Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2023-0322

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. A.J. Verdaas, M.V. Tjia, leden en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	25 april 2023
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

Samenvatting

De consument klaagt dat de kosten te hoog zijn en nergens zijn vermeld. De commissie komt tot het oordeel dat de consument voorafgaande en bij het aangaan van de verzekering is geïnformeerd over de kosten en inhoudingen en dat hierover wilsovereenstemming heeft bestaan. De consument heeft verder geklaagd dat de verzekeraar het rendement op onjuiste wijze heeft berekend en misleidende informatie heeft verstrekt. Deze klacht is ook ongegrond. Nu verder niet is gebleken dat de verzekeraar tegenover de consument tekort is geschoten moet de vordering van de consument worden afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was tot 1 oktober 2014 (hierna: het reglement) 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 consument;
- de aanvullende stukken van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument; en
- de dupliek van de verzekeraar.

1.2 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. De consument en de verzekeraar hebben geen reactie op die uitspraken ingediend waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten.

1.3 Na het indienen van de dupliek heeft de Hoge Raad prejudiciële vragen van het Gerechtshof Den Haag over beleggingsverzekeringen beantwoord. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op deze prejudiciële beslissing. De consument en de verzekeraar hebben beide een reactie ingediend.

1.4 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.

1.5 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 heeft met ingang van 1 augustus 1995 via een tussenpersoon een beleggingsverzekering met de naam ABC Spaarplan afgesloten bij de verzekeraar (hierna: de verzekering). Dit product was een universal life verzekering, met als einddatum 1 augustus 2010. De maandpremie bedroeg f. 100,- (€ 45,38).

2.2 Bij de verzekering was sprake van een overlijdensrisicodekking van f. 36.000,- (€ 16.366,-) en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.

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

- een offerte gedateerd 27 juni 1995
- een aanvraagformulier getekend op 30 juni 1995
- een certificaat, afgegeven op 18 juli 1995
- de Algemene voorwaarden serie 200

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

2.4 In de offerte staat met betrekking tot de uitkering bij leven:
"(…) *Verwachte opbrengst op de uitkeringsdatum op basis van*
8% per jaar f. 25.500,00
9% per jaar f. 27.600,00
10% per jaar f. 29.800,00
(…)"

2.5 Op het certificaat staan met betrekking tot de uitkering bij leven dezelfde voorbeeldkapitalen.

2.6 Op de verzekering is Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 van toepassing.

2.7 Op het in juni 2009 verzonden waardeoverzicht staat een historisch rendement genoemd van 9,09%. Op het in april 2010 verzonden waardeoverzicht staat een historisch rendement genoemd van 7,4%.

2.8 Op 1 augustus 2010 heeft de verzekering de einddatum bereikt, waarna de verzekeraar het expiratiekapitaal van € 8.514,09 aan de consument heeft uitgekeerd.

2.9 De verzekeraar heeft de consument bij brief van augustus 2011 bericht dat hij op grond van de compensatieregeling van de verzekeraar recht heeft op een vergoeding van € 63,59 voor te hoge kosten en een vergoeding van € 6,77 voor het hefboom- en inteereffect.

De klacht en vordering

2.10 De consument vordert een schadevergoeding die hij heeft onderbouwd met verschillende berekeningen. Uiteindelijk vordert hij een bedrag dat gebaseerd is op de door hem overgelegde "berekening 4" met een eindkapitaal van € 14.226,-. Dit kapitaal zou volgens de consument zijn bereikt bij een rendement van 7,4% – het gemiddeld rendement dat volgens de verzekeraar is behaald – waarbij de consument rekening heeft gehouden met de jaarlijkse kosten die de verzekeraar naar zijn mening maximaal had mogen berekenen. Van aldus berekende bedrag moet het uitgekeerde kapitaal worden afgetrokken. Het saldo vormt de schade van de consument. De consument vordert wettelijke rente over dit schadebedrag.

2.11 Volgens de consument is de verzekeraar tot schadevergoeding gehouden omdat de verzekeraar het rendement op de verzekering op onjuiste wijze heeft berekend. De berekening van de verzekeraar geeft een onjuiste voorstelling van zaken. De verzekeraar claimt dat sprake is geweest van een rendement van 7,4%, maar heeft slechts € 8.514,- uitgekeerd. Dat is een rendement van 1,2%.

2.12 In 1995 heeft de verzekeraar een duidelijke prognose afgegeven. De verzekeraar gebruikt echter een andere rekenmethode om klanten te werven dan de rekenmethode die de verzekeraar gebruikt om uit te betalen. Bij het voorgerekende voorbeeld zou op grond van een rendement van 9% aan het eind van de termijn € 12.524,- worden uitbetaald. In juni 2006, toen de polis bijna 11 jaar liep, schreef de verzekeraar dat bij een rendement van 9,09% (het fonds historisch rendement) er een uitbetaling zou zijn van € 8.689,-. Hieruit blijkt duidelijk dat de verzekeraar er een dubbele rekenmethode op nahoudt. Bij een historisch fondsrendement dat hoger ligt dan het voorbeeldrendement is er bijna € 4.000,- van het eindkapitaal verdwenen. Dit is rekenkundig onmogelijk. Het is niet anders uit te leggen dan dat de verzekeraar een andere rekenmethode gebruikt om klanten te werven dan de rekenmethode die men gebruikt om hen weer uit te betalen. De consument vindt dit misleidend. De verzekeraar heeft destijds niet aangegeven dat hij dit zou gaan doen. Als de consument dit had geweten, dan had hij de verzekering nooit afgesloten.

2.13 In juni 2009 was het historisch fondsrendement nog 9,09% en in 2010 plots 7,4%.

2.14 De verzekeraar claimt dat het rendement 7,4% is geweest, maar dit is niet waar. Als de verzekeraar de consument had geïnformeerd dat het rendement maar 1,2% zou zijn, dan had de consument het product eerder stopgezet. Als het rendement daadwerkelijk 7,4% is geweest, dan is er bijna € 4.000,- te weinig uitgekeerd.

2.15 De consument heeft zijn stellingen onderbouwd met een aantal berekeningen. Bij deze berekeningen heeft de consument informatie gebruikt die de verzekeraar zou hebben verstrekt over de jaarlijks behaalde rendementen. Verder heeft de consument rekening gehouden met kosteninhoudingen en de inhouding van een overlijdensrisicopremie.

2.16 De verzekeraar meldt in zijn verweer in de Ombudsmanprocedure dat het ABC Spaarplan pas sinds juli 1995 werd aangeboden. In 1997 heeft de verzekeraar echter een jaarbericht verzonden dat de eindresultaten voor verzekeringen afgesloten in 1972 9,8% waren. Ook dit is misleidend.

2.17 De consument wil inzage of er klanten zijn geweest die een uitkering hebben gekregen op basis van een normaal gangbare rendementsberekening en niet de berekening van de verzekeraar.

2.18 De consument klaagt over de ingehouden kosten. Deze zijn volgens hem te hoog. Normaal wordt bij een vermogensopbouw 0,3 tot 0,35% in rekening gebracht, nu 2,85%. Deze kosten zijn volgens de consument nergens vermeld.

Het verweer

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

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt 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.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.2 De consument beroept zich op dwaling. Het rendement van de verzekering is volgens hem maar 1,2% geweest, terwijl de verzekeraar hem hogere rendementen heeft voorgespiegeld.

3.3 Dit beroep gaat niet op. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was, een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico. Het beroep op dwaling slaagt niet.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

3.4 De consument stelt dat de verzekeraar hem niet heeft geïnformeerd over de kosten. De commissie overweegt hierover als volgt.

3.5 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie de op grond van de Riav 1994 voorgeschreven informatie aan de consument heeft verstrekt.

3.6 De consument stelt dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat hij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht 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 consument had dat kunnen en moeten begrijpen.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

3.7 Uit de productdocumentatie volgt dat gedurende de looptijd van het certificaat de volgende doorlopende kosten in rekening worden gebracht:
- voor het beheer van de beleggingen ter hoogte van 0,0416% over het spaartegoed per ultimo van iedere maand;

- voor het beheer van de verzekeringen. Deze kosten bedragen f. 3,50 per maand, vermeerderd met een van de looptijd afhankelijk percentage van de betaling.
De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan.[1]

Is voldaan aan de informatieverplichtingen inzake het informeren over de fondsbeheerskosten?

3.8 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft 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 consument over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement.[2]

3.9 De consument heeft 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] De fondsbeheerkosten mochten dan ook in rekening worden gebracht zonder dat de consument hierover was geïnformeerd.

Overlijdensrisicopremie

3.10 Voor zover de consument klaagt over de hoogte van de overlijdensrisicopremie overweegt de commissie dat de consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat de hoogte van de overlijdensrisicopremie disproportioneel was.

Door de verzekeraar gehanteerde wijze van berekening van het verzekerd kapitaal

3.11 De consument stelt dat de verzekeraar het resultaat van de verzekering op onjuiste wijze heeft berekend en dat de verzekeraar er twee rekenmethodes op nahoudt, één methode voor het werven van klanten en één methode voor het berekenen van de uitkering. De consument heeft zijn stellingen met verschillende berekeningen onderbouwd.

3.12 De verzekeraar heeft aangevoerd dat de stelling van de consument dat de verzekeraar twee rekenmethodes hanteert, berust op een misvatting over de gebruikte voorbeeld-rendementen. De gekozen voorbeeldrendementen die zijn vermeld in de offerte en het certificaat moeten elk jaar opnieuw worden gehaald om het toekomstige voorbeeld-kapitaal te kunnen realiseren. Dit betekent dat als in de offerte een voorbeeldkapitaal wordt genoemd bij 9%, jaarlijks 9% moet worden gerealiseerd om het kapitaal te bereiken.

[1] CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15
[2] CvB 2018-010, overweging 5.10
[3] CvB 2017-035 overweging 4.30

Op de jaaroverzichten wordt aan de hand van de daadwerkelijk gerealiseerde koersontwikkelingen (het historisch rendement) aangegeven welk kapitaal op de einddatum zou kunnen worden gerealiseerd. Naarmate de looptijd vordert, wordt het aldus berekende voorbeeldkapitaal in belangrijke mate bepaald door de koers-resultaten die zich in werkelijkheid hebben voorgedaan. Het verschil tussen het voorbeeldkapitaal op de offerte en het certificaat (€ 12.524,-) en op het jaaroverzicht (€ 8.689,-) laat zich verklaren doordat bij de berekening van het voorbeeldkapitaal op het jaaroverzicht over de reeds verstreken looptijd de werkelijke koersresultaten zijn meegenomen.

3.13 De commissie volgt dit verweer van de verzekeraar. De voorbeeldkapitalen op de offerte en het certificaat die aan de hand van de voorbeeldrendementen worden berekend, kunnen alleen worden behaald als dit rendement constant wordt behaald en niet wijzigt. De werkelijkheid is anders, omdat beleggingsrendementen fluctueren. Het aldus achteraf te berekenen gemiddelde rendement per jaar of het achteraf berekende historisch rendement is wat anders dan het vaste voorbeeldrendement over elk jaar in de voorbeeldberekeningen van de verzekeraar. De door de verzekeraar gebruikte voorbeeldkapitalen dienen ook alleen als voorbeeld. Zij vormen geen garantie. Voor zover de consument stelt door de voorbeeldkapitalen te zijn misleid, overweegt de commissie dat niet ter discussie staat dat de consument wist dat hij belegde en dat het een feit van algemene bekendheid is dat bij beleggen koersen kunnen en zullen fluctueren.

3.14 De verzekeraar heeft aangevoerd dat de consument in zijn berekening van het gemiddelde rendement op de fondsen waarin is belegd, niet het werkelijke rendement op de verzekering hanteert. Zo wordt bij een verzekering maandelijks de premie belegd, tegen een koers die maandelijks wijzigt. De kosten en premies worden ook maandelijks in rekening gebracht. De consument rekent met gemiddelden over een jaar, zo stelt de verzekeraar. Om deze reden ontstaan er ook al verschillen tussen de berekeningen van de consument en die van de verzekeraar.

3.15 De commissie heeft de door de consument overgelegde berekeningen bestudeerd en heeft vastgesteld dat de consument inderdaad rekent met vaste jaarrendementen. Verder rekent de consument met een vast bedrag voor de ingehouden overlijdens-risicopremies terwijl uit de overgelegde waardeoverzichten blijkt dat deze fluctueert. De kosten en overlijdensrisicopremies verwerkt de consument op jaarbasis in zijn berekeningen. De consument betaalde voor de verzekering echter een maandpremie, die iedere maand tegen de dan geldende koers werd belegd. Uit de voorwaarden blijkt verder dat de kosten en overlijdensrisicopremies op maandbasis met de uitstaande participaties werden verrekend. Alleen al om deze reden zullen de rendements-berekeningen van de consument afwijken van het daadwerkelijk op de verzekering behaalde rendement. Ze houden immers onvoldoende rekening met de manier waarop de verzekering in de praktijk werkt.

3.16 De berekening waarop de consument zijn vordering baseert kan bovendien niet als juist worden aanvaard, omdat deze uitgaat van een jaarlijks constant blijvend rendement van 7,4%. Dergelijke constante rendementscijfers komen echter niet overeen met de werkelijkheid, omdat de koersen van de voor de verzekering gekozen beleggingen fluctueren. Als met deze fluctuaties een gemiddeld rendement van 7,4% wordt behaald over een bepaalde periode van vele jaren, is dat wat anders dan een vast rendement van 7,4% over elk jaar in diezelfde periode.

3.17 De conclusie is dat de klacht van de consument dat de verzekeraar het rendement op onjuiste wijze heeft berekend ongegrond is.

3.18 De consument heeft nog aangevoerd dat de verzekeraar in zijn verweer in de Ombudsmanprocedure meldt dat het ABC Spaarplan pas sinds juli 1995 werd aangeboden. In 1997 heeft de verzekeraar echter een jaarbericht verzonden dat de eindresultaten voor verzekeringen afgesloten in 1972 9,8% waren. Ook dit is volgens de consument misleidend. De consument heeft echter geen gevolgen verbonden aan deze stelling, die ook geen verband houdt met de manier waarop het rendement op de verzekering is berekend. Om deze reden zal de commissie aan deze stelling voorbij gaan.

Ambtshalve toetsing

3.19 De commissie toetst in voorkomende gevallen de bedingen in een consumenten-overeenkomst aan de Richtlijn oneerlijke bedingen.[4] Daarbij gaat zij na of deze bedingen in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de verzekerings-overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de consument ten nadele van de consument aanzienlijk verstoren. Het is de commissie niet gebleken dat in dit geval sprake is van door de verzekeraar gehanteerde voorwaarden die in strijd zijn met de richtlijn oneerlijke bedingen.

Conclusie

3.20 Hiervoor is vastgesteld dat de consument voorafgaande en bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover dan ook wilsovereenstemming heeft bestaan. Verder is de klacht ongegrond dat de verzekeraar het rendement op onjuiste wijze heeft berekend en misleidende informatie heeft verstrekt. Nu voor het overige ook niet gebleken dat de verzekeraar jegens de consument tekort is geschoten moet de vordering van de consument worden afgewezen.

[4] Richtlijn 93/13/EEG

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 https://www.kifid.nl/consumenten/klacht-voor-1-oktober-2014-bij-kifid-ingediend

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

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

1. Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

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

Informatie over de beleggingsverzekering

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

Wilsovereenstemming over de kosten

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

Richtlijn oneerlijke bedingen

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

Fondsbeheerkosten (TER)

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

Relevante bepalingen uit de productdocumentatie

Artikel 5 Belegging
(…)
5.2 Beleggingsbeleid
De voor belegging beschikbare gelden worden in principe voor gelijke delen belegd in vaste-rentedragende waarden, in aandelen en onroerende zaken.
De verkregen beleggingsopbrengsten die voortvloeien uit het totale belegde vermogen worden herbelegd. De beleggingsopbrengsten worden bepaald onder aftrek van de directe kosten die moeten worden gemaakt om deze beleggingsopbrengsten te verkrijgen.
(…)

Artikel 7
Overlijdensrisicodekking

7.1 Overlijdensdekking
De overlijdensdekking is op het certificaat omschreven.

De voor de overlijdensdekking verschuldigde risicopremie wordt maandelijks vastgesteld. Deze risicopremie wordt maandelijks met het spaartegoed verrekend.
(…)

Artikel 9
Maandelijkse verrekening kostenvergoedingen

9.1 Administratiekosten
Gedurende de eerst vijf jaar volgend op de ingangsdatum van het certificaat, een verhoging of op een extra storting wordt maandelijks een bedrag ter voldoening van de met de totstandkoming van het certificaat of met de extra storting gemaakte kosten verrekend met het spaartegoed.

9.2 Doorlopende kosten
a. Kosten van beheer van de beleggingen
Gedurende de gehele looptijd van het certificaat worden beheerskosten in rekening gebracht ten laste van het spaartegoed. De beheerskosten bedragen 0,0416% over het spaartegoed per ultimo van iedere maand.

b. Kosten van beheer van de verzekeringen
Gedurende de gehele looptijd van het certificaat worden kosten in rekening gebracht voor het beheer van de verzekeringen. Deze kosten bedragen f. 3,50 per maand, vermeerderd met een van de looptijd afhankelijk percentage van de betaling.

9.3 Verrekening van kosten
De verrekening van kosten en de in artikel 7.1 bedoelde risicopremie vindt ook plaats in dien, om wat voor reden dan ook, geen betalingen meer worden verricht.