Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0570
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. S.H.M. Koeleman, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 24 maart 2015
Ingediend door	: De consument, vertegenwoordigd door de heer [naam vertegenwoordiger]
Tegen	: AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 23 juni 2021
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlagen	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering afgesloten in 2005. De consument stelt dat de vergoeding van de tussenpersoon niet in een redelijke verhouding staat met de werkzaamheden die de tussenpersoon heeft verricht. Bovendien stelt de consument onvoldoende te zijn geïnformeerd over deze kosten voor de tussenpersoon en zou de consument de verzekering niet hebben afgesloten als zij had geweten welk deel van de kosten naar de tussenpersoon ging. De commissie stelt vast dat de consument over alle kosten en inhoudingen, waaronder de kosten voor de tussenpersoon, is geïnformeerd en dat over de kosten ook wilsovereenstemming heeft bestaan. De verzekeraar was ten tijde van het afsluiten van de verzekering niet verplicht te vermelden welk deel van de kosten voor de tussenpersoon bestemd was. Van de door de consument gestelde dwaling is niet gebleken. Vordering 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 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

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

Na het indienen van de klacht heeft de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: CvB) een aantal uitspraken gedaan in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen.

Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die de commissie richtinggevend acht voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen. Deze uitspraken zijn bekend en terug te vinden als: CvB 2017-023A, CvB 2017-035, CvB 2017-036, CvB 2017-043 en CvB 2018-019. Partijen hebben geen inhoudelijke reactie ingediend.

1.2 Op 14 april 2021 heeft er ten kantore van het Kifid een hoorzitting met partijen plaatsgevonden. Partijen zijn aldaar verschenen.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 maart 2005 een beleggingsverzekering onder de naam Aegon Levensloop Pensioen, (hierna: de verzekering), gesloten bij de verzekeraar. De verzekering heeft een lijfrenteclausule en heeft een looptijd van 32 jaar.

2.2 De verzekering is een beleggingsverzekering waar (bij ongewijzigde premiebetaling van € 550,00 per maand) het volgende is verzekerd:

- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan € 305.779,00 of de waarde van de verzekering indien dit meer is;
- een uitkering bij overlijden voor 1 april 2021 van 110% van de opgebouwde waarde en bij overlijden tussen 1 april 2021 en de einddatum (1 maart 2037) een uitkering van de opgebouwde waarde.

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

- een offerte gedateerd 28 februari 2005 met financiële bijsluiter
- een aanvraagformulier getekend op 2 maart 2005
- een polisblad gedateerd 17 maart 2005
- de algemene voorwaarden van universal life verzekering nr. U10
- het document “beleggingsinformatie van uw Aegon Levensloop Pensioen L60644085” aangemaakt op 7-03-2005
- het boekje “wat u moet weten over uw AEGON Levensloop Verzekering”

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.

2.4 Op de verzekering is de volgende regelgeving van toepassing:
a. Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998
b. Code Rendement en Risico (CRR) 2004
c. Nadere Regeling financiële bijsluiter 2002

2.5 In de offerte staat onder andere het volgende vermeld:

"(…) ***Fondskeuze en voorbeeldkapitalen op 01-03-2037***

	Uw Fondskeuze	*Historisch Rendement*	*Voorbeeld kapitaal*		*Netto rendement*
AEGON Mix Fund	*100%*	*9,15%*	*EUR*	*764.540*	*7,0%*
Pessimistisch rendement			*EUR*	*330.127*	*2,6%*
Bruto rendement 4%			*EUR*	*299.651*	*2,0%*

<u>Garantiekapitaal op einddatum</u>
Op grond van uw fondskeuze en de hoogte van de uitkering bij overlijden, bedraagt de garantie van het kapitaal bij leven op de einddatum EUR 305.779. (…)

<u>Kosten</u>
Iedere betaling wordt belegd in één of meerdere fondsen na aftrek van:
- *2,00% doorlopende kosten*
- *0,50% aankoopkosten*

Uit de fondsen wordt iedere maand onttrokken:
- *een bedrag als vergoeding voor kosten die verband houden met het afsluiten van de verzekering; de eerste 10 jaar is dit EUR 139,12 en daarna EUR 3,16 tot de einddatum premiebetaling.*
- *EUR 1,81 als vergoeding voor kosten die verband houden met de administratie van de verzekering.*
- *0,045% van de belegde waarde als vergoeding voor kosten die verband houden met de administratie van de belegging.*

Daarnaast zijn er kosten van de fondsbeheerder. Deze kosten van de fondsbeheerder zijn verrekend in de koersen van de betreffende fondsen. Voor de hoogte van deze kosten verwijzen wij u naar "De beleggingsfondsen van AEGON Levensloop Pensioen" in deze offerte. (…)"

2.6 In de bij de offerte bijgesloten financiële bijsluiter staat onder andere het volgende:
"(…) Deze verzekeringsovereenkomst is een overeenkomst voor de lange termijn. Indien u deze verzekeringsovereenkomst voortijdig beëindigt gedurende de eerste jaren van de looptijd, kunt u beduidend minder ontvangen dan u aan premies ingelegd heeft.

Onder netto rendement wordt verstaan het rendement op uw totale betaling over de volle looptijd, waarmee het berekende voorbeeldbedrag op de einddatum wordt bereikt. Bij pessimistische rendementsontwikkelingen bedraagt het netto rendement op de premie(s) op de einddatum 2,6% per jaar. Bij een bruto voorbeeldrendement van vier procent bedraagt het netto rendement op de premie(s) op de einddatum 2,0% per jaar. Op basis van het historisch rendement bedraagt het netto rendement op de premie(s) op de einddatum 7,0% per jaar. Het verschil tussen het voorbeeldpercentage en het netto rendement op de premies is een vergoeding voor de risicodekking en de kosten. (…)

Daarnaast worden maandelijks onttrekkingen gedaan om de risicodekking te financieren. Deze onttrekking is afgestemd op de actuele leeftijd en het geslacht van de verzekerde en het benodigde risicokapitaal in die betreffende maand. Het risicokapitaal is het verschil tussen het verzekerde kapitaal en de belegde waarde aan het begin van de betreffende maand. De kosten van de fondsbeheerder zijn verwerkt in de koersen van de betreffende fondsen. (…)"

2.7 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:
"(…) ***4. Beleggen in fondsen***
4.1 Het voor belegging beschikbare gedeelte van de premie wordt door de verzekeraar belegd in één of meer met de verzekeringnemer overeengekomen fondsen. Voor belegging is beschikbaar: de premie verminderd met de kosten die verband houden met het incasseren van de premie en de kosten die verband houden met de aan- en/of verkoop van beleggingen.

4.2 Maandelijks worden de risicopremie en de kosten verrekend met de in de fondsen aanwezige belegde waarde.
De kosten bestaan uit:
a de kosten die verband houden met het sluiten van de verzekering;
b de kosten die verband houden met het beheer en administratie van de verzekering;
c de kosten die verband houden met het beheer en administratie van de beleggingen.

4.3 Onder risicopremie wordt verstaan: de premie die, over de gehele looptijd van de verzekering, aan het begin van elke maand nodig is om de overlijdensdekking over die maand te handhaven. (…)"

2.8 In het boekje "wat u moet weten over uw AEGON Levensloop Verzekering" staat onder andere het volgende:
"(…) AEGON Mix Fund (…)
De kosten van de fondsbeheerders zijn op jaarbasis 0,49% beheerkosten en (geschat) 0,03% overige kosten over de vermogenswaarde van het fonds. (…)"

2.9 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering door middel van waarde-overzichten geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie de Ruiter.

2.10 De consument heeft op 16 februari 2015 telefonisch geklaagd bij de verzekeraar en vervolgens na de schriftelijke reactie van de verzekeraar daarop van 19 februari 2015 haar klacht op 24 maart 2015 ter behandeling voorgelegd aan het Kifid.

2.11 De verzekeraar heeft voorafgaand aan de hoorzitting een overzicht overgelegd van de kosten en de overlijdensrisicopremie die ten laste van de verzekering in rekening zijn gebracht.

De klacht en vordering

2.12 De consument vordert dat de verzekeraar een deel van de door de consument betaalde kosten voor de tussenpersoon aan hem vergoedt. In totaal is volgens de consument ongeveer € 12.000,00 van zijn premie betaald aan de tussenpersoon. Dit is exclusief gederfde rente en rendementswinst. Een redelijke en billijke prijs voor de door de tussenpersoon verrichte diensten zijn in de ogen van de consument de momenteel gangbare vergoedingen in de financiële sector voor dergelijke diensten, zoals bij het afsluiten van een hypotheek. De consument schat dit op een bedrag tussen de € 750,00 en € 1.500,00. De consument vordert het verschil tussen de daadwerkelijk ingehouden kosten en de door de consument geschatte redelijke kosten.

2.13 Volgens de consument is de verzekeraar tot de vergoeding verplicht om de volgende redenen:

- De vergoeding van de tussenpersoon staat niet in een redelijke verhouding met de werkzaamheden die de tussenpersoon heeft verricht. De tussenpersoon heeft drie offertes uitgebracht en met de consument twee gesprekken gevoerd waarin hij een klein uur advies heeft gegeven. Bovendien heeft de tussenpersoon ook nog eens een ondeugdelijk advies gegeven door de consument een product te adviseren met te hoge kosten die niet in verhouding staan tot de geleverde diensten. De consument heeft gedurende tien jaar een substantieel bedrag betaald als vergoeding voor de werk-zaamheden van de tussenpersoon en dit beloopt ongeveer € 12.000,00.

- De consument heeft bij het adviesgesprek gevraagd naar de vergoeding van de tussenpersoon. De tussenpersoon deed hier eerst onduidelijk over en verklaarde toen voor enkele jaren een bedrag van ongeveer € 1.000,00 te ontvangen. Dit heeft de tussenpersoon bij navraag gedurende de looptijd wederom bevestigd. De consument heeft niet voorzien dat de vergoeding voor de tussenpersoon in totaal € 12.000,00 zou belopen.
- De consument is bij het afsluiten van de verzekering onvoldoende geïnformeerd over de kosten van de tussenpersoon. In de productdocumentatie staat nergens de term tussenpersoon of bemiddelaar vermeld, maar staat slechts in zeer algemene termen omschreven wat de kosten inhouden. In de productdocumentatie staat niet dat het overgrote deel van de kosten de provisie van de tussenpersoon was.
- De consument is de verzekering onder valse voorwendselen aangegaan en zou de verzekering niet hebben afgesloten als zij had geweten welk deel van de kosten naar de tussenpersoon ging.
- De verzekeraar heeft niet voldaan aan de vereisten uit de Riav 1998. Ook is niet voldaan aan de redelijkheids- en billijkheidseis ten aanzien van de zorgvuldigheid in de informatie-verstrekking alsook de vergoeding van de kosten voor de tussenpersoon.

Het verweer

2.14 De verzekeraar heeft gemotiveerd verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De klacht van de consument heeft betrekking op de kosten voor de tussenpersoon. In de ogen van de consument is zij onvoldoende geïnformeerd over deze kosten en staat de hoogte van deze kosten niet in een redelijke verhouding met de werkzaamheden die de tussenpersoon heeft verricht. De consument stelt dat zij de verzekering niet zou zijn aangegaan als zij had geweten dat de kosten voor de tussenpersoon zo hoog waren.

Beoordelingskader

3.2 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het in de bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen. Toetsing door de commissie vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie. Alvorens tot de inhoudelijke behandeling van de klacht over te gaan, zal de commissie eerst ingaan op het beroep van de verzekeraar op de schending van de klachtplicht.

Is de klachtplicht geschonden?

3.3 De verzekeraar beroept zich op schending van de klachtplicht van artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek. Dit verweer treft geen doel. De consument heeft op 16 februari 2015 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. Of dit (te) laat is, kan in het midden blijven, omdat de verzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij door het late klagen een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit ertoe moet leiden dat de consument zich niet meer op een gebrek in de door de verzekeraar geleverde prestatie kan beroepen.

Is sprake van wilsovereenstemming over de provisiekosten van de tussenpersoon?

3.4 Of de consument recht heeft op terugbetaling van kosten, hangt af van de vraag of partijen de kosten zijn overeengekomen waaruit de verzekeraar de provisievergoeding aan de tussenpersoon heeft betaald. Uit de offerte en de financiële bijsluiter volgt dat van de inlegpremie 2 procent per jaar doorlopende kosten en 0,5 procent aankoopkosten in rekening worden gebracht en dat uit de fondsen iedere maand nog kosten die verband houden met het afsluiten van de verzekering, administratiekosten van de verzekering en administratiekosten van de beleggingen worden onttrokken. De kosten die verband houden met het afsluiten van de verzekering bedragen gedurende de eerste 10 jaar € 139,12 per maand en daarna € 3,16 per maand tot de einddatum van de verzekering. De administratiekosten van de verzekering zijn € 1,81 per maand en de administratiekosten van de beleggingen zijn maandelijks 0,045% van de belegde waarde van de verzekering. Uit het door de verzekeraar overgelegde kostenoverzicht is de commissie gebleken dat de verzekeraar niet meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan die in de productdocumentatie genoemd zijn. Over deze kosten en/of inhoudingen, waaronder begrepen de kosten voor de tussenpersoon, heeft bij het afsluiten van de verzekering wilsovereenstemming bestaan. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15. Daar komt bij dat de verzekeraar de door hem bij de consument in rekening gebrachte kosten aan het zogenoemde Stichtingsakkoord heeft getoetst en dat dit niet tot een vergoeding aan de consument heeft geleid. De omstandigheid dat de consument vindt dat de verzekeraar een te groot bedrag van de overeengekomen en in rekening gebrachte kosten als provisie aan de tussenpersoon betaalt, doet aan de wilsovereenstemming niet af. De consument en de verzekeraar zijn de kosten overeengekomen en de bestemming van de bedragen die de verzekeraar aan de ontvangen bedragen geeft, maakt ook niet dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de verzekeraar die kosten bij de consument in rekening heeft gebracht.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.5 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan hem verstrekte informatie over de kosten voor de tussenpersoon onvoldoende is. Dit verwijt is niet terecht. De commissie licht dit hierna als volgt toe.

3.6 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte product-documentatie de op grond van de Riav 1998 en CRR 2004 voorgeschreven informatie aan de consument heeft verstrekt. Uit de offerte en de financiële bijsluiter blijkt duidelijk welke kosten in rekening worden gebracht, hoe hoog deze zijn en daarmee wat de invloed van deze kosten is op het te behalen rendement.

Specifiek ten aanzien van de afsluitkosten, waartoe die van de tussenpersoon behoren, geldt dat deze eenvoudig te berekenen zijn, nu uit de offerte en de financiële bijsluiter duidelijk blijkt dat de kosten die verband houden met het afsluiten van de verzekering gedurende de eerste 10 jaar van de verzekering € 139,12 per maand bedragen. De verzekeraar was onder de genoemde regelgeving niet verplicht te vermelden welk gedeelte van de in rekening te brengen kosten voor de tussenpersoon was bestemd. Volgens de consument heeft de tussenpersoon tijdens het adviesgesprek gezegd dat hij gedurende enkele jaren een bedrag van ongeveer € 1.000,00 zou ontvangen. De verzekeraar was echter niet bij dat gesprek aanwezig en hem kan deze uitspraak van de tussenpersoon, als die komt vast te staan, niet worden tegengeworpen.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.7 De consument beroept zich ten slotte op dwaling. De consument stelt dat zij de verzekering niet zou hebben gesloten als zij had geweten dat van de ingehouden kosten ongeveer € 12.000,00 naar de tussenpersoon ging. Dit beroep gaat niet op. Uit de product-documentatie blijkt dat er kosten voor het afsluiten van de verzekering in rekening werden gebracht en hoe hoog deze kosten waren. De consument had de kostenbelading van deze afsluitkosten, waaronder de kosten voor de tussenpersoon vallen, eenvoudig kunnen berekenen. Zoals al in 3.6 is overwogen was de verzekeraar niet verplicht te vermelden welk gedeelte van de afsluitkosten voor de tussenpersoon was bestemd en was voorts, zoals de verzekeraar ter zitting naar voren heeft gebracht, deze wijze van provisiebepaling en vergoeding (gerelateerd aan de premie) op dat moment niet ongebruikelijk.

Conclusie

3.8 Voor en bij het aangaan van de verzekering is de consument over alle kosten en inhoudingen, waaronder de kosten voor de tussenpersoon, geïnformeerd en over die kosten heeft ook wilsovereenstemming (kunnen) bestaan. De verzekeraar was ten tijde van het afsluiten van de verzekering niet verplicht te vermelden welk deel van de kosten voor de tussenpersoon bestemd was. Van de door de consument gestelde dwaling is niet gebleken. De klacht van de consument is ongegrond en haar vordering zal worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening 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.

Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

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

Informatie over de beleggingsverzekering

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

Wilsovereenstemming over de kosten

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

Richtlijn oneerlijke bedingen

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

Fondsbeheerkosten (TER)

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

Overlijdensrisicodekking

1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat 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

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

Schadevergoeding

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