

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-584  
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. E.L.A. van Emden, drs. J.W. Janse, leden en  
mr. G. Atasoy-Mähler, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 15 mei 2018  
Ingediend door : Consument  
Tegen : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen: Verzekeraar  
Datum uitspraak : 15 juli 2020  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft in 1990 een beleggingsverzekering afgesloten bij ASR Levensverzekering N.V. Consument klaagt over de toepassing van de compensatieregeling en de in zijn verzekering in rekening gebrachte kosten en vordert een op redelijkheid en billijkheid gebaseerd eindbedrag als uitkering. Verzekeraar beroept zich erop dat de vorderingen van Consument zijn verjaard. De Commissie stelt vast dat Consument in maart 2012 op de hoogte is gesteld van het feit dat de in rekening gebrachte kosten over de gehele looptijd lager waren dan in de Compensatieregeling was afgesproken en Consument daarom geen tegemoetkoming ontvangt voor de in rekening gebrachte kosten. Doordat hij vervolgens niet binnen vijf jaar een vordering tegen Verzekeraar heeft ingesteld en de verjaring ook niet tussentijds heeft gestuit, is zijn vordering verjaard. Daarnaast klaagt Consument dat de provisie en bonusprovisie aan zijn tussenpersoon en kosten die Consument niet bekend zijn (deels) ten onrechte in rekening zijn gebracht. De Verzekering is op 1 oktober 1990 afgesloten bij Verzekeraar. De verjaringstermijn van twintig jaar is op dat moment gaan lopen en deze is, nu de verjaring niet is gestuit, per 1 oktober 2010 voltooid. Omdat Consument voor het eerst in januari 2018 heeft geklaagd dat Verzekeraar kosten in rekening heeft gebracht, waarover bij het afsluiten van de Verzekering geen wilsovereenstemming bestond, is deze vordering van Consument verjaard. De vorderingen van Consument worden afgewezen.

## **I. Inleiding**

I.1 Op 15 mei 2018 heeft Consument zijn klacht ter behandeling bij het Kifid ingediend. Dit naar aanleiding van de afwijzende reactie van Verzekeraar van 5 maart 2018. Hieronder volgt, voor zover van belang, eerst het algemene beoordelingskader voor klachten over beleggingsverzekeringen. Daarna volgt specifiek voor de onderhavige klacht 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 relevante uitspraken van de Commissie van Beroep Kifid (hierna: de CvB) worden verwezen.

## **2. Beoordelingskader**

De Commissie beoordeelt klachten over beleggingsverzekeringen 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 de 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.

2.9 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)*

2.10 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 de verzekeringnemer dientengevolge heeft geleden te vergoeden.

### *Overlijdensrisicodekking*

2.11 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*

2.12 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). 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*

2.13 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 (hierna: het Reglement) en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- de door Consument ingediende aanvullende informatie;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (repliek) van Consument op het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (dupliek) van Verzekeraar;
- de aanvullende reactie van Consument op de dupliek van Verzekeraar en
- de aanvullende reactie van Verzekeraar hierop.

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 door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 oktober 1990 een beleggingsverzekering, een zogenoemde Waerdye levensverzekering, gesloten bij (een rechtsvoorganger van) Verzekeraar. De einddatum van deze Verzekering was gesteld op 1 oktober 2010.

Op 1 oktober 2009 is de Verzekering van Consument fiscaal gesplitst in twee polisnummers, waarbij een deel is voortgezet onder het oorspronkelijke nummer [nummer 1] en het andere deel onder polisnummer [nummer 2]. Op beide polissen is door middel van clausules vastgelegd dat de polissen onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden en de ingangsdatum van polis [nummer 2] moet worden gelezen als 1 oktober 1990. De verzekeringen met polisnummers [nummer 1] en [nummer 2] worden hierna gezamenlijk genoemd: de Verzekering.

4.2 Bij de Verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument.

4.3 De Verzekering is geëxpireerd op 1 december 2010 met een expiratiewaarde van € 189.532,76.

4.4 In het onderhavige geval zijn in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekering de volgende stukken verstrekt:

- Offerte (niet overgelegd) (hierna: de Offerte)
- Aanvraagformulier (niet overgelegd) (hierna: het Aanvraagformulier)
- Oorspronkelijk polisblad d.d. 6 november 1990 behorende bij polis [nummer 1] (hierna: de Polis I)
- Oorspronkelijk polisblad d.d. 23 december 2010 behorende bij polis [nummer 2] (hierna: de Polis II)
- De voorwaarden WE1, van toepassing op Polis I (hierna: de Voorwaarden WE1)
- De voorwaarden WE4, van toepassing op Polis II (niet overgelegd) (hierna: de Voorwaarden WE4)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

4.5 In de Voorwaarden WE1 staat onder andere het volgende:

**“(...) Artikel 9 Waerdye-eenheden**

*1. Waerdye-eenheden zijn rekeneenheden, waarmee aangeduid worden de met een beleggingsdepot corresponderende verzekeringsverplichtingen van de maatschappij. (...)*

**Artikel 10 Beleggingsdepot**

*1. Er worden vier depots gevormd, een Robeco-, een Rolinco-, een Rorento- en een Rodamco -eenhedendepot met de bepalingen dat:*

- a. elk van de depots afgescheiden van het overige vermogen van de maatschappij wordt geadmistreerd, enerzijds In guldens Nederlands courant en anderzijds In Waerdye-eenheden;*
- b. de belegging van de resp. depots plaats vindt in resp. Robeco-, Rolinco-, Rorento- en Rodamco-aandelen.*

2. Toevoegingen aan een depot geschieden door:

- a. de per de ingangsdatum van de verzekering en per de premieervaldata te beleggen delen van premies en koopsommen bestemd voor de in Waerdye-eenheden uitgedrukte verzekeringsverplichtingen;
- b. stortingen van de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;
- c. verwerking van vermogensrechtelijke voordelen in de ruimste zin van het woord, verworven met tot de depots behorende vermogenswaarden.

3. Onttrekkingen aan een depot geschieden tengevolge van:

- a. uitkeringen en afkopen;
- b. opnamen door de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;
- c. de maandelijkse vergoeding aan de maatschappij voor beheer en administratie ter grootte van 3/4 % op jaarbasis.

4. Tegenover de in dit artikel sub 2a en 2b vermelde toevoegingen en de sub 3a en 3b vermelde onttrekkingen wordt steeds een met de toevoeging en onttrekking corresponderend aantal Waerdye-eenheden gevormd of teniet gedaan. (...)

7. Het aantal Waerdye-eenheden per depot wordt als volgt vastgesteld:

- a. uitgegaan wordt van het aantal Waerdye-eenheden van de vorige vaststelling;
- b. dit aantal wordt verminderd met het sinds de vorige vaststelling teniet gedane aantal Waerdye-eenheden, corresponderende met de sub 3a en 3b van dit artikel bedoelde onttrekkingen aan het depot;
- c. dit aantal wordt vermeerderd met het sinds de vorige vaststelling nieuw gevormde aantal Waerdye-eenheden, corresponderende met de sub 2a en 2b van dit artikel bedoelde toevoegingen aan het depot
- d. over het gemiddelde van de gevonden aantallen Waerdye-eenheden, enerzijds sub a van dit lid en anderzijds sub a, b en c van dit lid, wordt aan het na c van dit lid gevonden aantal toegevoegd een in Waerdye-eenheden uitgedrukte rente berekend naar 4 % op jaar- basis.

### **Artikel 11 Vaststelling verzekerde kapitaal**

1. Met opbouwpremie wordt In dit artikel bedoeld de voor de levensverzekering verschuldigde premie minus daarin begrepen kostenopslagen. (...)"

#### **4.6 Op Polis I staat ander andere het volgende:**

"(...) De Levensverzekering Maatschappij Stad Rotterdam NV te Rotterdam verklaart een overeenkomst van levensverzekering met de verzekeringnemer te hebben gesloten op de in de polis vermelde voorwaarden en op de bijgevoegde voorwaarden van de Waerdye-Levensverzekering WE1. (...) Ingangsdatum verzekering: 01-10-1990 Einddatum verzekering: 01-10-2010 (...)

Het verzekerde kapitaal wordt uitgekeerd bij het in leven zijn van de verzekerde op de einddatum van de verzekering.

Bij het overlijden van de verzekerde voor de einddatum van de verzekering wordt de netto reservewaarde uitgekeerd.

De premie bedraagt F 17.116,00 per jaar, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-10-2010, te voldoen op de 01<sup>e</sup> oktober van ieder jaar, voor het eerst op 01-10-1990. (...)



*In afwijking van het in de polis bepaalde zal het verzekerde kapitaal, uit te keren bij het in leven zijn van de verzekerde op de einddatum van de verzekering, niet in contanten worden uitgekeerd, maar worden aangewend – zo nodig onder inhouding van verschenen premies en renten – als koopsom voor een lijfrente (...)*”

#### 4.7 Op Polis II staat onder andere het volgende:

*“(...) ASR Levensverzekering N.V. verklaart een overeenkomst van levensverzekering met de verzekeringnemer te hebben gesloten op de in de polis vermelde voorwaarden en op de bijgevoegde voorwaarden van de Waerdye-Levensverzekering WE4. (...)*

*Ingangsdatum verzekering: 01-10-2009*

*Einddatum verzekering: 01-10-2011*

*Het verzekerde kapitaal bij leven wordt uitgekeerd bij het in leven zijn van de verzekerde op de einddatum van de verzekering.*

*Bij het overlijden van de verzekerde voor de einddatum van de verzekering wordt het verzekerde kapitaal bij overlijden uitgekeerd.*

*De verzekering is premievrij.*

*Het bepaalde in artikel 8 van de voorwaarden van verzekering is vervallen en vervangen door:  
De verzekeringnemer heeft tot de einddatum van de verzekering te allen tijde het recht de netto  
reservewaarde van de verzekering aan te wenden voor aankoop van een lijfrente bij de maatschappij.*

*(...) Clausulenummer 10*

*De verzekering met polisnummer [nummer 2] is onverbrekkelijk verbonden aan de verzekering met  
polisnummer [nummer 1]*

*Bij wijziging of verval van de laatstgenoemde verzekering al de maatschappij bepalen of en op welke  
condities de eerstgenoemde verzekering kan worden voortgezet.*

*Clausulenummer 91*

*De verzekering is een gedeeltelijke voortzetting van de verzekering met polisnummer [nummer 1]. Als  
ingangsdatum dient gelezen te worden: 01-10-1990.*

*Clausulenummer 242*

##### *Fiscale lijfrenteclausule*

*In afwijking van het in de polis bepaalde zal het verzekerde kapitaal, uit te keren bij het in leven zijn van de  
verzekerde op de einddatum van de verzekering (...) niet in contanten worden uitgekeerd, maar worden  
aangewend – zo nodig onder inhouding van verschenen premies en renten – als koopsom voor een lijfrente  
(...)”*



- 4.8 In november 2010 heeft Consument Verzekeraar verzocht het vrijkomende kapitaal uit het per 1 december 2010 expirerende deel van de Verzekering ([nummer 1]) op zijn bankrekeningnummer over te maken en de waarde uit het andere deel van de Verzekering ([nummer 2]) over te maken naar een andere financiële instelling. Op 30 december 2010 heeft Consument naar aanleiding van een brief van Verzekeraar hierover een brief aan Verzekeraar gestuurd waarin hij zijn beklag doet over een in de brief van Verzekeraar opgenomen zinsnede:

*“(...) Met uw laatste zinsnede in elke brief t.w. “Dit betekent dat vanaf heden er geen rechten meer aan de verzekering(en) kunnen worden ontleend” ga ik niet accoord.*

*Ondanks diverse bij mijn tussenpersoon, Adviesbureau [X] te [plaatsnaam], ingediende verzoeken inzake de “compensatie-voorstellen” mocht ik hierop geen enkele reactie e/o toelichting van haar e/o van de ASR ontvangen.*

*Voorts wacht ik nog steeds op de reeds voor het 3<sup>e</sup> kwartaal door ASR toegezegde berekening van deze polis alsmede een vergoeding voor het 1 maand (24 december i.p.v. de afloopdatum 1 december) te laat uitkeren van de verzekerings-bedragen.*

*Met deze aangetekende brief sommeer ik u de met uw maatschappij overeengekomen contracten naar behoren na te komen zodat ik mijn investeringen die ik van mijn kant heb gedaan in de relatie met uw maatschappij beloond zie met een realistisch en redelijk aanbod. (...)”*

- 4.9 Naar aanleiding hiervan heeft op 20 januari 2011 een telefoongesprek plaatsgevonden tussen Consument en Verzekeraar, waarna Verzekeraar op 28 januari 2011 een brief heeft gestuurd aan Consument. In deze brief staat onder andere:

*“(...) Op 24 december 2010 hebben wij het eindkapitaal van uw verzekeringen met polisnummers [nummer 1] en [nummer 2] overgemaakt. Die verzekeringen zijn beëindigd. Dit hebben wij in een brief bevestigd. In deze brief staat ook dat u geen rechten meer aan de verzekeringen kunt ontlenu. Hier bent u het niet mee eens. Dat kan ik mij voorstellen. Uw verzekeringen vallen namelijk nog wel onder de Compensatieregeling. Hierna licht ik dat verder toe.*

### **Compensatieregeling**

*ASR Nederland heeft met belangenorganisaties afspraken gemaakt over de maximale kosten van beleggingsverzekeringen. Deze afspraken noemen wij de Compensatieregeling. Uw verzekeringen zijn beleggingsverzekeringen en vallen onder de Compensatieregeling. Ondanks dat uw verzekeringen beëindigd zijn, houdt u recht op deze Compensatieregeling. Wij berekenen voor uw verzekeringen of ze voor compensatie in aanmerking komen en, als dat het geval is, hoe hoog de vergoeding is.*

### **Komen uw verzekeringen voor een vergoeding in aanmerking?**

*Graag had ik u in deze brief antwoord willen geven op deze vraag, maar dat kan ik helaas nog niet.*

### **Vergoeding**

*Uw verzekeringen zijn per 1 december 2010 beëindigd. Wij hebben de eindkapitalen op 24 december 2010 overgemaakt. Door deze late overboeking hebt u schade geleden. Om u hierin tegemoet te komen zullen wij aanvullende € 375,00 naar u overmaken. (...)*

- 4.10 Per brief van 21 februari 2011 heeft Verzekeraar tussenpersoon van Consument als volgt geïnformeerd:

*“(...) In uw brief van 9 februari 2011 komt u terug op het dossier van de heer (...). De heer (...) heeft u verzocht nogmaals een klacht in te dienen over het uitblijven van een definitief antwoord over de compensatieregeling.*

*Wij kunnen nog niet aangeven of de verzekeringen van de heer (...) voor een vergoeding in aanmerking komen. Dat heeft (...) in haar brief van 28 januari 2011 ook laten weten. (...) De heer (...) heeft op 30 december 2010 een brief naar ons gestuurd. U hebt (...) op 27 januari 2011 gesproken over zijn verzekeringen en de gang van zaken in dit dossier. Naar aanleiding hiervan en gezien de historie in dit dossier, hebben wij gemeend een vergoeding naar de heer (...) over te maken. Op 28 januari 2011 heeft (...) mevrouw (...) telefonisch gesproken, de heer (...) was niet aanwezig. In dat gesprek heeft zij toegelicht waarop dit bedrag gebaseerd is. Mevrouw (...) begreep dit en zou haar man inlichten. (...)”*

Deze brief is op 22 februari 2011 door de tussenpersoon aan Consument doorgestuurd.

- 4.11 Op 18 december 2011 heeft Consument opnieuw een brief aan Verzekeraar gestuurd waarin onder andere het volgende staat:

*“(...) Na uw brief van 28 januari j.l. heb ik u, op advies van mijn tussenpersoon (...), maar enige tijd met rust gelaten om u, overigens tegen de gemaakte afspraken in, ruimschoots de tijd te geven om de afwikkeling van mijn polis op grond van de “compensatieregeling” te verzorgen. Nu na bijna 1 jaar verder heb ik nog steeds geen bericht van u ontvangen. Hierbij dien ik dan ook wederom een klacht bij u in, omdat u in deze andermaal niet gehandeld heeft als van een goed verzekeraar verwacht mag worden. (...)”*

- 4.12 In maart 2012 heeft Verzekeraar Consument in het kader van de zogenoemde Compensatieregeling geïnformeerd dat de in rekening gebrachte kosten over de gehele looptijd lager waren dan in de tegemoetkomingsregeling was afgesproken en Consument daarom geen tegemoetkoming ontvangt voor de in rekening gebrachte kosten.

4.13 Op 15 januari 2018 heeft Consument in reactie op een e-mail van zijn tussenpersoon van diezelfde dag, een e-mail aan zijn tussenpersoon gestuurd met het verzoek om deze e-mail met bijlagen door te sturen aan Verzekeraar. Dit heeft tussenpersoon op 18 januari 2018 gedaan. In de betreffende e-mail van Consument staat onder andere:

*“(...) Bedankt voor je mail van heden waarop ik direct bijgaande brief met bijlagen heb opgesteld. Ik verzoek je e.e.a. zo spoedig mogelijk onder de aandacht van de ASR te brengen (Afd. Klachtenservice Leven, dossier [dossiernummer]) opdat deze zaak overeenkomstig de Kifid uitspraak afgewikkeld wordt. (...)”*

*In de brief aan de tussenpersoon die als bijlage bij de e-mail werd meegestuurd staat het volgende:*

*“(...) Naar aanleiding van je mail van heden zend ik bijgaand de volgende stukken:*

- 1. Mijn getekende brief inzake de compensatie-regeling voor voornoemde polissen waarvan de inhoud voor zich spreekt.*
- 2. Kopie van de ASR brief van 23 dec. 2010;*
- 3. idem van 28 jan. 2011 waarin door ASR wordt bevestigd dat mijn verzekeringen onder de “Compensatie-regeling vallen.*

*Gezien de “uitspraak” van KiFiD en bijgaande ASR kopie-brieven is mij je antwoord absoluut niet duidelijk.*

*De KiFiD uitspraak betref de te hoge door ASR in rekening gebrachte “eerste kosten”. Ik verzoek je onderhavige zaken als mijn “Financiële Raadgever” andermaal bij de ASR (...) aanhangig te maken (...)”*

4.14 In bijlage I, zoals genoemd in bovenstaande brief van Consument, staat onder andere:

*“(...) Aan:*

*Aanbieder / tussenpersoon            [X] (...)*

*Adres of postbus                            (...)*

*Betreft:                                        Compensatieregeling polissen (...)*

*Mij is onlangs gebleken dat ik door u, ten tijde van het afsluiten van genoemde polissen, onjuist ben voorgelicht. Door u is een verkeerde, althans onvolledige voorstelling van zaken gegeven ten aanzien van de kosten die op het product worden ingehouden, de kapitalen die kunnen worden opgebouwd en de hoogte van de premies van productonderdelen. Ook ben ik niet voorgelicht over de invloed van de kosten op het rendement en was mij niet bekend welk minimumrendement ik moest behalen om alleen nog maar de kosten terug te verdienen.*

*Voorts ben ik niet, althans onvoldoende geweest op de risico's van bovengenoemde polissen, zoals het hefboom-/intereffect en ben ik onvoldoende voorgelicht over de aard van de beleggingen en de specifieke beleggingsrisico's.*

*Als gevolg van bovenstaande heb ik gedwaald en/of heeft u onrechtmatig gehandeld jegens mij en/of jegens mij wanprestatie gepleegd, tengevolge waarvan ik schade heb geleden en mogelijk nog zal lijden.*

*Ik stel u bij dezen aansprakelijk voor alle hiermee verband houdende schade.*

*U dient deze brief tevens te beschouwen als een handeling om de verjaring te stuiten. (...)*

- 4.15 Verzekeraar heeft op 12 februari 2018 als volgt gereageerd op de e-mail (inclusief bijlagen) van Consument:

*"(...) Op 15 januari 2018 hebt u via uw verzekeringsadviseur [X] ons brieven gestuurd over uw verzekeringen (...). U verzoekt onder meer om een regeling naar aanleiding van de uitspraak van de Commissie van Beroep. Hieronder reageer ik op uw verzoek tot toepassing van de uitspraak van de Commissie van Beroep op uw verzekeringen en op de brief waarin u ons aansprakelijk stelt.*

#### **Uitspraak Commissie van Beroep Kifid**

*De uitspraak van de Commissie van Beroep waarnaar u verwijst heeft betrekking op een specifiek en individueel geval en geldt alleen tussen de betrokken partijen. U kunt zich hier dus niet op beroepen.*

#### **Te laat**

*U bent vanaf de ingangsdatum geïnformeerd over de waardeontwikkeling in de verzekeringen met polisnummers (...) en vanaf 2008 over de (hoogte van de) in rekening gebrachte kosten en risicopremies. Ondanks alle informatie waarmee u vanaf die momenten bekend was, hebben wij alleen klachten over de uitvoering van de Compensatieregeling ontvangen. Hierover hebben wij u zowel telefonisch als schriftelijk geïnformeerd. In 2012 hebben wij u vervolgens per brief geïnformeerd over de compensatie in het kader van de Compensatieregeling. De berekende compensatievergoeding was € 0,00.*

*(...) Gezien het voorgaande zijn wij van mening dat u te laat bent om nu nog een vordering in te stellen of hierover een klacht in te dienen. Wij nemen uw klacht daarom niet in behandeling. (...)*

- 4.16 Per brief van 16 februari 2018 geeft Consument aan niet akkoord te gaan met de reactie van Verzekeraar van 12 februari 2018 en verzoekt Consument Verzekeraar om de zaak nogmaals te onderzoeken.

4.17 Per brief van 5 maart 2018 heeft Verzekeraar Consument onder andere als volgt geïnformeerd:

**“(…) Uitspraak Commissie van Beroep Kifid**

*Zoals eerder aangegeven is de uitspraak van de Commissie van Beroep een specifiek en individueel geval en geldt alleen tussen de betrokken partijen. U kunt zich hier dus niet op beroepen. Dit staat los van de opmerking van mijn collega (...) dat u in aanmerking komt voor de Compensatieregeling. Dit is namelijk wel het geval. In 2012 hebben wij u geïnformeerd over de gevolgen van de Compensatieregeling voor uw beleggingsverzekering. Uit onze berekeningen volgt dat uw verzekering niet in aanmerking komt voor een compensatievergoeding voor kosten.*

***Te laat***

*Gezien het voorgaande blijven wij van mening dat u te laat bent om nu nog een vordering in te stellen of hierover een klacht in te dienen. (...)*

4.18 Vervolgens heeft Consument op 15 mei 2018 een klacht ingediend bij Kifid tegen zowel zijn tussenpersoon als Verzekeraar.

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

### *Vordering Consument*

5.1 Consument stelt dat de uitkeringen op de Verzekeringen lager zijn dan bij het sluiten van de Verzekeringen werd opgegeven en vordert dat Verzekeraar wordt gehouden tot betaling van een op redelijkheid en billijkheid gebaseerd eindbedrag. Daarnaast vordert Consument inzage in de kosten en de berekening van de einduitkering van zijn Verzekeringen.

### *Grondslagen en onderbouwing*

5.2 Volgens Consument is Verzekeraar daartoe gehouden omdat over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, Verzekeraar tegenover Consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst en/of bij de totstandkoming dan wel uitvoering van de Verzekering onrechtmatig tegenover Consument heeft gehandeld. Consument heeft zakelijk weergegeven onder meer het volgende aangevoerd:

- Verzekeraar heeft Consument onder andere per brief van 28 januari 2011 bevestigd dat zijn Verzekeringen onder de Compensatieregeling vallen. Ondanks het erkennen dat de polissen onder de Compensatieregeling vallen, heeft Verzekeraar hier geen gevolg aan gegeven.
- Verzekeraar heeft geen duidelijkheid gegeven over de (omstreden) kosten, waaronder de provisie en superbonusuitkering aan de tussenpersoon van Consument.
- De provisie en bonusprovisie aan de tussenpersoon van Consument en kosten die Consument niet bekend zijn, zijn (deels) ten onrechte in rekening gebracht.

- Verzekeraar heeft te veel kosten in rekening gebracht, waarbij de provisie en bonusprovisie aan de tussenpersoon ook een grote rol heeft gespeeld.
- Ondanks talrijke verzoeken heeft Verzekeraar Consument niet naar behoren geïnformeerd. Consument heeft nooit een specificatie ontvangen waaruit de uiteindelijke eindwaarde berekeningen van zijn polissen, overeenkomstig de destijds geaccepteerde voorwaarden, blijkt.
- Dat Verzekeraar zich op verjaring beroept, wijst Consument met klem van de hand. Verzekeraar heeft niet, dan wel zeer traag en volstrekt onvoldoende op de bezwaren van Consument gereageerd. Na circa 17 jaar heeft Consument nog steeds niet de gevraagde kostenspecificatie ontvangen.
- Consument heeft met nadere stappen tegen Verzekeraar gewacht tot het Kifid met de eerste woekerpolisuitspraken kwam, waarbij het Kifid bij een aantal Waerdye polissen van Verzekeraar kostenoverschrijdingen had vastgesteld wat geresulteerd heeft in het uitkeren van extra vergoedingen.

#### *Verweer Verzekeraar*

- 5.3 Verzekeraar heeft als meest verstrekkend verweer gevoerd dat de vordering van Consument is verjaard op grond van artikel 3:310 lid I BW.
- 5.4 Voor zover nodig zal de Commissie hierna bij de beoordeling nader ingaan op de stellingen van partijen.

## **6. Beoordeling**

#### *Verjaring*

- 6.1 De Commissie begrijpt uit de klachtuiting dat Consument zich beklagt over het feit dat Verzekeraar heeft bevestigd dat zijn Verzekering onder de Compensatieregeling valt, maar hier geen gevolg aan heeft gegeven. Daarnaast klaagt Consument dat Verzekeraar teveel kosten in rekening heeft gebracht. Verzekeraar beroept zich in zijn verweer op verjaring ingevolge artikel 3:310 lid I BW.
- 6.2 Art. 3:310 lid I BW bepaalt, voor zover hier van belang, dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden.
- Naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet de eis dat de benadeelde bekend is geworden met zowel de schade als de daarvoor aansprakelijke persoon aldus worden opgevat dat het hier gaat om een daadwerkelijke bekendheid, zodat het enkele vermoeden van het bestaan van schade niet volstaat.

De verjaringstermijn van art. 3:310 lid 1 BW begint pas te lopen op de dag na die waarop de benadeelde daadwerkelijk in staat is een rechtsvordering tot vergoeding van de door hem geleden schade in te stellen (HR 24 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0694, NJ 2003/300). Daarvan zal sprake zijn als de benadeelde voldoende zekerheid – die niet een absolute zekerheid behoeft te zijn – heeft verkregen dat de schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon. De hiervoor genoemde regels zien op gevallen waarin de benadeelde onbekend is met of redelijkerwijs in onzekerheid verkeert over het bestaan van schade, de oorzaak van de schade of de voor het ontstaan van de schade verantwoordelijke persoon. Deze regels houden niet in dat voor het gaan lopen van de verjaringstermijn is vereist dat de benadeelde – behalve met de feiten en omstandigheden die betrekking hebben op de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon – daadwerkelijk bekend is met de juridische beoordeling van die feiten en omstandigheden (HR 26 november 2004, ECLI:NL:HR:2004:AR1739, NJ 2006/115). Dit betekent evenmin dat is vereist dat de benadeelde steeds ook met de (exacte) oorzaak van de schade bekend is (HR 20 februari 2004, ECLI:NL:HR:2004:AN8903, NJ 2006/113). Het antwoord op de vraag op welk tijdstip de verjaringstermijn is gaan lopen, is afhankelijk van alle ter zake dienende omstandigheden (HR 14 november 2014, ECLI:NL:HR:2014:3240, NJ 2015/207). (Zie voor het voorgaande ook HR 9 oktober 2009, ECLI:NL:HR:2009:BJ4850, NJ 2012/193 en HR 31 oktober 2003, ECLI:NL:HR:2003:AL8168, NJ 2006/112).

- 6.3 Uitgangspunt is dat nu Verzekeraar zich erop beroept dat vorderingsrechten van Consument zijn verjaard, op Verzekeraar de last rust de feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjaringstermijn is gaan lopen. Met andere woorden Verzekeraar moet stellen wanneer Consument bekend is geworden met de door hem geleden schade en de daarvoor aansprakelijke persoon.
- 6.4 Verzekeraar heeft gesteld dat de klacht van Consument over onvoldoende compensatie voor de kosten in zijn Verzekering is verjaard in maart 2017. Verzekeraar heeft Consument in maart 2012 bericht dat de Compensatieregeling is toegepast op zijn Verzekeringen, maar dat uit deze berekening volgde dat de compensatie € 0,00 was. Als Consument deze compensatie onvoldoende vond en meende als gevolg daarvan schade te hebben geleden, dan had hij vanaf dat moment actie moeten ondernemen en binnen vijf jaar een vordering tot schadevergoeding moeten indienen. Dit heeft Consument echter nagelaten. Hij heeft tot januari 2018 gewacht om voor het eerst een klacht en vordering in te dienen en hiermee de verjaringstermijn laten verlopen, aldus Verzekeraar.



- 6.5 De Commissie stelt vast dat Consument in maart 2012 op de hoogte is gesteld van het feit dat de in rekening gebrachte kosten over de gehele looptijd lager waren dan in de Compensatieregeling was afgesproken en Consument daarom geen tegemoetkoming ontvangt voor de in rekening gebrachte kosten. Consument wist op dat moment dat hem geen vergoeding was toegekend door Verzekeraar. Voor zover Consument vindt dat dit wel had moeten gebeuren en hij daardoor schade heeft geleden, moet het er voor gehouden worden dat hij in maart 2012 op de hoogte was van de door hem geleden schade (want hij kreeg geen vergoeding) en de daarvoor aansprakelijke persoon (Verzekeraar) en dat hij op dat moment ook daadwerkelijk een vordering tot vergoeding van die schade tegen Verzekeraar had kunnen in te stellen. Omdat Consument dat vervolgens niet binnen vijf jaren heeft gedaan maar pas in januari 2018 is overgegaan tot aansprakelijkstelling van Verzekeraar - en de verjaring tussentijds ook niet heeft gestuit - is zijn vordering in zoverre inmiddels verjaard.
- 6.6 Uit het door Consument ingevulde “*Informatieformulier Beleggingsverzekering*” blijkt dat Consument zich ook op het standpunt stelt dat de provisie en bonusprovisie aan de tussenpersoon van Consument en kosten die de Consument niet bekend zijn (deels) ten onrechte in rekening zijn gebracht. Daarnaast verwijst Consument in zijn e-mail van 15 januari 2018 (door zijn tussenpersoon doorgestuurd aan Verzekeraar op 18 januari 2018) naar een Kifid uitspraak betreffende de te hoge door ASR in rekening gebrachte eerste kosten. Zie 4.13. Dit onderdeel van de klacht betreft, zoals de Commissie het begrijpt, schade als gevolg van het ontbreken van wilsovereenstemming over het in rekening brengen van deze kosten, onder verwijzing naar de uitspraak CvB 2017-043. De vraag wanneer Consument ermee bekend was dat hij ingevolge de Compensatieregeling niet voor een (verdere) compensatie in aanmerking kwam, is een andere dan de vraag wanneer Consument ermee bekend was dan wel behoorde te zijn dat over bepaalde door Verzekeraar in rekening gebrachte kosten mogelijk geen (wils)overeenstemming zou bestaan en dus met de eventueel als gevolg daarvan geleden schade.
- 6.7 Verzekeraar heeft in reactie hierop als meest verstrekkend verweer aangevoerd dat de klachten en vorderingen van Consument met betrekking tot het ontbreken van wils-overeenstemming over het in rekening brengen van andere kosten dan die van beheer en administratie zowel zijn verjaard op grond van de relatieve verjaringstermijn van vijf jaar als de absolute verjaringstermijn van twintig jaar, zoals beiden opgenomen in artikel 3:310 lid 1 BW. De schade als gevolg van het ontbreken van wilsovereenstemming over het in rekening brengen van deze kosten, is volgens Verzekeraar direct na het sluiten van de Verzekering op 1 oktober 1990 ontstaan. Door van de mogelijkheid om de verjaring te stuiten geen gebruik te hebben gemaakt en te hebben gewacht tot januari 2018 voor het indienen van een klacht en vordering, zou Consument ook deze verjaringstermijn hebben laten verlopen.

- 6.8 De Commissie oordeelt als volgt. In artikel 3:310 lid 1 BW is, voor zover hier van belang, bepaald dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade in ieder geval verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt. De Verzekering is op 1 oktober 1990 afgesloten bij Verzekeraar. De verjaringstermijn van twintig jaar is op dat moment gaan lopen en deze is, nu de verjaring niet is gestuit, per 1 oktober 2010 voltooid. Omdat Consument voor het eerst in januari 2018 heeft geklaagd dat Verzekeraar kosten in rekening heeft gebracht, waarover bij het afsluiten van de Verzekering geen wilsovereenstemming bestond, is deze vordering van Consument verjaard. Ook als wordt aangenomen dat Consument in zijn brief aan Verzekeraar van 30 december 2010 klaagt over het ontbreken van wilsovereenstemming over het in rekening brengen van bepaalde kosten, heeft Consument hiermee niet binnen de termijn van twintig jaar de verjaring gestuit.
- 6.9 De slotsom is dat de vorderingen van Consument alle zijn verjaard en reeds daarom zullen worden afgewezen. Bij die stand van zaken behoeven de andere stellingen van partijen geen bespreking meer.

## **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](http://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.*