

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-533  
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. S. Riemens, drs. J.W. Janse, leden en  
mr. P. van Haastrecht-van Kuilenburg, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 13 april 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V., h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te  
Apeldoorn, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 26 juli 2019  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Beleggingsverzekering. Consument heeft op 26 februari 1994, via bemiddeling en advies van een tussenpersoon, een Cumulent Belastingvrij Kapitaalplan gesloten bij Verzekeraar. De Commissie overweegt dat Consument op basis van de aan haar verstrekte Productdocumentatie had kunnen en moeten weten dat zij een beleggingsverzekering afsloot en welke kenmerken bij dit product hoorden. Daarnaast heeft Verzekeraar Consument, conform de destijds geldende regelgeving, geïnformeerd over de kosten die op haar beleggingsverzekering in mindering zouden worden gebracht. Deze kosten zijn dan ook overeengekomen. Het voorgaande brengt mee dat alle vorderingen van Consument dienen te worden afgewezen.

## **I. Inleiding**

- 1.1 De klacht van Consument is aangehouden in afwachting van een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep Kifid (hierna: de CvB) in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen. Die uitspraken zijn inmiddels gedaan.
- 1.2 Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die de Geschillencommissie (hierna: 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. Beide partijen hebben een reactie op die uitspraken ingediend waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten. De Commissie heeft besloten om de klacht op basis van de stukken te beoordelen en uitspraak te doen.
- 1.3 Hieronder volgt eerst het beoordelingskader. Daarna het procesverloop en een samenvatting van de feiten. Vervolgens de vordering, de beoordeling van de klacht en tot slot de beslissing van de Commissie. Bij de beoordeling zal waar mogelijk naar de relevante uitspraken van de CvB worden verwezen.

## **2. Beoordelingskader**

De Commissie beoordeelt de klacht van Consument volgens het volgende beoordelingskader:

- 2.1 Een typische klacht over beleggingsverzekeringen gaat over:
  1. De bij het sluiten van de overeenkomst aan Consument verstrekte informatie;
  2. De werking van de beleggingsverzekering en het daarmee behaalde resultaat;
  3. De mogelijkheid van het treffen van herstelmaatregelen.
- 2.2 De consument stelt ten aanzien van de onder 1 en 2 genoemde klachten in de kern steeds dat hij bij het afsluiten van de beleggingsverzekering niet of onvoldoende is geweest op de aard en omvang van de in rekening te brengen kosten, de hoogte van de overlijdensrisicopremie, de werking van het product en de daaraan verbonden beleggingsrisico's en de gevolgen daarvan voor het met de beleggingsverzekering te behalen resultaat. De onder 3 genoemde klachten hebben betrekking op het gebrek aan tussentijdse informatie en het uitblijven van maatregelen om tot een beter resultaat te kunnen komen.
- 2.3 De consument voert in de kern steeds aan dat hij bij het afsluiten van de beleggingsverzekering heeft gedwaald zodat deze vernietigd zou moeten worden, althans dat de verzekeraar onrechtmatig heeft gehandeld of toerekenbaar is tekortgekomen en daarom de door hem geleden schade moet vergoeden.
- 2.4 De verzekeraar betoogt veelal dat de vorderingen van de consument zijn verjaard, althans dat de consument te laat heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 Burgerlijk Wetboek (BW). Daarnaast voert de verzekeraar aan dat voldoende informatie is verstrekt en dat hij niet gehouden was meer of andere informatie te verstrekken dan hij heeft gedaan en dat op hem geen verplichting rustte (verdere) herstelmaatregelen te treffen.
- 2.5 De Commissie zal hierna de in deze specifieke zaak opgeworpen klachten en verweren bespreken. De Commissie toetst daarbij aan de hand van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie. De beoordeling is afhankelijk van de wet- en regelgeving zoals die gold op het moment van ingaan van de verzekering. Bij de beoordeling volgt de Commissie de uitspraken van de CvB. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB kort weergegeven.

### *Informatie over de beleggingsverzekering*

- 2.6 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 consument te verstrekken.

Met regelgeving bedoelt de Commissie onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). Verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

#### *Wilsovereenstemming over de kosten*

2.7 Uit de uitspraken van de CvB volgt, kort samengevat, dat 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 welke kosten in rekening zouden worden gebracht bij aanvang van de verzekering of had dat kunnen weten. Indien 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 in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht of - indien de verzekering al is beëindigd - moet de eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna onder 2.9.

#### *Richtlijn Oneerlijke bedingen*

2.8 Een (kosten)beding dient op grond van Richtlijn 93/13/EEG, betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk te 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 (te weten de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet op 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, overweging 4.5.3. Indien daaraan niet is voldaan, kan dat ertoe leiden dat het betreffende (kosten)beding als onredelijk bezwarend buiten toepassing moet worden gelaten.

Daarvan kan sprake zijn indien een (kosten)beding in de zin van artikel 3 lid 1 van de Richtlijn “*in strijd de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort*”. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de omvang van de kosten niet op voorhand duidelijk is gemaakt, de vaststelling daarvan – eenzijdig – is overgelaten aan de verzekeraar en de verzekeraar er redelijkerwijs niet van uit kon gaan dat het beding door consument zou zijn aanvaard indien daarover afzonderlijk was onderhandeld. Vergelijk CvB 2019-007, overweging 4.7.3, met verwijzing naar rechtspraak van het Hof van Justitie EG.

### *Fondsbeheerkosten (TER)*

2.9 De verzekeraar hoefde vóór de toepasselijkheid van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER. Verder worden deze kosten volgens de CvB 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, 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 waarmee invulling werd gegeven aan de verplichting voor de verzekeraar uit artikel 2, lid 2, onder q Riav 1998 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 aan de verzekering (CvB 2017-035, 4.30). Indien de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen dient hij de in rekening gebrachte TER aan de verzekeringnemer te vergoeden (CvB 2017-035, 4.34, 4.77).

### *Overlijdensrisicodekking*

2.10 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd behoort een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel 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, dient de consument aannemelijk te maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd, en daarnaast ook aannemelijk te maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders. (CvB 2017-043, rechtsoverweging 5.21 t/m 5.24).

### *Het hefboom- en inteereffect*

2.11 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 zonder dat bij vóóroverlijden de overlijdensuitkering wordt uitgekeerd. De verzekeraar dient de verzekeringnemer voor of bij het sluiten van de verzekering op dit bijzondere risico te wijzen (CvB 2017-023A, 4.23) dan wel daarvoor te waarschuwen, tenzij de consument het bestaan van dit bijzondere risico niet aannemelijk heeft gemaakt (CvB 2017-035, 4.50; 4.51). Indien de verzekeraar verplicht is voor het bijzondere risico te waarschuwen en hij dit voor of bij het sluiten van de verzekering nalaat schiet hij tekort welke tekortkoming onrechtmatig is (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29, 4.31; uitdrukkelijk CvB 2017-036, 4.5.5 voor het niet verstrekken van informatie die verplicht was op grond van de Riav 1994 en de CRR 1998 en het onvoldoende informatie verstrekken over de kosten en de invloed daarvan op het met de verzekering te behalen resultaat).

In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade tenzij de verzekeringnemer aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (zie CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

### *Schadevergoeding*

2.12 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming dan wel onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, een andere beslissing dan het sluiten van de verzekering had genomen. Het bestaan en de omvang van de schade dient te 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, 4.76, 4.78; CvB 2017-036, 4.8.3, 4.8.4).

## **3. Procesverloop**

3.1 De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- het dossier uit de ombudsmanfase;
- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (repliek) van Consument op het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (dupliek) van Verzekeraar;
- De reactie van beide partijen naar aanleiding van de uitspraken CvB.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

## **4. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende, kort en zakelijk weergegeven feiten:

- 4.1 De wettelijk vertegenwoordiger van Consument heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 26 februari 1994 een beleggingsverzekering, een zogenoemd Cumulent Belastingvrij Kapitaalplan (hierna te noemen: “de Verzekering”), op naam van Consument gesloten bij Verzekeraar. De einddatum van de Verzekering is gesteld op 26 februari 2014.
- 4.2 Bij de Verzekering is sprake van een overlijdensdekking en kapitaalbouw op basis van beleggen. Bij deze verzekering komt het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument.
- 4.3 Consument heeft de Verzekering op 16 mei 2011 afgekocht. De afkoopwaarde van € 29.866,51 is aan Consument uitgekeerd.
- 4.4 Volgens opgave van Verzekeraar zijn in de precontractuele fase dan wel op of omstreeks de totstandkoming van de Verzekering aan Consument de volgende stukken verstrekt:
- Aanvraagformulier getekend op 21 februari 1994 (hierna: het Aanvraagformulier)
  - De voorwaarden CUM 93.10 (hierna: de Voorwaarden)
  - Het polisblad van 26 februari 1994 (hierna: het Polisblad)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

- 4.5 Op het Polisblad is het volgende vermeld:

*“De overeenkomst omvat:*

- a) bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum een bedrag en/of tegoed in aandelen ter grootte van het opgebouwd vermogen.*
- b) – bij overlijden van de verzekerde voor 27-02-2004 wordt een bedrag en/of tegoed in aandelen uitgekeerd ter grootte van 90% van het opgebouwd vermogen*  
*– bij overlijden van de verzekerde op of na 27-02-2004 wordt een bedrag en/of tegoed in aandelen uitgekeerd ter grootte van het opgebouwd vermogen.”*

In de Voorwaarden is voorts het volgende opgenomen:

**“ALGEMENE KOSTEN**

**Artikel 8**

*8.1 Per contractjaar zal een bedrag aan administratiekosten van fl. 96,- in rekening worden gebracht, welk bedrag zal worden ingehouden op het opgebouwd vermogen en jaarlijks kan worden geïndexeerd.*

*Deze kosten zullen ook worden verrekend indien om welke reden dan ook geen inleg meer wordt betaald. Is verrekening niet mogelijk omdat de waarde van het opgebouwd vermogen onvoldoende is, dan vervalt de overeenkomst van rechtswege.*

*8.2 Tevens zal over elke inleg een vergoeding ter dekking van kosten van 2% in mindering worden gebracht.”*

4.6 Voor de Verzekering is – in de periode van 26 februari 1994 tot en met 16 mei 2011 – een totale premie betaald van € 23.579,68. Volgens opgave van Verzekeraar zijn aan Consument de volgende kosten in rekening gebracht:

Vaste kosten verzekeraar	€ 741,06
2% kosten	€ 471,60
Fondsbeheerkosten	€ 2.028,06

Consument kwam op basis van de Compensatieregeling niet in aanmerking voor een vergoeding.

4.7 De verzekering van Consument is afgesloten voor de inwerkingtreding van de RIAV 1994 op 1 juli 1994.

## **5. Vordering en juridische grondslag.**

5.1 Consument vordert dat Verzekeraar gehouden wordt tot vergoeding van een bedrag van € 16.012,-, bestaande uit de betaalde premies, vermeerderd met de wettelijke rente en verminderd met de uitgekeerde afkoopwaarde. Daarnaast vordert Consument kosten voor juridische bijstand ad € 3.045,80.

5.2 Volgens Consument is Verzekeraar daartoe gehouden omdat over een deel van de kosten geen wilsovereenstemming bestaat. Consument stelt voorts dat de Verzekering tot stand is gekomen onder invloed van dwaling, althans dat Verzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in de op hem rustende verplichtingen, althans dat Verzekeraar bij de totstandkoming, dan wel uitvoering, van de Verzekering onrechtmatig jegens Consument heeft gehandeld. Consument heeft daartoe aangevoerd:

- dat zij door Verzekeraar niet is geïnformeerd over de fondsbeheerkosten die in rekening zijn gebracht. Over deze kosten bestond volgens Consument dan ook geen wilsovereenstemming.
- dat het op het Polisblad onder b. vermelde beding, inhoudende dat bij overlijden van Consument voor 27 februari 2004 90% van de opgebouwde waarde zal worden uitgekeerd, als een oneerlijk beding moet worden aangemerkt.
- dat de Verzekering na 27 februari 2004 niet meer kwalificeerde als een verzekering.

5.3 Voor zover nodig zal de Commissie bij de Beoordeling nog op de stellingen van partijen ingaan.

## **6. Beoordeling**

### *Formele verweren*

- 6.1 Verzekeraar heeft gesteld dat Consument niet tijdig heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 BW. De Commissie is van oordeel dat Consument ervan mag uitgaan dat zij door Verzekeraar duidelijk, juist en volledig wordt geïnformeerd en dat niet van haar kan worden verwacht dat zij telkens zelfstandig onderzoek doet naar de vraag of Verzekeraar wel aan zijn verplichtingen heeft voldaan. Dit betekent dat voor Consument geen aanleiding bestond bij Verzekeraar te klagen totdat zij zich ervan bewust werd dat Verzekeraar ter zake van de verstrekte informatie mogelijk een verwijt viel te maken. Dat laatste kan, anders dan Verzekeraar kennelijk stelt, niet reeds volgen uit de bij aanvang van de Verzekering verstrekte informatie en/of de tussentijds verstrekte waarde-overzichten. Als gezegd mag van Consument niet worden verwacht dat zij op basis daarvan steeds zelfstandig onderzoekt of de bij aanvang verstrekte informatie wel voldoende duidelijk, juist en volledig was en/of de tussentijdse waarde-overzichten daarmee wel voldoende in overeenstemming zijn (Vgl. Geschillencommissie nr. 2016-628, ro. 4.5).
- 6.2 Consument heeft onbetwist gesteld dat zij pas in 2014, na onderzoek door een deskundige, heeft begrepen dat Verzekeraar in de precontractuele fase mogelijk tekort is geschoten in de nakoming van de op hem rustende verplichting tot het verschaffen van juiste en volledige informatie aan Consument. Naar het oordeel van de Commissie is de in artikel 6:89 BW bedoelde termijn derhalve op zijn vroegst in 2014 gaan lopen. Aangezien Consument zich bij brief van 20 februari 2014 bij Verzekeraar heeft beklagd en door Verzekeraar ook overigens niet aannemelijk is gemaakt dat hij hierdoor nadeel heeft geleden, is de Commissie van oordeel dat Consument overeenkomstig het bepaalde in artikel 6:89 BW binnen bekwame tijd heeft geprotesteerd. Het beroep van Verzekeraar op artikel 6:89 BW wordt aldus verworpen (Vgl. Geschillencommissie nr. 2016-628, ro. 4.7).

### *Dwaling*

- 6.3 Consument beroept zich op dwaling. De Commissie stelt voorop dat het hiervoor onder 4.4. genoemde Aanvraagformulier door de wettelijk vertegenwoordiger van Consument is ondertekend. Door ondertekening van het Aanvraagformulier heeft (de wettelijk vertegenwoordiger van) Consument verklaard “kennis te hebben genomen van de voorwaarden van Cumulent en hiermee akkoord te gaan”. De Commissie is van oordeel dat deze zinsnede niet anders kan worden begrepen dan dat de Voorwaarden voorafgaand aan de ondertekening van het aanvraagformulier, dus nog voor het sluiten van de overeenkomst, aan de wettelijke vertegenwoordiger van Consument ter hand zijn gesteld. (vgl. Geschillencommissie 2016-604, ro. 5.2).



- 6.4 Naar het oordeel van de Commissie blijkt uit de aan Consument verstrekte Productdocumentatie, in het bijzonder de Voorwaarden, zonder meer dat gedurende de gehele looptijd van de Verzekering sprake was van een beleggingsverzekering, waarvoor een premie verschuldigd was, dat een deel van de premie voor risico van Consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover Consument dat niet heeft begrepen komt dat voor haar risico. Het beroep op dwaling slaagt derhalve niet.
- 6.5 Voormeld oordeel dat gedurende de gehele looptijd van de door Consument gesloten Verzekering sprake was van een beleggingsverzekering houdt tevens in dat het standpunt van Consument dat het onderhavige product na 27 februari 2004 niet meer is aan te merken als verzekering wordt verworpen.

#### *Informatie verstrekking*

- 6.6 De Commissie stelt vast dat in 1994 geen wettelijke verplichting bestond voor Verzekeraar tot het verstrekken van informatie aan Consument over de mogelijke gevolgen van de in rekening te brengen kosten voor het uiteindelijk met de Verzekering te bereiken resultaat. Een zodanige verplichting bestond pas vanaf 1 januari 1999, door invoering van de RIAV 1998 (vgl. CvB 2018-019, ro 5.18). De verzekering van Consument is – anders dan in CvB 2018-019 het geval was – afgesloten na inwerkingtreding van de Derde Levensrichtlijn. Deze Europese richtlijn heeft echter geen rechtstreekse werking en is uiteindelijk geïmplementeerd in de RIAV 1994. De Verzekering is vóór die datum tot stand gekomen. Consument kan om deze reden dan ook geen beroep doen op deze Europese richtlijn. De Commissie stelt vast dat Verzekeraar met de in dit geval aan Consument verstrekte Productdocumentatie – waarin de in rekening gebrachte kosten expliciet zijn opgenomen – dan ook meer heeft gedaan dan op basis van de destijds geldende wet- en regelgeving mocht worden verwacht.

#### *Fondsbeheerskosten of TER*

- 6.7 De onderhavige Verzekering is gesloten vóór 1 oktober 1998, zodat de op grond van de CRR 1998 op Verzekeraar rustende verplichting Consument te informeren over de fondsbeheerskosten die de respectievelijke beleggingsfondsen berekenden nog niet gold (vgl. CvB 2017-043, overweging 5.17). De fondsbeheerskosten mochten derhalve in rekening worden gebracht.

#### *Oneerlijk beding*

- 6.8 Voor zover Consument stelt dat het beding, inhoudende dat indien Consument voor 27 februari 2004 overlijdt 90% van de opgebouwde waarde wordt uitgekeerd, als een oneerlijk (onredelijk bezwarend) beding moet worden aangemerkt, gaat de Commissie ervan uit dat Consument hiermee een beroep wenst te doen op de Richtlijn.

De Commissie overweegt in dat kader als volgt. Artikel 10 lid 1, tweede zin, van de Richtlijn houdt in dat de bepalingen daarvan van toepassing zijn op overeenkomsten die na 31 december 1994 zijn gesloten. De hier aan de orde zijnde (verplichte) richtlijnconforme uitleg van art. 6:233 jo. artikel 6:231 onder a BW (oud), die eventueel ambtshalve moet plaatsvinden, is derhalve beperkt tot die overeenkomsten. De overeenkomst met Consument is gesloten vóór 31 december 1994, namelijk op 26 februari 1994, waardoor de Richtlijn niet aan de orde is en dus richtlijnconforme uitleg ook niet (zie Hoge Raad 29 april 2016, ECLI:NL:HR:2016:769).

- 6.9 De Commissie merkt daarbij overigens op dat ook indien de bepalingen van de Richtlijn van toepassing zouden zijn, het beding niet als oneerlijk (onredelijk bezwarend) zou worden gekwalificeerd nu de inhoudstoets bij kernbedingen is beperkt tot onduidelijke en onbegrijpelijke kernbedingen. Het onderhavige beding geeft de kern weer van de prestatie die partijen zijn overeengekomen, is uitdrukkelijk op het polisblad vermeld en is voldoende duidelijk en begrijpelijk (Vgl. HvJ EG 30 april 2014, C-26/13, ECLI:EU:C:2014:282 (Kásler) HvJ EG 23 april 2015 ECLI:EU:C:2015:262 (Van Hove) en Gerechtshof 's-Hertogenbosch 2 mei 2017, ECLI:NL:GHSHE:2017:1875).

#### *Conclusie*

- 6.10 Consument had op basis van de aan haar verstrekte Productdocumentatie kunnen en moeten weten dat zij een beleggingsverzekering afsloot en welke kenmerken bij dit product hoorden. Daarnaast heeft Verzekeraar, gelet op de destijds geldende regelgeving, Consument afdoende geïnformeerd over de kosten die op haar beleggingsverzekering in mindering zouden worden gebracht. Deze kosten zijn dan ook overeengekomen. Het voorgaande brengt mee dat alle vorderingen van Consument dienen te worden afgewezen.

## **7. Beslissing**

De Commissie wijst de vorderingen af.

*In artikel 2 van het Reglement van de CvB Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de CvB 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](http://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.*