Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-1115

(mr. dr. M.D.H. Nelemans, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, mr. A.W.H. Vink, leden en mr. P. van Haastrecht-van Kuilenburg, secretaris)

Klacht ontvangen op	22 oktober 2014
Ingediend door	De heer [naam 1] en mevrouw [naam 2], verder te noemen respectievelijk consument 1 en consument 2, dan wel tezamen de consumenten
Tegen	Allianz Nederland Levensverzekering N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	30 december 2022
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

De verzekeraar heeft niet alle informatie waartoe hij op grond van de Riav 1994 gehouden was aan de consumenten verstrekt. Dit heeft echter niet geleid tot enige schade aan de zijde van de consumenten. De inhoudingen die de verzekeraar op de verzekering van de consumenten in mindering heeft gebracht staan in de productdocumentatie vermeld, zodat hierover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Nu voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar jegens de consumenten tekort is geschoten dient de vordering van de consumenten te worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 oktober 2014 tot 1 april 2017 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- het klachtformulier van de consumenten;
- de aanvullende stukken van de consumenten;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consumenten;
- 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 consumenten 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 consumenten hadden door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 april 1996 een beleggingsverzekering onder de naam DIN Hypotheek Plan (hierna: de verzekering), bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Consument 2 was verzekeringnemer van de verzekering en consument 1 de verzekerde.

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 consumenten.
Bij investering in het Holland Obligatie Fonds werd een minimum uitkering op de einddatum gegarandeerd. De consumenten hebben er bij het aangaan van de verzekering voor gekozen om 50% in dit fonds te beleggen, als gevolg waarvan een garantie is gegeven van fl. 114.391,- (€ 51.908,37).

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

- een offerte gedateerd 1 februari 1996; (hierna: offerte)
- een aanvraagformulier getekend op 27 maart 1996; (hierna: aanvraagformulier)
- een polisblad gedateerd 10 juli 1996; (hierna: het polisblad)
- de voorwaarden DN 9503. (hierna: de voorwaarden)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

2.4 Op het polisblad is het volgende vermeld:

"Verzekerd bedrag	*De guldenswaarde van de toegewezen participaties van de fondsen waarin de investeringen hebben plaatsgevonden, uit te keren bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum.*
Verzekerd bedrag	*f. 450.000,00* *Uit te keren onmiddellijk na overlijden van de verzekerde voor de einddatum*

Garantie	*De uitkering, overeenkomende met de toegewezen participaties Holland Obligatie Fonds, bedraagt bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum tenminste f. 114.391,00.* *Deze garantie geldt voorzover de huidige investeringen in dit fonds tot de einddatum ongewijzigd blijven.*
Investering	*De investeringspremie bedraagt:* *van* *tot* *01-05-1996* *01-04-2001* *f. 176,00 per maand* *01-04-2001* *01-04-2026* *f. 390,00 per maand* *De investeringspremie die voortvloeit uit de aanvullende betaling op 10-06-1996 bedraagt:* *f. 17.800,00*
(…)	
Premie	*Zolang de verzekerde in leven is zijn de volgende premies verschuldigd door [naam consument 2]:* *Van* *tot* *01-05-1996* *01-04-2026* *f. 410,00 per maand* *De aanvullende betaling op 10-06-1996 bedraagt:* *f. 20.000,00"*

In de voorwaarden is voorts het volgende opgenomen:

*"**Artikel 1***
Omschrijving van de begrippen
(…)
Investeringspremie:
Het deel van de betaalde premie dat in een of meerdere fondsen belegd wordt.

(…)

Artikel 13
Dividend/Rente
Indien het door de verzekeringnemer gekozen fonds dividend- of rente-uitkeringen kent, worden deze naar rato, onder inhouding van een half procent van de guldenswaarde van het desbetreffende fonds, omgerekend in extra participaties van dat fonds. Omrekening vindt plaats op basis van de laatst gepubliceerde koers cum-dividend of rente, nadat hierop het bruto dividendbedrag in mindering is gebracht.

(…)

Artikel 16
Overlijdensrisicopremie
De premie die door de verzekeringnemer is verschuldigd voor het risico van overlijden wordt vastgesteld volgens onderstaand tabel, aan de hand van de risicoleeftijd en het risicobedrag. (…)
De rekenleeftijd is de werkelijke leeftijd die de verzekerde heeft bereikt op de laatste polisverjaardag, (…). Het risicobedrag is het in het polisblad beschreven verzekerde bedrag bij overlijden, verminderd met de guldenswaarde. Elke kalendermaand wordt de verschuldigde premie vastgesteld en naar evenredigheid omgerekend in participaties van de van toepassing zijnde fondsen, waarna verrekening met het aantal reeds toegewezen participaties plaatsvindt. Als koersdatum geldt de tweede kalenderdag van de betreffende maand.

(…)

Artikel 20
Tussentijdse beëindiging
De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering door schriftelijke opzegging te doen beëindigen.
(…)
In alle andere gevallen van tussentijdse beëindiging wordt de guldenswaarde uitgekeerd. Als koersdatum geldt de dag waarop de verzekeringnemer de beëindiging wenst, echter niet eerder dan de dag waarop de Zwolsche Algemeene het schriftelijke verzoek tot beëindiging heeft bereikt. De guldenswaarde zal, voor zover deze het verzekerd bedrag bij overlijden overtreft, uitsluitend worden uitgekeerd indien ten genoegen van de Zwolsche Algemeene wordt aangetoond dat de verzekerde op de datum van beëindiging een goede gezondheid geniet."

2.5 Op de verzekering is de Riav 1994 van toepassing.

2.6 De verzekering is beëindigd per 2 januari 2008. De verzekeraar heeft toen de afkoopwaarde van € 38.502,- aan de consumenten overgemaakt.

2.7 Bij brief van brief van 12 augustus 2008 hebben de consumenten de verzekeraar aansprakelijk gesteld voor door hen ter zake van de verzekering geleden schade en de verjaring van eventuele rechtsvorderingen gestuit. Vanaf 2010 is daarover tussen de consumenten en de verzekeraar langdurig gecorrespondeerd. Dit heeft niet tot overeenstemming geleid waarna de klacht bij Kifid is ingediend.

De klacht en vordering

2.8 De consumenten vorderen dat de verzekeraar de waarde van de verzekering opnieuw berekent, waarbij niet overeengekomen inhoudingen achterwege worden gelaten en te hoge inhoudingen worden gecorrigeerd. De verzekeraar moet hen vervolgens het verschil tussen de nieuw berekende afkoopwaarde en de in 2008 berekende afkoop-waarde betalen.

Volgens de consumenten is de verzekeraar daartoe gehouden omdat de verzekeraar de consumenten voorafgaand aan dan wel bij het sluiten van de verzekering niet heeft geïnformeerd over de kosten die op zijn inleg in mindering zouden worden gebracht. Ook heeft de verzekeraar de consumenten niet geïnformeerd over de kosten die op de extra storting zouden worden ingehouden. Over deze kosten bestaat volgens de consumenten geen wilsovereenstemming. Daarnaast stellen de consumenten dat de verzekeraar heeft gerekend met onrealistische voorbeeldrendementen. Verder heeft de verzekeraar een onnodige overlijdensrisicodekking geadviseerd, aangezien de consumenten al een overlijdensrisicoverzekering hadden afgesloten. De consumenten stellen dat zij, als zij bij het sluiten van de verzekering correct door de verzekeraar waren geïnformeerd, de verzekering niet zouden zijn aangegaan.

Het verweer

2.9 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consumenten. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt de klacht van de consumenten onder meer 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 consumenten verstrekte informatie.

Hebben de consumenten bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.2 De consumenten beroepen zich allereerst op dwaling. Dit beroep gaat niet op. Uit de productdocumentatie blijkt zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was, een deel van de premie voor risico van de consumenten zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consumenten dat niet hebben begrepen komt dat voor hun risico.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan en is er sprake van wilsovereenstemming over de kosten?

3.3 De consumenten verwijten de verzekeraar dat de aan hen verstrekte informatie over de verzekering, en dan met name de informatie over de in rekening gebrachte eerste kosten, onvoldoende is. De commissie overweegt hierover als volgt.

3.4 Zoals onder 2.5 opgemerkt, was op het moment dat de consumenten de verzekering afsloten de Riav 1994 van toepassing. In artikel 2 van de Riav 1994 is opgenomen welke informatie de verzekeraar aan de verzekeringnemer diende te verstrekken.

Deze informatie diende de verzekeraar – conform artikel 2 lid 3 van de Riav 1994 – voor het sluiten van de verzekering dan wel gelijktijdig met het afgeven van het polisblad aan de verzekeringnemer te verstrekken. Informatie over de in rekening gebrachte (eerste) kosten behoorde echter niet tot de informatie die op grond van de Riav 1994 aan de verzekeringnemer diende te worden verstrekt, zodat de verzekeraar de consumenten op dit punt in overeenstemming met de Riav 1994 heeft geïnformeerd.

3.5 Aan de hand van het dossier is bovendien niet gebleken dat de verzekeraar meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan de kosten vermeld in de product-documentatie. Zowel de offerte als het polisblad maakt melding van de nominale premie en de investeringspremie. Het begrip 'investeringspremie' is in de voorwaarden bovendien nader gespecificeerd, namelijk als deel van de betaalde premie dat in een of meerdere fondsen belegd wordt. Uit het verschil tussen de nominale premie en de investeringspremie volgt dat en in welke omvang er inhoudingen (ten behoeve van de eerste kosten) zullen worden gedaan. Op het polisblad is duidelijk vermeld dat bij een te betalen premie van f. 410,- per maand de investeringspremie in de eerste vijf jaar f. 176,- per maand bedraagt en daarna f. 390,- per maand. Ook is vermeld dat de investeringspremie die voortvloeit uit de aanvullende betaling van f. 20.000,- f. 17.800,- bedraagt. Consumenten hadden kunnen en moeten begrijpen dat het verschil tussen die bedragen niet geïnvesteerd zou worden en dus niet aan hen ten goede zou komen. De consumenten zijn akkoord gegaan met (het verschil tussen) voornoemde premies en daarmee met de inhoudingen. Over deze inhoudingen bestond dan ook wilsovereenstemming. De omstandigheid dat de inhoudingen niet nader als 'eerste kosten' zijn genoemd, maakt het voornoemde niet anders.

3.6 De verzekeraar heeft verder dividendkosten en overlijdensrisicopremie ingehouden. De wijze waarop voornoemde inhoudingen werden berekend, is opgenomen in artikel 13 respectievelijk 16 van de voorwaarden. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze inhoudingen wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan.[1]

3.7 De commissie stelt – onder verwijzing naar CvB 2017-023A en 2020-017B – wel vast dat de verzekeraar ten aanzien van de afkoopwaarde niet alle informatie aan de consumenten heeft verstrekt waartoe hij op grond van de Riav 1994 gehouden was. Op grond van de Riav 1994 zijn verzekeraars namelijk gehouden om bij het opgeven van de wijze van berekening van de afkoopwaarde vooraf duidelijk te maken welke kostensoorten voor rekening van de verzekeringnemer zouden komen.

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

3.8 In de toelichting bij artikel 2 lid 2, onder k Riav 1994 is hierover te lezen:

"Met 'opgave' van de afkoop- en premievrije waarde (onderdeel k) wordt gedoeld op een eventuele gegarandeerde afkoop- of premievrije waarde, dit in tegenstelling tot een 'indicatie' van die waarden, of een opgave van de berekeningswijze."

3.9 In artikel 20 van de voorwaarden is bepaald dat een verzekeringnemer het recht heeft de verzekering tussentijds te beëindigen. Bij tussentijdse beëindiging wordt de guldenswaarde uitgekeerd. Daarbij geldt als koersdatum de dag waarop de verzekeringnemer de beëindiging wenst, maar niet eerder dan de dag waarop het beëindigingsverzoek verzekeraar heeft bereikt. Als deze guldenswaarde hoger is dan het verzekerd bedrag bij overlijden, moet worden aangetoond dat de verzekerde op de datum van beëindiging een goede gezondheid geniet.

3.10 De commissie stelt vast dat de verzekeraar in artikel 20 van de voorwaarden onvoldoende informatie over de afkoopwaarde heeft verstrekt. De verzekeraar heeft namelijk nagelaten om vooraf duidelijk te maken welke kostensoorten voor rekening van de verzekeringnemer zouden komen. Er is dus sprake van schending van art. 2 lid 2, onder k Riav 1994. Echter, het is niet gebleken dat de consumenten schade hebben geleden als gevolg hiervan. De verzekeraar heeft bij de afkoop immers geen kosten in rekening gebracht. De commissie zal dan ook geen gevolgen verbinden aan de vaststelling dat de verzekeraar in strijd met artikel 2 lid 2 onder k Riav 1994 heeft gehandeld.

3.11 De consumenten stellen verder dat de verzekeraar heeft gerekend met onrealistische voorbeeldrendementen en de verzekering niet heeft opgeleverd wat zij op grond van deze rendementen mochten verwachten. Uit de productdocumentatie blijkt zonder meer dat het ging om een beleggingsverzekering waarbij het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. 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 consumenten hadden dat kunnen en moeten begrijpen.

Is voldaan aan de informatieverplichtingen inzake de fondsbeheerskosten?

3.12 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consumenten hebben belegd. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door de verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen.

Wel moet de vraag worden beantwoord of de verzekeraar de consumenten over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement.[2]

3.13 De consumenten hebben de verzekering vóór 1 oktober 1998 afgesloten. Op dat moment was nog geen sprake van een verplichting voor de verzekeraars om verzekeringnemers over de fondsbeheerkosten te informeren.[3] Verder worden deze kosten niet door de verzekeraar gemaakt en in rekening gebracht maar door de (beheerder van de) fondsen waarin werd belegd, zodat het er niet om gaat of tussen de verzekeraar en de consumenten is overeengekomen dat deze in rekening mochten worden gebracht.[4] De vordering van de consumenten op dit punt zal dan ook te worden afgewezen.

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consumenten?

3.14 De consumenten stellen dat de verzekeraar hen destijds onnodig een overlijdensrisico-dekking heeft geadviseerd, omdat de consumenten kort daarvoor al een andere overlijdensrisicoverzekering hadden afgesloten. Uit de stukken blijkt dat de consumenten bij het afsluiten van de verzekering in combinatie met een hypothecaire geldlening zijn geadviseerd door een tussenpersoon. In overleg met deze tussenpersoon is kennelijk een inventarisatie gemaakt van de wensen en mogelijkheden van de consumenten, waarna een offerte is aangevraagd bij de verzekeraar. Naar aanleiding daarvan is door de tussenpersoon een aanvraagformulier ingevuld voor de verzekering en de consumenten hebben dat aanvraagformulier ondertekend. In het aanvraagformulier is ook de vraag opgenomen of de afgelopen drie jaar één of meer levensverzekering(en) zijn afgesloten met een overlijdensrisico. Bij die vraag is ja aangekruist en met de hand bijgeschreven: "*wordt geroyeerd per 1-5-1996*". Op basis van deze informatie mocht de verzekeraar er van uitgaan dat een en ander door de tussenpersoon met de consumenten was besproken en dat was onderzocht of de aangevraagde verzekering passend was bij de wensen en mogelijkheden van de consumenten en op welke wijze zou worden omgegaan met de eerder afgesloten verzekeringen. De verzekeraar hoefde dat vervolgens niet nog eens zelf te onderzoeken. De verzekeraar was immers niet de adviseur van de consumenten. De klacht van de consumenten kan daarom niet slagen.

Conclusie

3.15 Hiervoor is vastgesteld dat de verzekeraar niet alle informatie waartoe hij op grond van de Riav 1994 gehouden was aan de consumenten heeft verstrekt. Dit heeft echter niet geleid tot enige schade aan de zijde van de consumenten.

[2] CvB 2018-010, overweging 5.10.
[3] CvB 2017-035 overweging 4.30
[4] CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.2.3, 5.16 en 5.17

De inhoudingen die de verzekeraar op de verzekering van de consumenten in mindering heeft gebracht staan in de productdocumentatie vermeld, zodat hierover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Nu voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar jegens de consumenten tekort is geschoten zal de vordering van de consumenten worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden

In regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022 is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Bij de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen neemt de Geschillencommissie een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB) als uitgangspunt. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB over beleggingsverzekeringen kort weergegeven.

Informatie over de beleggingsverzekering

4.1 Uitgangspunt is steeds dat de verzekeraar verplicht is om voorafgaand of bij de totstandkoming van de beleggingsverzekering de op grond van de op dat moment geldende wet- en regelgeving voorgeschreven informatie aan de consument te verstrekken. Met regelgeving bedoelt de CvB onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). De verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

Wilsovereenstemming over de kosten

4.2 Uit de uitspraken van de CvB volgt, kort samengevat, dat de verzekeraar een kostensoort slechts in rekening mag brengen als daarover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Leidend daarbij is of uit de door de verzekeraar verstrekte informatie over het product valt af te leiden welke kosten in rekening worden gebracht. Oftewel de consument wist bij aanvang van de verzekering of had bij aanvang van de verzekering kunnen weten welke kosten in rekening zouden worden gebracht. Als wilsovereenstemming over kosten of een bepaalde kostensoort ontbreekt, moeten de ten onrechte in rekening gebrachte bedragen aan de waarde van de verzekering worden toegevoegd en mogen deze in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht. Als de verzekering al is beëindigd moet de afkoopwaarde of eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna onder 1.4.

Richtlijn oneerlijke bedingen

4.3 Een (kosten)beding moet op grond van Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Voor dit vereiste van transparantie is niet voldoende dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft (dat wil zeggen de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hem of haar voortvloeien kan inschatten. Vergelijk CvB 2018-041, rechtsoverweging 4.5.3. Het betreffende (kosten)beding kan als onredelijk bezwarend buiten toepassing worden gelaten.

Fondsbeheerkosten (TER)

4.4 De verzekeraar hoefde vóór de invoering van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER. Verder worden deze kosten niet door de verzekeraar gemaakt maar door derden zodat het er niet om gaat of partijen zijn overeengekomen dat de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.2.3, 5.16 en 5.17). Vanaf 1 oktober 1998 moest de verzekeraar de verzekeringnemer over de TER informeren op grond van Hoofdstuk III, artikel 02 van de CRR 1998. Hiermee werd invulling gegeven aan de verplichting die artikel 2, lid 2 onder q Riav 1998 op de verzekeraar legt, om de verzekeringnemer in kennis te stellen van de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden van de verzekering (CvB 2017-035, rechtsoverweging 4.30). Als de verzekeraar deze informatie-verplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

Overlijdensrisicodekking

4.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat overlijdensrisico-premie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekerings-overeenkomst. Voor zover gesteld wordt dat de verzekeraar een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht, moet de consument aannemelijk maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd. Daarnaast moet hij ook aannemelijk maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.21 t/m 5.24).

Het hefboom- en inteereffect

4.6 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt en dat als gevolg daarvan bij een eventueel vóóroverlijden geen overlijdensuitkering meer kan worden uitgekeerd. De consument moet het bestaan van dit bijzondere risico aannemelijk maken (CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51). Als de verzekeraar bij het bestaan van dit bijzondere risico verzuimd heeft voor dit bijzondere risico te waarschuwen schiet hij tekort. Die tekortkoming is onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29 en 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

4.7 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, hij een andere beslissing had genomen dat hij nu gedaan heeft. De (omvang van de) schade moet worden vastgesteld door een vergelijking te maken tussen de feitelijke situatie na het tekortschieten en de situatie waarin de consument zou hebben verkeerd als de verzekeraar niet zou zijn tekortgeschoten. Kan de omvang van de schade niet nauwkeurig worden vastgesteld, dan wordt zij geschat op grond van artikel 6:97 tweede zin BW (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.35; 2017-035, rechtsoverwegingen 4.76 en 4.78; CvB 2017-036, rechtsoverwegingen 4.8.3 en 4.8.4).