Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0295

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

Datum uitspraak	4 april 2024
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 uit de productdocumentatie en relevante passages uit de tabel “Overzicht veranderingen per 1 november 2019”

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Klacht over een in 2003 afgesloten Waerdye Levensverzekering. De consument vordert nakoming van de tussen partijen overeengekomen verplichtingen, stelt dat de compensatieregeling niet goed is uitgevoerd en klaagt over de wijziging van de verzekering in 2019. De klachten zijn ongegrond en de vorderingen worden afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser van Stichting Woekerclaims, professioneel gemachtigde.

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 met ingang van 1 augustus 2003 met zijn partner een beleggings-verzekering bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar, met de naam Waerdye Levensverzekering (hierna: de verzekering). Einddatum van de verzekering was 1 augustus 2033.

2.2 Bij de verzekering was sprake van kapitaalopbouw op basis van beleggen en werd voor rekening en risico van de consument belegd. Op einddatum zou de waarde van de verzekering tot uitkering komen. Bij overlijden van de consument of zijn partner vóór de einddatum, zou € 42.000,- worden uitbetaald.

2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering zijn volgens de verzekeraar de volgende documenten aan de consument verstrekt.

- Een aanvraagformulier ondertekend op 24 juni 2003
- De Algemene Voorwaarden van Waerdye-Levensverzekering WE5

De relevante bepalingen uit deze voorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

2.4 De verzekeraar heeft op 29 september 2004 een polisblad afgegeven waarin is opgenomen dat de consument vanaf 1 september 2005 een jaarpremie van € 996,78 betaalt en van 18 oktober 2004 tot 1 september 2005 geen premie betaalt. De verzekeraar heeft op 5 september 2005 een polisblad afgegeven waarin is opgenomen dat de consument een maandpremie van € 88,88 betaalt.

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

2.6 Bij brief van 21 juli 2008 heeft de consument de verzekeraar aansprakelijk gesteld voor de schade die hij lijdt als gevolg van de omstandigheid dat de verzekeraar onredelijk hoge (administratie)kosten in rekening heeft gebracht en overlijdensrisicopremies heeft gehanteerd die verre van marktconform waren.

2.7 Bij brief van november 2011 heeft de verzekeraar de consument geschreven dat hij op grond van de compensatieregeling eenmalig een bedrag van € 350,23 en jaarlijks een bedrag van € 70,35 zou ontvangen als compensatie voor te hoge kosten.

2.8 Per brief van 3 december 2019 heeft de verzekeraar de consument bericht over de omzetting van zijn verzekering naar een nieuw administratiesysteem per 1 november 2019. De verzekeraar heeft een bijlage met een overzicht van de veranderingen meegezonden. In de bijlage bij deze uitspraak zijn de relevante onderdelen uit deze tabel opgenomen.

2.9 De consument heeft de verzekering per 22 oktober 2021 afgekocht. Er is een bedrag van € 21.689,04 vrijgekomen.

De klacht en vordering

2.10 De consument vordert primair € 8.874,- vermeerderd met wettelijke rente vanaf 1 juli 2021. Dit bedrag is gebaseerd op de veronderstelling dat de verzekeraar jaarlijks € 248,- kosten teveel heeft ingehouden en dat dat een rendement is gederfd van 6% per jaar.

Subsidiair vordert de consument € 7.515,-. Deze vordering is gebaseerd op de veronderstelling dat de verzekeraar jaarlijks € 210,- kosten teveel heeft ingehouden en dat een rendement is gederfd van 6% per jaar. Ook vordert de consument € 3.500,- voor kosten die zijn gemaakt voor bijstand en ter vaststelling van de schade en aansprakelijkheid.

2.11 Het primair gevorderde bedrag vloeit voort uit een vordering tot nakoming van de verplichtingen uit de verzekering (zoals deze was voor de omzetting in 2019) dat de verzekeraar voor de verzekering (op jaarbasis) 0,75% beheer- en administratiekosten in rekening mocht brengen over de beleggingsdepots en niet meer. Dit is expliciet op de polis en in de voorwaarden vermeld. Die beheer- en administratiekosten mocht de verzekeraar tot 1 november 2019 in rekening brengen. De verzekeraar heeft echter in strijd met zijn verplichting meer kosten in rekening gebracht. De verzekeraar moet de afkoopwaarde daarom opnieuw berekenen waarbij alleen de beheer- en administratiekosten in rekening zijn gebracht.

2.12 Subsidiair stelt de consument dat de verzekeraar meer kosten in rekening heeft gebracht dan volgens de compensatieregeling is toegestaan. De verzekeraar moet het verschil tussen de overeengekomen 0,75% kosten en de onder de compensatieregeling maximaal in rekening te brengen kosten van 2,85% aan de consument vergoeden.

2.13 De verzekeraar heeft eenzijdig de verzekering gewijzigd van een unit linked naar een universal life verzekering. Dat is onrechtmatig. De premie voor het overlijdensrisico is mede afhankelijk geworden van de waarde van de verzekering. Bij een forse daling van die waarde en steeds ouder worden van de verzekerde kan de premie voor het overlijdensrisico fors toenemen en zelfs op de verzekerde waarde interen. Daarnaast worden er kosten in rekening gebracht, die de verzekeraar voorheen nooit heeft vermeld. Deze eenzijdige wijziging van de verzekering, die met terugwerkende kracht is doorgevoerd, is een oneerlijke handelspraktijk. Ook is sprake van een oneerlijke handelspraktijk omdat de verzekeraar na de omzetting nog steeds de oude sterftetafels hanteert.

2.14 Over de wijziging in 2019 bestaat geen wilsovereenstemming. Bij de wijziging van unit linked naar universal life had de verzekeraar een premietabel moeten verstrekken, maar ook daarin is de verzekeraar tekortgeschoten. Dit is niet transparant. Verder had de verzekeraar een meer recente sterftetafel moeten gebruiken, omdat na de omzetting sprake is van een nieuwe verzekering. De sinds 1 november 2019 in rekening gebrachte premies voor het overlijdensrisico moet de verzekeraar vergoeden, vermeerderd met het misgelopen rendement tot aan de datum van afkoop en wettelijke rente vanaf die datum.

2.15 De nieuw ingevoerde contractbeheerkosten komen volgens de verzekeraar in de plaats van de beheer- en administratiekosten, maar de voorwaarden bieden daarvoor geen grondslag. De verzekeraar stelt namelijk dat de beleggingsdepots zijn vervallen en volgens de voorwaarden mocht de verzekeraar 0,75% kosten rekenen over de beleggingsdepots. Omdat deze zijn vervallen, mogen daarover ook geen kosten in rekening worden gebracht.

De premie wordt nu immers rechtstreeks naar de beleggingsfondsen geboekt, waarover fondsbeheerkosten in rekening worden gebracht. De beheer- en administratiekosten maken voorts geen onderdeel uit van de post 'doorlopende kosten verzekeraar' op de modellen De Ruiter. De kosten verzekeraar waren jaarlijks gelijk, terwijl de poliswaarde steeg. Waren de beheer- en administratiekosten – een percentage van de belegde waarde – in de doorlopende kosten verzekeraar opgenomen, dan waren laatstgenoemde kosten ook gestegen. Bij de herberekening van de waarde van de verzekering moet de verzekeraar de sinds november 2019 in rekening gebrachte kosten verzekeraar en bemiddelaar en de contractbeheerkosten vergoeden, vermeerderd met het misgelopen rendement. Al deze kosten zijn onrechtmatig in rekening gebracht en hierover bestaat geen wils-overeenstemming. Omdat het niet om een schadevordering gaat maar om een nakomingsvordering, is het standaardberoep van de verzekeraar op verjaring niet van toepassing.

2.16 De verzekeraar maakt zich schuldig aan misleiding, door te stellen dat de totale kosten na de wijziging van de verzekering gelijk zijn gebleven. Omdat de voorwaarden niet eenzijdig mogen worden gewijzigd en omdat de verzekeraar na de wijziging geen nieuwe voorwaarden heeft verstrekt zodat de consument hiervan geen kennis heeft kunnen nemen, roept de consument de vernietiging van de voorwaarden in. Alle kosten moeten aan de consument worden terugbetaald, vermeerderd met de wettelijke rente.

2.17 De consument zou de verzekering niet en in ieder geval niet op dezelfde voorwaarden hebben afgesloten indien hij erover was geïnformeerd dat de verzekeraar 14 jaar voor einddatum het product eenzijdig zou veranderen met mogelijk zeer nadelige gevolgen voor hem. De consument beroept zich dan ook op dwaling.

Het verweer

2.18 De verzekeraar voert verweer 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.

Nakoming

3.2 De consument vordert nakoming van de verzekering, in die zin dat niet meer kosten in rekening mogen worden gebracht dan wat op het polisblad en in voorwaarden van de oude Waerdye-verzekering is vermeld.

Dat houdt in dat alléén 0,75% beheer- en administratiekosten in rekening mogen worden gebracht, aldus de consument. Deze stelling van de consument komt erop neer dat de verzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichting uit de verzekeringsovereenkomst doordat hij meer kosten in aftrek heeft gebracht dan 0,75% aan beheer- en administratiekosten. Deze stelling impliceert dat de verzekeraar verplicht zou zijn om niet meer dan de beheer- en administratiekosten in rekening te brengen. De consument vordert nakoming van die verplichting. De verzekeraar betwist dit en doet onder meer een beroep op verjaring.

3.3 De commissie overweegt dat er op grond van de verzekeringsovereenkomst geen verplichting voor de verzekeraar bestaat om alleen 0,75% aan beheer- en administratiekosten in rekening te brengen. Er bestaat dus ook geen verplichting om niet méér dan deze kosten in rekening te brengen. De verzekeraar heeft op grond van de verzekeringsovereenkomst wel een recht op inhouding van de overeengekomen kosten. Omdat er geen contractuele verplichting voor de verzekeraar bestaat om alléén 0,75% aan beheer- en administratiekosten in rekening te brengen, kan de consument daarvan ook geen nakoming vorderen.

3.4 De commissie is verder van oordeel dat op de verzekeraar de verplichting rust om de door de consument ingelegde premie na aftrek van kosten en risicopremies te beleggen en op einddatum (of een eerdere afkoopdatum) het resultaat daarvan aan de consument uit te keren. Het is voor de verzekeraar niet mogelijk om met terugwerkende kracht alsnog deze verplichting na te komen door eventueel ten onrechte ingehouden bedragen in te leggen in de door de consument gekozen fondsen. De consument kan daarom niet nu alsnog nakoming vorderen van de verplichting van de verzekeraar om de waarde van de verzekering (opnieuw en zonder de niet overeengekomen inhoudingen) te berekenen. De vorderingen van de consument zijn in de kern gebaseerd op de stelling dat de verzekeraar zonder grondslag meer kosten in rekening heeft gebracht dan de consument op basis van de aan hem verstrekte productdocumentatie hoefde te verwachten met als gevolg dat de waarde te laag is. De consument wil nu alsnog in de positie gebracht worden waarin hij krijgt waarop hij recht meent te hebben door het verkrijgen van een vergoeding uitgedrukt in geld. Namelijk het verschil tussen de waarde nu en de waarde na een herrekening. Dat is een rechtsvordering tot vergoeding van schade en niet een vordering tot nakoming.

3.5 De vordering tot nakoming van de overeenkomst treft dus geen doel. Omdat deze vordering geen doel treft en niet is gebleken dat de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst op een andere manier wijze gebrekkig is nagekomen, hoeft het verjaringsverweer van de verzekeraar met betrekking tot deze vordering niet meer te worden besproken.

Uitvoering van de compensatieregeling

3.6 De consument stelt dat de compensatieregeling niet juist is uitgevoerd.

De verzekeraar stelt dat de hierop gebaseerde vordering van schadevergoeding is verjaard op grond van artikel 3:310 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Volgens de verzekeraar was de consument in november 2011 toen hij per brief door de verzekeraar werd geïnformeerd over de uitvoering van de compensatieregeling, ermee bekend dat hij eenmalig een bedrag van € 350,23 en jaarlijks een bedrag van € 70,35 zou ontvangen als compensatie voor te hoge kosten. Een eventuele vordering tot schadevergoeding is daarom volgens de verzekeraar verjaard in november 2016.

3.7 Volgens artikel 3:310 lid 1 BW verjaart een rechtsvordering tot vergoeding van schade in ieder geval door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. De commissie begrijpt dat de stelling van de consument is dat de compensatie-regeling niet juist is uitgevoerd, omdat meer of andere kosten in rekening zijn gebracht dan bij aanvang overeengekomen. Indien de vordering van de consument in verband met de uitvoering van de compensatieregeling kan worden aangemerkt als een vordering tot schadevergoeding, heeft de verzekeraar onvoldoende naar voren gebracht op basis waarvan de consument wist of de compensatieregeling al dan niet juist zou zijn uitgevoerd. In de brief van november 2011 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over de vergoeding die hij onder de compensatieregeling ontvangt voor te hoge kosten die in de verzekering in rekening werden gebracht. Verder staat in de brief: *"Daarom hebben wij afspraken gemaakt over de maximale kosten die wij in rekening mogen brengen."* Hiermee doelt de verzekeraar op afspraken die de verzekeraar in 2008 met consumentenorganisaties heeft gemaakt. Uit deze brief kan dan ook worden afgeleid dat de verzekeraar aanleiding heeft gezien om afspraken met consumentenorganisaties te maken over maximale kosten en om compensatie voor overschrijding van die maxima aan te bieden. In de brief staat echter niet dat de verzekeraar kosten in rekening had gebracht die niet waren overeengekomen en dat de verzekeraar om die reden een vergoeding aanbood. De compensatiebrief behoefde voor de consument daarom geen aanleiding te zijn om te onderzoeken of de verzekeraar kosten in rekening had gebracht die niet waren overeengekomen. Het verjaringsverweer van de verzekeraar gaat dus niet op.

3.8 De commissie begrijpt de stelling van de consument als gezegd als volgt. De compensatie-regeling is niet juist uitgevoerd, omdat meer of andere kosten in rekening zijn gebracht dan bij aanvang tussen partijen was overeengekomen. Hiermee miskent de consument dat de compensatieregeling een eenzijdig door de verzekeraar aangeboden tegemoetkoming is die is gebaseerd op een berekening die uitgaat van de daadwerkelijk in rekening gebrachte en bij een fictief rendement nog in rekening te brengen kosten. Dat de toegekende compensatie met inachtneming van dat uitgangspunt onjuist en/of onvolledig zou zijn berekend is de commissie niet gebleken. Dit klachtonderdeel faalt.

Wijziging van de verzekering in 2019

3.9 De consument stelt dat het eenzijdig wijzigen van de verzekering van een unit linked product naar een universal life product niet is toegestaan.

De verzekeraar heeft zich ten aanzien van dit klachtonderdeel allereerst op schending van de klachtplicht van artikel 6:89 BW beroepen. Dit verweer treft geen doel. De verzekeraar stelt namelijk als gevolg van het late klagen van de consument te zijn benadeeld. Daardoor zou hem de mogelijkheid zijn ontnomen om in 2019 overleg met de consument de verzekering aan te passen of te beëindigen om zo het beleggingsverlies te beperken. Naar het oordeel van de commissie is deze benadeling echter niet komen vast te staan. De verzekeraar heeft namelijk ook aangevoerd dat de omzetting in 2019 geen nadelige gevolgen heeft gehad voor de consument, onder meer omdat de overlijdensrisicopremies na de omzetting niet zijn gedaald. Verder heeft de consument de verzekering per 22 oktober 2021 afgekocht. De verzekeraar heeft dus niet aannemelijk gemaakt dat hij een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit er toe moet leiden dat de consument zich niet meer op een gebrek in de door de verzekeraar geleverde prestatie kan beroepen.

3.10 De commissie stelt vast dat de verzekering in 2019 is omgezet naar een nieuw administratiesysteem waarbij de systematiek van de verzekering is gewijzigd van unit linked naar universal life, zonder dat de consument daarmee nadrukkelijk heeft ingestemd. De commissie oordeelt dat de omzetting niet rechtsgeldig heeft plaatsgevonden en dat de verzekeraar door een andere systematiek toe te passen tekortschiet in de nakoming van de op hem rustende verplichtingen uit de verzekering. Deze vaststelling kan echter niet leiden tot toewijzing van de vordering van de consument. De verzekeraar voert onbetwist aan dat de overlijdensrisicopremies na de omzetting zijn gedaald. Omdat de commissie niet heeft kunnen vaststellen dat de wijziging in de systematiek van unit linked naar universal life de consument in een nadeliger positie heeft gebracht, wijst de commissie de vordering van de consument af.

3.11 De consument stelt verder dat sprake is van een oneerlijke handelspraktijk als bedoeld in artikel 6:193b BW. Van een oneerlijke handelspraktijk kan echter geen sprake zijn. Dat is namelijk een handeling of gedraging (bijvoorbeeld het verstrekken van misleidende informatie) die tot gevolg kan hebben dat een consument een besluit over een overeenkomst neemt (bijvoorbeeld de aankoop van een product) of kan nemen, dat hij anders niet had genomen. Een eenzijdige omzetting van een (onderdeel van) een verzekeringsovereenkomst, al dan niet met terugwerkende kracht, valt dan ook niet onder de reikwijdte van de regeling die ziet op oneerlijke handelspraktijken. De consument stelt ten slotte dat de omzetting een oneerlijk beding vormt. Dit kan echter ook niet het geval zijn, omdat de omzetting van de verzekering een handeling is en niet een in de voorwaarden opgenomen bepaling.

Overlijdensrisicopremies

3.12 De consument stelt verder dat het beding op grond waarvan de overlijdensrisicopremie in rekening wordt gebracht na de wijziging van de verzekering in 2019 een oneerlijk beding vormt, omdat de premies nog steeds zijn gebaseerd op het tarief uit het jaar van afsluiten. Ook zou een premietabel ontbreken.

3.13 De verzekeraar voert naar het oordeel van de commissie terecht aan dat de overlijdens-risicodekking na de omzetting van de verzekering in 2019 onveranderd is gebleven. De premie wordt alleen op een andere wijze verrekend. Er bestaat dan ook geen grondslag voor het toepassen van een nieuw tarief op de overlijdenrisicoverzekering of voor de aanname dat sprake is van een oneerlijk beding als de verzekeraar géén nieuw tarief zou toepassen. Verder geldt dat het enkele feit dat een beding niet transparant is, bijvoorbeeld omdat een premietabel ontbreekt, het beding daarmee niet oneerlijk wordt. Het ontbreken van transparantie is slechts een van de factoren waarmee rekening wordt gehouden bij het beoordelen of een beding onredelijk bezwarend of oneerlijk is. Het gaat erom of een beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van partijen ten nadele van een consument aanzienlijk verstoort. In dit geval is onvoldoende gesteld om te oordelen dat dit zo is. Een beding dat inhoudt dat de consument een premie moet betalen tegenover de gewenste overlijdensrisicodekking, verstoort op zichzelf niet het evenwicht tussen de rechten en verplichtingen van partijen ten nadele van de consument. De consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat de premie disproportioneel hoog was.[1] Verder zijn er geen feiten of omstandigheden naar voren gebracht die tot het oordeel leiden dat, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de rechten en verplichtingen van partijen op dit onderdeel ten nadele van de consument aanzienlijk werd verstoord.[2] Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Nieuwe kostenposten?

3.14 De consument stelt dat de verzekeraar de na 1 november 2019 ingevoerde kosten verzekeraar en bemiddelaar niet in rekening mag brengen omdat deze niet waren overeengekomen. Ook stelt de consument dat er geen grondslag bestaat voor het in rekening brengen van de contractbeheerkosten. De verzekeraar heeft aangevoerd dat deze kosten niet nieuw zijn, dat deze vanaf de ingangsdatum van de verzekering in rekening worden gebracht en dat deze kosten vanaf 2008 op de jaarlijks verstrekte Modellen De Ruiter vermeld zijn.

3.15 De commissie oordeelt als volgt. De verzekeraar heeft de consument per brief van 3 december 2019 geïnformeerd over de veranderingen in de verzekering per 1 november 2019. In het met deze brief meegestuurde 'Overzicht veranderingen' staat dat de totale kosten niet omhoog zijn gegaan, maar dat de kosten wel anders worden verrekend en dat een aantal kostensoorten een nieuwe naam heeft gekregen. Zo heten de beheer- en administratiekosten volgens dit overzicht voortaan contractbeheerkosten (zie bijlage). De consument stelt weliswaar dat dit onjuist is, maar heeft dit niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt. De commissie gaat er dan ook vanuit dat het hier om dezelfde kosten gaat en dat de beheer- en administratiekosten vanaf 1 november 2019 alleen anders heten.

[1] Vergelijk CvB Kifid 2021-0036, overweging 5.27 – 5.33
[2] Vergelijk CvB Kifid 2022-0003, overweging 5.31 en 5.32

3.16 Omdat voor de consument hiermee wezenlijk niets is veranderd (de betreffende kosten hebben nog steeds betrekking op het beheer en de administratie) kan de klacht van de consument over de contractbeheerkosten niet slagen. De verzekeraar heeft de consument immers bij aanvang van de verzekering geïnformeerd over het in rekening brengen van de beheer- en administratiekosten, alsmede het daaraan verbonden kostenpercentage. Daarover bestaat dan ook wilsovereenstemming. Dat de beleggingsdepots zijn komen te vervallen, maakt dit niet anders. De consument stelt ten slotte dat deze kosten – in tegenstelling tot wat de verzekeraar in het overzicht van de wijzigingen heeft opgenomen - niet onder de 'doorlopende kosten verzekeraar' kunnen vallen, omdat deze kosten op de waardeoverzichten volgens het Model De Ruiter altijd een vast bedrag vormden, terwijl de beheer- en administratiekosten een percentage vormen van het belegd vermogen. Deze stelling kan evenmin tot de conclusie leiden dat de contractbeheerkosten een andere kostensoort zijn dan (voorheen) de beheer- en administratiekosten. Van een oneerlijke handelspraktijk kan ook geen sprake zijn, zoals onder nummer 3.11 al is overwogen.

3.17 Overigens stuit de vordering van de consument reeds af op de omstandigheid dat hij geen nakoming kan vorderen van een verplichting om niet méér dan de overeengekomen kosten in rekening te brengen (zie hiervoor nummer 3.3). Dit geldt ook voor zover de consument klaagt over de andere kosten dan de contractbeheerkosten die in rekening zijn gebracht na de overgang naar het nieuwe administratiesysteem.

3.18 De consument stelt ten slotte dat de verzekeraar zich schuldig maakt aan misleiding, door te stellen dat de totale kosten na de wijziging van de verzekering gelijk zijn gebleven. De commissie heeft aan de hand van de overgelegde waardeoverzichten echter niet kunnen vaststellen dat de totale kosten na de omzetting naar het nieuwe administratiesysteem zijn gestegen. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Dwaling

3.19 De dwalingsvordering van de consument faalt, omdat deze betrekking heeft op een toekomstige omstandigheid. Verwachtingen over de toekomst die niet uit blijken te komen – in dit geval de door de consument gestelde verwachting dat de verzekering niet zou worden gewijzigd – kunnen niet onder een dwalingsvordering vallen.

Vernietiging voorwaarden

3.20 De consument roept vernietiging van de voorwaarden in omdat (1) eenzijdige wijziging van de voorwaarden niet zou zijn toegestaan en (2) de voorwaarden na de eenzijdige wijziging van de verzekering niet zouden zijn verstrekt. Vernietiging van de voorwaarden kan echter niet tot toewijzing van de vorderingen van de consument kunnen leiden. In dat geval gelden immers nog de oude voorwaarden. Voorts is van enige benadeling van de consument als gevolg van de omzetting van de verzekering naar het nieuwe administratiesysteem vóórdat de consument de verzekering had afgekocht, niet gebleken

Oneerlijke bedingen

3.21 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 consumenten-overeenkomst aan de Richtlijn oneerlijke bedingen.[3] Het is de commissie niet gebleken dat er in de voorwaarden sprake is van bedingen die als oneerlijk in de zin van de Richtlijn zijn aan te merken en aldus als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden.

Conclusie

3.22 De slotsom is dat de klachten van de consument met betrekking tot de vordering tot nakoming van de overeenkomst, de uitvoering van de compensatieregeling en de overzetting van de verzekering naar het nieuwe administratiesysteem en de wijziging daarbij van de verzekering in 2019, ongegrond zijn. De vorderingen zullen worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

[3] Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten

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 4.4.

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 informatieverplichting 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 overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekeringsovereenkomst. 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).

Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden

ART.03 DEKKING VAN HET OVERLIJDENSRISICO
Dekking van het overlijdensrisico is aanwezig vanaf het moment waarop de verzekering door de maatschappij is geaccepteerd, dan wel vanaf de ingangsdatum van de verzekering indien deze later ligt. (...)

ART.05 PREMIEBETALING
1. De verschuldigde premiebedragen binnen 15 dagen nadat de polis door de maatschappij is uitgereikt en vervolgens binnen 15 dagen na elke premievervaldag aan de maatschappij of aan degene onder wiens administratie de verzekering is gesteld, zijn betaald, tenzij met de maatschappij schriftelijk anders is overeengekomen.
2. Indien binnen de hiervoor genoemde termijn geen betaling van de verschuldigde premiebedragen heeft plaatsgevonden en geen uitstel daarvan schriftelijk is overeengekomen, of indien de voorwaarden waaronder uitstel is overeengekomen niet zijn nageleefd, vervalt de verzekering van rechtswege zonder enige restitutie, indien terzake van de verzekering geen recht bestaat op afkoop of premievrijmaking overeenkomstig en met inachtneming van het bepaalde in artikel 8 van deze voorwaarden. Bestaat terzake van de verzekering wel recht op afkoop of premievrijmaking dan vindt premievrijmaking plaats.
(...)

ART.10 BELEGGINGSDEPOT
1. Er worden beleggingsdepots gevormd met de bepalingen dat:
a. elk van de depots afgescheiden van het overige vermogen van de maatschappij wordt geadministreerd, enerzijds in Nederlandse guldens en anderzijds in waerdye-eenheden;
b. de belegging van de respectievelijke depots plaatsvindt in aandelen van respectievelijk participaties in de hiervoor door de maatschappij aangewezen fondsen.
2. Toevoegingen aan een depot geschieden door:
a. de per de ingangsdatum van de verzekering en per de premievervaldata te beleggen delen van premies en koopsommen, bestemd voor de in waerdye-eenheden uitgedrukte verzekeringsverplichtingen;
b. stortingen van de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;
c. verwerking van beschikbare vermogensrechtelijke opbrengsten in de ruimste zin van het woord, verworden met tot de depots behorende vermogenswaarden.
3. Onttrekkingen aan een depot geschieden tengevolge van:
a. uitkeringen en afkopen;
b. opnamen door de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;
c. een vergoeding voor beheer en administratie omgerekend naar een percentage op maandbasis ter grootte van 50% van het positieve verschil tussen het naar jaarbasis herleide rendement van dat fonds over de desbetreffende maand en de in het kapitaal verdisconteerde intrest van 4% op jaarbasis. De vergoeding bedraagt echter maximaal 0,08295% per maand.

Het hiervoor bepaald geldt uitsluitend voor een fonds met uitsluitend of nagenoeg uitsluitend belegging in Nederlandse vastrentende waarden, zijnde guldensbeleggingen en guldensdeposito's met een resterende looptijd van ten hoogste 6 maanden.
Voor alle andere fondsen bedraagt de maandelijkse vergoeding 0,06229%.
4. Tegenover de in dit artikel sub2a en 2b vermelde toevoegingen en de sub 3a en 3b vermelde onttrekkingen wordt steeds een met de toevoeging en onttrekking corresponderend aantal waerdye-eenheden gevormd of teniet gedaan.
(...)

Relevante passages uit de tabel "Overzicht veranderingen per 1 november 2019"

	Situatie voor 1 november 2019	Situatie na 1 november 2019
Beleggingsdepot en beleggingsfondsen	Wij beleggen voor u in één of meer beleggingsdepots. Via het beleggingsdepot wordt belegd in onderliggende beleggingsfondsen.	Wij beleggen voor u in één of meer beleggingsfondsen. De beleggingsdepots zijn vervallen. De beleggingsfondsen zijn dezelfde fondsen als de onderliggende beleggingsfondsen uit de oude situatie. (...)
Waerdye-eenheden en beleggingseenheden	Waerdye-eenheden (fracties en beleggingseenheden) zijn rekeneenheden die horen bij een beleggingsdepot. Het zijn 'stukjes' van de waarde van een beleggingsdepot	We spreken van beleggingseenheden. Dit zijn 'stukjes' van de waarde van een beleggingsfonds.
Waarde van eenheden (koers)	De waarde in euro's van een Waerdye-eenheid hangt af van de koers van het onderliggende beleggingsfonds, de kosten en de rekenrente die in het beleggingsdepot worden verrekend. De waarde (koers) van een Waerdye-eenheid wordt elke maand vastgesteld	De waarde in euro's van een beleggingseenheid is gelijk aan de koers van het beleggingsfonds. De koers wordt elke beursdag vastgesteld Op 1 november 2019 hebben wij uw Waerdye-eenheden omgezet in beleggingseenheden. Omdat de koers van een beleggingsfonds ander is dan van een Waerdye-eenheid is het aantal beleggingseenheden

		anders dan het aantal Waerdye-eenheden.
Premie	U betaalt premie voor uw Waerdye-beleggingsverzekering. Van die premie worden eerst de kosten en de premie voor eventuele aanvullende dekkingen afgehaald. Het restant van de premie wordt voor u belegd door Waerdye-eenheden aan te kopen. Dit is de opbouwpremie. Onderdeel van deze opbouwpremie is de premie voor de overlijdensrisicodekking.	U betaalt premie voor uw Beleggingsverzekering. De gehele premie wordt voor u belegd door beleggingseenheden aan te kopen. De kosten, de premie voor eventuele aanvullende dekkingen en de premie voor uw overlijdensrisicodekking onttrekken wij aan de waarde van de beleggingen door beleggingseenheden te verkopen. Dit brengt geen extra kosten met zich mee.
(...)	(...)	(...)
Kapitaal bij overlijden	Het kapitaal bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum is gelijk aan de tegenwaarde in euro's van de Waerdye-eenheden. Het kapitaal is nooit minder dan het garantiekapitaal dat op uw polis staat. Het kapitaal bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum wordt uitgedrukt in hetzelfde aantal Waerdye-eenheden als het kapitaal bij leven. Omdat de waarde van de eenheden maandelijks varieert, verandert het kapitaal bij overlijden in euro's ook elke maand. In uw voorwaarden lees tu welke koersdatum wij gebruiken voor het omrekenen van Waerdye-eenheden naar euro's	Vanaf 1 november 2019 verzekeren wij het kapitaal bij overlijden niet meer in Waerdye-eenheden, maar in euro's. Het kapitaal is nooit minder dan het garantiekapitaal dat op uw polis staat. Het kapitaal bij overlijden in euro's verandert niet elke maand. Wij stellen het kapitaal bij overlijden vanaf 1 november 2019 een keer per jaar gelijk aan de tegenwaarde in euro's van het aantal beleggingseenheden bij leven op de einddatum. Dit betekent dat het kapitaal bij overlijden in euro's jaarlijks wijzigt en niet meer maandelijks. Ten opzichte van de oude situatie gaat de waarde-opbouw daarom anders: -Bij meevallende beleggingsresultaten betaalt u minder overlijdensrisicopremie en kan het zijn dat de waarde van uw beleggingsverzekering

		harder groeit. - Bij tegenvallende beleggingsresultaten betaalt u meer overlijdensrisicopremie en kan het zijn dat de waarde van uw beleggingsverzekering achterblijft.
Kostensoorten	De kosten die u betaalt voor uw verzekering zijn: *Beheer- en administratiekosten* Deze kosten maken onderdeel uit van de doorlopende kosten voor de verzekeringsmaatschappij. Deze kosten verrekenen wij met de waarde van het beleggingsdepot. *Kostenopslagen* Deze opslagen bestaan uit: - kosten voor de verzekeringsmaatschappij; - kosten voor de bemiddeling van de verzekeringsadviseur De opslagen onttrekken wij aan de premie die u aan ons betaalt. *Fondskosten* De kosten worden door de vermogensbeheerder verrekend in de koers van het fonds.	De totale kosten zijn niet omhoog gegaan. Wel worden de kosten anders verrekend en heeft een aantal kostensoorten nieuwe namen gekregen *Beheer- en administratiekosten* Deze kosten heten voortaan contractbeheerkosten en maken nog steeds onderdeel uit van de doorlopende kosten voor de verzekeringsmaatschappij. Deze kosten verrekenen wij met de waarde van de beleggingen door maandelijks beleggingseenheden te verkopen *Kosten* Deze kosten bestaan nog steeds uit: - kosten voor de verzekeringsmaatschappij; - kosten voor de bemiddeling van de verzekeringsadviseur. *Eerste kosten* Deze kosten verrekenen wij met de waarde van de beleggingen door maandelijks beleggingseenheden te verkopen. Als deze kosten in rekening worden gebracht dan staat het bedrag in uw jaarlijkse overzicht vermeld *Doorlopende kosten* Deze kosten verrekenen wij met de waarde van de beleggingen door elke premietermijn

		beleggingseenheden te verkopen. Als deze kosten in rekening worden gebracht dan staat het bedrag in uw jaarlijks overzicht vermeld. *Fondskosten* Deze kosten heten voortaan fondsbeheerkosten en transactiekosten. De kosten worden door de vermogensbeheerder verrekend in de koers van het fonds.
Fondsnamen	Op www.asr.nl bij Fondsen en koersen staan de onderliggende beleggingsfondsen. U vindt deze fondsen met de zoekterm 'waerdye'.	Vanaf 1 november 2019 levert het gebruik van de zoekterm 'Waerdye' geen resultaten meer op. In onderstaande tabel staan de nieuwe fondsnamen. De fondsen zelf zijn niet veranderd. (...)
(...)	(...)	(...)