

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-494
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, drs. W. Dullemond, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, leden en
mr. R.G. de Kruif, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 18 augustus 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 10 juni 2020
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Beleggingsverzekering afgesloten in 2001. Verzekeraar was niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon gegeven advies. Geen sprake van dwaling. Verzekeraar heeft met de productdocumentatie voldoende geïnformeerd over alle in rekening gebrachte inhoudingen en kosten. De Commissie is dan ook van oordeel dat over de kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan. Niet gebleken is dat er onduidelijke, niet-transparante, bedingen van toepassing waren met betrekking tot inhoudingen en/of kosten. Wel heeft Verzekeraar niet voldaan aan haar (informatie)verplichting om de TER te vermelden, echter is niet gebleken dat Consument daardoor schade heeft geleden. De Commissie heeft daarom de vordering 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 of afkoopwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna.

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 met 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 schade die Consument dientengevolge heeft geleden te vergoeden.

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 Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 oktober 2014 tot 1 april 2017 (hierna: het Reglement) en op basis van de volgende stukken:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- 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 Consument naar aanleiding van de uitspraken CvB.
- de reactie van beide partijen naar aanleiding van de uitspraak van de CvB in de zaak van Consument tegen de tussenpersoon.

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 Consument heeft samen met wijlen zijn partner, die in 2014 is overleden, door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon (hierna: de Adviseur) per 5 maart 2001 een beleggingsverzekering, het zogenoemde '*Maximum+ Hypotheek Plan*', hierna te noemen: de Verzekering, afgesloten bij de rechtsvoorganger van Verzekeraar.
- 4.2 De Verzekering was gekoppeld aan een bij een bank (hierna: de Bank) afgesloten hypothecaire geldlening van fl. 572.000,- (€ 259.562,28).
- 4.3 Bij de Verzekering was sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument. Consument heeft daarbij gekozen om te beleggen in het door Verzekeraar aangeboden Mixfonds.
- 4.4 Voor het voldoen van de premies is bij aanvang van de Verzekering een premiedepot-rekening geopend bij de Bank. Op deze rekening heeft Consument een bedrag van fl. 162.683,- (€ 73.822,-) gestort.
- 4.5 In het onderhavige geval zijn in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekering de volgende stukken verstrekt:
 - Offerte d.d. 11 augustus 2000 (de Offerte);
 - Aanvraagformulier getekend op 18 augustus 2000 (het Aanvraagformulier);
 - Polisblad d.d. 30 november 2001 (de Polis 2001);
 - De Algemene Voorwaarden, model ULALO1/03-2001 en de Bijzondere voorwaarden, model ULBYHPO1/01-2001 (de Voorwaarden 2001).

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

Volgens Verzekeraar zijn ook de volgende stukken verstrekt:

- Een bij de polis verstrekte productleeswijzer (de Leeswijzer);
- De brochure van het Verbond van Verzekeraars over levensverzekeringen met beleggingsrisico (de Verbondsbrochure);
- Een algemene voorlichtingsbrochure (de Voorlichtingsbrochure).

- 4.6 Per 1 januari 2007 is, als gevolg van een administratieve omzetting door (de rechtsvoorganger van) Verzekeraar, de naam van de Verzekering gewijzigd in 'Beleggingsplan'. Daarbij is een nieuw polisblad d.d. 5 juni 2007 verstrekt (hierna: Polis 2007), inclusief de daarbij behorende clause(s) en de Algemene Voorwaarden, serie 330 (AV 330), met toelichting (hierna: de Voorwaarden 2007).
- 4.7 De Verzekering is door Consument (en wijlen zijn partner) in 2011 afgekocht. Na ontvangst van de getekende afkoopformulieren, heeft Verzekeraar op 25 mei 2011 de afkoopwaarde van € 51.217,94 overgemaakt naar de rekening van Consument.
- 4.8 In het kader van de Compensatieregeling heeft Consument een bedrag van € 2.395,36 ontvangen als compensatie voor te hoge kosten en een bedrag van € 286,73 als vergoeding voor het hefboomeffect.
- 4.9 Op de Verzekering was de volgende regelgeving van toepassing:
- a. Riav 1998
 - b. CRR 1998
- 4.10 In de Offerte stond onder andere het volgende:

“(…)

Verzekeringsvorm : *Maximum+ Plan verzekering (...)*
Op leven van : [Consument] en [Partner]

Voorbeeldkapitaal : *f 572.000,00 uitgaande van 8,30% bruto rendement.*
Op basis van de overeengekomen inleg en een bruto voorbeeldrendement van het Robuust Mixfonds van:

<i>Historisch</i>	<i>11,00%</i>	<i>: f 822.651,00</i>
<i>Afgeleid</i>	<i>4,40%</i>	<i>: f 330.885,00</i>
<i>Standaard</i>	<i>9,00%</i>	<i>: f 628.653,00</i>

Duur verzekering : 21 jaar

Risicodekking : Gelijkblijvend Incl. opgebouwde waarde

Verzekerd kapitaal : f 435.000 (...)”

(…)

Beleggen en financiële risico's

Beleggen bij wie en in welke vorm dan ook brengt financiële risico's met zich mee. Beleggen heeft u de kans op een hoger, maar ook op een lager dan gemiddeld rendement. Dit risico is voor u.

(…)

Maximum+ Plan Verzekering

Het Maximum+ Plan is een zeer moderne vorm van verzekeren en bevat naast het Universal Life en Unit Linked gedeelte tal van andere mogelijkheden in de aanvullende dekkingssfeer. Het geheel is een compleet beleggingsconcept met veel vrijheden. In deze toelichting geven wij u hiervan een kort overzicht en verduidelijking ten aanzien van (fiscale) spelregels.

(...)

Fondskeuze

Eén van de kenmerken van het Maximum+ Plan is de belegging van te betalen premies in één of meer door de maatschappij aangeboden fondsen. U bepaalt in welke fondsen er belegd zal worden, u kunt kiezen uit de volgende fondsen:

(...)

Een hoog en constant investeringspercentage

Maar liefst 90% van de premie die u betaalt, beleggen wij in de fondsen van uw keuze.

(...)

Geen aankoopkosten en geen verkoopkosten

Van uw premie worden participaties gekocht in de fondsen van uw keuze. Bij opname worden participaties verkocht. Voor deze aan- en verkoop van participaties worden geen kosten in rekening gebracht.

Administratiekosten

Van uw premie worden participaties gekocht in de fondsen van uw keuze. Bij opname worden participaties verkocht. Voor deze aan- en verkoop van participaties worden geen kosten in rekening gebracht. Deze kosten bedragen EUR 5,50 per maand en worden op de opgebouwde waarde in mindering gebracht.

Beheerskosten

De beheerskosten bedragen per maand 0,02083% (0,25% per jaar) . Dit bedrag wordt in mindering gebracht op uw fondswaarde. Alle overige kosten zijn reeds in de onderliggende fondsen verrekend.

Overlijdensrisicoverzekering

In de offerte is opgenomen voor welke overlijdensrisicoverzekering u hebt gekozen. Bij overlijden van de verzekerde wordt het verzekerd kapitaal bij overlijden uitgekeerd.

(...)"

4.11 In de Voorwaarden 2001 stond onder andere het volgende:

"(...)

18 Kosten, premies overlijdensrisico en premies aanvullende dekkingen

(...)

1. *Administratiekosten*

De administratievergoeding voor de maatschappij word vermeld in de polis.

(...)

2. *Premies overlijdensrisico en aanvullende dekkingen*

Een toevoeging danwel een onttrekking van de op basis van dit artikel vastgestelde premies vindt plaats op de ingangsdatum en iedere volle maand daaropvolgend en worden in evenredigheid onttrokken aan de fondsen waarin is belegd.

(...) Indien en voor zover het verzekerd (lijfrente) kapitaal danwel het, hiervoor bepaalde fictieve rekenkapitaal bij overlijden hoger is dan de tegenwaarde van de participaties wordt een risicopremie onttrokken op basis van de sterftetabel GBM 1990-95 (...)

3. *Beheerkosten*

Voor alle fondsen geldt een beheervergoeding voor de maatschappij ter grootte van 0,0208% per maand van de waarde van de participaties.

(...)"

4.12 In de Polis 2001 stond onder andere het volgende:

"(...)

<i>Inhoud</i>	<i>Verzekeringsonderdeel</i>	<i>Premie</i>
	<i>Leven/overlijden</i>	<i>12.042,55</i>
	<i>Overlijden</i>	<i>1.989,05</i>
<i>Premie</i>	<i>Totaal verschuldigd per jaar</i>	<i>14.031,59</i>
	<i>Zolang de verzekerden in leven zijn, echter</i>	
	<i>Uiterlijk tot 05 maart 2022</i>	
	<i>De premie voor het onderdeel 'Overlijden' is verschuldigd door de tweede verzekeringnemer (...)</i>	
	<i>De premie voor het onderdeel 'Leven/overlijden' is verschuldigd door de eerste verzekeringsnemer (...)</i>	
<i>Clausule(s)</i>	<i>Zie blad 'Clausule(s)'</i>	
<i>Investing</i>	<i>90,00 %</i>	
<i>Administratiekosten</i>	<i>12,12</i>	
<i>Voorwaarden</i>	<i>Van toepassing zijn de voorwaarden</i>	
	<i>Algemene voorwaarden Model ULAL01</i>	
	<i>Bijzondere voorwaarden ULBYHP01</i>	
	<i>[Verzekeraar] verklaart met de verzekeringnemer(s) een overeenkomst van levensverzekering te hebben gesloten volgens het in deze polis, Algemene Voorwaarden en/of Bijzondere Voorwaarde bepaalde. De polisbladen, clausules en de bijbehorende overzichten maken onverbreekelijk deel uit van de polis.</i>	

(...)"

5. Vordering en juridische grondslag.

- 5.1 Consument vordert dat Verzekeraar gehouden wordt tot *primair* het vergoeden van € 115.012,-, dan wel *subsidiar* een bedrag van € 77.841,- .
- 5.2 Volgens Consument is Verzekeraar daartoe gehouden omdat Consument bij het sluiten van de Verzekering heeft gedwaald, over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming heeft bestaan, sprake is van oneerlijke bedingen in de overeenkomst en Verzekeraar jegens Consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst en/of bij de totstandkoming dan wel uitvoering van de Verzekering onrechtmatig jegens Consument heeft gehandeld.

6. Beoordeling

Behandelbaarheid klacht

- 6.1 De Commissie gaat niet mee in de stelling van Verzekeraar dat het Kifid de klacht van Consument op grond van artikel 12.1 van het Reglement niet kan behandelen omdat Consument zijn klacht te laat heeft ingediend. Consument heeft weliswaar de Verzekering in 2011 afgekocht, maar dat betekent niet dat hij vanaf dat moment binnen één jaar zijn klacht bij Kifid moet indienen. Consument heeft pas voor het eerst bij brief van 21 januari 2015, met behulp van zijn gemachtigde, bij Verzekeraar over de kosten in de Verzekering geklaagd. Daar heeft Verzekeraar bij brief van 10 maart 2015 op gereageerd. Vervolgens heeft Verzekeraar, na enige correspondentie tussen partijen over en weer in een poging tot een minnelijke oplossing te komen, bij brief van 28 juli 2015 meegedeeld haar dossier te sluiten onder verwijzing naar Kifid voor het geval dat Consument het niet eens is met het standpunt van Verzekeraar. Consument heeft vervolgens tijdig bij brief van 17 augustus 2015 zijn klacht bij Kifid ingediend. De Commissie acht de klacht derhalve behandelbaar.

Klachtplicht

- 6.2 Verzekeraar heeft gesteld dat Consument niet tijdig heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 BW. Consument heeft op 21 januari 2015 voor het eerst bij Verzekeraar geklaagd. Verzekeraar heeft echter niet aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg daarvan een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit er toe dient te leiden dat Consument zich in dit geval niet meer op een gebrek in de door Verzekeraar geleverde prestatie zou kunnen beroepen.

Verjaring

- 6.3 Verzekeraar heeft gesteld dat de vordering van Consument is verjaard.

Verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat Consument al vijf jaar eerder, vóór 21 januari 2015, een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen van Verzekeraar en de gevorderde schade dat hij daadwerkelijk in staat was zijn vordering toen al in te stellen. De vordering van Consument is daarom niet verjaard.

6.4 Hieronder zal de Commissie de klacht van Consument inhoudelijk beoordelen.

Niet verantwoordelijk voor gegeven advies

6.5 De Commissie stelt in het onderhavige geval allereerst vast dat de klachten van Consument over de rol van de Adviseur bij het advies en de totstandkoming van de Verzekering door de Geschillencommissie, en in hoger beroep door de Commissie van Beroep van Kifid, reeds zijn behandeld en tot uitspraken hebben geleid. Daarbij is een schadevergoeding toegekend vanwege ondeugdelijk advies dan wel onrechtmatig handelen door Adviseur bij de in 2001 tot stand gekomen financieringsconstructie waar ook de Verzekering onderdeel van uitmaakte. Dat is voor de Commissie in het onderhavige geval aanleiding geweest om eerst Consument, en vervolgens Verzekeraar, in de gelegenheid te stellen om zich uit te laten over welke gevolgen dat heeft voor de onderhavige klacht van Consument over Verzekeraar. Uit de namens Consument ingediende reactie is gebleken dat Consument bij zijn (primaire) vordering jegens Verzekeraar de schadevergoeding in de zaak tegen de Adviseur niet en bij zijn subsidiaire vordering wel in mindering wenst te brengen. Consument heeft verder betoogd dat op Verzekeraar de verplichting rustte om na te gaan of Consument in staat was aan de verplichtingen uit de overeenkomst te voldoen en gaat daarbij onder ander in op de geadviseerde financieringsconstructie die naast de Verzekering bestond uit een hypothecaire geldlening en een beleggingsdepot. De Commissie is echter van oordeel dat Verzekeraar niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor het door de Adviseur aan de Consument verstrekte advies. De klachten van Consument over het advies van de Adviseur, waaronder de gehele financieringsconstructie zoals die in 2001 tot stand is gekomen dan wel bij de afkoop van de Verzekering in 2011, blijven hierna daarom buiten beschouwing. De Commissie zal hieronder alleen beoordelen of Verzekeraar bij de totstandkoming van de Verzekering, en voor zover van toepassing ook daarna, aan haar informatie- en zorgplichten heeft voldaan.

Soort verzekering

6.6 De Verzekering was een beleggingsverzekering waarbij het volgende was verzekerd:

- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties;
- een uitkering bij overlijden van één van de verzekerden voor de einddatum ter hoogte van 110% van waarde van de op dat moment opgebouwde participaties, maar minimaal een (vast) kapitaal van € 197.394,39 (fl. 435.000,-).

Dwaling

6.7 Consument beroept zich op dwaling. Uit de Productinformatie – met name de Offerte waarvan Consument de ontvangst en acceptatie niet heeft bestreden – blijkt echter zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarbij een deel van de premie voor risico van Consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht en waarbij een overlijdensrisicodekking bestond waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was. Voor zover Consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico. In de gegeven omstandigheden is niet aannemelijk geworden dat Consument indien hij de volgens hem ontbrekende of onjuiste informatie wel had ontvangen de beleggingsverzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan (vgl CvB 2017-035). Het beroep op dwaling slaagt niet.

Informatie verstrekking

6.8 De Commissie stelt vast dat onder andere in de Offerte het investeringspercentage, te weten 90% van de premie waarmee in het gekozen fonds wordt belegd, alsmede de administratiekosten van € 5,50 per maand en de beheerskosten van de 0,02083% per maand (0,25% per jaar) zijn vermeld. Van de fondsen waaruit gekozen kon worden was een overzicht opgenomen van de verschillende rendementen (historisch, afgeleid en een standaard rendement) over een periode van 20 jaar (1978-1998). Het (gewenste) voorbeeldkapitaal van fl. 572.000,- was berekend op basis van de overeengekomen inleg en het door Consument gekozen fonds (Robuust Mixfonds) bij een bruto rendement van 8,30% per jaar gedurende de looptijd van de Verzekering (een periode van 21 jaar). Onder dat voorbeeldkapitaal stonden ook de voorbeeldkapitalen bij het historisch, afgeleid en standaard rendement van het gekozen fonds voor de duur van de verzekering op basis van de inleg en de gelijkblijvende overlijdensrisicodekking van fl. 435.000,-. Voorts is in de Offerte gewaarschuwd voor het beleggingsrisico dat voor rekening van Consument komt. Op de Polis 2001 stonden ook de investering van 90% en administratiekosten van fl. 12,12 (€ 5,50) vermeld, waar in artikel 18 lid 1 van de Voorwaarden ook naar wordt verwezen. Voorts zijn in artikel 18 lid 3 van de Voorwaarden de beheerskosten van de 0,02083% per maand (0,25% per jaar) vermeld en blijkt uit lid 2 van hetzelfde artikel dat de benodigde overlijdensrisicopremie maandelijks wordt berekend aan de hand van een bepaalde (sterfte)tabel en dat de risicopremie wordt onttrokken aan het opgebouwde tegoed van de fondsen waarin is belegd.

Wat betreft de stelling van Consument dat hij de Polis 2001 met bijbehorende voorwaarden nooit zou hebben ontvangen, is de Commissie van oordeel dat dit in het onderhavige geval voor rekening van Consument komt omdat hij, zoals Verzekeraar heeft aangevoerd, bij brief van 12 april 2001 rechtstreeks door Verzekeraar is geïnformeerd dat de aanvraag voor de Verzekering was geaccepteerd en de polis via zijn tussenpersoon aan hem zou worden toegestuurd. Consument was er dus van op de hoogte, althans had ervan op de hoogte moeten zijn, dat de contractdocumentatie aan zijn Adviseur zou worden gezonden.

Consument heeft zelf ook bevestigd dat Verzekeraar de meeste stukken naar zijn Adviseur stuurde, zodat voor het niet ontvangen van bepaalde stukken Verzekeraar ook niet verantwoordelijk kan worden gehouden.

- 6.9 De Commissie stelt vast dat Verzekeraar met de in dit geval met de verstrekte Productdocumentatie de op grond van de van toepassing zijnde Riav 1998 en CRR 1998 voorgeschreven informatie aan Consument heeft verstrekt.
- 6.10 Consument stelt dat de beleggingsverzekering niet heeft opgeleverd wat hij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten. Uit de Productinformatie blijkt echter zonder meer dat het ging om een beleggingsverzekering waarbij het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. Het is van algemene bekendheid dat daaraan het risico is verbonden dat die rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook Consument had dat kunnen en moeten begrijpen.
- 6.11 Consument heeft mogelijk bedoeld dat hij niet is gewaarschuwd voor het crashrisico. Met het crashrisico wordt bedoeld dat een koersstijging of koersdaling een groter effect heeft op het eindresultaat van een reeks periodieke beleggingen naarmate die stijging of daling op een relatief laat moment tijdens de looptijd van de Verzekering zich voordoet. De Commissie is echter van oordeel dat het crashrisico in dit verband moet worden beschouwd als een van het algemene beleggingsrisico deel uitmakend risico en dat niet valt in te zien dat de mogelijkheid van het zich voordoen van dit risico moet leiden tot de conclusie dat sprake is van een gebrekkig product.
- 6.12 Voor zover Consument dit heeft aangevoerd bestaat tussen hem en Verzekeraar geen beleggingsadviesrelatie. De daarop betrekking hebbende klachten van Consument kunnen daarom niet slagen.

Wilsovereenstemming over kosten(soorten en inhoudingen)?

- 6.13 Aan de hand van de Productdocumentatie heeft de Commissie vastgesteld dat informatie is verstrekt over alle in rekening gebrachte inhoudingen en kosten, zie hierboven onder 6.8. Van de premie zou 90% worden geïnvesteerd (belegd) in fondsen naar keuze, wat zowel in de Offerte als op de Polis 2001 stond vermeld. De genoemde administratie- en beheerskosten, alsmede de overlijdensrisicopremie, werden voorts op de opgebouwde (fonds)waarde in mindering gebracht. Dit alles was bekend, althans had bij Consument bekend kunnen zijn. Het is de Commissie niet gebleken dat Verzekeraar andere inhoudingen of kosten in rekening heeft gebracht. De Commissie is dan ook van oordeel dat over de kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

6.14 Voor zover Consument heeft gesteld dat sprake is van onredelijk bezwarende (oneerlijke) bedingen, acht de Commissie die stellingen onvoldoende onderbouwd. De Commissie is ook ambtshalve niet gebleken dat er onduidelijke, niet-transparante, bedingen van toepassing waren met betrekking tot inhoudingen en/of kosten.

Fondsbeheerskosten of TER

6.15 De fondsbeheerskosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin Consument heeft belegd. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door Verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of Verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of Verzekeraar Consument over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement. Vergelijk CvB 2018-010, overweging 5.10.

6.16 Op de Verzekering is de CRR 1998 toepasselijk, zodat Verzekeraar bij het sluiten van de Verzekering over de TER had moeten informeren. Uit de Productdocumentatie blijkt niet dat de TER in rekening is gebracht. Verzekeraar heeft Consument daarover bij het sluiten van de Verzekering dus niet overeenkomstig de bepalingen van de CRR 1998 geïnformeerd. Daarmee heeft Verzekeraar niet voldaan aan haar (informatie)verplichting om de TER te vermelden.

6.17 Zoals al opgemerkt worden de fondsbeheerskosten niet door Verzekeraar, maar door de fondsbeheerder in rekening gebracht. Daarom leidt de tekortkoming van Verzekeraar niet tot een terugbetalingsverplichting, maar tot de verplichting voor Verzekeraar om de schade, die Consument als gevolg van zijn tekortkoming heeft geleden, te vergoeden. Consument heeft echter niet naar voren gebracht dat hij – als hij bij het sluiten van de overeenkomst op de hoogte was geweest van (de hoogte van) de fondsbeheerskosten – voor andere fondsen (met lagere kosten) zou hebben gekozen, waardoor schade aan de zijde van Consument niet is komen vast te staan (zie onder 2.12).

Overlijdensrisicodekking

6.18 Consument heeft gesteld dat hij niet wist dat een overlijdensrisicopremie in rekening werd gebracht dan wel dat de overlijdensrisicopremie te hoog was in verhouding tot een losse overlijdensrisicoverzekering, of dat ten onrechte een hoge dekking op twee levens is afgesloten.

6.19 De Commissie is echter van oordeel dat Consument had moeten begrijpen dat voor de overlijdensuitkering een premie verschuldigd is en dat die dus onderdeel is van de bruto premie. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

De Commissie acht het aannemelijk dat de keuze voor een dekking op beide levens destijds is ingegeven door de alleszins gebruikelijke wens om bij vooroverlijden van de een, de ander verzorgd achter te laten, zodat die keuze op zichzelf niet als ondeugdelijk kan worden beschouwd en evenmin aannemelijk is dat Consumenten daarvan zouden hebben willen afzien. In artikel 18 lid 2 van de Voorwaarden was de berekeningswijze van de risicopremie toegelicht en de daarvoor gebruikte (sterfte)tabel. Consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat de hoogte van de overlijdensrisicopremie naar de maatstaven van toen disproportioneel was.

Hefboom- en inteereffect

- 6.20 Inzake het hefboom- en inteereffect stelt de Commissie vast dat Verzekeraar in het onderhavige geval niet had moeten waarschuwen dat het reële (bijzondere) risico bestond dat de Verzekering kon komen te vervallen zonder dat bij vóóroverlijden een overlijdensuitkering zou worden uitgekeerd. Gebleken is namelijk dat de Verzekering voortijdig door afkoop is beëindigd.
- 6.21 Consument heeft ook niet aannemelijk gemaakt dat hij méér schade door het hefboom- en inteereffect heeft geleden dan reeds door de tegemoetkoming van € 286,73 op grond van de compensatieregeling is vergoed.

Conclusie

- 6.22 Hiervoor is vastgesteld dat de Productdocumentatie voor een normaal geïnformeerde en redelijk omzichtige en oplettende, gemiddelde consument voldoende inzicht heeft verschaft in de werking van de verzekering en de kosten en premie die Verzekeraar in rekening zou brengen. Van dwaling is geen sprake, terwijl ook niet is gebleken van onredelijk bezwarende bedingen. Naar het oordeel van de Commissie heeft Verzekeraar, behoudens de TER, voldaan aan haar verplichting om informatie over de kosten en premie te geven en volgt daaruit dat deze ook zijn overeengekomen. Ten aanzien van de TER is niet gebleken dat Consument schade heeft geleden. De slotsom is dat alle vorderingen van Consument zullen worden afgewezen.

7. Beslissing

De Commissie wijst de vordering 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/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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 40 van het Reglement.