

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-085 I  
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. E.L.A. van Emden, drs. W. Dullemond, leden en  
mr. B.C. Donker, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 31 maart 2015  
Ingediend door : de heer [de consument], verder te noemen de consument, vertegenwoordigd door de  
heer [de vertegenwoordiger]  
Tegen : PMA concepts B.V., gevestigd te Nieuwerkerk a/d IJssel verder te noemen  
de tussenpersoon  
Datum uitspraak : 1 oktober 2021  
Aard uitspraak : Niet-bindend advies  
Uitkomst : Vordering afgewezen

## **Samenvatting**

Zorgplicht Assurantiëtussenpersoon, beleggingsverzekering afgesloten via tussenpersoon in 1996. Uit de ontvangen stukken blijkt dat het de consument voldoende duidelijk kon zijn dat hij een beleggingsverzekering had gesloten en dat daaraan kosten waren verbonden. Van een niet-passend product en/of een tekortschieten in de (na)zorgplicht is niet geen sprake. De commissie wijst de vorderingen af.

## **I. De procedure**

- I.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was 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;
  - de aanvullende reactie van de consument d.d. 22 juli 2015;
  - de reactie van de tussenpersoon d.d. 31 augustus 2015;
  - de reactie van de consument d.d. 7 september 2015;
  - het verweer van de tussenpersoon;
  - de repliek van de consument;
  - de dupliek van de tussenpersoon.
- I.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.
- I.3 De consument heeft gekozen voor een bindend advies. De tussenpersoon heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat de uitspraak niet bindend is en 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 de tussenpersoon “Het Flexibele PensioneringsPlan” (hierna: de verzekering) met ingang van 1 februari 1996 afgesloten bij AEGON Levensverzekering N.V. (hierna: de verzekeraar). De einddatum van de verzekering met lijfrenteclausule is gesteld op 1 februari 2021.
- 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 verzekering zijn de volgende stukken verstrekt:
- Een polisblad gedateerd 16 februari 1996 (hierna: de polis)
  - Algemene voorwaarden van verzekering nr. 17 (hierna: de voorwaarden)
- 2.4 In de polis staat onder andere het volgende vermeld:

*“(…)*

*Lijfrentekapitaal*

*bij leven 54.098,00*

*bij in leven zijn van de verzekerde op 01-02-2021*

*het bepaalde in clause nr. 5930 is uitdrukkelijk van toepassing op het uiteindelijk beschikbaar komende kapitaal op de einddatum.*

*Lijfrentekapitaal in  
geval van overlijden*

*Terstond na overlijden van de verzekerde voor 01-02-2021*

*komt beschikbaar een bedrag van 134,58 vermeerderd met evenveel maal 134,58 als het aantal vervallen termijnpremies dat van af 01-02-1996 tot dan is betaald.*

*Deelname*

*Met deze verzekering wordt deelgenomen in het AEGON Mix Fund*

*Premie*

*134,58 per 01-02-1996*

*134,58 per maand van 01-02-1996 tot 01-02-2021*

*Bij vooruitbetaling te voldoen zolang de verzekerde leeft.*

Begunstigden                      achtereenvolgens

1. de verzekeringnemer
2. de weduwe van de verzekeringnemer
3. de kinderen van de verzekeringnemer
4. de erfgenamen van de verzekeringnemer

(...)

Bij deze polis horen de verzekeringsvoorwaarden onder nummer 17

(...)

Aanvullende voorwaarden nr. 2202

1. In de periode vanaf de ingangsdatum tot en met de 10e van de maand onmiddellijk nadat de helft van de verzekeringsduur is verstreken komt bij overlijden nooit minder beschikbaar dan de tegenwaarde in guldens van de voor deze polis in de fondsen belegde bedragen verhoogd met 10%.

2. Onder verzekeringsduur wordt verstaan de periode vanaf de op de polis vermelde ingangsdatum van de verzekering tot de eveneens in de polis vermelde datum waarop de uitkering bij leven beschikbaar komt.

3. Voor premieverhogingen c.q. bijstortingen van koopsommen is deze clausule van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat de periode genoemd onder 2 eerst aanvangt op de in de polis vermelde wijzigingsdatum in verband met de premieverhoging c.q. bijstorting.

(...)

AEGON Mix Fund nr. 5930

De verzekeringnemer neemt deel in het AEGON Mix Fund.

Deelname houdt in dat iedere spaarpremie van de verzekering wordt belegd in het AEGON Mix Fund. Bij deelname geldt, al dan niet in afwijking van de Algemene voorwaarden van verzekering, het volgende:

1. Op de opbrengsten van het fonds zal een geringe inhouding plaats vinden i.v.m. de kosten van beheer van het fonds.
2. Na inhouding van een aan- en verkoopmarge wordt op iedere premieervaldag de spaarpremie in het fonds gestort.
3. Het kapitaal bij of na overlijden is zonder meer gegarandeerd.  
Indien de duur van de verzekering 10 jaar of langer is, zal het kapitaal bij leven op de einddatum zijn gegarandeerd.  
De garantie zal nooit groter zijn dan het verzekerde kapitaal bij leven op de einddatum. Bij verhoging van de verzekering zal de resterende duur bepalend zijn voor de garantie van de kapitaalsverhoging.

4. *Als kapitaal bij leven op de einddatum geldt de tegenwaarde in gulden van de voor dit fonds belegde middelen, met inachtneming van de onder 3. vermelde garantie. Bij een constant fondsrendement gedurende de gehele looptijd van de verzekering gelden de volgende indicaties voor het uit te keren kapitaal bij leven.*

<i>Bruto rendement:</i>	<i>Kapitaal bij leven:</i>
8%	85.552,00
10%	117.071,00

*Hierbij zijn de onder lid 1 en 2 omschreven kosten reeds verrekend.*

*Indien de verzekeraar een verzekerd kapitaal bij overlijden verschuldigd is geworden, zal dit kapitaal worden vermeerderd met de eventueel aanwezige beleggingswinst in het fonds. (...)*

- 2.5 In de begeleidende brief van de verzekeraar aan de consument bij toezending van de polis van 16 februari 1996 staat onder andere het volgende:

*“(...) In het kader van uw bedrijfsspaarregeling heeft u gekozen voor het Flexibele Pensioneringsplan. (...)*

*Hierbij ontvangt u de polis. Wilt u even controleren of alles naar wens is?*

*De premies worden door uw werkgever rechtstreeks aan ons voldaan.*

*Betalingen voor het Flexibele Pensioneringsplan mag u geheel van uw inkomen aftrekken. Bijgaande brief die van belang is voor de aangifte inkomstenbelasting, geeft hierover meer informatie. Leest u deze brief even door.*

*Als u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met verzekeringsadviseur PMA Consultancy te (...) telefoonnummer (...)”*

- 2.6 Gedurende de looptijd van de verzekering heeft de consument jaarlijks van de verzekeraar waarde-overzichten ontvangen. Vanaf 2008 conform het model De Ruiter, waarop de behaalde rendementen en de in rekening gebrachte kosten waren vermeld.
- 2.7 Op verschillende momenten tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument de hoogte van de te betalen premie aangepast.
- 2.8 Per brief van 8 februari 2012 heeft de consument de verzekeraar bericht de verzekering op te zeggen.

In deze brief staat onder het volgende vermeld:

*“(...) Hierbij zeg ik mijn polis met polisnummer (...) op. Ik verzoek u vriendelijk mijn polis zo snel mogelijk te gelde te maken en fiscaal geruisloos over te boeken naar (...) Als gevolg van deze overboeking wordt een lijfrentebeleggingsrecht in het (...) Paraplufonds verworven.*

*Daarnaast verzoek ik vriendelijk mijn voormalig adviseur, die mij over de polis met bovenstaand nummer geadviseerd heeft, niet te informeren. Ik verzoek u met klem om alle communicatie, waaronder de afkoopformulieren, direct aan mij te versturen.*

*Voor vragen over deze oversluiting kunt u natuurlijk contact opnemen met de beheerder van het (...) Paraplufonds.*

*(...)*

*Dit verzoek tot beëindiging laat onverlet dat ik volledig aanspraak behoud en blijf maken op het met terugwerkende kracht doorvoeren van een kostenmaximering in de met u bestaand hebbende verzekeringsovereenkomst, overeenkomstig de Aanbeveling ter zake van de Ombudsman Financiële Dienstverlening van maart 2008. (...)*

*Voor zover mijn vorderingen ter zake onderhevig zouden zijn aan enige verjaring, dient deze brief er tevens toe mijn rechten uitdrukkelijk voor te behouden en mitsdien een eventuele verjaring te stuiten. (...)*

- 2.9 In maart 2012 is de verzekering beëindigd. De ontvangen afkoopwaarde bedroeg € 12.836,-.
- 2.10 De consument heeft per brief van 3 februari 2015 een klacht ingediend bij de tussenpersoon. De tussenpersoon heeft hier per brief van 5 maart 2015 op gereageerd. De consument heeft vervolgens op 30 maart 2015 zijn klacht ter behandeling bij het Kifid ingediend.

#### *De klacht en vordering*

- 2.11 De consument vordert van de tussenpersoon een bedrag van € 13.358,-. Dit betreft het verschil tussen de waarde van de ingelegde premies tot 2012 tegen een rendement van 9,5% (€ 26.194,-) en de ontvangen afkoopwaarde van € 12.836,-. Daarnaast vordert de consument een bedrag van € 1.270,50 aan kosten rechtsbijstand. Bij repliek heeft de consument zijn claim verlaagd naar € 8.980,- (op basis van een rendement van 6,2%) en de vordering inzake kosten rechtsbijstand verhoogd naar € 1.875,50.

2.12 De consument acht de tussenpersoon tot vergoeding gehouden omdat de tussenpersoon zijn (na)zorgplicht heeft verzaakt door zakelijk weergegeven:

- De consument niet te vertellen welke kosten er aan het product waren verbonden. Pas eind jaren 2000 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat er eerste kosten en kosten bemiddelaar/verzekeringsadviseur werden ingehouden. Ook werden er door de fondsen TER kosten in rekening gebracht en hadden deze fondsen ook nog transactiekosten die nooit zijn vermeld. Pas in 2015 is de consument door zijn gemachtigde op de hoogte gesteld dat de tussenpersoon een zorg- en informatieplicht heeft en dat hij deze heeft geschonden. De klacht is dan ook niet verjaard;
- Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering geen deugdelijke informatie te verstrekken, er is geen eens een offerte;
- Niet de waarde-ontwikkeling van de verzekering in de gaten te houden en geen contact te zoeken met de consument om te bekijken of de verzekering aan de verwachtingen voldeed of de consument te adviseren om naar een ander product over te stappen. Indien er een ander/beter product was geadviseerd, of gedurende de looptijd naar een ander/beter product was overgestapt dan had de consument een veel hoger kapitaal opgebouwd. Gedurende de looptijd van 16 jaar heeft de tussenpersoon niets gedaan. Het enige dat de tussenpersoon heeft gedaan is brieven sturen in verband met aanpassing van de premie met betrekking tot het spaarloon en ten behoeve van een hoger eindkapitaal;
- Advisering van het storten van de premies in het Mixfonds. Dit blijkt een risicovol fonds te zijn, met circa de helft aandelen. Dat is niet passend voor een beleggingspolis met pensioenvoorziening als doel.

*Het verweer*

2.13 De tussenpersoon heeft zich samengevat als volgt verweerd:

- Door de consument wordt te laat geklaagd over het vermeende gebrek in de door de tussenpersoon geleverde dienstverlening. De consument was in ieder geval vanaf 2008 op de hoogte van de diverse kosten die met de premie werden verrekend, de naam van het fonds waarin de premies via participaties werden belegd, de aan de fondsen verbonden kostenpercentages en kon zien dat de in 1996 genoemde voorbeeldrendementen niet werden gehaald. Nu vaststaat dat de consument eerst 7 jaar na de brief van de verzekeraar (toevoeging commissie: met het waarde-overzicht) dan wel 3 jaar na het afkopen van de verzekering klaagt is de 'bekwame tijd' waarop artikel 6:89 BW ziet, ruimschoots overschreden;

- Ook was de consument reeds vanaf 2008 op de hoogte van de aard en omvang van de kosten van de verzekering, alsmede van de reeds gerealiseerde (in de optiek van de consument: tegenvallende) rendementen en de mogelijkheid dat het door hem verwachte rendement (op basis van de verstrekte voorbeeldrendementen) via deze verzekering niet gehaald zou worden. De consument was dan ook vanaf 2008 daadwerkelijk in staat een vordering in te stellen tegen de tussenpersoon. Uit hoofde van artikel 3:310, lid 1 BW heeft de verjaringstermijn van 5 jaar in 2008 een aanvang genomen en was de vordering van de consument in 2013 reeds verjaard;
- De tussenpersoon heeft gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en handelend tussenpersoon mocht worden verwacht. De tussenpersoon heeft voorafgaand aan het sluiten van de verzekering deugdelijke informatie verstrekt over de aard en werking van de verzekering aan de hand waarvan de verzekering die door de consument gewenst was tot stand is gekomen, waarbij de bij de verzekering behorende polisbescheiden tijdig ter hand zijn gesteld. De tussenpersoon verkreeg alle informatie rechtstreeks van de verzekeraar en had op die informatie geen enkele invloed en hem kan in dat verband niets worden verweten;
- Het door de verzekeraar gehanteerde kostenniveau noch het daadwerkelijk behaalde rendement valt de tussenpersoon toe te rekenen. Op beide aspecten heeft tussenpersoon immers geen enkele invloed gehad;
- De consument is door de verzekeraar ten aanzien van de op de ingelegde premie ingehouden kosten meermaals geïnformeerd en gecompenseerd, zodat ook om die reden geen sprake kan zijn van aan de tussenpersoon toerekenbare schade;
- De tussenpersoon heeft met inachtneming van de hem ter beschikking staande informatie en de aan hem door de consument (dan wel indirect via diens werkgever) verstrekte opdracht geadviseerd over en bemiddeld bij het sluiten van de verzekering. Anders dan de consument wil doen geloven betrof het een degelijk en deugdelijk product;
- Het kan de tussenpersoon niet worden tegengeworpen dat hij voor de door hem verrichte werkzaamheden provisie ontving. Provisie was indertijd de enige toegestane beloningsvorm voor tussenpersonen, hetgeen ook voor de consument duidelijk was, nu van rechtstreekse beloning geen sprake was (en dus ook niet mocht zijn). Voorts voldeed de door de tussenpersoon ontvangen provisie aan alle toentertijd geldende wet- en regelgeving;
- Indien en voor zover de stellingen van de consument zo opgevat moeten worden dat hij bij tijdige informatieverstrekking een ander keuze zou hebben gemaakt, welke keuze dan ook tot het door hem gestelde rendement zou hebben geleid, dan is dat onlogisch en volstrekt ongeloofwaardig. Via de verzekering werd dubbel fiscaal voordeel genoten en er was sprake van een gegarandeerd rendement van 4%.

De consument laat na te onderbouwen welke alternatieven er waren die eveneens een minimum rendement van 4% opleverden terwijl maximaal fiscaal voordeel werd genoten.

### **3. De beoordeling**

*Is de klachtplicht geschonden?*

- 3.1 De tussenpersoon beroept zich op schending van de klachtplicht van artikel 6:89 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW). Dit verweer treft geen doel. De consument heeft voor het eerst in februari 2015 bij de tussenpersoon geklaagd. Dit is weliswaar een geruime tijd na de afkoop van de verzekering in 2012. De tussenpersoon heeft echter 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 tussenpersoon geleverde prestatie kan beroepen.

*Is de vordering verjaard?*

- 3.2 De tussenpersoon stelt dat de vordering van de consument is verjaard. In februari 2015 heeft de consument voor het eerst bij de tussenpersoon geklaagd. De tussenpersoon heeft niet aannemelijk gemaakt dat de consument al in 2010 (vijf jaar eerder) een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen (het tekortschieten van de tussenpersoon in zijn (na)zorgplicht) en de in dat kader gevorderde schade dat hij daadwerkelijk in staat was zijn vordering toen al in te stellen. Dit betekent dat de vordering van de consument niet verjaard is, zodat de klacht en vordering hieronder nader beoordeeld worden.
- 3.3 De commissie is van oordeel dat de klacht van de consument niet kan slagen en legt hierna uit waarom.

*Welk beoordelingskader is van toepassing?*

- 3.4 Bij de beoordeling van de vraag of de adviseur tekort is geschoten in de nakoming van zijn (na)zorgplicht wordt vooropgesteld dat een assurantietussenpersoon (de adviseur) op grond van artikel 7:401 BW tegenover zijn opdrachtgever (de consument) verplicht is om bij zijn werkzaamheden de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot verwacht mag worden. Deze algemene zorgplicht is verder ingevuld in de rechtspraak. Daarbij is onder meer bepaald dat de tussenpersoon moet waken voor de belangen van de verzekeringnemer bij de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Ook geldt dat een tussenpersoon de (aspirant-) verzekeringnemer voldoende informatie moet verstrekken om hem in staat te stellen een geïnformeerde beslissing te nemen de aangeboden verzekering al dan niet te sluiten. Daarbij hoort ook dat de assurantietussenpersoon de verzekeringnemer tijdig opmerkzaam maakt op de gevolgen die hem bekend geworden feiten voor de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kunnen hebben.



Het gaat dan om feiten die aan de tussenpersoon bekend zijn of die hem redelijkerwijs bekend behoorden te zijn. De zorgplicht van de tussenpersoon geldt niet alleen ten tijde van het sluiten van de overeenkomst maar vergt een voortdurende bemoeienis door de tussenpersoon met de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Een tussenpersoon mag dus in beginsel niet stil blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennis neemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem beheerde verzekeringen mogelijk aanpassing behoeven.

*Is de tussenpersoon in de advisering en informatieverstrekking bij het afsluiten van de verzekering in 1996 tegenover de consument tekort geschoten?*

3.5 De commissie is van oordeel dat de consument onvoldoende heeft gesteld of aannemelijk heeft gemaakt op grond waarvan kan worden geconcludeerd dat de verzekering als een niet passend product dient te worden beschouwd. De consument heeft voorts geen bijzondere omstandigheden aangevoerd waaruit blijkt dat de tussenpersoon onzorgvuldig heeft gehandeld. De commissie stelt vast dat de consument voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering is geadviseerd door de tussenpersoon (zie het citaat in 2.8). Vervolgens heeft de consument de verzekering afgesloten en heeft hij met de brief van de verzekeraar van 16 februari 1996 de bij verzekering behorende productdocumentatie (polis en voorwaarden) tijdig ontvangen. Uit deze productdocumentatie blijkt, los van hetgeen is besproken toen de consument door de tussenpersoon werd geadviseerd, duidelijk dat er sprake is van een beleggingsverzekering, waarin voor rekening en risico van de consument in het AEGON Mixfonds wordt belegd, dat er sprake is van een dekking bij overlijden, dat er kosten in rekening worden gebracht en dat indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan er ook sprake is van een garantie voor wat betreft de uitkering bij leven aan de einde van de looptijd van de verzekering. Op de polis is voorts een indicatie gegeven van het uit te keren kapitaal bij leven op de einddatum van de verzekering bij bepaalde gedurende de looptijd constante rendementen (zie. 2.4). Dat de consument zoals gesteld, indien hij volledig zou zijn geïnformeerd een andere keuze zou hebben gemaakt is de commissie niet gebleken en wordt ook niet aannemelijk gemaakt. De consument laat na nader te onderbouwen waarom de verzekering met het bijbehorend AEGON Mixfonds niet passend zou zijn geweest bij zijn wens om aanvullend kapitaal op te bouwen, om daarmee mogelijk eerder te kunnen stoppen met werken of als aanvulling op zijn pensioen, waarbij gebruik werd gemaakt van de fiscale mogelijkheden van het spaarloon uit zijn bedrijfsspaarregeling. De consument stelt weliswaar dat hij een ander product zou hebben gekozen waarmee hij meer kapitaal zou hebben opgebouwd, maar licht niet nader toe om welk concreet product het gaat. Ook maakt de consument niet aannemelijk dat dit product op dat moment daadwerkelijk beschikbaar was, de consument daarvoor ook had gekozen en daarmee voorzienbaar in een betere positie zou zijn komen te verkeren dan nu het geval is, zodat ook redelijkerwijs van de tussenpersoon verwacht had mogen worden dat hij dit product in plaats van de verzekering zoals afgesloten, zou hebben geadviseerd.

- 3.6 Resumerend kan de commissie op grond van hetgeen de consument daartoe heeft aangedragen niet vaststellen dat de tussenpersoon in 1996 tegenover de consument is tekort geschoten, noch dat de consument als gevolg daarvan mogelijk enige schade heeft geleden. Dit deel van de klacht kan dan ook niet slagen.

*Is de tussenpersoon gedurende de looptijd van de verzekering in zijn (na)zorgplicht tegenover de consument tekort geschoten?*

- 3.7 De consument stelt dat de tussenpersoon tekort is geschoten in zijn (na)zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering. Hierbij geldt als uitgangspunt dat een tussenpersoon in beginsel niet stil mag blijven zitten wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennisneemt van feiten of omstandigheden die meebrengen dat de door hem beheerde verzekeringen mogelijk aanpassing behoeften. Uit de stukken valt op te maken dat de consument met betrekking tot de verzekeringen jaarlijks waarde-overzichten, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter, van de verzekeraar, ontving en dat hij ter zake van de verzekering verschillende premie aanpassingen heeft doorgevoerd. Vaststaat dat de consument naar aanleiding van de ontvangen waarde-overzichten geen contact met de tussenpersoon heeft gezocht voor advies of vragen over de verzekering en de in zijn ogen tegenvallende waardeontwikkeling. De consument heeft in 2012 zelfstandig en zonder advies of tussenkomst van de tussenpersoon zijn verzekering afgekocht en daarbij de verzekeraar dringend verzocht de tussenpersoon hiervan niet op de hoogte te stellen.

Er zijn geen omstandigheden gebleken aan de commissie of door de consument naar voren gebracht die voor de tussenpersoon aanleiding moeten zijn geweest om uit eigen beweging contact met de consument op te nemen. Weliswaar bleef de waardeontwikkeling van de verzekering achter bij de op de polis getoonde rendementen met bijbehorende voorbeeld(eind)kapitalen, maar de consument stelt niet en maakt niet aannemelijk uit welke concrete feiten of omstandigheden de tussenpersoon moest begrijpen dat de verzekering niet meer bij de wensen en behoeften van de consument paste dan wel aanpassing behoefde. Anders dan de consument lijkt te stellen, rust op een tussenpersoon geen verplichting om gedurende de looptijd van de verzekering periodiek contact op te nemen met de consument als hier geen concrete aanleiding voor bestaat. Van het door de consument gestelde tekortschieten van de tussenpersoon tijdens de looptijd van de verzekering is de commissie niet gebleken. Evenmin van daaruit voortvloeiende schade. Dat dit anders zou zijn wordt niet nader onderbouwd en vindt ook geen steun in de stukken.

*Conclusie*

- 3.8 De slotsom is dat de vorderingen van de consument worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

#### **4. De beslissing**

De commissie wijst de vorderingen 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.*

*Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 46 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website [www.kifid.nl/reglementen-en-statuten](http://www.kifid.nl/reglementen-en-statuten).*