

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-1028  
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. W. Dullemond, leden en  
mr. R.G. de Kruif, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 3 mei 2018  
Ingediend door : Consument  
Tegen : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 11 december 2020  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Klacht van consument over zijn in 1992 afgesloten beleggingsverzekering, een zogenaamd (Eagle Star, later Falcon) LevensPlan 'Miljonair'. De Commissie acht het, gelet op de specifieke omstandigheden van dit geval, niet aannemelijk dat consument de voorwaarden niet zou hebben ontvangen. In 1992 bestonden voorts nog geen specifieke informatieverplichtingen, zodat de klacht daarover niet slaagt. De Commissie oordeelt verder dat over alle kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan en dat deze dus ook zijn overeengekomen. Alle vorderingen van consument zijn afgewezen.

## **1. Inleiding**

- 1.1 Na ontvangst van de klacht, is Consument in de gelegenheid gesteld om zijn klacht aan te vullen gelet op een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep Kifid (hierna: de CvB) in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen, 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. De Commissie heeft besloten om de klacht op basis van de stukken te beoordelen en uitspraak te doen.
- 1.2 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 deze in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht of - indien de verzekering al is beëindigd - moet de eindwaarde of afkoopwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna.

### *Richtlijn Oneerlijke bedingen*

2.8 Een (kosten)beding dient op grond van Richtlijn 93/13/EEG, betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk te zijn opgesteld. Voor dit vereiste van transparantie is niet voldoende dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft (te weten de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet op een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hem of haar voortvloeien kan inschatten. Vergelijk CvB 2018-041, overweging 4.5.3. Indien daaraan niet is voldaan, kan dat ertoe leiden dat het betreffende (kosten)beding als onredelijk bezwarend buiten toepassing moet worden gelaten.

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

### *Fondsbeheerkosten (TER)*

2.9 De verzekeraar hoefde vóór de toepasselijkheid van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER.

Verder worden deze kosten volgens de CvB niet door de verzekeraar gemaakt maar door derden zodat het er niet om gaat of partijen zijn overeengekomen dat de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.2.3, 5.16, 5.17). Vanaf 1 oktober 1998 moest de verzekeraar de verzekeringnemer over de TER informeren op grond van Hoofdstuk III, artikel 02 van de CRR 1998 waarmee invulling werd gegeven aan de verplichting voor de verzekeraar uit artikel 2, lid 2, onder q Riav 1998 om de verzekeringnemer in kennis te stellen van de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden aan de verzekering (CvB 2017-035, 4.30). Indien de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen dient hij de schade die Consument dientengevolge heeft geleden te vergoeden.

#### *Overlijdensrisicodekking*

2.10 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd behoort een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel dat overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Voor zover gesteld wordt dat de verzekeraar een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht, dient de consument aannemelijk te maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd, en daarnaast ook aannemelijk te maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders. (CvB 2017-043, rechtsoverweging 5.21 t/m 5.24).

#### *Het hefboom- en inteereffect*

2.11 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt zonder dat bij vóóroverlijden de overlijdensuitkering wordt uitgekeerd. De verzekeraar dient de verzekeringnemer voor of bij het sluiten van de verzekering op dit bijzondere risico te wijzen (CvB 2017-023A, 4.23) dan wel daarvoor te waarschuwen, tenzij de consument het bestaan van dit bijzondere risico niet aannemelijk heeft gemaakt (CvB 2017-035, 4.50; 4.51). Indien de verzekeraar verplicht is voor het bijzondere risico te waarschuwen en hij dit voor of bij het sluiten van de verzekering nalaat schiet hij tekort welke tekortkoming onrechtmatig is (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29, 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de door verzekeraar aangeboden 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 Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met de klachtbrief en bijlagen;
- de aanvullende reactie van Consument naar aanleiding van de richtinggevende uitspraken van de CvB met betrekking tot beleggingsverzekeringen;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (repliek) van Consument op het verweerschrift;
- de reactie (dupliek) van Verzekeraar.

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 in 1992 via een assurantietussenpersoon (hierna: Adviseur) met ingang van 1 december 1992 een beleggingsverzekering, een zogenaamd (Eagle Star, later Falcon) LevensPlan 'Miljonair' (hierna: de Verzekering), afgesloten bij een rechtsvoorganger van Verzekeraar.
- 4.2 Bij de Verzekering is sprake is van een overlijdensrisicodekking en kapitaalbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument.

4.3 Volgens Verzekeraar zijn aan Consument in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekering de volgende stukken verstrekt:

- Offerte d.d. 3-11-1992
- Aanvraagformulier, door Verzekeraar ontvangen op 4 november 1992;
- Oorspronkelijk polisblad d.d. 4-11-1992 (hierna: de Polis);
- De Algemene Voorwaarden AV'91 (hierna: de Voorwaarden);

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

Nadien zijn nog verstrekt:

- Polisblad d.d. 25-08-1995;
- Polisblad d.d. 18-12-1995;
- Polisblad d.d. 28-03-1996.

4.4 Op het polisblad van 4 november 1992 was onder andere het volgende opgenomen:

“(…)

**Eagle Star Leven N.V. Levensverzekeringsmaatschappij, gevestigd te Hoofddorp, verzekert op grond van een aanvraag van de verzekeringnemer de hierna te vermelden uitkering(en) onder voorwaarde dat aan haar de vermelde premie is voldaan.**

**Op deze polis zijn de algemene voorwaarden AV '91 van toepassing.**

(…)

#### **PREMIES (Zie Sectie B)**

##### **1) Prolongatiepremies**

De premie bedraagt Fl 50,00 per maand.

De premie is verschuldigd vanaf de ingangsdatum tot de berekeningsdatum of tot eerder overlijden van ██████████.

(…)

#### **BELEGGINGEN (Zie Sectie C)**

1) De premie wordt volledig belegd in het Milieu Aandelen fonds.

2) De periode waarover basisunits worden toegewezen (de basisperiode) begint op 01-12-1992 en eindigt op 30-11-1995. De basisperiode is niet van toepassing op (aanvullende) koopsommen.

(…)

#### **UITKERINGEN (Zie Sectie C.5 en Sectie D)**

##### **Uitkering op berekeningsdatum**

Bij in leven zijn van ██████████ op de berekeningsdatum zal de waarde van de dan aanwezige units worden uitgekeerd aan de betreffende begunstigde(n) zoals aangegeven op aanhangsel 3.

##### **Overlijdensdekking verzekerde I**

De waarde van de aan deze polis toegewezen units tegen biedkoers is verschuldigd na overlijden van ██████████ vóór de berekeningsdatum en wordt uitgekeerd aan de begunstigde(n) zoals aangegeven op aanhangsel 3.

#### **KOSTEN (Zie Sectie E)**

De poliskosten voor de eerste maand van de verzekering bedragen Fl 7,50.

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

(...)"

#### 4.5 In de Voorwaarden was onder andere het volgende opgenomen:

“(..."

##### **1 Definities**

###### **LEVENSPAN:**

Dit is een levenslange overeenkomst van een flexibele levensverzekering op basis van beleggingseenheden (units)

(...)

###### **UNITS:**

Units zijn de waarde-eenheden op basis waarvan de belegging plaatsvindt in een fonds.

###### **BASISUNITS (A-units):**

De units welke worden toegewezen bij betaling van regelmatige premies gedurende de basisperiode.

###### **CUMULERENDE UNITS (B-units):**

De units welke worden toegewezen bij betaling van regelmatige premies na de basisperiode en bij betaling van (aanvullende) koopsommen.

###### **BASISPERIODE:**

De basisperiode bij polissen met regelmatige premiebetaling is de periode zoals vermeld op het polisblad, gedurende welke basisunits worden toegewezen.

(...)

###### **VERKOOPKOERS:**

De koers op basis waarvan units worden toegewezen.

###### **BIEDKOERS:**

De koers op basis waarvan units worden geroyeerd.



**KiFiD**

HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT

(...)

## 2 Sectie A – Algemeen

(...)

### 3. OMVANG VAN HET LEVENSPAN

De premies c.q. koopsom(men) (Sectie B - PREMIES) zijn verschuldigd door de verzekeringsnemer en zijn volledig bestemd voor aankoop van toe te wijzen units tegen de verkoopkoers in het (de) gekozen fonds(en) (Sectie C - BELEGGINGEN); kosten voor gekozen uitkeringen (Sectie D - UITKERINGEN) en overige kosten (Sectie E - KOSTEN) worden verkregen door het royeren van units tegen biedkoers.

(...)

## 4 Sectie C – Beleggingen

(...)

### 2. PREMIEBESTEMMING

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

(...)

### 6.FONDSEN

Ieder fonds is een zelfstandig herkenbaar fonds. De samenstelling van de fondsen en de proporties van de daarvan deel uitmakende beleggingen worden bepaald door de maatschappij.

a. Voor alle beschikbaar gestelde fondsen met uitzondering van Silver Star fondsen zijn de volgende bepalingen van toepassing:

1. Op de waarde van ieder fonds kunnen beheerskosten in mindering worden gebracht van maximaal 1,5% per jaar.

2. Op de waarde van ieder garantiefonds kunnen aanvullende kosten in mindering worden gebracht tot maximaal 1,5% per jaar.

(...)

5. 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%.

6. De biedkoers van iedere cumulerende unit zal door de maatschappij worden bepaald en zal niet minder 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%.

(...)

8. De verkoop- en biedkoersen van iedere basisunit zijn afgeleid van hun laatst berekende koersen, de evenredige verandering in de desbetreffende koersen van de cumulerende unit in hetzelfde fonds, alsmede aanvullende administratiekosten tegen een tarief van maximaal 4% op jaarbasis.

(...)



## 6 Sectie E – Kosten

1. 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 het (de) betrokken Fonds(en). Een eventuele tekort wordt verrekend door proportioneel royement van basisunits van betrokken fonds(en).

2. Voor polissen met belegging in een Silver Star fonds kunnen jaarlijkse beheerskosten in rekening worden gebracht to maximaal 2% van de waarde van de bij de polis behorende units in dat fonds. Indien van toepassing worden deze kosten aan het begin van iedere maand verrekend door proportioneel royement van units tegen biedkoers van het (de) betrokken fonds(en).

3. 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 1.

4. Tevens worden bij overige overlijdensuitkeringen - indien deze, verhoogd met 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 1.

5. Het tarief vastgelegd in appendix 1 is alleen van toepassing indien acceptatie heeft plaatsgevonden tegen normale standaardcondities.

(...)

## 11 Sectie J – Slotbepalingen

(...)

### 3. BELASTINGEN

Belastingen terzake van deze overeenkomst, voor zover door de maatschappij betaald, worden aan de verzekeringnemer in rekening gebracht.

### 4. TUSSENTIJDSE AANPASSING

Indien de maatschappij het redelijk en billijk acht kunnen de poliskosten worden gewijzigd

### 5. JAARLIJKSE INFORMATIE

De maatschappij zal verzekeringnemer jaarlijks informeren over de ontwikkeling van het LevensPlan.

(...)”

- 4.6 In de Voorwaarden was voorts onder ‘12 Sectie Appendix 1’ een tabel opgenomen met de kosten per maand per fl. 100.000,- overlijdenskapitaal.
- 4.7 Consument heeft op 22 juli 1995 een wijzigingsformulier ondertekend, dat op 21 augustus 1995 door Verzekeraar is ontvangen. Het betrof een premieverhoging, te weten van fl. 50,- naar fl. 100 per maand. Naar aanleiding daarvan heeft Verzekeraar het gewijzigde polisblad d.d. 25 augustus 1995 afgegeven.
- 4.8 Consument heeft in december 1995 door middel van een formulier een wijziging beleggingskeuze (per polisverjaardag) aan Verzekeraar doorgegeven. Naar aanleiding daarvan heeft Verzekeraar het gewijzigde polisblad d.d. 18 december 1995 afgegeven.

4.9 Consument heeft op 15 maart 1996 een wijzigingsformulier ondertekend, dat op 21 maart 1996 door Verzekeraar is ontvangen. Het betrof een wijziging van de begunstiging. Op het wijzigingsformulier is vermeld dat Consument zich akkoord verklaart met de van toepassing zijnde Voorwaarden en dat deze in ieder geval bij het afgeven van de polis worden toegezonden. Naar aanleiding daarvan heeft Verzekeraar het gewijzigde polisblad d.d. 28 maart 1996 afgegeven.

4.10 Op het polisblad van 28 maart 1996 was onder andere het volgende opgenomen:

Falcon Leven N.V. Levensverzekeringsmaatschappij, gevestigd Capellalaan 115, 2132 JM Hoofddorp, Nederland, verzekert op grond van een aanvraag van de verzekeringnemer de hierna te vermelden uitkering(en) onder voorwaarde dat aan haar de vermelde premie is voldaan.  
Op deze polis zijn de algemene voorwaarden AV '91 van toepassing.

#### PREMIES (Zie Sectie B)

1) Prolongatiepremies

De premie bedraagt Fl 100,00 per maand.

#### BELEGGINGEN (Zie Sectie C)

1) De premie wordt volledig belegd in het Purple Star (vastrentende waarden en aandelen) fonds.

2) De periode waarover basisunits worden toegewezen (de basisperiode) begint op 01-12-1992 en eindigt op 30-11-1995.

#### UITKERINGEN (Zie Sectie C.5 en Sectie D)

Uitkering bij leven

Bij in leven zijn van [REDACTED] op 28-05-2047 zal de waarde van de dan aanwezige units worden uitgekeerd aan de betreffende begunstigde(n) zoals aangegeven op aanhangsel 3.

Overlijdensdekking verzekerde I

110% van de waarde van de aan deze polis toegewezen units tegen biedkoers is verschuldigd na overlijden van [REDACTED] vóór 28-05-2047 en wordt uitgekeerd aan de begunstigde(n) zoals aangegeven op aanhangsel 3.

4.11 Bij brief van 27 november 2007 heeft Consument een verzoek ingediend tot volledige opname van de B-units van de Verzekering over te gaan.

4.12 In 2012 heeft Consument de Verzekering afgekocht.

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

- 5.1 Consument vordert alle betaalde premies terug, inclusief wettelijke rente en onder aftrek van de reeds uitgekeerde afkoopsom of, als die vordering wordt afgewezen, terugbetaling van alle gedurende de looptijd van de Verzekering ten onrechte in rekening gebrachte maar niet overeengekomen kosten, vermeerderd met wettelijke rente daarover. Daarnaast vordert Consument een vergoeding van de kosten van rechtsbijstand door zijn vertegenwoordiger.
- 5.2 Volgens Consument is Verzekeraar tot deze betalingen gehouden omdat bij het sluiten van de Verzekering over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestond, Verzekeraar jegens Consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst en/of bij de totstandkoming dan wel uitvoering van de Verzekering onrechtmatig jegens Consument heeft gehandeld.
- 5.3 Verzekeraar heeft onder andere het verweer gevoerd dat in de (richtinggevende) uitspraak CvB 2018-019, eveneens sprake van een Falcon LevensPlan, daar met de voorwaarden AV'89. De Voorwaarden (AV'91) die op de Verzekering van toepassing waren, zijn inhoudelijk hetzelfde (in ieder geval op de onderdelen waarover is geklaagd). Onder verwijzing naar die uitspraak, dient de klacht van Consument te worden afgewezen. Indien wel sprake zou zijn van schade, doet Verzekeraar een beroep op verjaring en/of klachtplicht en/of rechtsverwerking.

## **6. Beoordeling**

### *Verjaring, klachtplicht*

- 6.1 De Commissie komt op inhoudelijke gronden tot de conclusie dat de vordering van Consument moet worden afgewezen en heeft daarom het beroep op verjaring en/of verzaking van de klachtplicht ex. artikel 6:89 BW in dit geval buiten beschouwing gelaten. Hieronder zal de Commissie de klacht van Consument inhoudelijk beoordelen.

### *Soort verzekering*

- 6.2 De Verzekering was een beleggingsverzekering waarbij het volgende was verzekerd:
- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties;
  - een uitkering bij overlijden voor de einddatum van 110% van de opgebouwde waarde.

De Verzekering is afgesloten in 1992. Op dat moment bestond voor de verstrekking van informatie nog geen specifieke regelgeving zoals de Riav en de CRR.

*Voorwaarden van toepassing*

- 6.3 Consument heeft zich bij repliek op het standpunt gesteld dat hij, behalve de Polis, bij het afsluiten van de Verzekering in 1992, “naar zijn beste herinnering” geen andere schriftelijke informatie, zoals een offerte, een brochure of een afschrift van de Voorwaarden heeft ontvangen. Consument stelt dat hij heeft vertrouwd op zijn Adviseur. Ook later heeft Consument bij de opeenvolgende wijzigingen van de polis geen afschrift van de voorwaarden of enige ander schriftelijke informatie ontvangen. Verzekeraar heeft gemotiveerd betwist dat Consument die schriftelijke informatie niet heeft ontvangen. Verzekeraar vindt het ongeloofwaardig dat Consument de telkens bij de polis meegezonden Voorwaarden nooit zou hebben ontvangen. Temeer omdat Consument in de loop der jaren diverse wijzigingen heeft aangebracht in de Verzekering en hij polissen heeft ontvangen waarop telkens stond dat de Voorwaarden van toepassing waren en Consument nooit heeft geklaagd dat die voorwaarden hem niet bekend waren.
- 6.4 De Commissie stelt vast dat in alle afgegeven polissen telkens is vermeld dat de Voorwaarden van toepassing zijn. Uit het wijzigingsformulier volgt dat de Voorwaarden bij afgifte van een (nieuwe) polis worden meegezonden. Consument heeft tussen 1992 en 1996 drie wijzigingsverzoeken gedaan, in totaal vier polissen ontvangen en twee keer een afkoopverzoek ingediend. Op geen enkel moment heeft Consument in dat kader gesteld dat hij de Voorwaarden niet had ontvangen of gevraagd die alsnog toe te zenden. Ook in de door Consument bij Verzekeraar in 2017 ingediende klacht wordt niet gesteld dat Consument de Voorwaarden nooit zou hebben ontvangen.
- 6.5 De Commissie acht gelet op de specifieke omstandigheden van dit geval de stelling van Consument dat hij de Voorwaarden nooit heeft ontvangen ongeloofwaardig en zij gaat daaraan voorbij. Daarbij is enerzijds van belang dat op zichzelf al niet heel waarschijnlijk is dat Consument een Verzekering als de onderhavige heeft afgesloten zonder ooit meer schriftelijke informatie te hebben ontvangen dan alleen de polis. Dat geldt temeer nu Consument tussentijds bij herhaling gebruik heeft gemaakt van uit de Voorwaarden blijkende wijzigingsmogelijkheden. Dat in weerwil van hetgeen gebruikelijk is bij Verzekeraar, in dit geval bij de nieuw afgegeven polissen de Voorwaarden telkens niet zouden zijn bijgesloten, althans dat Consument die telkens niet heeft gekregen, is al evenmin erg waarschijnlijk. De geloofwaardigheid van de stelling van Consument wordt verder aangetast door het feit dat hij, in weerwil van zijn verhoudingsgewijs actieve bemoeienis met de Verzekering, er nooit over heeft geklaagd dat hij niet over de Voorwaarden beschikte. Zelfs bij het indienen van de klacht bij Verzekeraar in 2017 en in het klachtformulier met bijlagen waarmee deze klacht bij Kifid is ingediend, wordt nog niet gesteld dat Consument de Voorwaarden nooit zou hebben ontvangen. In zijn e-mail van 9 april 2018, dit is voor de procedure bij Kifid, bericht de gemachtigde van Consument aan Verzekeraar wel dat Consument de offerte niet heeft ontvangen. Maar hij stelt niet dat Consument ook de Voorwaarden niet heeft ontvangen.

Hij geeft op de Voorwaarden juist inhoudelijk commentaar: “Uw voorwaarden zijn voor de gemiddelde klant onduidelijk en zeker niet voldoende voor mijn client om daaruit alle verschuldigde kosten nauwkeurig te kunnen achterhalen.” Pas in zijn reactie op de uitspraken van de CvB - waarin wordt overwogen dat voorwaarden voorafgaand aan of bij het sluiten van de Verzekering ter hand moeten worden gesteld - voert Consument voor het eerst aan dat de Voorwaarden, dan nog, ‘niet tijdig’ zouden zijn verstrekt. Bij repliek scherpt Consument dat betoog in zoverre aan dat hij inmiddels stelt dat hij “naar zijn beste herinnering” de Voorwaarden helemaal nooit heeft ontvangen. Deze gang van zaken doet vermoeden dat Consument zich, bij monde van zijn gemachtigde, om strategische redenen pas in de loop van de procedure bij het Kifid op het standpunt is gaan stellen dat hij de Voorwaarden nooit heeft gekregen. De Commissie wordt in dat vermoeden nog gesterkt door het feit dat in vrijwel alle beleggingsverzekeringszaken waarbij consumenten worden bijgestaan door (het bedrijf van) gemachtigde, consumenten zich op het standpunt (zijn gaan) stellen dat zij bij het afsluiten van de desbetreffende verzekeringen geen enkele informatie van Verzekeraar hebben ontvangen. De slotsom is dat de Commissie het gelet op de specifieke omstandigheden van dit geval niet aannemelijk acht dat Consument bij het afsluiten van de Verzekering geen afschrift van de Voorwaarden heeft ontvangen en dat zij er daarom bij de verdere beoordeling vanuit zal gaan dat dit wel het geval is geweest.

#### *Informatieverplichtingen*

6.6 Als gezegd bestond op het moment dat Consument de Verzekering in 1992 heeft afgesloten nog geen specifieke wettelijke verplichting voor Verzekeraar tot het verstrekken van informatie aan Consument over de mogelijke gevolgen van de in rekening te brengen kosten voor het uiteindelijk met de verzekering te bereiken resultaat. In 1992 bestonden ook geen andere specifieke informatieverplichtingen. Vergelijk ook CvB Kifid 2020-015B, overwegingen 3.2.1 en 3.2.2. Voor zover Consument heeft geklaagd over door Verzekeraar geschonden specifieke informatieverplichtingen, slaagt de klacht dus niet.

#### *Wilsovereenstemming over kosten(soorten) en inhoudingen?*

6.7 Commissie stelt vast dat voor Consument op grond van artikel in 4 Sectie C onder 6 lid 8 van de Voorwaarden, kenbaar was, althans kon zijn, dat bij de aan- en verkoop van basisunits aanvullende administratiekosten tegen het daar vermelde tarief van maximaal 4% op jaarbasis ten laste van de waarde van de basisunits konden worden gebracht. Dit is een voldoende grondslag om deze aanvullende administratiekosten in rekening te brengen, welke kosten – naar de Commissie aanneemt – in latere kostenoverzichten vanaf 2008 als ‘eerste kosten’ zijn aangeduid. Vergelijk ook het oordeel van de CvB in uitspraak 2018-019, rechtsoverweging 5.7 en 5.8. Anders dan is overwogen in Gerechtshof Den Bosch (GHSHE:2017:4682) is de Commissie van oordeel dat het in rekening brengen van die kosten, waarvoor in de overeenkomst een grondslag te vinden is, niet als onrechtmatig kan worden aangemerkt.

- 6.8 Voor zover Verzekeraar kosten zou hebben verdisconteerd in de verkoopkoers bij de (aankoop van) cumulerende units, biedt artikel 4 Sectie C onder 6 lid 5 van de Voorwaarden daarvoor een grondslag. Voor de poliskosten geldt dat deze op de (allereerste) Polis voor de eerste maand stonden vermeld met de vermelding dat deze kosten voor iedere volgende maand zouden worden berekend.
- 6.9 De Commissie is dan ook van oordeel dat over de kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

#### *Onerlijk beding*

- 6.10 Voor zover Consument stelt dat de bepalingen uit de Voorwaarden die zien op de overlijdensrisicopremie en/of de kosten als oneerlijke (onredelijke bezwarende) bedingen moeten worden aangemerkt, gaat de Commissie ervan uit dat Consument hiermee een beroep wenst te doen op de Richtlijn. De Commissie overweegt in dat kader als volgt. Artikel 10 lid 1, tweede zin, van de Richtlijn houdt in dat de bepalingen daarvan van toepassing zijn op overeenkomsten die na 31 december 1994 zijn gesloten. De hier aan de orde zijnde (verplichte) richtlijnconforme uitleg van art. 6:233 jo. artikel 6:231 onder a BW (oud), die eventueel ambtshalve moet plaatsvinden, is derhalve beperkt tot die overeenkomsten. De overeenkomst met Consument is gesloten vóór 31 december 1994, namelijk op 1 december 1992, waardoor de Richtlijn niet aan de orde is en dus richtlijnconforme uitleg ook niet (zie Hoge Raad 29 april 2016, ECLI:NL:HR:2016:769). Vergelijk ook GC 2019-976, rechtsoverweging 6.12.

#### *Fondsbeheerskosten of TER*

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

#### *Overlijdensrisicodekking*

- 6.13 Consument had voorts moeten begrijpen dat voor de overlijdensuitkering een premie verschuldigd was en dat die dus onderdeel was van de (bruto) premie.

Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Uit artikel '6 Sectie E' van de Voorwaarden volgt dat de kosten voor (onder andere) de overlijdensuitkering worden verrekend door verkoop van cumulerende units, dan wel basisunits, van het betrokken fonds en het toepasselijk tarief wordt bepaald aan de hand van de in de 'Appendix I' van de Voorwaarden opgenomen tabel.

#### *Conclusie*

6.14 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 premies die Verzekeraar in rekening zou brengen. Naar het oordeel van de Commissie heeft Verzekeraar daarmee voldaan aan haar verplichting om informatie over de kosten en premies te geven en geldt dat deze ook zijn overeengekomen zodat alle vorderingen van Consument dienen te worden afgewezen.

#### *Geen hoger beroep*

6.15 De Commissie ziet tot slot geen aanleiding om aan het verzoek van Consument tegemoet te komen om, behoudens de gevallen zoals voorzien in en op de wijze geregeld in het Reglement van Beroep, in dit geval de mogelijkheid van hoger beroep open te stellen.

## **7. Beslissing**

De Commissie wijst de vorderingen af.

*In artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep 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.*