

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-795  
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. A.W.H. Vink, drs. J.W. Janse, leden en  
mr. G. Atasoy-Mähler, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 3 juli 2019  
Ingediend door : de heer [naam Consument I], (verder te noemen: Consument I), en mevrouw [naam  
Consument II], (verder te noemen: Consument II), verder gezamenlijk te noemen  
Consumenten  
Tegen : Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V., gevestigd te Apeldoorn verder te  
noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 30 september 2020  
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

## **Samenvatting**

Beleggingsverzekeringen. Gesloten in 1997 bij Interpolis, onderdeel van Achmea. Consumenten stellen dat Aangeslotene onvoldoende en onduidelijke informatie heeft verstrekt over de kosten die in rekening worden gebracht, dat er sprake is van te hoge c.q. verborgen kosten en dat de verzekeringen niet hebben opgeleverd wat zij op grond van de voorgespiegelde rendementen mochten verwachten. Niet is gebleken dat Aangeslotene onvoldoende informatie heeft verstrekt of te hoge en/of verborgen kosten in rekening heeft gebracht. Het beroep op dwaling slaagt niet. De vordering wordt afgewezen.

## **I. Inleiding**

- I.1 Hieronder volgt eerst het algemene beoordelingskader voor klachten over beleggingsverzekeringen. 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 Commissie van Beroep van Kifid (hierna: de CvB) worden verwezen.
- I.2 De Commissie stelt vast dat Consument I zowel voor zichzelf als namens Consument II (middels een machtiging) een klacht tegen Verzekeraar heeft ingediend. De Commissie stelt verder vast dat de klachten van Consumenten gelijk zijn. Zij worden daarom gezamenlijk behandeld. Waar relevant, maakt de Commissie in haar overwegingen onderscheid tussen Consumenten.

## **2. Beoordelingskader**

De Commissie beoordeelt de 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 de 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 de verzekeraar een kostensoort slechts in rekening mag brengen als daarover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Leidend daarbij is of uit de door de verzekeraar verstrekte informatie over het product valt af te leiden welke kosten in rekening worden gebracht. Oftewel de consument wist 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 de 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 de verzekeringnemer 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). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de Compensatieregeling de schade tenzij de verzekeringnemer aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (zie CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

### *Schadevergoeding*

2.12 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming dan wel onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, een andere beslissing dan het sluiten van de verzekering had genomen. Het bestaan en de omvang van de schade dient te worden vastgesteld door een vergelijking te maken tussen de feitelijke situatie na het tekortschieten en de situatie waarin de consument zou hebben verkeerd als de verzekeraar niet zou zijn tekortgeschoten. Kan de omvang van de schade niet nauwkeurig worden vastgesteld, dan wordt zij geschat op grond van artikel 6:97 tweede zin BW (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.35; 2017-035, 4.76, 4.78; CvB 2017-036, 4.8.3, 4.8.4).

## **3. Procesverloop**

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

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

Consumenten hebben gekozen voor een niet-bindend advies. Partijen kunnen elkaar dus niet aan deze uitspraak houden.

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

## **4. Feiten**

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

4.1 Consument II heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 november 1997 een beleggingsverzekering, een zogenoemde Cumulent Totaal Plan (hierna te noemen: Verzekering I), gesloten bij Verzekeraar.

Consument I heeft met ingang van 27 november 1997 door bemiddeling en advisering van die tussenpersoon een tweede beleggingsverzekering, eveneens een Cumulent Totaal Plan (hierna te noemen: Verzekering II), gesloten bij Verzekeraar. Verzekering I had als einddatum 1 november 2017 en Verzekering II had als einddatum 27 november 2017. Verzekering I en Verzekering II worden hierna gezamenlijk genoemd: de Verzekeringen.

- 4.2 Bij de Verzekeringen was sprake van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen. Bij deze Verzekeringen komt het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consumenten. Bij Verzekering I is tevens vrijstelling van premiebetaling bij arbeidsongeschiktheid meeverzekerd.
- 4.3 Verzekering I is op 1 november 2017 geëxpireerd met een waarde van € 10.301,44. Verzekering II is op 27 november 2017 geëxpireerd met een waarde van € 11.723,41.
- 4.4 In het onderhavige geval zijn in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekeringen de volgende stukken verstrekt:
- Oorspronkelijk polisblad d.d. 21 oktober 1997 behorende bij Verzekering I met polisnummer [polisnummer I] (hierna: Polis I),
  - Oorspronkelijk polisblad d.d. 22 oktober 1997 behorende bij Verzekering II met polisnummer [polisnummer II] (hierna: Polis II),
  - De verzekeringsvoorwaarden Cumulent Totaal Plan Model CTP93, van toepassing op beide Verzekeringen (hierna: de Voorwaarden) en
  - De aanvullende verzekeringsvoorwaarden vrijstelling van premiebetaling bij medische arbeidsongeschiktheid Model AO93, van toepassing op Verzekering I.

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie. Polis I en Polis II worden hierna gezamenlijk genoemd: de Polissen.

- 4.5 Tot aan de expiratie is volgens Verzekeraar met betrekking tot Verzekering I totaal aan premie betaald € 8.167,38 en zijn de volgende kosten aan Consument II in rekening gebracht:

Vaste kosten Verzekeraar	€ 871,21 (240 maanden x € 3,63)
6% lagere investering	€ 526,46 (1 <sup>e</sup> jaar 15% daarna 6%)

Daarnaast is aan (overlijdens)risicopremies € 36,13 in rekening gebracht en aan premies voor premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid € 410,44.

- 4.6 Tot aan de expiratie is volgens Verzekeraar met betrekking tot Verzekering II totaal aan premie betaald € 8.133,17 en zijn de volgende kosten aan Consument I in rekening gebracht:
- |                          |  |
|--------------------------|--|
| Vaste kosten Verzekeraar | € 871,20 (240 maanden x € 3,63)              |
| 6% lagere investering    | € 524,38 (1 <sup>e</sup> jaar 15% daarna 6%) |

Daarnaast is aan (overlijdens)risicopremies € 34,95 in rekening gebracht.

- 4.7 Op de Verzekeringen zijn de Riav 1994 en de CRR 1996 van toepassing.

- 4.8 In de Voorwaarden staat onder andere het volgende:

“(…) **Artikel 1. Begripsomschrijvingen** (…)

**Beleggingstegoed**

*De som van de per verzekering betaalde premies vermeerderd met rente, dividenden alsmede met waardegroei als gevolg van koersstijgingen van onderliggende componenten en verminderd met kosten, verschuldigde risicodelen, verschuldigde arbeidsongeschiktheidsdelen, onttrekkingen alsmede met koersdalingen van de onderliggende componenten. (…)*

**Artikel 6. Aanwending van de premie**

*Van alle betaalde premies en extra stortingen wordt 94% toegevoegd aan het beleggingstegoed, met dien verstande dat gedurende het eerste volle jaar na de ingangsdatum en gedurende het eerste volle jaar van de premieverhoging dit percentage met 9 procentpunt wordt verminderd. De toevoeging aan het beleggingstegoed wordt verdeeld volgens de stortingsmix als aangegeven op het aanvraag- dan wel wijzigingsformulier. (…)*

**Artikel 7. Maandelijks onttrekkingen**

- A. *Op de ingangsdatum van iedere volle maand daaropvolgend zal de maatschappij administratiekosten, risicodelen en arbeidsongeschiktheidsdelen, die over de volgende maand verschuldigd zijn, onttrekken aan het beleggingstegoed. Het risicodeel wordt berekend over het verschil tussen het bedrag dat bij overlijden wordt uitgekeerd en het beleggingstegoed. Indien het beleggingstegoed hoger of gelijk is aan de uitkering bij overlijden worden geen risicodelen aan het beleggingstegoed onttrokken.*
- B. *De administratiekosten en de te onttrekken risicodelen en arbeidsongeschiktheidsdelen worden op de ingangsdatum en iedere volle maand daaropvolgend voldaan uit het beleggingstegoed naar evenredigheid van de waarde van de onderliggende componenten. Deze bedragen zullen ook worden verrekend indien om welke reden dan ook geen premie meer wordt betaald. Is verrekening niet meer mogelijk omdat de waarde van het opgebouwd beleggingstegoed onvoldoende is, dan vervalt de overeenkomst van rechtswege. (…)*”

#### 4.9 Op Polis I staat onder andere het volgende:

*“(...) ingangsdatum: 01-11-1997                      einddatum verzekering: 01-11-2017 (...)  
Op deze verzekering zijn van toepassing de verzekeringsvoorwaarden volgens model CTP93  
Premie per maand    F 75.00 (...)*

*De verzekering omvat*

*Een bedrag            ter grootte van het beleggingstegoed betaalbaar op 01-11-2017 bij in leven zijn van de verzekerde (...)*

*Een bedrag            ter grootte van het beleggingstegoed betaalbaar voor 01-11-2017 bij overlijden van de verzekerde (...)*

*Bij overlijden van de verzekerde voor 01-11-2017 zal, indien de waarde van het beleggingstegoed lager is dan*

*F 10000.00            laatstgenoemd bedrag worden uitgekeerd*

*F 75.00                als maximale premievrijstelling per maand bij medische arbeidsongeschiktheid als omschreven in de verzekeringsvoorwaarden voor de verzekerde (...)*

*Bij overlijden van de verzekerde voor of op 03-11-2007 bedraagt de uitkering bij overlijden minimaal 110% van het beleggingstegoed.*

*Op deze verzekering zijn ook van toepassing de aanvullende verzekeringsvoorwaarden “Vrijstelling van premiebetaling bij medische arbeidsongeschiktheid”. (...)*

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

*“(...) ingangsdatum: 27-11-1997                      einddatum verzekering: 27-11-2017 (...)  
Op deze verzekering zijn van toepassing de verzekeringsvoorwaarden volgens model CTP93  
Premie per maand    F 75.00 (...)*

*De verzekering omvat*

*Een bedrag            ter grootte van het beleggingstegoed betaalbaar op 27-11-2017 bij in leven zijn van de verzekerde (...)*

*Een bedrag            ter grootte van het beleggingstegoed betaalbaar voor 27-11-2017 bij overlijden van de verzekerde (...)*

*Bij overlijden van de verzekerde voor 01-11-2017 zal, indien de waarde van het beleggingstegoed lager is dan*

*F 10000.00            laatstgenoemd bedrag worden uitgekeerd (...)*

*Bij overlijden van de verzekerde voor of op 29-11-2007 bedraagt de uitkering bij overlijden minimaal 110% van het beleggingstegoed. (...)*



4.11 Op 12 november 2008 hebben Consumenten voor beide Verzekeringen een gelijklopende brief aan Verzekeraar gestuurd, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) In het verleden heb ik bij uw maatschappij een “cumulent totaal plan” afgesloten. (...) Uit de media begrijp ik dat het rendement dat men redelijkerwijs op dit produkt zou verwachten wellicht niet zal worden behaald. Uit de berichten blijkt dat er twee mogelijke oorzaken zijn voor de tegenvallende resultaten.*

- 1) Uw maatschappij heeft onredelijk hoge (administratie) kosten in rekening gebracht.*
- 2) Ter afdekking van de risico's heeft uw maatschappij premies gehanteerd die verre van marktconform waren en zijn,*

*Ik stel uw maatschappij uitdrukkelijk aansprakelijk voor de schade, te vermeerderen met de wettelijke rente, die ik lijd en mogelijk nog zal lijden als gevolg van bovenvermeld handelen voor zover van een dergelijk handelen sprake is.*

*U dient deze brief tevens te beschouwen als een stuiting van de verjaring van mijn (mogelijke) rechtsvorderingen op uw maatschappij als bedoeld in naar artikel 3:317 BW. (...)”*

4.12 Verzekeraar heeft op 29 december 2008 respectievelijk 5 januari 2009 gereageerd op de brieven van Consumenten van 12 november 2008. In deze reacties staat onder meer:

*“(...) Het spijt me dat uw verzekering niet aan uw verwachtingen voldoet. Wij zijn echter van mening dat we u duidelijk hebben geïnformeerd. Daarbij hebben we ons steeds aan de toen geldende regelgeving gehouden. Wij betwisten dan ook aansprakelijkheid. (...)”*

4.13 Op 21 december 2010 hebben Consumenten voor beide Verzekeringen een brief aan Verzekeraar gestuurd, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) U hebt mij nog steeds geen compensatievoorstel gedaan voor mijn woekerpolis. Deze had ik inmiddels wel verwacht.*

*In het overzicht van 2009 (2010 heb ik nog niet mogen ontvangen) staan bedragen die ik niet kan plaatsen naar aanleiding van uw brief van 29 dec 2008. U schrijft daar over kosten van 6%. Welke bedragen ik ook bereken met 6%, ik kom maar niet op de gespecificeerde kosten die staan vermeld in het overzicht.*

*Ik ben dan ook niet van plan om de hoge kosten te blijven betalen, zonder zekerheid dat u mij daar in de toekomst voldoende voor compenseert. Ik wil actief de schade beperken. Daartoe heb ik antwoord nodig op de volgende vragen: (...)*

*Het is mij bekend dat op de financiële markt inmiddels producten zijn die 0,5-1,0% kosten rekenen. Ik overweeg dan ook om mijn geld elders onder te brengen, tenzij u mij een aantrekkelijk alternatief biedt. (...)”*

- 4.14 Op 1 februari 2011 hebben Consumenten voor beide Verzekeringen een brief aan Verzekeraar gestuurd, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) Met de nodige bezorgdheid volg ik hetgeen in de pers wordt medegedeeld over zogenaamde ‘woekerpolissen’, omdat ik ook een dergelijke polis denk te hebben.*

*U kunt mij iets meer zekerheid geven door mij te laten weten hoe het met de kosten zit die door U in mindering worden gebracht op de uiteindelijk te bereiken opbrengst en op welk moment die kosten ten laste van de door mij te bereiken resultaten worden gebracht.*

*Reeds nu wil ik er op wijzen dat ik het er niet mee eens ben dat als die kosten gemaximeerd worden zij tussen de 2,5% en 3,5% zouden bedragen.*

*Ik meen dat het onjuist is dat de kosten worden berekend als een vast percentage van de poliswaarde per jaar, omdat dit betekent dat als het rendement verbetert dit tot hogere door mij te betalen kosten leidt, terwijl de door U gemaakte kosten een gefixeerde som is. Immers, wat moet u als financieel dienstverlener meer presteren voor mij als klant wanneer er een hoger rendement wordt gehaald?*

*Met deze brief wil ik ook mijn rechten zeker stellen, opdat ik niet vergeet te reageren of te laat zou reageren door een termijn over het hoofd te zien. Daarom vraag ik U mij te bevestigen dat ik tijdig bezwaar heb gemaakt tegen het in te houden kostenpercentage. (...)”*

- 4.15 Verzekeraar heeft op 8 februari 2011 gereageerd op de brieven van Consumenten van 21 december 2010. In deze reacties staat onder meer:

*“(...) U vraagt ons hoe hoog het compensatiebedrag is. We kunnen u nu nog niet laten weten of u een vergoeding krijgt. Dat vinden we vervelend. Bij Interpolis maken we de berekeningen voor al onze klanten in één keer. Dat doen we zorgvuldig en dat kost tijd. In 2011 ontvangt u uw persoonlijke berekening. (...)”*

*We vinden het belangrijk u goed op de hoogte te houden. Daarom krijgt u sinds enkele jaren een duidelijk jaaroverzicht van de ontwikkeling van de waarde van uw beleggingsverzekering. Hierin laten we ook zien welke kosten en premies we voor uw beleggingsverzekering rekenen. U vraagt om de afkoopwaarde van uw verzekering. Daarnaast wilt u weten wat de fiscale en financiële gevolgen zijn als u uw verzekering afkoopt. (...)”*

*Interpolis biedt haar verzekeringen niet rechtstreeks aan, maar werkt samen met tussenpersonen. Deze tussenpersonen verzorgen de advisering van onze verzekeringsproducten en beantwoorden uw vragen. Zij geven u advies over de eventuele financiële en fiscale gevolgen van het beëindigen van uw verzekering. U kunt daarom het beste contact opnemen met uw adviseur. (...)”*

- 4.16 In het kader van de Compensatieregeling heeft Verzekeraar Consumenten per brieven van 23 mei 2011 bericht dat de in de Verzekeringen in rekening gebrachte kosten over de hele looptijd lager zijn dan in de regeling afgesproken maximale kostenpercentages en Consumenten daarom geen vergoeding ontvangen.

Consumenten ontvangen wel als vergoeding voor het hefboomeffect voor Verzekering I een bedrag van € 3,47 en voor Verzekering II een bedrag van € 3,31.

- 4.17 Op 22 oktober 2011 hebben Consumenten voor beide Verzekeringen een brief aan Verzekeraar gestuurd, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) Met de nodige bezorgdheid volg ik hetgeen in de pers wordt meegedeeld over de zogenaamde ‘woekerpolissen’, omdat ik ook een dergelijke polis denk te hebben. In een eerder schrijven heb ik al aangegeven het er niet mee eens te zijn dat als die kosten gemaximeerd worden zij tussen de 2,5% en de 3,5% zouden bedragen. (...) Aangezien het bijna 3 jaar geleden is dat ik mijn klacht voor de eerste keer bij u heb gemeld stuur ik u deze brief als stuiting van de verjaring van mijn (mogelijke) rechtsvorderingen op uw maatschappij als bedoeld in naar artikel 3:317 BW. Met deze brief wil ik ook mijn rechten zeker stellen, opdat ik niet vergeet te reageren of te laat zou reageren door een termijn over het hoofd te zien. (...) Daarnaast vraag ik u een echte oplossing te bieden ipv een verwijzing naar een tussenpersoon. De tussenpersonen zijn naar mijn mening mede verantwoordelijk voor de veel te hoge kosten. (...)”*

- 4.18 Verzekeraar heeft op 22 november 2011 gereageerd op de brieven van Consumenten van 22 oktober 2011. In deze reacties staat onder meer:

*“(...) Het spijt me dat deze verzekering niet aan uw verwachtingen voldoet. Wij blijven echter van mening dat we u duidelijk hebben geïnformeerd. Daarbij hebben we ons steeds aan de toen geldende regelgeving gehouden. Wij betwisten dan ook de aansprakelijkheid. (...) Wat de hoogte van de kosten betreft, kan ik u medelen dat Achmea een regeling getroffen heeft over zowel de risicopremies als de maximale hoogte van de kosten voor beleggingsverzekeringen. Deze regeling heeft de instemming van de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Ook alle betrokken consumentenorganisaties staan achter onze regeling. Inmiddels heeft u van ons een brief en een persoonlijke berekening ontvangen. (...)”*

- 4.19 Op 23 juni 2013 hebben Consumenten een brief aan Verzekeraar gestuurd met betrekking tot beide Verzekeringen, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) Afgelopen week heb ik een brief ontvangen met als onderwerp “Vervanging beleggingsfondsen”. In deze brief staat dat in de huidige beleggingsfondsen van Robeco in de loop van 2014 niet meer belegd kan worden. Daarom dienen klanten te “switchen”. Er wordt geschetst dat het switchen voordeel biedt voor de klant omdat de fondskosten lager zijn. (...) Ik stuur u deze brief dan ook omdat ik met de huidige informatie niet kan bepalen of de switch positief of negatief uitpakt voor mijn product. (...)”*

*In mijn eerdere brieven heb ik aangegeven dat ik het niet eens ben met de woekerpolis-compensatieregeling. (...) het advies van Rabobank was de polis te stoppen en een ander product te kiezen. Ik heb daarop aangegeven dat ik niet zomaar een ander product kies. Ik ben van mening dat het product eerst gerepareerd moet worden alvorens de klant een keuze moet krijgen om over te stappen. (...)*

*In de afgelopen weken zijn er ontwikkelingen geweest ten aanzien van de woekerpolisaffaire. (...) De woekerpolisaffaire is dus nog lang niet afgewikkeld en de kosten volgens de Wabekenorm zijn nog steeds veel te hoog. (...) Ik vraag me dan nu ook af of het goed is om te “switchen” en of dat wel zomaar verplicht mag worden. (...)*”

Op 25 juli 2013 heeft Verzekeraar op deze brief gereageerd met een toelichting op de keuze om de Robecofondsen te vervangen met Achmea mixfondsen. Vervolgens hebben Consumenten en Verzekeraar over en weer hierover gecorrespondeerd.

4.20 Op 5 november 2013 heeft Consument I met betrekking tot beide Verzekeringen een e-mail aan Verzekeraar gestuurd, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) In uw brief van 24 oktober heb ik een kostenoverzicht mogen ontvangen van het Cumulent Totaal Plan. Dank hiervoor. Hierin staat dat de kosten bestaat uit:*

- 3,63 euro vaste kosten per maand wat neerkomt op bijna 11% van de inleg.*
- het eerste jaar 15% variabele kosten en daarna 6%.*

*Dit betekent dat de kosten in het eerste jaar 26% zijn en daarna 17% van de inleg. (...)*

*Zowel tijdens de verkoop, als de aanpassing, en in de voorwaarden van deze polissen zijn deze kosten nooit kenbaar gemaakt op wat voor manier dan ook, maar als we geweten hadden dat je gemiddeld 17% rendement moet halen om alleen je inleg te behouden, hadden we natuurlijk nooit voor zo'n product gekozen. (...)*

*Er wordt een goedkoper product aangeboden omdat de kosten in het huidige product boven het gestelde maximum binnen de regeling liggen. In mijn brief van 22 oktober 2011 heb ik al aangegeven dat ik het überhaupt niet eens ben met een regeling waarbij mijn toekomstige kosten worden berekend als vast percentage van de poliswaarde. (...)*

*Uit de uitzending van Tros Radar van afgelopen maandag werd duidelijk dat financiële instellingen bij vragen over woekerpolissen ontwijkend gedrag vertonen, mist opwerpen, of brieven terug sturen met algemene teksten die geen bijdrage leveren aan een oplossing van deze affaire. Uw brief van 24 oktober onderschrijft dit en ik wil u daarom nog maar eens op mijn eerste brief van 12 november 2008 wijzen, waarbij ik uw maatschappij uitdrukkelijk aansprakelijk stel voor schade, te vermeerderd met de wettelijke rente, die ik lijd en mogelijk nog zal lijden als gevolg van de te hoge kosten. (...)*

*Ik ga er nog steeds vanuit dat ook voor het Cumulent Totaal Plan een nette oplossing komt waarbij alle geleden schade hersteld wordt zodat de polissen voortgezet kunnen worden zoals deze voorgespiegeld zijn tijdens de verkoop. (...)*

- 4.21 Nadat Consument I op 14 januari 2014 schriftelijk had gerappelleerd heeft Verzekeraar in reactie hierop per e-mail van 24 januari 2014 onder andere het volgende geschreven:

*“(...) Op 5 november 2013 stuurde u mij een e-mail. Op 14 januari 2014 stuurde u een herinnering. Het spijt mij dat ik niet eerder op uw e-mail heb gereageerd. Ook bedank ik u voor de herinnering. U stelt me daarmee in staat u nu alsnog antwoord te geven op uw vragen. Graag behandel ik uw vragen in deze e-mail. (...)*

*Met het uitvoeren van de Achmea-regeling hebben wij al de eventueel te hoge kosten over de gehele looptijd gecompenseerd. Zover ik het nu kan overzien zal er dus geen nieuwe of aanvullende compensatieregeling volgen. Wij compenseren nooit beleggingsverlies. (...)*

- 4.22 Op 9 januari 2019 heeft Consument I een e-mail aan Verzekeraar gestuurd met betrekking tot beide Verzekeringen, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) Hoe wordt het product "Cumument totaal plan" gerepareerd zodat het gaat doen wat er tijdens de verkoop is voorgespiegeld.*

*Tijdens het afsluiten van de polis is niet vermeld dat er meer dan 16 % van de inleg wordt afgehaald. Hierdoor is tijdens de verkoop niet duidelijk dat bij een normaal beleggingsresultaat de voorgespiegelde rendementen nooit gehaald zullen worden als de koers die in de voorbeelden worden geschat ook maar een heel klein beetje lager liggen. Het eindresultaat zal dan direct en desastreus veel lager uitkomen. Dit is ook gebleken uit de jaarlijkse overzichten en toekomstvoorspellingen die worden gestuurd.*

*Ik ben van mening dat deze informatie vooraf duidelijk had moeten zijn. Ik had in dat geval het product niet aangeschaft.*

*Nu tijdens de looptijd blijkt dat het product door deze kosten niet werkt zoals bedoeld, ben ik van mening dat de leverancier dit moet repareren. (...)*

- 4.23 Vervolgens hebben Consument I en Verzekeraar over en weer hierover gecorrespondeerd. Op 10 mei 2019 heeft Verzekeraar Consument I een e-mail gestuurd met betrekking tot beide Verzekeringen, waarin onder meer het volgende staat:

*“(...) Wij blijven bij ons standpunt*

*Wij zien geen reden om u een vergoeding te geven. De kosten in uw verzekering blijven binnen de norm zoals afgesproken in de Achmea Compensatieregeling. Ook zijn de kosten met u overeengekomen en vermeld in de voorwaarden bij uw verzekering. (...)*

*Wij blijven het met elkaar oneens over het verstrekken van een vergoeding. Als u zich niet kunt vinden in ons standpunt kunt u uw klacht voorleggen aan het Kifid. (...)*

*Zorgt u er wel voor dat u vóór 10 augustus 2019 uw klacht aan het KiFiD voorlegt? Anders neemt het KiFiD uw klacht mogelijk niet meer in behandeling. (...)*

Consumenten hebben vervolgens op 3 juli 2019 hun klacht aan Kifid voorgelegd.

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

- 5.1 Consumenten zijn het nooit eens geweest met de Compensatieregeling en vorderen een echte vergoeding van Verzekeraar voor de geleden schade. Verzekeraar dient de bedragen die zijn ingehouden van de inleg met terugwerkende kracht toe te voegen aan de Verzekeringen, waardoor deze mee-renderen met de beleggingsresultaten. Consumenten stellen hun schade vast op € 10.000,00, bestaande uit de onvermelde maandelijkse kosten die gedurende de looptijd zijn ingehouden en het gederfde rendement daarover.
- 5.2 Volgens Consumenten is Verzekeraar daartoe gehouden omdat Consumenten bij het sluiten van de beleggingsverzekering hebben gedwaald, over (een deel van) de kosten geen wils-overeenstemming bestaat, Verzekeraar jegens Consumenten toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst en/of Verzekeraar bij de totstandkoming dan wel uitvoering van de Verzekeringen onrechtmatig jegens Consumenten hebben gehandeld. Consumenten stellen in dit kader:
- Verzekeraar gaat in zijn communicatie niet inhoudelijk in op het verzwijgen van de kosten, het effect van deze onttrekkingen op de Verzekeringen en de gevolgen voor de lange termijn gedurende de looptijd van de Verzekeringen.
  - Met de verstrekte informatie is het onduidelijk hoe dit beleggingsproduct in elkaar zit. Dat beleggingsresultaten met beurskoersen meebewegen, kan een ieder zich voorstellen, maar kennelijk is er nog een onbelichte component. Een consument, waarvan over het algemeen kan worden aangenomen dat deze geen deskundige is op het gebied van financiële beleggingsproducten, had dit niet kunnen doorzien bij het aangaan van de verzekering.
  - Ook achteraf, met de informatie uit de voorbeeldrendementen, zijn de gevolgen van de manier waarop de kosten worden onttrokken niet helder. De manier van kostenonttrekking heeft een dusdanig negatief effect gehad, dat een evenwichtig herstel nooit zal plaatsvinden. Als gevolg hiervan zal men veel meer rendement moeten maken om bij een eerder voorgespiegeld resultaat uit te kunnen komen. Dat is waar de consument over dient te worden geïnformeerd. Hiermee doorziet een consument het product en het geeft inzicht in dit verborgen risico. Consumenten hadden dit product niet aangeschaft als zij hadden kunnen overzien wat het inhoudt.

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

## **6. Beoordeling**

### *Behandelbaarheid klacht*

6.1 De Commissie gaat niet mee in de stelling van Verzekeraar dat het Kifid de klacht van Consumenten op grond van artikel 5 van het Reglement niet kan behandelen omdat de klacht van Consumenten te laat zou zijn ingediend. Verzekeraar heeft weliswaar – na een klacht van Consumenten – bij brief van 29 december 2008 de aansprakelijkstelling door Consumenten betwist, maar heeft Consumenten nadien geïnformeerd over een regeling op grond waarvan mogelijk compensatie zou worden uitgekeerd en waarover Consumenten in 2011 bericht zou ontvangen. De Commissie is van oordeel dat Consumenten hebben mogen afwachten of hun klachten daarmee zouden zijn verholpen en, toen dat niet het geval bleek, daarna alsnog hebben mogen klagen over de kosten in de Verzekeringen, wat Consumenten bij brief van 22 oktober 2011 hebben gedaan. Vervolgens hebben Consumenten en Verzekeraar over en weer met elkaar gecorrespondeerd over de door Consumenten naar voren gebrachte onvrede tot februari 2014 (zoals omschreven in overwegingen 4.17-4.21). Op 9 januari 2019 heeft Consument I Verzekeraar opnieuw gemaild met een klacht over de Verzekeringen. Verzekeraar heeft daarop gereageerd en vervolgens per e-mail van 10 mei 2019 zijn definitieve standpunt hierover gegeven, onder verwijzing naar de mogelijkheid een klacht bij Kifid in te dienen indien Consumenten het daar niet mee eens zouden zijn. In deze e-mail staat dat Consumenten er wel op dienen te letten dat de klacht voor 10 augustus 2019 aan Kifid zou worden voorgelegd, omdat de klacht anders mogelijk niet meer in behandeling wordt genomen. Zie overwegingen 4.22 en 4.23. Consumenten hebben vervolgens tijdig op 3 juli 2019 hun klacht ingediend bij Kifid. De Commissie acht de klacht derhalve behandelbaar.

### *Verjaring*

6.2 Verzekeraar beroept zich ter zake van de vordering van Consumenten tot schadevergoeding op verjaring ingevolge artikel 3:310 BW. Uitgangspunt is dat, nu Verzekeraar zich erop beroept dat vorderingsrechten van Consumenten zijn verjaard, op Verzekeraar de last rust de feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjarings-termijn is gaan lopen. Met ander woorden: Verzekeraar moet stellen wanneer Consumenten bekend zijn geworden met de door hun geleden schade en de daarvoor aansprakelijke persoon.

6.3 Verzekeraar stelt zich met betrekking tot de klachten van Consumenten kort gezegd op het standpunt dat Consumenten in mei 2011 op de hoogte zijn gebracht van de met betrekking tot de Verzekeringen toegekende vergoedingen op grond van de zogenoemde Compensatieregeling en dat nu daarna tot 2019 door Consumenten nagelaten zou zijn daarover te klagen dan wel de verjaring van de eerder ingediende vorderingen te stuiten, de vorderingen van Consumenten zijn verjaard. De Commissie oordeelt als volgt. Uit de stukken valt op te maken dat de klachten van Consumenten betrekking hebben op de hoogte van de in rekening gebracht kosten, de effecten van deze kosten op het te behalen rendement van de Verzekeringen en het feit dat Consumenten daarover niet zijn geïnformeerd. Uit de stukken valt op te maken dat Consumenten hier vanaf 2008 vragen over hebben gesteld c.q. hebben geklaagd, voor het eerst op 12 november 2008 (zie 4.11). Consumenten hebben op 1 februari 2011 en 22 oktober 2011 opnieuw voor beide verzekering een brief aan Verzekeraar gestuurd, waarin zij hun beklag hebben gedaan en de verjaring hebben gestuit (zie 4.14 en 4.17). Ook in november 2013 doen Consumenten dit, waarna na een reminder van Consument I op 14 januari 2014, Verzekeraar per e-mail van 24 januari 2014 reageert (zie 4.20 en 4.21). Vervolgens komen Consumenten per mail van 9 januari 2019 met hun klachten bij Verzekeraar terug, waarop Verzekeraar opnieuw inhoudelijk reageert. Gelet op het voorgaande stelt de Commissie vast dat Consumenten ook in de periode na 2011 nog bij Verzekeraar over de Verzekeringen hebben geklaagd en de verjaring hebben gestuit en dat de laatste actie die Consumenten in dat kader, voordat zij in januari 2019 opnieuw hun beklag deden, op 14 januari 2014 heeft plaatsgevonden. Omdat Consumenten na dit moment en de reactie van Verzekeraar daarop binnen een termijn van de vijf jaar opnieuw hebben geklaagd, namelijk op 9 januari 2019 (zie 4.22), is de verjaring tijdig gestuit en slaagt het verjaringsverweer van Verzekeraar niet.

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

#### *Informatieverstrekking*

6.5 Consumenten vinden dat de Verzekeringen niet hebben opgeleverd wat zij op grond van de voorgespiegelde rendementen mochten verwachten. Maar uit de Productdocumentatie blijkt zonder meer dat Consumenten beleggingsverzekeringen hebben afgesloten, waarbij de resultaten afhankelijk waren van de op de beleggingen behaalde rendementen. Het is van algemene bekendheid dat aan beleggingen het risico is verbonden dat de rendementen (veel) lager uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook Consumenten hadden dat kunnen en moeten begrijpen. Voor zover Consumenten dat niet hebben begrepen, komt dat voor hun risico. Onder die omstandigheden mochten Consumenten niet aannemen dat de in de beleggingsoverzichten getoonde rendementen zeker behaald zouden worden. Een beroep op dwaling slaagt dan ook niet.



- 6.6 Consumenten hebben mogelijk bedoeld dat Verzekeraar hen niet heeft 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 zich op een relatief laat moment tijdens de looptijd van de Verzekeringen 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 Consumenten hier niet expliciet op gewezen dan wel voor gewaarschuwd hadden moeten worden.

*Wilsovereenstemming over kosten(soorten) en inhoudingen?*

- 6.7 Uit de Productdocumentatie (artikel 6 van de Voorwaarden) valt op te maken dat na het eerste jaar, van alle betaalde premies 94% wordt toegevoegd aan het beleggings-tegoed (in het eerste jaar is dit percentage 85%) en dat er gedurende de looptijd administratiekosten en risicopremies verschuldigd zijn. Aan de hand van de ontvangen stukken is de Commissie niet gebleken dat Verzekeraar andere kosten in rekening heeft gebracht of inhoudingen heeft gedaan dan die stonden in de door Consumenten ten tijde van het afsluiten van de Verzekeringen en/of de ontvangst van de Polis ontvangen Productdocumentatie. Dit betekent dat Consumenten wisten of hadden kunnen en moeten weten welke kosten gedurende de looptijd van de Verzekeringen in rekening zouden worden gebracht. De Commissie is daarom van oordeel dat tussen partijen bij het aangaan van de Verzekeringen wilsovereenstemming heeft bestaan over de kosten en inhoudingen. Van onrechtmatige, verzwegen en/of te hoge kosten c.q. inhoudingen, zoals Consumenten naar voren brengen, is niet gebleken.

*Fondsbeheerskosten of TER*

- 6.8 De fondsbeheerskosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin Consumenten hebben 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 Consumenten 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.
- 6.9 In het onderhavige geval zijn de Verzekeringen vóór 1 oktober 1998 afgesloten, zodat de verplichting voor Verzekeraar om Consumenten over de fondsbeheerskosten te informeren niet gold, zie CvB 2017-035 overweging 4.30.

*Hefboom- en inteereffect*

- 6.10 Uit de stukken valt op te maken dat voor zover daarvan sprake is geweest, dit effect beperkt was.

Ter zake van Verzekering I hebben Consumenten een vergoeding van € 3,47 en voor Verzekering II een bedrag van € 3,31 ontvangen. In totaal is voor Verzekering I € 36,13 en voor de Verzekering II € 34,95 over de gehele looptijd aan overlijdensrisicopremie in rekening gebracht.

### *Conclusie*

6.11 Hiervoor is vastgesteld dat over alle in rekening gebrachte kosten en premies wils-overeenstemming heeft 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 overeengekomen. Van tekortschieten door Verzekeraar is de Commissie niet gebleken.

Gelet op het voorgaande dienen de klachten, alsmede de vordering van Consumenten dan ook te worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

## **7 Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

*De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de CvB Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.*

*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.*