vermeerderd met wettelijke rente.

- Verder: betaling van een bedrag van € 8.342,-. Dit betreft, zo begrijpt de commissie, het verschil tussen de eindwaarde van de verzekering en de eindwaarde indien voor een alternatief product zou zijn gekozen.

- Tot slot vordert de consument betaling van een bedrag van € 1.000,- aan kosten rechtsbijstand.

2.12 De consument heeft aangevoerd dat hij bij het sluiten van de beleggingsverzekering heeft gedwaald, dat over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, dat de verzekeraar tekort is geschoten in zijn zorg- en informatieverplichtingen, dat hij bewust is misleid doordat kosten worden benoemd als zijnde een premie, dat een verplichting uit de verzekeringsovereenkomst niet is nagekomen en dat de verzekeraar bij de uitvoering van de verzekering onrechtmatig jegens de consument heeft gehandeld.

Het verweer

2.13 De verzekeraar heeft verweer gevoerd en zich beroepen op verjaring en schending van de klachtplicht van artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

3. De beoordeling

Klachtplicht

3.1 De verzekeraar heeft allereerst gesteld dat de consument niet tijdig heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 BW. De commissie oordeelt als volgt.

3.2 Hoewel de consument voor het eerst in december 2017 heeft geklaagd, en dit een aanzienlijke tijd is na het tijdstip waarop de verzekeraar volgens de consument tekort zou zijn geschoten, heeft de verzekeraar onvoldoende aangetoond of aannemelijk gemaakt dat hij daardoor een zodanig nadeel heeft ondervonden, dat dit rechtvaardigt dat de consument geen aanspraak meer kan maken op een eventueel gebrek in de geleverde prestaties door de verzekeraar.

De commissie neemt daarbij in aanmerking dat de verzekeraar voor wat betreft het voeren van verweer de stukken ter beschikking hebben gestaan die de consument bij de klachtuiting heeft overgelegd. Het beroep op de klachtplicht slaagt daarom niet.

Beoordelingskader

3.3 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.

Is er sprake van dwaling en/of misleiding?

3.4 Uit de productdocumentatie blijkt duidelijk dat er sprake is van een beleggings-verzekering waarbij voor rekening en risico van de consument wordt belegd, dat de eindwaarde van de verzekering afhankelijk is van de waardeontwikkeling van de fondsen waarin wordt belegd en dat er geen sprake is van een gegarandeerd eindkapitaal. Uit het certificaat (zie 2.5) blijkt welk gedeelte van de totale jaarpremie van NLG 2.000,- (€ 907,56) ten behoeve van de kapitaalopbouw werd aangewend als spaarstorting. Dit betreft een bedrag van NLG 1.554,- (€ 705,17) waaruit volgt dat het overige gedeelte van NLG 446,- (€ 202,39) niet voor kapitaalopbouw beschikbaar was maar op een andere wijze werd aangewend. In de voorwaarden in artikel 6 staat opgenomen welke kosten ter zake van het gedeelte waarmee werd belegd (de spaarstorting) in rekening worden gebracht.

3.5 Daarmee heeft de verzekeraar aan de consument voldoende en juiste informatie verstrekt over de werking van de verzekering. Voor zover de consument die informatie niet heeft gelezen of niet heeft begrepen komt dat voor zijn rekening. Van dwaling of misleiding is geen sprake.

Is er sprake van wilsovereenstemming over de kostensoorten en inhoudingen?

3.6 Uit de productdocumentatie volgt duidelijk dat slechts een gedeelte van de te betalen jaarpremie (de zogenoemde spaarstorting) beschikbaar is voor kapitaalopbouw door middel van deelname aan een beleggingskas. Verder blijkt dat er ten aanzien van de deelname aan de spaarkas (doormiddel van de spaarstortingen) de volgende kosten in rekening worden gebracht (zie 2.6): administratiekosten ter grootte van 4% van het ingeschreven bedrag van NLG 31.080,- (€ 14.103,49) en 0,5% beheerkosten over het spaartegoed van de beleggingskas per ultimo jaar. De commissie is dan ook van oordeel dat over voornoemde kosten en de wijze van het aanwenden van de te betalen jaarpremie wilsovereenstemming heeft bestaan.

In de gegeven omstandigheden mocht de verzekeraar erop vertrouwen dat de consument ermee heeft ingestemd dat van de totaal gedurende de looptijd van de verzekering te betalen premie een bedrag van NLG 31.080,- (€ 14.103,49) onder aftrek van de daarop betrekking hebbende kosten beschikbaar was voor kapitaal-opbouw en dat de overige premie op een andere wijze zou worden aangewend.

Nakoming

3.7 De consument stelt zich op het standpunt dat tussen partijen alleen het in rekening brengen van 4% administratiekosten en 0,5% beheerkosten is overeengekomen en vordert nakoming van deze overeenkomst van de verzekeraar, waarbij enkel de administratiekosten en beheerkosten in rekening mogen worden gebracht. De commissie oordeelt als volgt.

3.8 Zoals hiervoor onder 3.4 overwogen had de consument er op basis van de aan hem verstrekte productdocumentatie mee bekend kunnen en moeten zijn dat hij een beleggingsverzekering afsloot, waarbij slechts een vooraf bepaald gedeelte van de premie (de zogenoemde spaarstorting) onder aftrek van kosten werd belegd en het overige premiedeel niet aan kapitaalopbouw zou bijdragen. Partijen zijn dit overeengekomen. Nu over de wijze van aanwenden van de te betalen jaarpremie wilsovereenstemming heeft bestaan (zie 3.6) en niet is gebleken dat de verzekeraar anders heeft gehandeld dan is overeengekomen, slaagt dit klachtonderdeel niet.

Oneerlijke bedingen

3.9 De rechter (en dus ook de commissie) is gehouden in voorkomende gevallen ambtshalve - uit eigen beweging - over te gaan tot een toetsing van de bedingen in een consumentenovereenkomst aan de Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de richtlijn).

3.10 Artikel 10 lid 1, tweede zin, van de richtlijn houdt in dat de bepalingen daarvan van toepassing zijn op overeenkomsten die na 31 december 1994 zijn gesloten. De hier aan de orde zijnde (verplichte) richtlijnconforme uitleg van artikel 6:233 jo. 6:231 onder a BW (oud) is derhalve beperkt tot die overeenkomsten. De overeenkomst met de consument is gesloten vóór 31 december 1994, namelijk op 1 januari 1989, waardoor de richtlijn niet van toepassing is en dus richtlijnconforme uitleg ook niet.

Conclusie

3.11 De slotsom is dat het beroep op dwaling en misleiding en de vorderingen tot schadevergoeding en nakoming niet slagen. De vorderingen van de consument zullen daarom worden afgewezen. Bij die stand van zaken kan in het midden blijven of de desbetreffende rechtsvorderingen van de consument zijn verjaard.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

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