Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0081

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Klacht ontvangen op	24 september 2021
Ingediend door	De consument
Tegen	Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V. h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Tilburg, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	30 januari 2023
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen; Relevante bepalingen in de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering afgesloten in 1998. De consument heeft niet gedwaald bij het aangaan van de verzekering. De verzekeraar heeft aan de op hem rustende informatieverplichtingen voldaan en over de kosten heeft wilsovereenstemming kunnen bestaan. De verzekeraar heeft niet aan de op hem rustende activeringsplicht voldaan, maar niet is komen vast te staan dat de consument als gevolg daarvan schade heeft geleden.

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 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- 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 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 bij de verzekeraar met ingang van 1 december 1998 een beleggingsverzekering met lijfrenteclausule met de naam Beleggings Groei Polis gesloten. Het gaat om een universal life verzekering. De jaarpremie was bij aangaan van de verzekering fl. 5.950,- (€ 2.699,99). De verzekering kende de mogelijkheid de premie te verlagen, van welke mogelijkheid de consument gebruik heeft gemaakt. In 2006 heeft zij de verzekering premievrij gemaakt. In totaal heeft de consument € 7.095,24 aan premie betaald.

2.2 De consument heeft gekozen voor een belegging in het Euro Aandelenfonds.

2.3 De verzekering was een beleggingsverzekering waarbij het volgende was verzekerd:

- Een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties.
- Een uitkering bij overlijden voor de einddatum van 115% van de opgebouwde waarde en minimaal de som van de betaalde premies. In 2011 is deze dekking gewijzigd naar 90% van de opgebouwde waarde. Deze wijziging is op een later moment (in ieder geval in 2016) weer teruggedraaid.

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

- een deelnameformulier
- een polisblad gedateerd 25 januari 1999, met toelichting
- een brochure, genaamd: Beleggings Groei Polis Premie
- de voorwaarden ALV-931 (Algemene voorwaarden Levensverzekeringen) en BGP-931 (Bijzondere voorwaarden Beleggings Groei Polis)

De relevante passages uit deze productdocumentatie staan in de bijlage bij deze uitspraak.

2.5 Op de verzekering is Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 van toepassing en de Code Rendement en Risico (CRR) 1998.

2.6 De consument heeft jaarlijks waardeoverzichten ontvangen waaruit bleek hoeveel kosten werden ingehouden, vanaf 2008 ging het om waardeoverzichten volgens het 'Model de Ruiter".

2.7 Per brief van 10 juni 2011 heeft de verzekeraar de consument geschreven dat zij in het kader van de Achmea Compensatieregeling geen vergoeding ontvangt voor te hoge kosten en € 26,68 als vergoeding van het hefboom- en inteereffect. In een bijlage bij de brief staat de persoonlijke berekening voor de consument, met daarbij een toelichting. De verzekeraar heeft in de brief eveneens geschreven dat de verzekering op een aantal punten in aangepast en een brochure bijgesloten om deze wijzigingen toe te lichten. Ook heeft de verzekeraar een nieuw polisblad met bijbehorende voorwaarden meegezonden.

2.8 Bij brief van 11 november 2013 heeft de verzekeraar de consument aangeschreven en haar erop gewezen dat zij haar beleggingsdoel mogelijk niet haalt en om aan de hand van een persoonlijk overzicht en een aantal controlevragen na te gaan of dit het geval is. De verzekeraar heeft daarbij gewezen op de mogelijkheid advies in te winnen en heeft een aantal mogelijkheden voorgelegd aan de consument: de verzekering aanpassen, omzetten, een aanvullend product afsluiten, de verzekering beëindigen of niets veranderen. Ook heeft de verzekeraar gewezen op de mogelijkheid een beleggingsverzekering-scan te doen.

2.9 In 2014 heeft de verzekeraar de beleggingsfondsen gewijzigd. De belegging in het Euro Aandelenfonds is omgezet naar een belegging in het Achmea Mixfonds zeer offensief.

2.10 Op 19 juni 2014 heeft de consument de verzekeraar telefonisch benaderd met vragen over de mogelijkheid van afkoop van de verzekering.

2.11 De verzekering is geëindigd per 1 december 2018. De expiratiewaarde bedroeg op deze datum € 8.126,06. Na inhouding van belasting heeft de verzekeraar € 4.108,03 uitgekeerd. Op 28 september 2018 heeft de consument een klacht bij de verzekeraar ingediend.

De klacht en vordering

2.12 De consument vordert vernietiging en nietigverklaring van de verzekering vanaf de datum van de ingang wegens bedrog en misleiding. Zij vordert een bedrag van € 12.643,-, dat bestaat uit door de verzekeraar terug te betalen premies en kosten minus het reeds door de verzekeraar uitgekeerde bedrag van € 4.010,83 en een vergoeding van de tijd die zij aan de klacht heeft besteed. Over het bedrag van € 12.643,- vordert de consument wettelijke rente vanaf 11 juni 2021.

2.13 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

- De verzekeraar de consument bij het aangaan van de verzekering niet heeft geïnformeerd over de kosten van de verzekering of over de beleggingsrisico's van de verzekering. De brochure rept niet over kosten en spreekt slechts in jubelende termen over rendementen.

De consument heeft als gevolg daarvan gedwaald en is de verzekering onder valse voorwendselen aangegaan. Ook is sprake van een toerekenbare tekortkoming.

- De verzekeraar houdt zich niet aan de sinds 18 juli 2015 bestaande activeringsplicht gehouden en verzuimt vast te leggen welke actie in dit kader is ondernomen. De verzekeraar beroept zich op brieven die de consument in 2011, 2013 en 2014 zou hebben ontvangen. De verzekeraar heeft echter geen aantekening kunnen overleggen dat de consument de brieven heeft ontvangen of dat er (telefonisch) contact of overleg met de consument heeft plaatsgevonden naar aanleiding van de brieven. Daaruit blijkt dat de verzekeraar de consument nimmer heeft gebeld of persoonlijk heeft benaderd. Dit vormt een schending van de op de verzekeraar rustende zorgplicht en morele plicht om de consument te informeren en navraag te doen of zij de brieven heeft gekregen, of zij deze begreep en wat daarop haar antwoord zou zijn.

Het 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

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt de 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 de vordering verjaard?

3.2 De consument stelt dat zij bij het aangaan van de verzekering heeft gedwaald. De verzekeraar stelt dat deze dwalingsvordering is verjaard omdat de consument vanaf aanvang van de verzekering op de hoogte was van de kosten en het beleggingskarakter van de verzekering. Dit bleek volgens de verzekeraar duidelijk uit de verstrekte productdocumentatie. Verder waren de kosten vermeld op de jaarlijks verstrekte waardeoverzichten.

3.3 Op grond van artikel 3:52 lid 1 en onder c BW verjaart een rechtsvordering tot vernietiging van een rechtshandeling wegens dwaling drie jaren nadat de dwaling is ontdekt. De consument moet daadwerkelijk bekend zijn geworden met de feiten waarop zij haar vordering grondt. Vaststaat dat de consument voor het eerst op 28 september 2018 bij de verzekeraar heeft geklaagd.

Hoewel verder vaststaat dat de consument bij het aangaan van de verzekering over de productdocumentatie beschikte, kan de commissie niet met voldoende zekerheid vaststellen dat de consument eerder dan drie jaren voorafgaand aan 28 september 2018 de dwaling daadwerkelijk heeft ontdekt. De dwalingsvordering is dan ook niet verjaard.

3.4 De consument stelt daarnaast dat sprake is van een toerekenbare tekortkoming omdat de verzekeraar haar niet heeft geïnformeerd over de kosten of over de risico's van de verzekering. De verzekeraar stelt eveneens dat de schadevergoedingsvordering die betrekking heeft op het al dan niet informeren over de kosten is verjaard. Daarbij beroept de verzekeraar zich op artikel 3:310 lid 1 BW.

3.5 In artikel 3:310 lid 1 BW staat, voor zover hier van belang, dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van 5 jaren na aanvang van de dag, volgend op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Zoals hierboven reeds is vastgesteld, heeft de consument voor het eerst op 28 september 2018 bij de verzekeraar geklaagd. Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar echter niet aannemelijk gemaakt dat de consument al op 28 september 2013 (vijf jaar eerder) een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen van de verzekeraar en in de gevorderde schade dat zij daadwerkelijk in staat was zijn vordering toen al in te stellen. De verzekeraar heeft weliswaar gesteld dat de consument reeds bij brief van 10 juni 2011 was geïnformeerd over de compensatieregeling, maar de commissie kan niet met zekerheid aan de hand van het dossier vaststellen dat de consument deze brief heeft ontvangen. Dit betekent dat de vordering van de consument niet verjaard is. De commissie zal de schade-vergoedingsvordering van de consument daarom verder inhoudelijk behandelen.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.6 Het beroep van de consument op dwaling gaat niet op. Aan de hand van de bij het aangaan van de verzekering verstrekte brochure (zie bijlage) blijkt immers zonder meer dat sprake is van een beleggingsverzekering, dat een deel van de premie voor risico van de consument en dat kosten daarvoor in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consument dit niet begrepen heeft, komt dit voor haar risico.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.7 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan haar verstrekte informatie over de kosten en de risico's van de verzekering onvoldoende is.

3.8 Aan de hand van de productdocumentatie heeft de commissie vastgesteld, dat de verzekeraar de op grond van de Riav 1994 en de CRR 1998 vereiste informatie over de voor de verzekering in rekening te brengen kosten aan de consument heeft verstrekt.

De commissie verwijst naar de in de bijlage geciteerde bepalingen uit de voorwaarden BGP-931 en de geciteerde passage uit de toelichting bij het polisblad. Dat de consument andere kosten in rekening zijn gebracht, is niet gebleken.

3.9 Verder geldt dat uit de productdocumentatie zonder meer blijkt dat de verzekering een beleggingsverzekering was, waarbij het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. De commissie verwijst bijvoorbeeld naar de in de bijlage geciteerde passage uit de brochure. Het is een feit van algemene bekendheid dat daaraan het risico is verbonden dat die rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook de consument had dat kunnen en moeten begrijpen.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.10 Uit de productdocumentatie volgt dat aankoopkosten en beheerkosten (ook administratiekosten) in rekening worden gebracht (zie de toelichting bij het polisblad en artikel 3.4 van de voorwaarden BGP-931)). Uit de waardeoverzichten blijkt eveneens dat deze kosten in rekening zijn gebracht. Dat de consument andere kosten in rekening zijn gebracht, is niet gebleken. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft kunnen bestaan.[1]

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

3.11 De consument voert ten slotte aan dat de verzekeraar niet heeft voldaan aan de op hem rustende activeringsplicht. Vanaf 18 juli 2015 gold op grond van artikel 81b van het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen (Bgfo) in samenhang met hoofdstuk 8 van de Nadere Regeling gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft (NRgfo) een verplichting zich jegens cliënten met een levensverzekering die een beleggingscomponent bevatte en vóór 1 januari 2013 was afgesloten, aantoonbaar in te spannen om cliënten een weloverwogen keuze te laten maken tot voortzetting, wijziging of stopzetting van die verzekering. Op 11 november 2013 heeft de verzekeraar de consument een activeringsbrief gestuurd (zie nummer 2.8 hierboven). De commissie heeft niet kunnen vaststellen dat de consument naar aanleiding van deze brief contact heeft opgenomen met de verzekeraar. De verzekeraar heeft een telefoonnotitie overgelegd van het telefoongesprek van 19 juni 2014. Hieruit blijkt echter alleen dat de consument afkoop overwoog. Daarmee heeft de verzekeraar niet aangetoond dat de consument een weloverwogen keuze heeft gemaakt.

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

Voorts heeft de verzekeraar niet aangetoond dat hij de consument conform artikel 8:4 NRgfo verschillende malen telefonisch heeft benaderd, of een slotbrief heeft verstuurd waarin de inspanningen zijn weergegeven, de urgentie en de mogelijke consequenties van het niet maken van een keuze worden benadrukt en waarin de consument alsnog de mogelijkheid is geboden een weloverwogen keuze te maken. Dat betekent dat de verzekeraar niet aan de op hem rustende activeringsplicht heeft voldaan.

3.12 Het is de commissie echter niet gebleken dat de consument als gevolg daarvan schade heeft geleden. Zij heeft immers niet gesteld wat zij zou hebben gedaan als de verzekeraar haar telefonisch had benaderd en hoe zij in dat geval in een betere (financiële) positie was komen te verkeren in vergelijking tot haar huidige situatie. Dat de verzekeraar niet aan de op hem rustende activeringsverplichting heeft voldaan kan dan ook geen grondslag vormen voor toewijzing van de vordering van de consument.

Conclusie

3.13 Hiervoor is vastgesteld dat de consument niet heeft gedwaald bij het aangaan van de verzekering, voorafgaande en/bij het aangaan van de verzekering over de kosten en risico's is geïnformeerd en dat over de kosten wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Nu voor het overige ook niet gebleken dat de verzekeraar jegens de consument tekort is geschoten of dat de consument als gevolg daarvan schade heeft geleden moet de vordering van de consument worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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

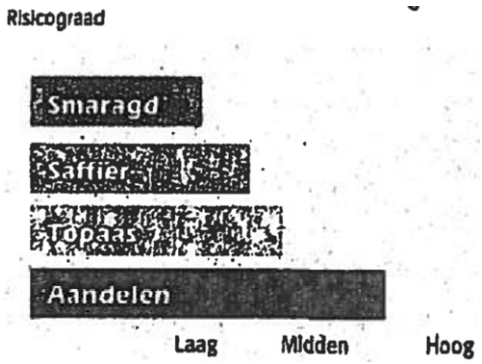
1.7 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, hij een andere beslissing had 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).

2. Relevante bepalingen en passages uit de productdocumentatie

Uit: de brochure

"Op langere termijn hoogste rendement
Beleggen is een zaak op lange termijn. Omdat koersen schommelen, is het ene beleggingsjaar beter dan het andere. Over een reeks van jaren gemeten, hebben onze beleggingsfondsen echter gemiddeld een aanmerkelijk hoger rendement opgeleverd dan een doorsnee spaarrekening. En óók hoger dan het landelijk gemiddelde rendement op soortgelijke beleggingen. Ervaring leert ook dat beleggen in een fonds met een hoger risico uiteindelijk meestal een hoger eindkapitaal oplevert. Behaalde rendementen in het verleden zijn echter geen garantie voor de toekomst. (…)

Optimale spreiding betekent minder risico
Het ene fonds brengt nauwelijks risico met zich mee, terwijl het andere fonds speculatiever is. Omdat de fondsen Smaragd, Saffier en Topaas zijn opgebouwd uit meerdere beleggingsvormen, is het beleggingsrisico optimaal gespreid. En in het geval van het Aandelenfonds wordt het risico beperkt door belegging in een groot aantal gerenommeerde Nederlandse ondernemingen.



Afbeelding: schematische weergave van de risicograden van de fondsen Smaragd, Saffier en Topaas en aandelenbeleggingen, van laag naar hoog.

Lage kosten en snelle service
Beleggen en verzekeren kost geld. Eenmalige aankoopkosten en vaste maandelijkse beheerkosten voor het goed kunnen beheren van uw Beleggings Groei Polis.
(…)"

Uit: de toelichting bij het polisblad

"kosten
In onze aanbieding staan verwachte eindkapitalen vermeld. Bij realisatie van het daarbij vermelde beleggingsrendement komt dat kapitaal ook daadwerkelijk vrij op de einddatum van uw verzekering.

Er vinden geen inhoudingen meer plaats, omdat er al rekening is gehouden met de volgende kosten:
- aankoopkosten: 5% van elke betaalde premie (max. f 4.000,00 (€ 1.815,12) per betaling
- beheerkosten: 12,5% over de planpremie per jaar (max. F 12,50 (€ 5,67) per maand).

Deze kosten zijn exclusief de premie voor een eventueel meeverzekerde uitkering bij overlijden en premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid. (…)"

Uit: de voorwaarden BGP-931

3.4 Units
(…)
Alle beleggingsopbrengsten van een productfonds komen ten goede aan het desbetreffende productfonds. Alle op het productfonds betrekking hebbende belastingen en kosten worden ten laste van het fonds gebracht. (…)

3.5 Kosten
De maatschappij brengt aankoopkosten in rekening ten laste van elke ontvangen premie. Verder worden administratiekosten tezamen met eventuele risicopremies per de eerste van iedere maand aan de opgebouwde waarde aan units onttrokken.

9.1 Premie
Met de verzekeringnemer wordt een periodiek te betalen premiebedrag overeengekomen, deze premie, ook wel planpremie genoemd, is verschuldigd op de vervaldatum, respectievelijk op de eerste dag van elke periode. (…)