

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-737  
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. E.L.A. van Emden, drs. J.W. Janse., leden en  
mr. R.G. de Kruif, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 22 september 2015  
Ingediend door : Consument  
Tegen : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 9 september 2020  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft in 1989 twee beleggingsverzekeringen voor zijn (toen nog) minderjarige kinderen afgesloten. Voor zover Consument heeft geklaagd dat flexibele premiebetaling niet mogelijk was, heeft de Commissie vastgesteld dat in dit geval niet gesproken kan worden van schade waarvoor verzekeraar aansprakelijk kan worden gehouden omdat causaal verband ontbreekt en niet gebleken is of, en op welk moment, Consument de premies heeft willen aanpassen. Van een verhoging (of verlaging) van de premie, waarbij zogenaamde eerste kosten gedurende een nieuwe periode van drie jaar in rekening zouden worden gebracht, is nooit sprake geweest. Verzekeraar heeft bovendien in dit geval, naar aanleiding van vragen c.q. klachten in 1998 van Consument daarover, (met terugwerkende kracht) vanaf 1992 geen eerste kosten meer in rekening gebracht. De Commissie heeft voorts geoordeeld dat verzekeraar over een in de gegeven omstandigheden – waaronder het indertijd ontbreken van regelgeving met betrekking tot kosten – voldoende grondslag beschikte voor het in rekening brengen van wat in de latere kostenoverzichten als ‘kosten verzekeringsmaatschappij’ en ‘kosten bemiddeling verzekeringsadviseur’ werd aangeduid. De toets of sprake is van als oneerlijke (onredelijke bezwarende) bedingen, is niet aan de orde omdat de verzekeringen zijn gesloten vóór 31 december 1994. De verplichting om over de fondskosten te informeren bestond toen ook nog niet. De Commissie heeft veder geen reden gezien om te twijfelen aan de juistheid van de door verzekeraar (uiteindelijk) gemaakte compensatie(her)berekeningen. Alle vorderingen zijn afgewezen.

## **I. Inleiding**

- I.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.
- I.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.

Consument heeft een reactie op die uitspraken ingediend. Verzekeraar heeft naar aanleiding daarvan aangegeven open te staan voor een bemiddeling. Op 8 januari 2020 heeft een bemiddelzitting bij het Kifid plaatsgevonden, maar dat heeft niet tot een oplossing geleid, waarna de procedure is hervat. 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.

#### *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 I 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 d.d. 13 april 2016 van Verzekeraar;
- de reactie (repliek) d.d. 28 juni 2016 van Consument op het verweerschrift;
- de reactie (dupliek) d.d. 3 augustus 2016 van Verzekeraar;
- de reactie d.d. 10 augustus 2018 van Consument n.a.v. de uitspraken CvB.

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

#### 4. Feiten

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

- 4.1 Consument heeft door bemiddeling en advisering van een adviseur/tussenpersoon (hierna: de Adviseur) met ingang van 1 december 1989 voor zowel zijn zoon als dochter (hierna aangeduid als Zoon respectievelijk Dochter) een beleggingsverzekering afgesloten bij de rechtsvoorganger van Verzekeraar, een zogeheten (Falcon) 'Eagle Star Levens Plan Miljonair' (hierna: de Verzekering(en)).
- 4.2 Bij de Verzekering van Dochter, met polisnummer [polisnummer Dochter], is sprake is van een overlijdensrisicodekking en kapitaalbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument.  
De Verzekering loopt nog en heeft als (beoogde) einddatum 21 augustus 2034.
- 4.3 Bij de Verzekering van Zoon, polisnummer [polisnummer Zoon], is sprake is van een overlijdensrisicodekking en kapitaalbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument.  
De Verzekering loopt nog en heeft als (beoogde) einddatum 21 augustus 2032.
- 4.4 Consument heeft in 1989 per Verzekering als eerste premie een bedrag van € 2.949,57 gestort. Vanaf 1990 is per Verzekering een premie van € 589,91 per jaar betaald.
- 4.5 In het onderhavige geval zijn in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekering(en) de volgende stukken verstrekt:
- Polisblad d.d. 30-12-1989 (hierna: Polis 1989)
  - (Rekenblad) Offerte d.d. 21-12-1989 (hierna: de Offerte)
  - Aanvraagformulier (hierna: het Aanvraagformulier)
  - Folder over Eagle Star Leven N.V. (hierna: de Folder)
  - Brochure 'Levensplan Miljonair' van Eagle Star (hierna: de Brochure)
  - De algemene voorwaarden AV '89 (hierna: de Voorwaarden)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

- 4.6 Bij de totstandkoming van de Verzekeringen (in 1989) gold er nog geen specifieke regelgeving voor beleggingsverzekeringen.

4.7 Voor de verzekering van Zoon zijn verschillende polisbladen verstrekt o.a.:

30-12-1989, 25-01-1990, 08-01-1991, 19-12-1991, 16-12-1992, 09-12-1993, 19-12-1994, 08-12-1995, 20-02-1997, 16-03-1998, 08-07-1998, 21-12-1998, 24-02-1999, 26-11-1999, 13-12-2001 (gulden/euro), 31-12-2002, 25-11-2005, 29-11-2007, 17-12-2009

Reden voor afgifte van steeds een nieuw polisblad was bijna altijd de beleggingskeuze, of het herbeleggen of wijzigen van de premiebestemming voor toekomstige premies zoals aangegeven op het polisblad onder Beleggingen.

Bij de wijziging per 01-09-1998, is ook de begunstigingsclausule gewijzigd.

Bij de wijziging per 08-01-1990 heeft Zoon de begunstiging aanvaard.

Bij de wijziging per 08-01-1991 zijn de premie en de overlijdensdekking verlaagd.

4.8 Voor de verzekering van Dochter zijn verschillende polisbladen verstrekt o.a.:

15-01-1990, 25-01-1990, 08-01-1991, 19-12-1994, 13-12-1995, 20-02-1997, 06-03-1998, 21-12-1998, 13-12-2001 (gulden/euro), 31-12-2002, 07-01-2004, 25-11-2005, 28-11-2007, 17-12-2009

Reden voor afgifte van een nieuw polisblad was bijna altijd de beleggingskeuze, of het herbeleggen of wijzigen van de premiebestemming voor toekomstige premies zoals aangegeven op het polisblad onder Beleggingen.

Bij de wijziging per 08-01-1990 heeft Dochter de begunstiging aanvaard.

Bij de wijziging per 08-01-1991 zijn de premie en de overlijdensdekking verlaagd.

4.9 Bij brief van 22 maart 1998 heeft Consument aan Verzekeraar een aantal vragen gesteld over de Verzekeringen. Daar heeft Verzekeraar bij brief van 9 juli 1998 op gereageerd.

4.10 Bij brief van 5 november 1999 heeft Verzekeraar bericht dat alle aanwezige A-units in B-units worden omgezet, omdat bij het afsluiten van de Verzekeringen onduidelijk was dat bij een verhoging van de polispremie het extra premiedeel wederom in A-units zou worden belegd. Bij brief van 19 mei 2000 heeft Verzekeraar (nogmaals) bevestigd dat per 1 december 1992 alle premies in B-units zijn belegd.

4.11 In het kader van de Compensatieregeling heeft Verzekeraar in november 2011 over de Verzekering van Dochter geschreven dat zij recht heeft op een vergoeding van € 0,74 voor het hefboom-inteereffect. Verzekeraar heeft dit bedrag aangevuld en € 5,- in haar Verzekering gestort.



- 4.12 In het kader van de Compensatieregeling heeft Verzekeraar in december 2011 over de Verzekering van Zoon geschreven dat hij recht heeft op een vergoeding van € 2,29 voor het hefboom-inteereffect en een compensatievergoeding vanwege te veel ingehouden kosten van eenmalig € 5.637,48 en jaarlijks € 302,53.
- 4.13 Bij brief van 30 oktober 2012 heeft Verzekeraar Zoon bericht dat aan hem een (onjuiste) te hoge compensatievergoeding is toegekend, maar dat de vergoeding niet wordt teruggevorderd omdat de fout te laat is ontdekt.
- 4.14 Bij brief van 11 december 2012 heeft Verzekeraar Dochter geïnformeerd dat de compensatievergoeding van € 5,- in eerste instantie onterecht was berekend op basis van de verlaagde premie van € 589,91. Gerekend met de oorspronkelijke premie van € 2.949,57 bestond geen recht op compensatie. Verzekeraar heeft daarbij laten weten dat Dochter de (onterechte) compensatievergoeding mocht behouden.
- 4.15 Op 15 juni 2015 heeft de (toenmalige) Ombudsman van Kifid zijn oordeel over de klachten gegeven en deze ongegrond geacht.
- 4.16 In de Voorwaarden staat onder andere het volgende:

“(…)

<i>Units</i>	<i>Units zijn de waarde-eenheden op basis waarvan de belegging plaatsvindt in een fonds.</i>
<i>Basisunits</i>	<i>De units welke worden toegewezen gedurende de basisperiode bij een polis met regelmatige premiebetaling.</i>
<i>Cumulerende units</i>	<i>Cumulerende units zijn units die worden toegewezen bij betaling van regelmatige premies na de basisperiode en na betaling van eenmalige premies.</i>
<i>Basisperiode</i>	<i>De basisperiode bij polissen met regelmatige premiebetaling is de periode zoals vermeld op het polisblad gedurende welke basisunits worden toegewezen.</i>

(…)

#### **SECTIE C - BELEGGINGEN**

##### **I. Algemeen**

*Het LevensPlan is gekoppeld aan een of meer fondsen. De verwijzing naar de fondsen en units is alleen bedoeld voor het berekenen van de uitkeringen uit het LevensPlan. Noch de verzekeringnemer noch enig andere persoon die recht heeft op de hierna vermelde uitkeringen, heeft enige aanspraak hoegenaamd op of belang in de fondsen of de units of de onderliggende investeringen. Deze behoren uitsluitend de maatschappij toe.*



## 2. Premiebestemming

Honderd procent van de ontvangen premie(s) wordt aangewend voor het bepalen van de toe te wijzen units in het (de) door de verzekeringnemer gekozen fonds(en). Toewijzing van units zal plaatsvinden op basis van verkoopkoers van het (de) betrokken fonds(en). De verschuldigde premies over de basisperiode worden aangewend voor toewijzing van basisunits in de gekozen fondsen. Na de basisperiode worden de premies aangewend voor toewijzing van cumulerende units. Aan éénmalige premies (koopsommen) worden, na verrekening van 4% kosten, direct cumulerende units toegewezen.

(...)

## 6. Fondsen

Ieder fonds is een zelfstandig herkenbaar fonds met eigen bezittingen.

De samenstelling van de fondsen en de proporties van de daarvan deel uitmakende beleggingen wordt bepaald door de maatschappij.

Op de waarde van ieder fonds kunnen beheerskosten in mindering worden gebracht van maximaal 1 1/2 % per jaar. Op de waarde van ieder garantiefonds kunnen aanvullende kosten in mindering worden gebracht van maximaal 1 1/2% per jaar

(...)

De verkoopkoers van iedere cumulerende unit zal door de maatschappij worden berekend en zal niet groter zijn dan de maximumwaarde van het desbetreffende fonds, gedeeld door het aantal op het fonds betrekking hebbende units, vermenigvuldigd met de factor 100/95. Afronding vindt plaats naar boven tot maximaal 1%.

De biedkoers van iedere cumulerende unit zal door de maatschappij worden berekend en zal niet kleiner zijn dan de minimumwaarde van het desbetreffende fonds, gedeeld door het aantal op het fonds betrekking hebbende units. Afronding vindt plaats naar beneden tot maximaal 1%. Het bedrag dat door afrondingen verkregen wordt behoort de maatschappij toe.

De waarde van iedere basisunit is afgeleid van zijn laatst berekende waarde, de evenredige verandering in waarde van de cumulerende unit in hetzelfde fonds en aanvullende administratiekosten tegen een tarief van maximaal 4% op jaarbasis.

(...)

## SECTIE E - KOSTEN

Naast de poliskosten zijn er kosten verschuldigd voor alle uitkeringen. Deze kosten worden aan het begin van iedere maand verrekend door proportioneel royement van cumulerende units tegen biedkoers van de betrokken fonds(en). Een eventueel tekort wordt verrekend door proportioneel royement van basisunits van betrokken fonds(en).

*De kosten voor de premievrijstelling bij overlijden van de verzorger, alsmede voor de overlijdensuitkering(en) waarvoor geen units uit het depot worden onttrokken, worden in rekening gebracht volgens het tarief zoals vastgelegd in appendix L*

*Tevens worden bij overige overlijdensuitkeringen - indien deze, verhoogd met het equivalent van de verzekerde rente(n), groter zijn dan de waarde van de bij de polis behorende units op basis van de biedkoers - over het verschil kosten in rekening gebracht volgens het tarief zoals vastgelegd in appendix I.*

*Het tarief vastgelegd in appendix I is alleen van toepassing indien acceptatie heeft plaatsgevonden tegen normale standaardcondities. De kosten voor de eerste maand zijn aangegeven op het polisblad.*

*(...)"*

4.17 Op het Polisblad 1989 van Zoon stond ander andere het volgende:

*"(...)*

**PREMIES (Zie Sectie B)**

**1) Prolongatiepremies**

De premie bedraagt Fl 6.500,00 per jaar.

De premie is verschuldigd vanaf de ingangsdatum tot de berekeningsdatum of tot eerder overlijden van [REDACTED].

**2) Koopsom (c.q. aanvullende premie)**

Niet van toepassing.

**BELEGGINGEN (Zie Sectie C)**

1) Premie bestemming

Fonds	% van de premie
- Nederlandse Aandelen	25 %
- Purple Star	25 %
- Orange Star	50 %
Totaal 100 %	

2) De periode waarover Basis units worden toegewezen (de Basisperiode) begint op 01-12-1989 en eindigt op 30-11-1992.

3) Automatische wisseling van fonds is van toepassing.

4) Berekeningsdatum is vastgesteld op 21-08-2032.

5) Bonus op berekeningsdatum bedraagt 2,50 % van het totaal van de aan deze polis toegewezen units.

(...)

**KOSTEN (Zie Sectie E)**

De kosten voor de eerste maand der verzekering zijn als volgt:

Overlijdensdekking (incl. premievrijstelling Verzorger)	F1	17,08
Poliskosten	F1	7,50
Totaal voor de eerste maand	F1	24,58

De kosten voor iedere volgende maand zullen berekend worden zoals aangegeven in de polisvoorwaarden.

(...)"

4.18 Op het polisblad van 17-12-2009 van Zoon stond ander andere het volgende:

“(…)

**PREMIES (Zie Sectie B)**

1) Prolongatiepremies

De premie is verschuldigd vanaf 01-12-1989 tot 21-08-2032 en bedraagt momenteel EUR 589,91 per jaar.

De premie is verschuldigd vanaf de ingangsdatum tot de berekeningsdatum of tot eerder overlijden van [REDACTED].

2) Koopsom (c.q. aanvullende premie)

EUR 589,91 verschuldigd op 01-11-1990.

**BELEGGINGEN (Zie Sectie C)**

1) De premie wordt volledig belegd in: Nederlandse Aandelen Fonds.

2) De periode waarin basisunits worden toegewezen (de basisperiode) begint op 01-12-1989 en eindigt op 30-11-1992.

Voor een eventuele premieverhoging geldt, vanaf het moment van de verhoging, een nieuwe basisperiode van maximaal 3 jaar.

De basisperiode is niet van toepassing op (aanvullende) koopsommen.

3) Automatische wisseling van de beleggingen is van toepassing.

4) Berekeningsdatum is vastgesteld op 21-08-2032.

5) Bonus op berekeningsdatum bedraagt 2,50%.

(…)

**KOSTEN (Zie Sectie E)**

De kosten voor de eerste maand van de verzekering zijn als volgt:

Overlijdensdekking	EUR	5,50
Poliskosten	EUR	3,40
Totaal voor de eerste maand	EUR	8,90

De kosten voor iedere volgende maand zullen berekend worden zoals aangegeven in de algemene voorwaarden.

(…)”

4.19 Op waarde-overzichten van 8 augustus 2012 stond het volgende:

	<u>Polis Dochter</u>	<u>Polis Zoon</u>
Betaalde premies en koopsommen	€ 15.927,59	€ 12.388,11
Resultaat op beleggingen	€ 14.250,58	€ 10.406,80
Compensatie bedragen	€ 5,00	€ 5.942,64
	€ 30.183,17	€ 28.737,55
Verzekeringskosten	- € 3.819,52	- € 582,06
Beleggingskosten minus baten	- € 3.954,88	- € 2.771,24
Premiedeel (...) risicodekkingen	- € 395,77	- € 35,79
	€ - 8.170,16	€ - 3.389,09
Waarde (...)	€ 22.013,01	€ 25.348,46

Overzicht kosten en premies van 8 augustus 2012 polis Dochter

<b>Overzicht kosten en premies</b>			
<u>Verzekeringskosten</u>			
- Eerste kosten	€	-2.087,04	
- Investeringskosten	€	-803,46	
- Poliskosten	€	-929,02	
Totaal			€ -3.819,52
<u>Beleggingskosten en baten</u>			
- Fondsbeheerkosten	€	-3.954,88	
- Bonusrendement	€	0,00	
- Switchkosten		0,00	
Totaal	€		€ -3.954,88
<u>Premiedeel voor meeverzekerde dekking(en)</u>			
- Overlijdensrisico('s)	€	-395,77	
- Arbeidsongeschiktheidsrisico	€	0,00	
- Ongevallenrisico	€	0,00	
- Overlijdensrisico voor kinderen	€	0,00	
Totaal			€ -395,77

4.20 Overzicht kosten en premies van 8 augustus 2012 polis Zoon

<b>Overzicht kosten en premies</b>			
<u>Verzekeringskosten</u>			
- Eerste kosten	€	887,96	
- Investeringskosten	€	-622,67	
- Poliskosten	€	-847,35	
Totaal			€ -582,06
<u>Beleggingskosten en baten</u>			
- Fondsbeheerkosten	€	-2.771,24	
- Bonusrendement	€	0,00	
- Switchkosten		0,00	
Totaal	€		€ -2.771,24
<u>Premiedeel voor meeverzekerde dekking(en)</u>			
- Overlijdensrisico('s)	€	-35,79	
- Arbeidsongeschiktheidsrisico	€	0,00	
- Ongevallenrisico	€	0,00	
- Overlijdensrisico voor kinderen	€	0,00	
Totaal			€ -35,79

4.21 Op het *Huwelijksbonus Certificaat*, dat hoort bij elk van de polissen, stond onder andere vermeldt dat verzekeringnemer “*gerechtigd is zonder kosten een speciale bonus uit zijn/haar LevensPlan Miljonair op te nemen ter grootte van fl. 6.500,- zodra tot genoegen van Eagle Star Leven N.V. is aangetoond dat hij/zij binnen dertig dagen na overlegging van dit certificaat voor de eerste keer in het huwelijk zal treden. Dit certificaat is geproduceerd tezamen met LevensPlan nummer (...) en is slechts geldig indien dit LevensPlan nog volledig van kracht is op de huwelijksdatum en zolang dit LevensPlan genoeg units met voldoende waarde heeft op het moment dat de verzekeringnemer de bonus wil opnemen uit de waarde van dit LevensPlan. (...)*”

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

5.1 Consument vordert van Verzekeraar met betrekking tot de Verzekering van zijn Dochter een (aanvullend compensatie)bedrag van € 22.072,- en daarnaast voor de Verzekeringen van zowel Zoon als Dochter, een vergoeding vanwege gemist fiscaal voordeel en/of gemiste vermindering van de vermogensrendementsheffing en een vergoeding vanwege het gemiste voordeel uit het overeengekomen Huwelijksbonus Certificaat.

5.2 Volgens Consument is Verzekeraar daartoe gehouden omdat Consument bij het sluiten van de Verzekeringen heeft gedwaald, over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestond, Verzekeraar tegenover Consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomsten en/of bij de totstandkoming dan wel uitvoering van de Verzekeringen onrechtmatig tegenover Consument (en Zoon en Dochter) heeft gehandeld.

5.3 Consument heeft de volgende argumenten aangevoerd:

- Niet op basis van wet- en regelgeving in 1989, maar op basis van de in haar brochures vermelde informatie was Verzekeraar verplicht de kosten en de gevolgen van die kosten aan haar klanten te vermelden.
- Met de door Verzekeraar gehanteerde brochures was er vertrouwen gewekt over een veel te rooskleurig rendement. In de offerte waren kosten heel selectief slechts voor een deel genoemd en uitsluitend een prognosekapitaal op basis van alleen het begrip ‘netto rendement’.
- Consument heeft mogen vertrouwen dat de in de offerte vermelde kosten, het totaal aan kosten bedroeg.
- Ondanks herhaald en zeer nadrukkelijk aandringen op helderheid over onder andere de kosten, heeft Verzekeraar deze verzoeken afgewezen of genegeerd.
- De werkelijke kosten, onafhankelijk van de grootte van de premie, zijn aantoonbaar veel meer dan de maximale kosten van 1,9% uit de compensatieregeling.

- Voor beide polissen is 1 december 1989 een jaarpremie betaald van € 2.949,-. Vanaf december 1990 is er, conform de afspraak met ASR over een flexibel premie, ieder jaar € 589,- betaald. Uit de informatie van ASR blijkt er een verschil van ruim € 22.000,- in compensatievergoedingen op te treden tussen een berekening op basis van een gelijkblijvende eerste jaarpremie van € 2.949,- en een berekening waarbij die eerste jaarpremie wordt gevolgd door "flexibele" jaarpremies van € 589,-. Consument vindt het redelijk dat voor beide polishouders de kostencompensatie niet wordt berekend op basis van de eenmalige betaalde jaarpremie van € 2.949,- maar op basis van de daarna gelijk gebleven jaarpremie van € 589,-.
- Consument bestrijdt dat hij heeft verzocht om de door een onjuiste administratie (onterecht hoge) compensatievergoedingen op polisnummer [polisnummer Zoon] ook toe te passen op polisnummer [polisnummer Dochter], die wel juist in de administratie staat. Consument heeft nooit zo'n verzoek gedaan, maar wel Verzekeraar verzocht de grote verschillen in de financiële overzichten van 8 augustus 2012 te willen uitleggen. Er is immers sprake van twee nagenoeg identieke polissen die vanaf het begin ook nagenoeg dezelfde opbouw hebben gekend.
- De verlaging van de premie na het eerste jaar is conform de daarover gemaakte afspraken (brief van de heer [X] d.d. 29-01-1990). Hierbij ontbrak echter de informatie dat een premieverlaging relatief duur is vanwege gelijkblijvende vaste kosten en een bovenmatige investering in A-units.

#### *Verweer Verzekeraar*

#### 5.4 Verzekeraar heeft, kort samengevat, het volgende verweer gevoerd:

- Voor beide verzekeringen, rekening houdend met het werkelijke premieverloop en het werkelijke kostenverloop, heeft Verzekeraar berekeningen gemaakt volgens de compensatieregeling. Wordt uitgegaan van de betaalde premie (€ 589,91) in plaats van de bij aanvang van de verzekeringen aangevraagde premie (€ 2.949,57) en het daadwerkelijke kostenverloop, dan is er geen recht op compensatievergoeding, niet voor de verzekering van Dochter, en evenmin voor die van Zoon. Wordt de (verlaagde) premie als uitgangspunt genomen, dan wordt volgens de compensatieregeling het maximale kostenpercentage aangepast naar 2,85% en de eerste premiebetaling (€ 2.949,57) meegenomen als koopsom. Dan volgt uit de berekeningen voor beide verzekeringen een negatieve compensatievergoeding, afgerond naar € 0,-. Uit de berekeningen blijkt dat het voor het bepalen van het kostenpercentage niet uitmaakt of de eerste premiebetaling meegenomen is als koopsom of niet.
- Zoals Verzekeraar in de klachtenprocedure en de procedure bij de Ombudsman heeft aangegeven, is hij bereid om de foutieve compensatie voor Zoon te handhaven. Echter, dit is geen reden om deze foutieve compensatie ook toe te kennen aan Dochter.



- Voor zover Consument heeft gesteld dat hem feitelijk geen keuze is geboden om gebruik te maken van de mogelijkheid van flexibele premiebetaling, omdat bij elke premieverhoging, de verhoging zou worden belegd in de A-units, merkt Verzekeraar op dat Consument daarin tegemoet is gekomen door vanaf 1992 alle premies te beleggen in B-units.
- Consument had de premie (met inachtneming van fiscale beperkingen) kunnen aanpassen zoals hij wenst(e), maar heeft zelf besloten de premie niet meer te wijzigen.
- In 2012 is een brief verstuurd aan Zoon en Dochter (verzekeringnemers) waarin Verzekeraar heeft aangeraden om in gesprek te gaan met Adviseur over de vraag of de verzekeringen nog wel pasten bij hun wensen. Van deze mogelijkheid is geen gebruik gemaakt, althans de Verzekeringen zijn niet gewijzigd.
- Dat de Verzekeringen niet voldoende zijn als onderpand bij een aflossingsvrije hypotheek is niet onderbouwd.
- De keuze van Consument om voor zijn kinderen beleggingsverzekeringen te sluiten lijkt overigens een bewuste keuze te zijn geweest. Consument was een actieve belegger en heeft vele switches (beleggingswijzigingen) doorgevoerd in beide verzekeringen. Verzekeraar neemt aan dat ook dit onderdeel (switches) een prominent onderwerp is geweest in het adviesgesprek met Adviseur en ook van belang is geweest bij de keuze welk product Consument volgens Adviseur het beste kon kiezen. Verzekeraar acht zich echter niet verantwoordelijk voor de door Adviseur gegeven adviezen.

## 6. Beoordeling

### *Flexibel product?*

- 6.1 De klacht van Consument gaat allereerst over de vraag of hij het (flexibele) product heeft gekregen, dat hij dacht te hebben afgesloten. Consument wilde een verzekering afsluiten waarbij hij (flexibel) kon variëren in de hoogte van de premie. Door de extra kosten die verbonden bleken aan het verhogen en/of verlagen van de premie, werd het variëren van de hoogte van de premie volgens Consument echter ongewenst. Deze klacht gaat niet op. De Commissie legt dit hierna uit.
- 6.2 Hoewel de Commissie begrijpt dat bij een (toegestane) flexibele premie, het niet wenselijk is dat elke verhoging (of verlaging) opnieuw wordt belegd in A-units, merkt de Commissie op dat Verzekeraar naar aanleiding van vragen c.q. klachten in 1998 daarover van Consument, in 1999 alle aanwezige units (met terugwerkende kracht) per 1 december 1992 heeft omgezet in B-units en dat Consument daarmee volledig is gecompenseerd voor het feit dat Verzekeraar bij aanvang op het polisblad niet had vermeld dat bij elke verhoging de basisperiode opnieuw ingaat. Daarmee zijn vanaf 1992 geen eerste kosten meer in rekening gebracht.

- 6.3 Vast staat voorts dat Consument (per Verzekering) in 1989 eenmaal € 2.949,57 heeft betaald en vanaf 1990 elk jaar dezelfde jaarpremie van € 589,91. Los van de vraag of Consument een flexibele (variërende) premie had willen betalen, kan gelet op het feit dat Consument dit uiteindelijk (toch) niet heeft gedaan, in dit geval niet gesproken worden van schade waarvoor Verzekeraar aansprakelijk kan worden gehouden. Het ontbreekt aan causaal verband tussen het handelen (nalaten) van Consument en vermeende (mogelijke) schade, daar vanaf 1992 alle premies zijn belegd in B-units en niet gebleken is of Consument de premies heeft willen verhogen en, zo ja, of deze dan in A-units zouden zijn belegd. Kort gezegd, van een verhoging (of verlaging) van de premie, waarbij zogenaamde eerste kosten gedurende een (nieuwe) periode van drie jaar in rekening zouden worden gebracht, is nooit sprake geweest. Verzekeraar stelt daarnaast terecht dat niet is gebleken waarom Consument de premie niet heeft kunnen aanpassen als hij dat had gewild.
- 6.4 De stelling van Consument over misgelopen voordeel met betrekking tot zijn (eigen) vermogensrendementsheffing omdat hij de premie voor de Verzekeringen nooit zou hebben kunnen verhogen – en derhalve minder fiscaal gunstig heeft kunnen schenken aan zijn kinderen – kan gelet op hetgeen hiervoor is overwogen dan ook niet tot aansprakelijkheid van Verzekeraar leiden. Dat Consument geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om de (betaalde) premies jaarlijks aan zijn kinderen te schenken is verder gesteld noch gebleken, maar lijkt juist wel met de Verzekeringen te zijn gerealiseerd daar Zoon en Dochter de verzekeringnemers waren en Consument de premies heeft betaald.

*Ten onrechte (hoge) kosten in rekening gebracht?*

- 6.5 De klacht gaat voorts over de vraag of Verzekeraar ten onrechte, dan wel te veel, kosten in rekening heeft gebracht.
- 6.6 Gelet op de vermelding van aanvullende administratiekosten in Sectie C, onder 6, laatste alinea, van de Voorwaarden is de Commissie van oordeel dat uit de overeenkomst kenbaar is dat de zogenaamde eerste kosten tegen het daar vermelde tarief van maximaal 4% op jaarbasis ten laste van de waarde van de basisunits werden gebracht. Het had Consument bij aandachtige lezing van de voorwaarden dan ook duidelijk kunnen zijn dat aanvullende administratiekosten in rekening werden gebracht. Uit Sectie C, onder 6, alinea 6, blijkt een verschil tussen bied- en verkoopkoers en deze tekst biedt daarmee een grondslag voor de doorlopende (investerings)kosten. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar hiermee over een in de gegeven omstandigheden – waaronder het indertijd ontbreken van regelgeving met betrekking tot kosten – voldoende grondslag beschikte voor het in rekening brengen van wat in de latere kostenoverzichten ‘kosten verzekeringsmaatschappij’ en ‘kosten bemiddeling verzekeringsadviseur’ is aangeduid. Zie uitspraak CvB 2018-019, overweging 5.8 en 5.15.

- 6.7 De conclusie is dat alle bij de Verzekeringen in rekening gebrachte kosten als overeengekomen moeten worden beschouwd en dat, voor zover Consument heeft gesteld dat de kosten te hoog zijn, dat argument niet opgaat omdat Consument bij het afsluiten van de Verzekeringen de informatie in de offerte met bijbehorende voorbeeldberekeningen (op basis van een netto rendement van 9%) klaarblijkelijk voldoende vond om deze Verzekeringen af te sluiten. Voor zover Consument vragen had over de daaraan verbonden kosten had hij, al dan niet na ontvangst van de Voorwaarden, daarover nadere vragen kunnen stellen aan Adviseur of Verzekeraar. Bij gebrek aan destijds geldende wettelijke verplichtingen daartoe, kan niet worden gesteld dat Verzekeraar in enige (destijds) op hem rustende informatieverplichting is tekortgeschoten.
- 6.8 Wellicht ten overvloede merkt de Commissie op dat de beoordeling of de bepalingen uit de Voorwaarden die zien op de overlijdensrisicopremie en/of de kosten als oneerlijke (onredelijke bezwarende) bedingen moeten worden aangemerkt, niet aan de orde is omdat de Verzekeringen zijn gesloten vóór 31 december 1994, namelijk op 1 december 1989. Daardoor is de Richtlijn en dus ook de richtlijnconforme uitleg van art. 6:233 jo. artikel 6:231 onder a BW (oud), die eventueel ambtshalve moet plaatsvinden, niet van toepassing (zie Hoge Raad 29 april 2016, ECLI:NL:HR:2016:769). Vergelijk ook GC 2019-976, overweging 6.12 en 6.13.

#### *Fondsbeheerskosten of TER*

- 6.9 In het onderhavige geval zijn de Verzekeringen vóór 1 oktober 1998 afgesloten, zodat de verplichting voor Verzekeraar om Consument over de fondsbeheerskosten te informeren niet gold, zie CvB 2017-035 overweging 4.30. De fondsbeheerskosten mochten derhalve in rekening worden gebracht.

#### *Toepassing compensatieregeling*

- 6.10 Verder gaat de klacht van Consument over de vraag of Verzekeraar de compensatieregeling op een juiste wijze heeft toegepast. Consument heeft aangevoerd dat zijn grootste bezwaar tegen de door Verzekeraar gehanteerde kosten compensatieberekening zit in het feit dat er gerekend wordt met een gelijkblijvende eerste premiebetaling terwijl hij met Verzekeraar een flexibele premiebetaling had afgesproken.
- 6.11 De Commissie ziet echter geen reden om te twijfelen aan de juistheid van de door Verzekeraar (uiteindelijk) gemaakte compensatie(her)berekeningen. Daaruit blijkt dat – rekening houdend met het daadwerkelijke kostenverloop – het niet uitmaakt of bij de berekening op basis van de compensatieregeling wordt uitgegaan van een jaarpremie van € 2.949,- (wat alleen bij aanvang is betaald) of van de daarna verlaagde jaarpremie van € 589,- met het bedrag van € 2.360,- (€ 2.949,- - € 589,-) als eenmalige koopsom.

In beide gevallen heeft Verzekeraar berekend dat geen recht op compensatie van (te hoge) kosten in de Verzekeringen bestaat. Consument heeft voorts geen andere argumenten aangevoerd op grond waarvan aannemelijk wordt dat Verzekeraar de compensatieregeling niet juist heeft toegepast.

#### *Huwelijksbonuscertificaat*

- 6.12 Ook gaat de klacht van Consument over de vraag of er (nog) recht bestaat op een vergoeding in verband met het bij de Verzekeringen afgesloten 'Huwelijksbonus Certificaat'. Consument heeft daarbij verwezen naar de in 1989 verstrekte Brochure waar op pagina 3 het volgende is vermeld: "Wanneer uw zoon of dochter in het huwelijk treedt, schenkt het LevensPlan "Miljonair" een bedrag ter grootte van 1 jaar inleg". Omdat hier wordt gesproken over 'schenking' is Consument van mening dat Verzekeraar gehouden is dit bedrag alsnog aan verzekeringnemers te vergoeden.
- 6.13 In het uitgereikte "*Huwelijksbonus Certificaat*" staat echter beschreven dat het gaat om het zonder extra kosten opnemen van het bedrag (fl. 6.500,-/€ 2.949,-) uit de waarde van de Verzekering (mits reeds voldoende waarde is opgebouwd en) zodra is aangetoond dat binnen dertig dagen na overlegging van het Certificaat de verzekeringnemer voor de eerste keer in het huwelijk zal treden.
- 6.14 De Commissie is van oordeel dat de beschrijving in het certificaat leidend is, omdat daarin de overeengekomen afspraak is vastgelegd en aan de wervende Brochure voorts geen rechten kunnen worden ontleend. Verzekeringnemers hebben daarom geen recht op een schenking van het op het certificaat genoemde bedrag door Verzekeraar.
- 6.15 Daarnaast merkt de Commissie op dat uit de stukken in het dossier blijkt dat verzekeringnemers wel op enig moment zijn gehuwd, maar daarbij – op dat moment – kennelijk geen beroep hebben gedaan op hun al dan niet vermeende recht(en) op grond van het certificaat. Wat dat betreft is deze (schade)vordering van Consument ook onvoldoende onderbouwd, nog los van de vraag of deze vordering al dan niet is verjaard zoals Verzekeraar heeft gesteld, maar de Commissie in dit geval niet kan beoordelen vanwege het ontbreken van daarvoor relevante feitelijke gegevens.

#### *Gemist fiscaal voordeel*

- 6.16 Wat betreft het door Consument gestelde gemiste fiscale voordeel doordat de Verzekering(en) niet te gebruiken zijn c.q. waren als onderpand bij een aflossingsvrije hypotheek, merkt de Commissie het volgende op. Duidelijk is dat bij aanvang van de Verzekeringen deze niet bedoeld waren als onderpand voor een hypothecaire geldlening.

Dat Consument, althans verzekeringnemers, op een later moment de Verzekering(en) daarvoor wel zouden hebben willen gebruiken, betekent niet dat Verzekeraar – indien dat op dat moment dan niet mogelijk blijkt – daarvoor aansprakelijk kan worden gehouden. Het ontbreekt daarbij aan een oorzakelijk verband op grond waarvan de vermeende schade (fiscaal nadeel) aan Verzekeraar zou kunnen worden toegerekend.

- 6.17 Verzekeraar heeft voorts toegelicht dat de Voorwaarden voorschriften bevatten om gebruik te maken van de optie om twintig maal de jaarpremie mee te verzekeren als overlijdensdekking zonder medische waarborgen. Daar Zoon en/of Dochter op het moment van aanvragen van deze optie ouder waren dan 21 jaar konden zij daarvan geen gebruik meer maken. Wel hadden zij een overlijdensdekking kunnen toevoegen met medische waarborgen, maar daar hebben beiden geen gebruik van gemaakt.

#### *Conclusie*

- 6.18 Hiervoor is vastgesteld dat over alle in rekening gebrachte kosten en premies wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Althans dat de productdocumentatie voor een normaal geïnformeerde en redelijk omzichtige en oplettende, gemiddelde consument voldoende inzicht heeft verschaft in de kosten en premie die Verzekeraar in rekening zou brengen. Naar het oordeel van de Commissie heeft Verzekeraar daarmee voldaan aan zijn verplichting om informatie over de kosten en premies te geven en zijn deze kosten en premies ook overeengekomen. De Commissie heeft voorts geen redenen gezien op grond waarvan de door Verzekeraar uitgevoerde compensatie(her)berekeningen niet zouden kloppen. De rechten op grond van het Huwelijksbonus Certificaat zijn niet (tijdig) uitgeoefend dan wel niet gebleken is dat verzekeringnemers daar nog rechten aan kunnen ontleen. Dit betekent 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/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 46 van het Reglement.*