Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-1069

(mr. F.H.E. Boerma, voorzitter en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	5 december 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	Relevante bepalingen uit de productdocumentatie

Samenvatting

Beleggingsverzekering. AMEV Beleggingsverzekering, afgesloten in 2005. De commissie oordeelt dat in de voorwaarden geen sprake is van oneerlijke bedingen, dat over de ingehouden kosten wilsovereenstemming heeft bestaan, dat geen sprake is van ongerechtvaardigde verrijking of bedrog en dat de aanpassing van de verzekering in 2018 voor de consument niet tot enig nadeel heeft geleid.

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 en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde A. Esser (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 door bemiddeling van een tussenpersoon met ingang van 7 november 2005 een beleggingsverzekering bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar, met de naam AMEV Beleggingsverzekering. De einddatum van de verzekering was 7 september 2031. De premie bedroeg € 150,- per maand. De consument heeft een eerste storting gedaan van € 3.150,-. De verzekering is een zogenaamde universal life verzekering.

2.2 Verzekerd bij leven op einddatum was een lijfrentekapitaal gelijk aan een bedrag ter grootte van de waarde van de verzekering bij verkoop. Verzekerd bij overlijden was een lijfrente-kapitaal ter grootte van alle tot dan toe betaalde premies, of, bij overlijden vóór 7 november 2018 een bedrag ter grootte van de waarde van de verzekering vermeerderd met 10% als dit meer geweest was.

2.3 Voorafgaand of bij afsluiten van de verzekering zijn volgens opgave van de verzekeraar de volgende documenten aan de consument verstrekt:

- een aanvraagformulier;
- een polisblad;
- een Toelichting Beleggingsverzekering;
- een financiële bijsluiter; en
- de Algemene voorwaarden van de verzekering Model LNAV/W221.

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

2.4 Tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument waardeoverzichten ontvangen, vanaf 2008 conform het Model De Ruiter.

2.5 In juli 2011 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij op grond van de compensatieregeling van de verzekeraar niet in aanmerking komt voor compensatie voor te hoge kosten.

2.6 Per 9 februari 2018 is de verzekering omgezet naar een nieuw administratiesysteem.

2.7 De consument heeft de verzekering per 21 september 2020 afgekocht. De afkoopwaarde bedroeg € 39.381,37.

De klacht en vordering

2.8 De consument klaagt dat sprake is van oneerlijke bedingen in de overeenkomst. Deze bedingen moeten worden vernietigd en buiten toepassing worden gelaten en de verzekeraar moet een herberekening maken van de afkoopwaarde, zonder inhouding van de kosten en vermeerderd met het historisch gemiddeld rendement van 7%, wat tot een primaire vordering van € 11.137,- leidt. Subsidiair vordert de consument € 9.464,03, welk bedrag is gebaseerd op vergoeding van de wettelijke rente vanaf het moment van inhouding van de kosten. Vanaf het moment van afkoop moet de verzekeraar wettelijke rente over de nieuw berekende afkoopwaarde vergoeden. De consument vordert verder vergoeding van € 2.500,- voor de kosten van bijstand door zijn gemachtigde en kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid.

2.9 De voorwaarden hadden vooraf aan het aangaan van de overeenkomst aan de consument moeten worden verstrekt. Dit is niet gebeurd, wat niet transparant is.

De consument doet verder een beroep op het arrest van het Hof Den Haag van 26 september 2023 (ECLI:NL:GHDHA:2023:1854). De bedingen die betrekking hebben op de eerste kosten en aan- en verkoopkosten zijn oneerlijk en verrassingsbedingen, net zoals het beding dat betrekking heeft op de beheerkosten. Voor dit laatste beding doet de consument ook een beroep op de contra proferentem-regel (in geval van twijfel moet worden beslist in voordeel van de consumenten). De consument vergelijkt de kosten die de verzekeraar inhoudt met de kosten die door andere (eerlijke en transparante) verzekeraars zijn ingehouden en die veel lager zouden liggen. Ook doet de consument een beroep op de zogenaamde blauwe lijst, waar de artikelen 12.1, 14.1 en 21.10 op zouden staan, en die volgens die lijst oneerlijk zijn. Ten slotte is het beding dat betrekking heeft op de overlijdens-risicopremie oneerlijk.

2.10 In 2018 heeft de verzekeraar de verzekering aangepast, terwijl hij niet eenzijdig wijzigingen in de overeenkomst mocht doorvoeren. Dit staat ook op de blauwe lijst.

2.11 De verzekeraar heeft de Gedragscode uit 2002 overtreden, omdat de consument niet voor het afsluiten van de overeenkomst de relevante beschikbare informatie of heldere voorlichting heeft ontvangen. De verzekeraar heeft ook de Gedragscode van 2018 overtreden.

2.12 Over het inhouden van de kosten bestaat geen wilsovereenstemming. Op het polisblad en het aanvraagformulier staat namelijk dat voor 100% in het mixfonds zou worden belegd. Daar stond niet dat een groot deel van de premie niet zou worden belegd. Kosten werden niet vermeld. Omdat de consument de voorwaarden niet heeft ontvangen, mocht de consument er gerechtvaardigd op vertrouwen dat wat op het aanvraagformulier en polis-blad stond, juist was. Verder geldt dat op grond van het Besluit financiële bijsluiter 2005 informatie moest worden verstrekt over de aan het product verbonden kosten en over de kosten die verbonden zijn aan tussentijdse opzegging. Dit heeft de verzekeraar niet gedaan, wat er ook toe leidt dat geen wilsovereenstemming over de kosten bestaat.

2.13 Tenslotte is sprake van bedrog omdat de verzekeraar de in te houden kosten heeft verzwegen. Daarbij heeft de verzekeraar te kwader trouw gehandeld. Ook is sprake van ongerechtvaardigde verrijking, omdat er alleen een rechtsgrondslag bestond voor het inhouden van de premie, die voor 100% bedoeld was om in het mixfonds te beleggen.

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

Centrale vraag

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar in de toepasselijke voorwaarden oneerlijke bedingen heeft opgenomen. De commissie is van oordeel dat dit niet zo is en legt hieronder uit waarom.

Oneerlijke bedingen

3.2 Op grond van de Europese richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is een beding oneerlijk als het in strijd met de goede trouw het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. Bij de beoordeling of dit zo is worden alle omstandigheden rond de sluiting van de overeenkomst en de andere bedingen van de overeenkomst, op het moment waarop de overeenkomst is gesloten in aanmerking genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met de aard van de goederen of diensten waarop de overeenkomst betrekking heeft (artikel 3 lid 1 en 2).

3.3 Ook als moet worden aangenomen dat een beding niet transparant is in de zin van art. 5 van de richtlijn, dan is het daarmee nog niet oneerlijk of onredelijk bezwarend. Daarvoor is noodzakelijk dat dit beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoren.

3.4 In een bijlage bij de richtlijn is een indicatieve lijst opgenomen van bedingen die als oneerlijk kunnen worden aangemerkt. Deze – hiervoor al genoemde – lijst heet ook wel de ‘blauwe lijst’.

3.5 De consument stelt dat ten aanzien van de verzekering sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die buiten toepassing moeten blijven en dat als gevolg daarvan geen van de ingehouden eerste en doorlopende kosten van de verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. Volgens de consument zijn de bedingen niet transparant en is sprake van een aanzienlijke verstoring van het evenwicht tussen partijen, ten nadele van de consument. De commissie zal daarom de vraag moeten beantwoorden of de verzekeraar in de toepasselijke voorwaarden oneerlijke bedingen heeft opgenomen.

3.6 Zoals de commissie hierboven al heeft overwogen, brengt het gegeven dat bepaalde bedingen in de voorwaarden niet voldoende duidelijk of transparant zijn nog niet met zich dat deze daarmee oneerlijk zijn in de zin van de richtlijn.

In dit verband merkt de commissie ten aanzien van de kostenbedingen op dat – in tegenstelling tot wat de consument stelt - niet is gebleken dat de totale door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten, disproportioneel hoog waren, in verhouding tot het totale kostenniveau van vergelijkbare universal life producten. De verzekering kwam ook niet voor een vergoeding voor te hoge kosten uit hoofde van de compensatieregeling in aanmerking (zie nummer 2.5). Verder is niet gebleken dat andere onderdelen van de bedingen, zoals een bepaalde systematiek, in vergelijking met soortgelijke verzekeringen mogelijk zó nadelig waren dat de verzekeraar er niet redelijkerwijs vanuit mocht gaan dat de consument de bedingen ook zou hebben aanvaard als daarover afzonderlijk zou zijn onderhandeld.[1] Verder geldt dat de omstandigheid dat sommige verzekeraars over bepaalde kostensoorten meer informatie hebben verstrekt en/of minder hoge tarieven in rekening brachten, nog niet betekent dat de bedingen in de verzekering van de consument oneerlijk maakt.[2] Wat de consument in dit verband heeft gesteld over de (hoogte van de) eerste kosten en de aan- en verkoopkosten zal de commissie daarom verder in het midden laten. Dat de eerste kosten gedurende de eerste 10 jaren van de looptijd van de verzekering in rekening werden gebracht, maakt het daarop betrekking hebbende beding ten slotte ook niet oneerlijk.

3.7 Ten aanzien van de fondsbeheerkosten heeft de consument een beroep gedaan op de contra proferentem-regel. De commissie overweegt dat deze regel, die is neergelegd in artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW), inhoudt dat bij twijfel over de betekenis van een bepaling de voor de consument meest gunstige uitleg voorgaat. De consument stelt dat hij ervan uit mocht gaan dat met kosten voor beheer van de fondsen de beheer-kosten (TER) van de onderliggende fondsbeheerders werden bedoeld. De commissie is echter van mening dat deze lezing van de consument van artikel 6 van de voorwaarden niet redelijk is. Artikel 6.1 en 6.2 maken duidelijk onderscheid tussen de kosten die worden gemaakt om de beleggingsopbrengsten te verkrijgen en die daarvan direct worden afgetrokken (de fondsbeheerkosten of TER) en de kosten van beheer van de fondsen door de verzekeraar, die conform artikel 11.1 van de voorwaarden worden verrekend met de waarde van de verzekering. De commissie wijst erop dat het onderscheid tussen beide kostensoorten ook duidelijk blijkt uit de toelichting bij de verzekering (zie bijlage). Dat niet de verzekeraar maar de fondsbeheerder de onderliggende fondsen beheert, maakt het artikel 6.2 ten slotte niet oneerlijk. Niet is gebleken dat tegenover de door de verzekeraar gerekende beheerskosten geen prestatie staat.

3.8 De consument heeft gesteld dat een aantal kostenbedingen verrassingsbedingen zijn. De commissie begrijpt deze stelling zo dat de consument ook hiermee bedoelt dat de bedingen oneerlijk zijn, in die zin dat de bedingen niet vermelden hoe hoog de verschillende kosten-soorten zijn en dat de verzekeraar als gevolg daarvan de hoogte deze kosten zou kunnen wijzigen. Niet is komen vast te staan dat de verzekeraar dit heeft gedaan, zodat de commissie niet verder op deze stelling ingaat.

[1] Vergelijk GC Kifid 2023-0165, nummer 3.8
[2] Vergelijk CvB Kifid 2023-0038 onder 5.34

Dit geldt ook voor de stelling van de consument dat de artikelen 12.1, 14.1 of 21.10 oneerlijke bedingen zijn. Niet is komen vast te staan dat sprake is geweest van één van de in die artikelen genoemde situaties. De commissie zal daarom niet onderzoeken of deze bedingen al dan niet oneerlijk (kunnen) zijn. Ook als dit wel zo zou zijn, dan kan dit immers niet tot toewijzing van (enig deel van) de vordering van de consument leiden.[3]

3.9 Voor zover de consument met zijn betoog dat de verzekeraar in strijd heeft gehandeld met de Gedragscode verzekeraars (uit 2002 en 2018) en het Besluit financiële bijsluiter 2005, wil onderbouwen dat de verzekeraar in strijd heeft gehandeld met het transparantievereiste, verwijst de commissie naar hetgeen zij onder nummer 3.3 over het transparantievereiste heeft overwogen. Zij zal in dit verband daarom niet verder op deze stellingen van de consument ingaan.

3.10 De commissie concludeert dat in het licht van alle omstandigheden van het geval, niet kan worden aangenomen dat als gevolg van de door de consument genoemde bedingen, in strijd met de goede trouw, sprake is van een aanzienlijke verstoring van het evenwicht ten nadele van de consument in de zin van artikel 3 van de richtlijn.

Overlijdensrisicopremie

3.11 De consument stelt dat de verzekeraar hem kenbaar had moeten maken hoe hoog de overlijdenrisicopremies zouden zijn bij een bepaald verzekerd kapitaal, door middel van een premietabel. De verzekeraar heeft dit niet gedaan zodat de premies volgens de consument mogelijk tijdens de looptijd konden worden aangepast. De commissie overweegt dat ook als moet worden aangenomen dat het beding over de overlijdensrisicopremie niet transparant is, daarmee nog niet gezegd dat het beding oneerlijk is. Daarvoor is, zoals hierboven onder nummer 3.3 is overwogen, noodzakelijk dat het in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. De consument heeft geen feiten en omstandigheden naar voren gebracht op grond waarvan kan worden geconcludeerd dat deze situatie zich hier heeft voorgedaan.[4]

Wilsovereenstemming

3.12 De consument stelt dat hij de voorwaarden niet op tijd heeft ontvangen en er daarom op mocht vertrouwen dat de premies voor 100% in het mixfonds zouden worden belegd. Over (de inhouding van) kosten zou daarom geen wilsovereenstemming bestaan. In dit verband heeft de consument ook aangevoerd dat de verzekeraar – in strijd met de gedragscodes uit 2002 en 2018 en het Besluit financiële bijsluiter 2005 – niet transparant is geweest over de kosten. Dit betoog van de consument gaat niet op. De voorwaarden zijn verstrekt bij de afgifte van het polisblad en daarmee en conform artikel 6:234 lid 1 BW ter hand gesteld.

[3] Vergelijk CvB Kifid 2023-0038 onder 5.33
[4] Vergelijk CvB 2023-0038, onder 5.32

Zij zijn dan ook van toepassing, zodat – zoals de Geschillencommissie ook in eerdere uitspraken heeft geoordeeld - wilsovereenstemming bestaat over alle in de voorwaarden genoemde kosten.[5]

Ongerechtvaardigde verrijking en bedrog

3.13 De consument stelt dat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking. Dit beroep is ongegrond. Voor een schadevergoeding op grond van ongerechtvaardigde verrijking is in beginsel geen plaats als er een juridische grondslag is voor de betalingen aan de verzekeraar.[6] De mogelijke verrijking van de verzekeraar is dan niet ongerechtvaardigd. In dit geval is sprake van een grondslag voor de 'verrijking' van de verzekeraar, namelijk de verzekeringsovereenkomst. Deze biedt – in tegenstelling tot hetgeen de consument stelt – ook een grondslag voor het doorberekenen van de kosten, niet enkel voor het betalen van de premie.[7]

3.14 Ook het beroep van de consument op bedrog faalt. Hij stelt dat de verzekeraar verplicht was hem te informeren over (de hoogte van) de kosten en dat de verzekeraar dit bewust, te kwader trouw, heeft verzwegen. Voor een geslaagd beroep op bedrog moet echter komen vast te staan dat de verzekeraar de consument tot het sluiten van de verzekering heeft bewogen door een opzettelijk daartoe gedane onjuiste mededeling, door het opzettelijk daartoe verzwijgen van enig feit dat de verzekeraar verplicht was mede te delen, of door een andere kunstgreep.[8] Naar het oordeel van de commissie is niet komen vast te staan dat de verzekeraar opzettelijk over (de hoogte van) de kosten heeft gezwegen met het oogmerk om de consument ertoe te bewegen de verzekering af te sluiten.[9]

Wijziging verzekering

3.15 De consument stelt dat de verzekeraar in 2018 eenzijdig de verzekering heeft aangepast, terwijl deze daartoe niet bevoegd was. De commissie overweegt dat de verzekeraar de wijziging heeft toegelicht en daarbij aan de hand van een tweetal jaaroverzichten heeft uitgelegd dat dezelfde kosten in rekening worden gebracht, maar dat de naam van de kosten is gewijzigd, om beter aan te sluiten bij het Model De Ruiter. De commissie stelt vast dat over het jaar 2019 blijkens dit overzicht (en de betreffende waardeoverzichten) niet meer kosten in rekening zijn gebracht dan over het jaar 2016. In 2020 is de verzekering afgekocht. De wijzigingen hebben dus geen (negatieve) invloed heeft gehad op de hoogte van de in rekening gebrachte kosten. Daarmee staat vast dat de consument geen nadeel heeft ondervonden door de wijziging. Ook dit klachtonderdeel slaagt daarom niet.[10]

---

[5] Vergelijk onder meer GC Kifid 2023-0165, onder 3.5 en GC Kifid 2024-0132, onder 3.10
[6] Zie hiervoor artikel 6:212 BW
[7] Vergelijk CvB 2023-0038, onder 5.36
[8] Zie hiervoor artikel 3:44 BW
[9] Vergelijk CvB Kifid 2023-0038, onder 5.35
[10] Vergelijk GC Kifid 2023-0792, onder 3.15

Conclusie

3.16 De commissie concludeert dat in de voorwaarden geen sprake is van oneerlijke bedingen, dat over de ingehouden kosten wilsovereenstemming heeft bestaan, dat geen sprake is van ongerechtvaardigde verrijking of bedrog en dat de aanpassing van de verzekering in 2018 voor de consument niet tot enig nadeel heeft geleid.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering 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 april 2024, 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 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit de productdocumentatie

Toelichting Beleggingsverzekering

Premie overlijdensdekking
De premie voor de overlijdensdekking wordt iedere maand onttrokken aan de waarde van de verzekering. De hoogte van de premie voor de overlijdensdekking is afhankelijk van de uitkering bij overlijden, het geslacht en de leeftijd van de verzekerde.

Kosten
De kosten bestaan uit een aantal componenten

- Kosten verband houdend met het totstandkomen van de verzekering;
- Kosten in verband met het beheer van de verzekering;
- Kosten in verband met het beheer van de beleggingen

Algemene voorwaarden

Uitmiddenkoers
Fondswaarde gedeeld door het aantal uitstaande units van het betreffende fonds.

Aankoopkoers
Koers waartegen de verzekeringnemer units kan aankopen bij [verzekeraar]. De aankoopkoers is gelijk aan de met een percentage verhoogde unitmiddenkoers

Verkoopkoers
Koers waartegen de verzekeringnemer units kan verkopen bij [verzekeraar]. De verkoopkoers is gelijk aan de unitmiddenkoers.

Artikel 6 Fondsen
6.1 Beleggingsbeleid
De voor belegging in de fondsen beschikbare gelden worden belegd in beleggingsobjecten van het fonds. [...]
De beleggingsopbrengsten worden bepaald onder aftrek van de directe kosten die moeten worden gemaakt om deze beleggingsopbrengsten te verkrijgen.

6.2 Beheer
Voor het beheer van de fondsen worden beheerskosten in rekening gebracht. De hoogte van de beheerskosten zijn afhankelijk van het gekozen fonds en worden maandelijks op de in artikel 11 omschreven wijze verrekend met de waarde van de verzekering.

Artikel 9 Risicodekking
9.1 Overlijdensdekking
Indien en voorzover dit uit het polisblad blijkt is een overlijdensdekking verzekerd.

De hoogte van de overlijdensdekking is in het polisblad omschreven. De voor de overlijdensdekking verschuldigde risicopremie wordt maandelijks vastgesteld.
Deze risicopremie wordt op de in artikel 11 omschreven wijze maandelijks met de waarde van de verzekering verrekend.

Artikel 1 1 Verrekening risicopremie en kostenvergoedingen
11.1 Maandelijkse verrekening risicopremie en kostenvergoedingen
Maandelijks worden een risicopremie en een vergoeding voor kosten verrekend met de waarde van de verzekering. Als vergoeding voor kosten wordt ook gedurende de eerste tien jaar volgend op de ingangsdatum van de verzekering en volgend op een verhoging van de premie kosten verrekend met de waarde van de verzekering. Het betreft hier de kosten die gemaakt zijn in verband met de totstandkoming van de verzekering en bij een verhoging van de premie. Een verrekening ten laste van de waarde van de verzekering vindt plaats door een onttrekking aan de waarde van de verzekering. [...] De verrekening van kosten in de in de artikelen 9.1, 9.2 en 9.3 bedoelde risicopremie vindt ook plaats, indien om wat voor reden dan ook, geen premie meer wordt betaald.

Artikel 12 Onttrekking
12.1 Volledige onttrekking
De verzekeringnemer heeft, mits dit fiscaal is toegestaan, het recht om met een volledige onttrekking de verzekering te beëindigen. De onttrekking is maximaal gelijk aan de waarde van de verzekering bij verkoop, mits sinds de ingangsdatum van de verzekering of de verhoging van de premie tenminste tien jaar zijn verstreken. Bij een volledige onttrekking binnen tien jaar na de ingangsdatum van de verzekering of na een verhoging van de premie, vindt er een kostenverrekening ineens plaats en worden niet verrekende kosten met de waarde van de verzekering verrekend. Het betreft hier de kosten die gemaakt zijn in verband met de totstandkoming van de verzekering of bij een verhoging van de premie. Eventueel te restitueren kosten worden aan de waarde van de verzekering toegevoegd. [...].

Artikel 14 Aanpassing risicopremies en kostenvergoedingen
14.1 Risicopremies en kostenvergoedingen
De voor deze verzekering geldende risicopremies voor de overlijdensdekking en de hoogte van de kostenvergoedingen zijn gedurende een tijd van vijf jaar vanaf de ingangsdatum gegarandeerd. [Verzekeraar] heeft het recht om daarna aan het begin van ieder nieuw tijdvak van vijf jaar de risicopremies en de hoogte van de kostenvergoeding zijn gedurende het nieuwe tijdvak van vijf jaar gegarandeerd. [...]

Artikel 21 Slotbepalingen
21.10 Wijziging voorwaarden
[Verzekeraar] behoudt zich het recht voor de algemene voorwaarden periodiek aan te passen, onder andere aan gewijzigde inzichten en omstandigheden en de nieuwe algemene voorwaarden van toepassing te verklaren. Na mutatie van een polis zijn de nieuwste algemene voorwaarden van toepassing.