

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0658
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, leden, en
mr. S.H.M. Koeleman, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 4 november 2015
Ingediend door	: De consument
Tegen	: AEGON Spaarkas N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 16 juli 2021
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlagen	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen;

Samenvatting

De consument heeft in 1995 een beleggingsverzekering, een Aegon VermogensPlan, afgesloten bij de verzekeraar. De verzekering is in 2015 geëxpireerd. De consument klaagt over het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten en de overlijdensrisicopremie en stelt dat sprake is van dwaling en misleiding. De consument stelt daarnaast dat de verzekeraar de verplichting op zich heeft genomen het voorbeeldkapitaal bij 10% rendement te behalen. De commissie oordeelt dat de consument over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover wils-overeenstemming heeft bestaan. Van de gestelde dwaling en/of misleiding of de door de consument gestelde toezegging over het behalen van het voorbeeldrendement van 10%, is niet gebleken. De vordering wordt afgewezen.

I. De procedure

I.1 De commissie beslist op basis van het 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 door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier van de consument;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

Na het indienen van de klacht heeft de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: CvB) een aantal uitspraken gedaan in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die 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 consument heeft een reactie op die uitspraken ingediend waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten.

- 1.2 Op 21 april 2021 heeft er ten kantore van Kifid een hoorzitting met partijen plaatsgevonden. Partijen zijn aldaar verschenen.
- 1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 oktober 1995 een beleggingsverzekering onder de naam Aegon VermogensPlan, (hierna: de verzekering), gesloten bij de verzekeraar. Dit betreft een spaarkasproduct. De einddatum van de verzekering is gesteld op 1 oktober 2015.
- 2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.
- 2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering, zijn de volgende stukken aan de consument verstrekt:
 - een offerte gedateerd 22 juni 1995
 - een inschrijfformulier getekend op 25 augustus 1995
 - een certificaat gedateerd 8 september 1995
 - de algemene voorwaarden VermogensPlan 95.01
 - een brochure, genaamd: “Een nog hoger belastingvrij eindkapitaal met uw VermogensPlan realiseren...”
 - een folder, genaamd: “Kies voor financiële vrijheid. Kies voor belastingvrij sparen met flexibiliteit en een optimaal rendement.”

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.

- 2.4 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 van toepassing.

2.5 In de offerte staat onder andere het volgende:

“(…)
Ingangsdatum : 1 augustus 1995
Einddatum : 1 augustus 2015
Looptijd ; 20 jaar
Eenmalige eerste inleg ; fl. 16.500,-
Jaarlijkse vervolginleg : fl. 1.650,-

Indicatie van het eindbedrag:
12% : fl. 276.400,-
11% : fl. 237.300,-
10% : fl. 203.900,-
9% : fl. 175.200,-

Rendement

Aangezien de opbrengst bij VermogensPlan niet is gegarandeerd (beleggingsresultaten kunnen fluctueren), ziet u bovenstaand prognosebedragen bij verschillende rendementspercentages. Over de afgelopen zes spaarperioden van elk 20 jaar lagen de gerealiseerde netto rendementen tussen de 9,4% en 12,0%. Het gemiddelde was 10,3%.

Overigens vormen in het verleden gerealiseerde rendementen geen garantie voor de toekomst. (...)

Uitkering bij overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde tijdens de looptijd garandeert Spaarbeleg een uitkering van de totale inleg, vermeerderd met 4% rente op rente. (...)

2.6 Op het inschrijfformulier staat onder andere het volgende:

“(…)
Beleggingsvorm aandelenbelegging gemengde belegging (...)

2.7 In de begeleidende brief bij het certificaat d.d. 8 september 1995 staat onder andere het volgende:

“(…) BELEGGINGSASPECTEN

De beleggingen vinden plaats in aandelen en/of andere effecten, conform artikel 6a van de Algemene Voorwaarden VermogensPlan 95.01.

De op het certificaat onder punt 9 vermelde bedragen zijn berekend na aftrek van alle kosten en vormen geen garantie voor de definitieve einduitkering. (...)

2.8 Op het certificaat staat onder andere het volgende:

“(…)

8. Aantal beleggingseenheden : 24,1439

De beleggingen vinden plaats in aandelen en/of andere effecten, conform artikel 6a van de Algemene Voorwaarden Vermogensplan 95.01.

9. Uit te keren bij in leven : Indicatie bij een gemiddeld rendement
zijn van de verzekerde na op de inleg: 10 % f. 203.900,00
afloop 11 % f. 237.300,00
12 % f. 276.400,00

10. Uitkering bij overlijden van de verzekerde:

Tijdens de eerste helft van de looptijd plus één dag wordt uitgekeerd:

1. Betaalde inleg, vermeerderd met samengestelde intrest à 4% per jaar, berekend tot de datum van overlijden;

of, indien dit meer is :

2. 110% van het opgebouwd vermogen, berekend tot de datum van overlijden.

Na het verstrijken van de helft van de looptijd plus één dag, wordt bij overlijden van de verzekerde het onder 1. gestelde uitgekeerd. (…)

2.9 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

“(…) **I Definities** (…)

j verzekeringspremie:

de door de inschrijver te betalen premie voor de overlijdensrisicodekking;

k inleg:

de som van de spaarstortingen en verzekeringspremies voor de overlijdensrisicodekking tot de einddatum van de Spaarbelegovereenkomst. (…)

6 Belegging van de beleggingskas en het beleggingsbeleid

Alle ten gunste van de beleggingskas gekomen gelden, verminderd met de ten laste van die beleggingskas gekomen gelden, vormen het tegoed van de beleggingskas. Dit tegoed wordt belegd hetzij in:

a aandelen en/of andere effecten,

hetzij in:

b aandelen, vastrentende waarden (o.a. obligaties), vastgoed en deposito's.

Spaarbeleg behoudt zich het recht voor wijzigingen aan te brengen in haar beleggingsbeleid, indien, naar haar oordeel, de omstandigheden dit rechtvaardigen.

7 Kosten en belastingen

Ter voorziening in de kosten, verbonden aan de werkzaamheden van Spaarbeleg, wordt door haar aan de inschrijver in rekening gebracht:

1 Een eenmalig bedrag aan administratiekosten ter grootte van 2% van de inleg (inleg: als bedoeld in artikel 1 sub k) te voldoen uit de eerste spaarstortingen.

2 Een jaarlijkse vergoeding voor beheerskosten groot 0,8% van het aan de inschrijver in het betreffende jaar toekomende deel van de beleggingskas, voor het eerst te verrekenen nadat er twee hele jaren zijn verstreken vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst en vervolgens elk jaar na deze.

De kosten voortvloeiend uit de beleggingen der gelden komen ten laste van de beleggingskas. Door de overheid te heffen belastingen op de spaarstortingen, verzekeringspremies en/of uitkeringen komen ten laste van de inschrijver en/of begunstigde.

8 Verdeling van de opbrengsten van de beleggingskas

1 Maandelijks worden de beleggingsopbrengsten naar rato van ieders aandeel verdeeld over de inschrijvers in de beleggingskas.

2 Bij overlijden van een verzekerde wordt diens aandeel in de beleggingskas verdeeld over de overige inschrijvers in de beleggingskas, nadat de daartoe benodigde stukken aan Spaarbeleg zijn overgelegd. Deze verdeling is naar rato van ieders aandeel in de beleggingskas, waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijden van de in de beleggingskas resterende verzekerden. (...)"

2.10 In een brief van 6 augustus 1996 van de consument aan de verzekeraar staat onder andere het volgende:

"(...) Op 1 augustus j.l. nodigde u mij uit de inleg te verhogen voor het Vermogensplan. Dit omdat u dan een hogere prognose van het eindkapitaal verwacht.

Uw aanbod heeft mij doen teruggrijpen naar uw schrijven van februari 1996, voorzien van een schitterende brochure (Jaareffect 1995/1996).

Zowel in de brief als in de brochure wordt het resultaat over 1995 á 7% verdoezeld met de opmerking dat het slechts om een momentopname gaat.

Nu vraagt u mij verder deel te nemen in het VermogensPlan. U gaat er daarbij van uit dat ik een onbeperkt vertrouwen heb in Spaarbeleg als fondsbeheerder. Uw brief van februari 1996: "Ik vertrouw erop dat Jaareffect 1995/1996 u een eerlijk beeld geeft van het door Spaarbeleg gerealiseerde rendement op uw spaargeld".

Als deelnemer begin ik in steeds grotere mate te twijfelen aan uw inspanningen om tot maximale rendementen te komen, dit gezien de aanzienlijk hogere rendementen die anderen weten te scoren. (...)"

2.11 In 1998 heeft de consument een extra premie ingelegd in de verzekering ter hoogte van NLG 10.000,00 (€ 4.537,80). De consument heeft hiervan een nieuw certificaat gedateerd 25 maart 1998 ontvangen.

2.12 In een brief van 28 juli 2000 van de verzekeraar aan de consument staat onder andere het volgende:

“(...) Uw spaarplan is een spaarkasovereenkomst. Een spaarkas bestaat uit een groot aantal deelnemers. Als de verzekerde komt te overlijden, blijft de op dat moment opgebouwde waarde van zijn of haar overeenkomst in de spaarkas.

De nabestaanden zouden in deze constructie dus met lege handen achterblijven. Om dit te voorkomen is een overlijdensrisicoverzekering opgenomen in onze spaarovereenkomsten, waardoor bij overlijden van de verzekerde, de nabestaanden een gegarandeerde uitkering ontvangen. Deze uitkering is ten grootte van de gedane inleg, vermeerderd met 4 % rente op rente. De verzekeringspremie wordt bij het begin van de overeenkomst vastgesteld en is gebaseerd op de inleg, het geslacht en de leeftijd van de verzekerde op de ingangsdatum, en de looptijd van de overeenkomst.

Aan het eind van de looptijd worden de opgebouwde waarden van de overleden deelnemers verdeeld onder de nog in leven zijnde deelnemers. De verdeling gebeurt naar rato van de premiebetaling. Dit betekent dat de mate waarin een deelnemer profiteert van de zogenaamde “overlevingswinst” in relatie staat tot de hoogte van de premie. Zo wordt een deel van de betaalde premie gecompenseerd door de overlevingswinst.

Dit betekent in uw geval dat in uw inleg van fl. 1.650,00 een premie van fl. 315,05 voor de overlijdensdekking is inbegrepen. (...)”

2.13 De verzekeraar heeft per brief van 28 januari 2001 het fiscaal overzicht van het jaar 2000 aan de consument toegestuurd. In deze brief en dit overzicht staat onder andere het volgende:

“(...) Voorbeeld eindkapitaal

Het voorbeeld eindkapitaal is gebaseerd op een stabiel rendement. Weliswaar fluctueren rendementen van jaar tot jaar, maar door de langere spaarperiode waarvoor u heeft gekozen, heffen positieve en negatieve uitschieters elkaar gedeeltelijk op. Daarom is het reëel om over de gehele looptijd van uw overeenkomst uit te gaan van een stabiel rendement. Het voorbeeld eindkapitaal is inclusief overlevingswinst en exclusief de rendementsuitkering. De voorwaarden voor een rendementsuitkering en een indicatie van de hoogte hiervan vindt u terug in de bijlage. (...)

Voorbeeld Eindkapitaal Voorbeeld Eindkapitaal

In guldens

in Euro

f 299.400,00 EUR 135.861,80 (...)”

2.14 De consument is in maart 2006 door de verzekeraar geïnformeerd dat de overlijdensrisicopremie in het VermogensPlan wordt verlaagd en dat als gevolg hiervan een bedrag van € 792,75 in de verzekering wordt gestort.

2.15 Eind 2006 en begin 2007 heeft de consument zich met vragen tot de verzekeraar gewend. In de e-mail van 20 februari 2007 van de consument aan de verzekeraar staat onder andere het volgende:

“(...) Ik attendeer u op de brief van Aegon van (...) van datum 20 augustus 1996. Deze brief geeft expliciet aan dat er niet spontaan door Aegon werd gerept over de kosten van de overlijdensrisicoverzekering.

- Eerst op 28 juli 2000 kreeg ik schriftelijk te horen dat er van de inleg van jaarlijks fl. 1.650,- jaarlijks fl. 315,05 aan premie voor de overlijdensdekking afgaat. Maar toen zat ik al jaren aan het contract met de afgesproken looptijd vast.

- De inhouding van fl. 315,05 is niet contractueel overeengekomen, zoals kan worden geconcludeerd uit het certificaat met datum 8 september 1995 en de Algemene Voorwaarden Vermogensplan 95.01. onder punt 7 “Kosten en belastingen”. Noch is mij dit verteld door uw tussenpersoon de heer (...). Een mooi voorbeeld van misleiding, die terecht tot publicatie bij Tros Radar heeft geleid.

- Nergens staat dat ik met Aegon een overlijdensrisicoverzekering ben aangegaan, laat staan dat ik van een dergelijke verzekering ooit een polis heb ontvangen.

Eis: Ik eis van Aegon dat zij met terugwerkende kracht, dus per ingangsdatum 1 oktober 1995, alsnog de betaalde overlijdensrisicopremies voor 100% terug storten en vervolgens vanaf datum 1 oktober 1995 het op dat totaalbedrag gemiste cumulatief opgebouwde rendement bijstorten. En dat de komende inhoudingen van die premie voor 100% achterwege blijven tot de einddatum 1 oktober 2015 (...).”

De verzekeraar heeft op 27 februari 2007 de ontvangst van de e-mail bevestigd. Per brief van 5 juni 2007 heeft de consument de verzekeraar aansprakelijk gesteld en bericht dat met verwijzing naar artikel 3:317 BW de brief als stuitingsbrief dient te worden beschouwd. Per brieven van 18 juni 2007 en 30 juli 2007 heeft de verzekeraar gereageerd, waarbij het verzoek tot compensatie wordt afgewezen.

2.16 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering door middel van waardeoverzichten geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie de Ruiter.

2.17 Per brief van 3 juni 2010 heeft de consument zich met de verwijzing naar de brief van 5 juni 2007 opnieuw tot de verzekeraar gewend. De verzekeraar heeft per brief van 22 juni 2010 gereageerd.

De consument heeft vervolgens met behulp van haar rechtsbijstandsverzekeraar in december 2010 haar klacht ingediend bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Laatstgenoemde heeft per brief van 4 januari 2011 partijen geïnformeerd dat hij voorlopig tot sluiting van het dossier overgaat, omdat hij mede in verband met een nog te verwachten uitkomst voor wat betreft eventuele kostencompensatie door de verzekeraar nog niet in staat is de klacht te onderzoeken.

- 2.18 In het kader van de compensatieregeling is de consument in april 2011 door de verzekeraar geïnformeerd dat zij geen compensatie ontvangt aangezien de kosten en overlijdensrisicopremie onder het in de compensatieregeling afgesproken maximum lagen.
- 2.19 Op 16 juni 2015 heeft de consument telefonisch contact gezocht met de verzekeraar met vragen over de verzekering en de door de verzekeraar in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie. Na een tweede telefonisch contact op 23 juni 2015, heeft de verzekeraar per brief van 23 juni 2015 de (telefonisch gestelde) vragen van de consument beantwoord.
- 2.20 De verzekering is geëxpireerd per 1 oktober 2015. Aan de consument is in verband daarmee een bedrag van € 51.782,24 uitgekeerd. Op 18 oktober 2015 is in verband met de zogenoemde Regeling Spaarbeleg aanvullend een bedrag van € 3.145,95 uitgekeerd.
- 2.21 De consument heeft op 4 november 2015 de klacht ter behandeling ingediend bij de Geschillencommissie van Kifid.

De klacht en vordering

- 2.22 De consument vordert dat de verzekeraar een bedrag van € 72.570,79 betaalt, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf de expiratedatum tot de datum van de uitspraak. Het gevorderde schadebedrag bestaat uit een optelsom van vijf claims, verminderd met de opbrengst van de verzekering en de nadien ontvangen compensatie. Claim 1 betreft het voorbeeldkapitaal bij 10% rendement (€ 116.576,00) dat op het aan de consument in 1998 toegezonden certificaat staat vermeld. De consument stelt dat de verzekeraar de verplichting op zich heeft genomen om dit voorbeeldkapitaal te behalen. Claim 2 betreft administratiekosten, waarvan een bedrag van € 1.316,49 meer in rekening is gebracht dan overeengekomen (2% van de inleg). Claim 3 betreft teveel in rekening gebrachte overlijdensrisicopremies. Volgens de consument ontbreekt over het in rekening brengen daarvan wilsovereenstemming. Rekening houdend met het door de Hoge Raad in het Koersplan arrest vastgestelde percentage van 85 dat teveel aan overlijdensrisicopremie is ingehouden, resulteert dit in een schade (mislagen rendement) van € 9.286,75. Claim 4 (€ 163,93) en claim 5 (€ 155,81) betreffen niet overeengekomen aan- en verkoopkosten.

In haar replek vordert de consument het uitvoeren van een contra-expertise voor wat betreft de door de verzekeraar in verband met de overlevingswinst, rendementsuitkering en Regeling Spaarbeleg vastgestelde bedragen en de onduidelijkheid over het fondsrendement en productrendement.

2.23 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot het onder 2.22 vermelde gehouden:

- Er is sprake van misleiding, oplichting en schending van de zorgplicht door de verzekeraar en de tussenpersoon. In de brochures en overige productdocumentatie is opzettelijk informatie over de beleggingsrisico's en de ingehouden kosten verborgen gehouden. Hiermee heeft de verzekeraar een Fata Morgana gecreëerd; de consument is een toekomstbeeld voorgeschoteld dat niet haalbaar is. De verzekeraar heeft onvoldoende gewaarschuwd voor de risico's indien er een lager rendement wordt behaald;
- De tussenpersoon is een franchisenemer van de verzekeraar. De verzekeraar is als franchisegever dan ook aansprakelijk voor het verkeerde advies van de tussenpersoon;
- De consument had de verzekering niet afgesloten indien zij had geweten welke kosten er daadwerkelijk in rekening zouden worden gebracht;
- De consument heeft in 1998 een extra premie in de verzekering ingelegd. De consument ontvangt als gevolg hiervan een nieuw certificaat met een voorbeeldkapitaal van € 116.576,-. De verzekeraar neemt hiermee, mede gelet op de eerder verstrekte informatie, de verplichting op zich het gemiddelde rendement van 10% waar te maken. Dit wordt bevestigd door het waarde-overzicht dat de consument in 2010 ontvangt en waarin de verzekeraar stelt dat langere spaarperiodes positieve en negatieve uitschieters gedeeltelijk doet vereffenen. Het is dan ook reëel om uit te gaan van een stabiel rendement;
- De verzekeraar heeft in strijd met de Riav 1994 de consument niet erover geïnformeerd dat de beleggingsresultaten ook negatief konden zijn;
- De consument heeft in 2007 van de verzekeraar een algemene brief ontvangen met vermelding van de kosten. Er blijkt sprake te zijn van allerlei kosten die niet in de algemene voorwaarden genoemd en/of gespecificeerd zijn, zoals de overlijdensrisicopremie en de kosten voor advies en beleggen. Uit het kostenoverzicht dat de consument in 2009 ontvangt blijkt eveneens dat er kosten (zoals aan- en verkoopkosten en de kosten voor de beleggingen) in rekening worden gebracht die niet in de productdocumentatie vermeld staan en dus niet contractueel zijn overeengekomen;
- De verzekeraar heeft, blijkens een brief uit 2014, fondsbeheerkosten in rekening gebracht waar geen wilsovereenstemming over bestaat;

- De overlijdensrisicopremie die de consument heeft betaald is te hoog, aangezien de overlijdensrisicodekking slechts de ingelegde premie vermeerderd met 4% interest is;
- De verzekeraar heeft gedurende de 20-jarige looptijd van de verzekering de consument opzettelijk misleid en opgelicht door de kosten en risico's te verzwijgen. De verzekeraar heeft daarmee zijn zorgplicht geschonden;
- De verzekeraar gaat gedurende de looptijd van de verzekering door met het misleiden en oplichten van de consument. In een brief van de verzekeraar uit 2011 wordt ineens gesproken over een eindopbrengst en een normopbrengst en is sprake van een pessimistisch rendement van -16,9%. Dit rendement wordt in latere jaren nog verder verlaagd.

Het verweer

2.24 De verzekeraar heeft gemotiveerd verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie is van oordeel dat de klacht van de consument niet kan slagen en legt hierna uit waarom.

Beoordelingskader

3.2 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het als bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen. Toetsing door de commissie vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie. Voordat de commissie de klacht inhoudelijk bespreekt, gaat de commissie eerst in op het beroep van de verzekeraar op schending van de klachtplicht, verjaring en rechtsverwerking.

Is de klachtplicht geschonden?

3.3 De verzekeraar beroept zich op schending van de klachtplicht van artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek. Dit verweer treft geen doel. De consument heeft op 20 februari 2007 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. De verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg daarvan een zodanig nadeel heeft ondervonden dat dit er toe moet leiden dat de consument zich niet meer op een gebrek in de door de verzekeraar geleverde prestatie kan beroepen.

Is de vordering verjaard?

3.4 De verzekeraar stelt dat de vordering van de consument is verjaard. De consument heeft op 20 februari 2007 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd.

De verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat de consument al op 20 februari 2002 (vijf jaar eerder) een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen van de verzekeraar en in de gevorderde schade dat zij daadwerkelijk in staat was haar vordering toen al in te stellen. Dit was, anders dan de verzekeraar stelt, namelijk nog niet het geval toen de verzekeraar in 1996 het beleggingsbeleid van het Aegon Equity Fund en de kosten die het beleggingsfonds maakt inzichtelijk maakte en dit blijkt ook niet uit de brief van 28 juli 2000 waarin de verzekeraar de consument over de hoogte van de overlijdensrisicopremie informeert. Weliswaar volgt uit die brieven dat bij de verzekering sprake is van kosten en een overlijdensrisicopremie, maar daarmee is niet gegeven dat de consument zich er ook van bewust was dat, zoals zij nu stelt, de verzekeraar kan worden aangesproken tot vergoeding van de als gevolg daarvan geleden schade. Dit betekent dat de vordering van de consument niet is verjaard.

Is sprake van rechtsverwerking?

- 3.5 De verzekeraar stelt dat de consument het inhouden van kosten en overlijdensrisicopremie stilzwijgend heeft aanvaard, dan wel het recht heeft verwerkt daar bezwaar tegen te maken. De consument is gedurende de looptijd van de verzekering namelijk premie blijven betalen en heeft in 1998 zelfs een extra premie-inleg gedaan, terwijl de consument reeds op de hoogte was van de kosten en de overlijdensrisicopremie. Volgens vaste rechtspraak kan van rechtsverwerking slechts sprake zijn indien de consument zich heeft gedragen op een wijze die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onverenigbaar is met het vervolgens geldend maken van het betrokken recht. Het enkel stilzitten of tijdsverloop is ontoereikend; vereist is de aanwezigheid van bijzondere omstandigheden als gevolg waarvan hetzij bij de verzekeraar het gerechtvaardigd vertrouwen is gewekt dat de consument haar aanspraak niet (meer) geldend zal maken, hetzij de positie van de verzekeraar onredelijk zou worden benadeeld of verzaamd in geval de consument haar aanspraak alsnog geldend zou maken. De verzekeraar heeft geen bijzondere omstandigheden aannemelijk gemaakt die als grondslag kunnen dienen voor het aannemen van rechtsverwerking. Daartoe is, anders dan de verzekeraar stelt, het betalen van een extra premie door de consument onvoldoende.
- 3.6 Uit het voorgaande volgt dat de commissie toekomt aan een verdere inhoudelijke beoordeling van de klacht van de consument.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

- 3.7 De consument beroept zich op dwaling en stelt dat zij de verzekering niet had afgesloten als zij had geweten welke kosten er daadwerkelijk in rekening zouden worden gebracht. Dit beroep gaat niet op. Uit de productdocumentatie blijkt immers zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering, waarbij er sprake was van een overlijdensrisicodekking. Van de consument mag worden verwacht dat zij weet dat tegenover deze dekking een premie staat.

Verder blijkt uit de productdocumentatie dat een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd, dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht en hoe hoog deze kosten zouden zijn. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor haar risico. Het beroep op dwaling slaagt niet.

Is sprake van misleiding c.q. oplichting?

- 3.8 De consument stelt dat sprake is van misleiding, oplichting en schending van de zorgplicht door de verzekeraar, aangezien in de brochures en overige productdocumentatie opzettelijk informatie over de beleggingsrisico's en de ingehouden kosten verborgen is gehouden.
- 3.9 Zoals onder 3.7 overwogen is de consument door middel van de bij aanvang ontvangen productdocumentatie geïnformeerd over het feit dat er sprake was van een beleggingsverzekering waarbij een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd. Het moet voor de consument duidelijk zijn geweest dat het met de verzekering te behalen rendement afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen. Het is van algemene bekendheid dat aan beleggen het risico is verbonden dat de rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. De consument is hier in de offerte (zie 2.5) en de begeleidende brief bij het certificaat d.d. 8 september 1995 (zie 2.7) voor gewaarschuwd. Uit haar brief van 6 augustus 1996 (zie 2.10) blijkt eveneens dat de consument bekend was met het feit dat het om prognoses gaat en dat het te behalen eindkapitaal afhankelijk is van de rendementen die met de beleggingen daadwerkelijk worden behaald. Het klachtonderdeel over het informeren over de beleggingsrisico's kan dan ook niet slagen. Op de informatieverplichtingen en het verwijt van de consument over verborgen kosten gaat de commissie hieronder nader in.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichting voldaan?

- 3.10 De consument stelt dat de verzekeraar niet heeft voldaan aan de Riav 1994, door in de productdocumentatie niet te vermelden dat de beleggingsresultaten ook negatief kunnen zijn. De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie de op grond van de Riav 1994 voorgeschreven informatie aan de consument heeft verstrekt. Anders dan de consument stelt was de verzekeraar op grond van de Riav 1994 niet verplicht negatieve voorbeeldrendementen te tonen.
- 3.11 De consument stelt daarnaast dat de verzekering niet heeft opgeleverd wat zij op grond van de voorgespiegelde rendementen mocht verwachten. De consument heeft in 1998 een extra premie inleg gedaan en stelt dat de verzekeraar op grond van het naar aanleiding daarvan ontvangen certificaat en eerder verstrekte informatie de verplichting op zich heeft genomen om het gemiddelde voorbeeldrendement van 10% te behalen. Uit de productdocumentatie blijkt echter zonder meer dat het ging om een beleggingsverzekering waarbij het resultaat afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen.

Zoals hierboven onder nummer 3.9 ook al is overwogen, is het een feit van algemene bekendheid dat daaraan het risico is verbonden dat die rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. Ook de consument had dat kunnen en moeten begrijpen en heeft dit ook zo begrepen (zie 2.10). Van enige door de consument gestelde toezegging, garantie of verplichting aan de zijde van de verzekeraar voor wat betreft het behalen van een voorbeeldrendement van 10% is de commissie niet gebleken, zodat ook dit klachtonderdeel niet kan slagen.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten?

- 3.12 De consument stelt dat er kosten in rekening zijn gebracht die niet in de algemene voorwaarden genoemd en/of gespecificeerd zijn, zoals de kosten voor advies en beleggen (aan- en verkoopkosten). Daarnaast stelt de consument dat er meer administratiekosten in rekening zijn gebracht dan overeengekomen. De verzekeraar stelt daar tegenover dat de consument over alle kosten is geïnformeerd en dat over deze kosten dus ook wilsovereenstemming bestaat. De commissie oordeelt als volgt.
- 3.13 Uit artikel 7 van de algemene voorwaarden volgt dat de verzekeraar eenmalig administratiekosten ter grootte van 2% van de inleg in rekening brengt, te voldoen uit de eerste spaarstortingen. Daarnaast blijkt uit artikel 7 dat de verzekeraar een jaarlijkse vergoeding voor beheerskosten rekent ter grootte van 0,8% van het aan de consument toekomende deel van de beleggingskas. Tot slot blijkt uit artikel 7 van de voorwaarden dat de kosten voortvloeiend uit de beleggingen der gelden ten laste komen van de beleggingskas. De verzekeraar heeft aangevoerd dat deze laatstgenoemde bepaling de contractuele grondslag biedt voor het in rekening brengen van de aan- en verkoopkosten. Uit de laatstgenoemde bepaling volgt zonder meer dat met het beleggen van de inleg kosten gemoeid zijn en dat die ten laste van de beleggingskas komen. De commissie overweegt verder dat het van algemene bekendheid is dat de aan- en verkoop van beleggingen (aandelen, obligaties) kosten met zich brengen. Tegen die achtergrond had de consument redelijkerwijs moeten begrijpen dat de aan- en verkoopkosten van de beleggingen ten laste van de beleggingskas zouden komen en mocht de verzekeraar daar op haar beurt ook van uit gaan. Ten overvloede merkt de commissie nog op dat blijkens de opgave van de verzekeraar het totaal van de in rekening gebrachte aan- en verkoopkosten € 220,83 bedraagt, hetgeen op een totale inleg van € 26.251,24 en een slotuitkering van € 51.790,78 verwaarloosbaar laag is. De slotsom is dat artikel 7 van de voorwaarden een voldoende grondslag biedt voor de in rekening gebrachte aan- en verkoopkosten. Uit het voorafgaand aan de mondelinge behandeling door de verzekeraar overgelegde kostenoverzicht is de commissie gebleken dat de verzekeraar niet meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan in de productdocumentatie zijn vermeld. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

Uit de stukken blijkt verder dat de verzekeraar de door hem bij de consument in rekening gebrachte kosten aan het zogenoemde Stichtingsakkoord heeft getoetst en dat dit niet tot een vergoeding aan de consument heeft geleid. De fondsbeheerkosten (TER) worden hierna afzonderlijk besproken.

Is de verzekeraar tekortgeschoten inzake het informeren over de fondsbeheerskosten?

- 3.14 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft belegd. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door de verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of de verzekeraar de 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.
- 3.15 De consument heeft de verzekering vóór 1 oktober 1998 afgesloten. Op dat moment was nog geen sprake van een verplichting voor de verzekeraars om verzekeringnemers over de fondsbeheerkosten te informeren (zie CvB 2017-035 overweging 4.30), zodat dit klacht-onderdeel niet slaagt.

Is de overlijdensrisicopremie overeengekomen en staat de hoogte van de overlijdensrisicopremie in verhouding tot de daartegenover geboden dekking bij overlijden?

- 3.16 De consument heeft gesteld dat zij in de algemene voorwaarden ten onrechte niet geïnformeerd is over het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie en de hoogte daarvan. Volgens de consument ontbreekt wilsovereenstemming over (de hoogte van) deze overlijdensrisicopremie. Bovendien stelt de consument dat de overlijdensrisicopremie te hoog is geweest, aangezien de dekking bij overlijden voor de einddatum van de verzekering slechts de ingelegde premie vermeerderd met 4% interest is. De verzekeraar stelt daar tegenover dat uit de productdocumentatie voldoende duidelijk blijkt dat een dekking bij overlijden wordt geboden en dat de consument redelijkerwijs had moeten begrijpen dat hieraan een premie verbonden zou zijn. Bovendien blijkt volgens de verzekeraar uit artikel 1 van de algemene voorwaarden dat een overlijdensrisicopremie in rekening wordt gebracht. Voor zover zou worden aangenomen dat geen wilsovereenstemming bestaat over de omvang van de overlijdensrisicopremie, was de verzekeraar in ieder geval gerechtigd om een redelijke overlijdensrisicopremie in rekening te brengen. Na toetsing aan het Stichtingsakkoord en de Regeling Spaarbeleg 2014 is de bij de consument in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie volgens de verzekeraar naar een redelijk niveau gebracht. De commissie oordeelt hierover als volgt.
- 3.17 Uit de productdocumentatie blijkt duidelijk dat sprake is van een beleggingsverzekering met een overlijdensrisicodekking.

Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel dat de overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Bovendien blijkt uit artikel I van de voorwaarden dat onder de verzekeringspremie de door de inschrijver te betalen premie voor de overlijdensrisicodekking wordt verstaan. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

- 3.18 De consument stelt ook dat zij ten onrechte niet is geïnformeerd over de hoogte van de overlijdensrisicopremie en dat de overlijdensrisicopremie te hoog is in verhouding tot de summiere dekking. De commissie overweegt hierover dat in 1995 nog geen verplichting bestond om de hoogte van de premie te vermelden. Voor zover tussen de verzekeraar en de consument geen wilsovereenstemming is bereikt over de hoogte van de overlijdensrisicopremie volgt uit artikel 6:248 lid I Burgerlijk Wetboek dat de consument voor de verleende dekking in ieder geval een naar de destijds geldende maatstaven redelijke premie verschuldigd is. De commissie is van oordeel dat met name gelet op de door de verzekeraar in 2006 en 2014 aangeboden compensatie van respectievelijk € 792,75 en € 3.145,95, het er voor gehouden moet worden dat de uiteindelijk door de consument betaalde overlijdensrisicopremie, zeker naar de maatstaven van 1995, redelijk is. Bovendien miskent de consument in haar stellingname voor wat betreft het door de verzekeraar te lopen risico in relatie tot de hoogte van de risicopremie dat, in tegenstelling tot andere beleggingsverzekeringen, bij een spaarkasproduct als deze de in de verzekering opgebouwde waarde bij overlijden niet aan de verzekeraar ten goede komt maar dat deze wordt verdeeld onder de overgebleven spaarkasdeelnemers, zoals de verzekeraar eerder in zijn brief van 28 juli 2000 aan de consument heeft toegelicht (zie 2.14).

Bestaat er een adviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

- 3.19 De consument voert aan dat de tussenpersoon een franchisenemer is van de verzekeraar en dat de verzekeraar als franchisegever aansprakelijk is voor het verkeerd gegeven advies van de tussenpersoon. De verzekeraar voert aan dat de consument ten tijde van het afsluiten van de verzekering is geadviseerd door de onafhankelijke tussenpersoon van Financieel Compleet NZH, franchisenemer van De Spaarbelegger. Na faillissement van De Spaarbelegger was Aegon Bank bereid de portefeuille van De Spaarbelegger over te nemen. Aegon Bank is volgens de verzekeraar echter een zelfstandige onderneming die wordt gedreven binnen een afzonderlijke rechtspersoon, waardoor de verzekeraar niet is aan te spreken voor het vermeende tekortschieten van de tussenpersoon.
- 3.20 De commissie oordeelt als volgt. Voor zover de tussenpersonen al aansprakelijk zouden zijn voor het vermeend verkeerd gegeven advies, opereerden De Spaarbelegger en vervolgens Aegon Bank zelfstandig.

De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de consument verstrekte advies. De klachten van de consument over het advies van de tussenpersoon blijven hier daarom buiten beschouwing.

Is sprake van schending van de zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering?

3.21 De consument voert aan dat de verzekeraar gedurende de looptijd van de verzekering de consument opzettelijk heeft misleid en opgelicht door de kosten en risico's te verzwijgen. De verzekeraar heeft de consument echter jaarlijks overzichten verstrekt van zijn verzekering, en vanaf 2008 waren deze overzichten opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie de Ruiter. Op de verzekeraar rustte geen verplichting om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken. Voor de overige punten (misleiding en oplichting) verwijst de commissie naar haar overwegingen hiervoor. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Ziet de commissie aanleiding voor een contra-expertise?

3.22 De consument acht de verzekeraar op grond van artikel 7:959 BW gehouden een door haar gewenste contra-expertise uit te voeren met betrekking tot de berekeningen van de overlevingswinst, rendementsuitkering en compensatie, alsmede voor de onduidelijkheid omtrent het fondsrendement en productrendement. De verzekeraar ziet niet in waarom een contra-expertise nodig zou zijn. De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument na expiratie van de verzekering heeft geïnformeerd over de eindwaarde van de verzekering en welk deel daarvan de overlevingswinst en rendementsuitkering betreft. Daarnaast is de consument uitgebreid geïnformeerd over de toepassing van diverse compensatieregelingen en gedurende de looptijd over de op dat moment van toepassing zijnde voorbeeldrendementen. Tot een nadere toelichting of de door de consument gewenste contra-expertise acht de commissie de verzekeraar niet gehouden. De consument heeft niet concreet gemaakt waarom er aanleiding zou bestaan om aan de juistheid van de opgave van de verzekeraar te twijfelen. Bij die stand van zaken heeft de consument ook onvoldoende belang bij de door haar gewenste contra-expertise, zodat dit klachtonderdeel wordt afgewezen. Tot slot merkt de commissie op dat artikel 7:959 BW, waar de consument zich op beroept, betrekking heeft op schadeverzekeringen. De verzekering van de consument is een sommenverzekering, zodat het genoemde artikel geen (wettelijke) grondslag voor het verzoek van de consument tot nadere toelichting c.q. verificatie van de door de verzekeraar uitgevoerde berekeningen kan vormen.

Conclusie

3.23 Hiervoor is vastgesteld dat de consument voorafgaande en bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover wils-overeenstemming heeft (kunnen) bestaan. Van de door de consument gestelde dwaling en/of misleiding en oplichting is de commissie niet gebleken.

Nu voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze jegens de consument tekort is geschoten, dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep 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 46 van het reglement.

Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Bij de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen neemt de Geschillencommissie een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB) als uitgangspunt. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB over beleggingsverzekeringen kort weergegeven.

Informatie over de beleggingsverzekering

- 1.1 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 de consument te verstrekken. Met regelgeving bedoelt de CvB onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatie-verstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). De verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

Wilsovereenstemming over de kosten

- 1.2 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 bij aanvang van de verzekering of had bij aanvang van de verzekering kunnen weten welke kosten in rekening zouden worden gebracht. Als 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. Als de verzekering al is beëindigd moet de afkoopwaarde of eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna onder 1.4.

Richtlijn oneerlijke bedingen

- 1.3 Een (kosten)beding moet op grond van Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk 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 (dat wil zeggen de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet 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, rechtsoverweging 4.5.3. Het betreffende (kosten)beding kan als onredelijk bezwarend buiten toepassing worden gelaten.

Fondsbeheerkosten (TER)

- 1.4 De verzekeraar hoefde vóór de invoering van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER. Verder worden deze kosten 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 en 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. Hiermee werd invulling gegeven aan de verplichting die artikel 2, lid 2 onder q Riav 1998 op de verzekeraar legt, 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 van de verzekering (CvB 2017-035, rechtsoverweging 4.30). Als de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

Overlijdensrisicodekking

- 1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of 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, moet de consument aannemelijk maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd. Daarnaast moet hij ook aannemelijk maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.21 t/m 5.24).

Het hefboom- en inteereffect

- 1.6 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 en dat als gevolg daarvan bij een eventueel vóóroverlijden geen overlijdensuitkering meer kan worden uitgekeerd. De consument moet het bestaan van dit bijzondere risico aannemelijk maken (CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51). Als de verzekeraar bij het bestaan van dit bijzondere risico verzuimd heeft voor dit bijzondere risico te waarschuwen schiet hij tekort. Die tekortkoming is onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29 en 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

- 1.7 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, hij een andere beslissing had genomen dat hij nu gedaan heeft. De (omvang van de) schade moet 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, rechtsoverwegingen 4.76 en 4.78; CvB 2017-036, rechtsoverwegingen 4.8.3 en 4.8.4).