

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0889
(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 : 7 november 2014
Ingediend door : De consument, vertegenwoordigd door de heer M. van Rossum
Tegen : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 18 oktober 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen
Bijlagen : Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering in Waerdye eenheden, afgesloten in 1988. De consument stelt dat de verzekeraar niet aan zijn zorg- en informatieverplichtingen heeft voldaan, dat ten onrechte kosten in rekening zijn gebracht en dat de overlijdensrisicodekking van de beleggingsverzekering ten onrechte niet is aangepast. De vorderingen zijn (absoluut) verjaard en de overige klachten worden afgewezen. Vorderingen afgewezen.

I. De procedure

I.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening dat geldig was tot 1 oktober 2014 (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- de klachtuiting van de consument met bijlagen;
- de reactie van de consument op de vijf richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep financiële dienstverlening (hierna: CvB);
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar.

Toelichting procesverloop

Na het indienen van de klacht is de behandeling van de klacht aangehouden. De CvB heeft vervolgens 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. Vervolgens is de schriftelijke fase van de klachtprocedure hervat.

- 1.2 De verzekeraar heeft in zijn laatste reactie (dupliek) verzocht om aanhouding van de behandeling van de klacht in verband met door het hof Den Haag aan de Hoge Raad gestelde prejudiciële vragen inzake beleggingsverzekeringen. De commissie ziet geen aanleiding om de behandeling aan te houden, nu deze zaak gaat over een verzekering van het type Unit Linked en de door het hof Den Haag gestelde vragen gaan over een verzekering van het type Universal Life.
- 1.3 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.
- 1.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar 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 augustus 1988 een beleggingsverzekering onder de naam Waerdye Levensverzekering, (hierna: de verzekering), gesloten bij de verzekeraar. Dit product betreft een unit-linked verzekering. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 augustus 2018 en de inlegpremie is NLG 360,23 (€ 163,47) per maand.
- 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 polisblad gedateerd 3 augustus 1988
 - de voorwaarden van Waerdye Levensverzekering, model WEIDeze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.
- 2.4 Op het polisblad staat onder andere het volgende:

“(…) Verklaart een overeenkomst van levensverzekering met de verzekeringnemer te hebben gesloten op de in de polis vermelde voorwaarden en op de bijgevoegde voorwaarden van de waerdye-levensverzekering WEI.

(…)

Verzekerd kapitaal, vastgesteld per 01-09-1988 en geldend tot de daarop volgende premieervaldag:

<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>	<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>
Robeco	42.147	Rorento	--
Rolinco	43.115	Rodamco	70.757

Het verzekerde kapitaal wordt uitgekeerd bij het in leven zijn van de verzekerde op de einddatum van de verzekering of bij het overlijden van de verzekerde voor de einddatum van de verzekering. De uitkering bij het overlijden van de verzekerde voor de einddatum van de verzekering bedraagt minimaal F 150.000,-.

De premie bedraagt F 360,23 per maand, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-08-2018, te voldoen op de 01e van iedere maand, voor het eerst op 01-08-1988.

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

Robeco	F	90,07	Rorento	F	--
Rolinco	F	90,05	Rodamco	F	180,11 (...)

Poliskosten F 3,50 (...)"

2.5 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

“(...) Artikel 9 Waerdye-eenheden

1. Waerdye-eenheden zijn rekeneenheden, waarmee aangeduid worden de met een beleggingsdepot corresponderende verzekeringsverplichtingen van de maatschappij. (...)

Artikel 10 Beleggingsdepot

1. Er worden vier depots gevormd, een Robeco-, een Rolinco-, een Rorento- en een Rodamco-eenhedendepot met de bepalingen dat:

- a. elk van de depots afgescheiden van het overige vermogen van de maatschappij wordt geadministreerd, enerzijds in guldens Nederlands courant en anderzijds in Waerdye-eenheden;
- b. de belegging van de resp. depots plaats vindt in resp. Robeco-, Rolinco-, Rorento- en Rodamco-aandelen.

2. Toevoegingen aan een depot geschieden door:

- a. de per de ingangsdatum van de verzekering en per de premieervaldatum te beleggen delen van premies en koopsommen bestemd voor de in Waerdye-eenheden uitgedrukte verzekeringsverplichtingen;
- b. stortingen van de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;

- c. *verwerking van vermogensrechtelijke voordelen in de ruimste zin van het woord, verworven met tot de depots behorende vermogenswaarden.*
- 3. *Onttrekkingen aan een depot geschieden ten gevolge van:*
 - a. *uitkeringen en afkopen;*
 - b. *opnamen door de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;*
 - c. *de maandelijkse vergoeding aan de maatschappij voor beheer en administratie ter grootte van 3/4 % op jaarbasis.*
- 4. *Tegenover de in dit artikel sub 2a en 2b vermelde toevoegingen en de sub 3a en 3b vermelde onttrekkingen wordt steeds een met de toevoeging en onttrekking corresponderend aantal Waerdyeenheden gevormd of teniet gedaan. (...)*

Artikel 11 Vaststelling verzekerde kapitaal

1. Met opbouwpremie wordt in dit artikel bedoeld de voor de levensverzekering verschuldigde premie minus daarin begrepen kostenopslagen. (...)

- 2.6 Met ingang van 2 mei 1989 is de verzekering tot zekerheid verpand in verband met het afsluiten van een hypothecaire geldlening. De consument heeft een nieuw polisblad ontvangen.
- 2.7 Per brief van 24 januari 1997 heeft de verzekeraar de consument bericht de verzekering aan te passen en de daarmee verband houdende nieuwe voorwaarden (model WE4) voor de verzekering toegestuurd aan de consument. In 1998 is aan de consument een nieuw polisblad verstrekt in verband met een wijziging van de beleggingsfondsen waarin wordt belegd. De voorwaarden model WE4 zijn daarbij op de verzekering van toepassing verklaard. In 2005 is aan de consument een nieuw polisblad afgegeven vanwege een wijziging van de pandhouder.
- 2.8 De consument is met betrekking tot de verzekering jaarlijks geïnformeerd door middel van waarde-overzichten, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.
- 2.9 Per brief van 20 december 2010 heeft de consument zich bij de verzekeraar beklagd over het bij de verzekering ingehouden kostenpercentage en daartegen bezwaar gemaakt. De verzekeraar heeft hier per brief van 11 februari 2011 op gereageerd. In deze brief staat onder andere dat de consument binnenkort zal worden benaderd voor een gesprek waarin, zakelijk weergegeven, zijn vragen, alsmede de mogelijkheden met betrekking tot de verzekering en alternatieve producten aan bod kunnen komen.

2.10 De consument heeft de verzekeraar op 20 april 2011 een brief gestuurd, waarin onder andere het volgende staat vermeld:

“(…)

- *Hoe kan het zijn dat ik bij een premie levensverzekering nog de kosten van een overlijdensrisicopremie moet betalen. De hele premie is toch bedoeld voor het risico van overlijden. Vanaf welk moment is deze premie in mijn levensverzekering geslopen. (...)*
- *Kunt u mij zeggen wat de eindwaarde van mijn product is als ik de risicodekking(en) eruit haal?*
- *Kunt u aangeven wat ik moet doen om mijn risicoverzekering(en) te beëindigen? (...)*”

2.11 De verzekeraar heeft per brief van 10 juni 2011 een reactie gestuurd aan de consument op zijn brief van 20 april 2011. In deze brief van de verzekeraar staat onder andere het volgende:

“(…) Risicopremie en kosten.

U rekent de premie voor een overlijdensrisicodekking toe aan kosten. Echter met deze premie wordt de uitkering bij een eventueel overlijden van de verzekerde gewaarborgd en wordt door de maatschappij derhalve niet gezien als ‘kosten’, maar als een dekking.

De premie van een levensverzekering

Uw beleggingsverzekering bestaat uit de volgende onderdelen:

Als de verzekerde op de einddatum in leven is wordt de opgebouwde waarde (verzekerd kapitaal) uitgekeerd. Mocht de verzekerde vóór de einddatum overlijden dan ontvangt de begunstigde de verzekerde uitkering bij overlijden. De hoogte van de verzekerde uitkering bij overlijden (het minimale kapitaal) staat op het polisblad van uw beleggingsverzekering.

De ‘hele premie’ zoals u aangeeft is dus niet geheel bedoeld voor ‘het risico van overlijden’, maar ook voor de mogelijke uitkering bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum. (...)

Wijziging risicodekking

Het is technisch mogelijk om de overlijdensdekking van de polis te wijzigen, er zijn meerdere mogelijkheden, dit heeft echter wel fiscale consequenties. Het fiscale overgangsrecht van het huidige fiscale regime gaat dan verloren. Tevens zal er eerst een akkoord van de hypotheekverstrekker moeten zijn. Voor de mogelijkheden en consequenties (advies) verwijzen wij u naar een verzekeringsadviseur. (...)”

2.12 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling is de consument in november 2011 per brief door de verzekeraar geïnformeerd dat op 1 december 2011 eenmalig een bedrag van € 9.031,80 in de verzekering wordt gestort als vergoeding voor te hoge kosten die in het verleden in rekening zijn gebracht en dat hij, zolang premie wordt betaald, een jaarlijkse vergoeding van € 505,31 ontvangt voor te hoge kosten.

- 2.13 Per brief van 22 december 2011 heeft de verzekeraar de consument gewezen op de mogelijkheden met betrekking tot zijn verzekering en heeft daarbij een bijdrage van € 125,00 in de advieskosten aangeboden bij een gesprek hierover met zijn tussenpersoon.
- 2.14 In september 2012 heeft de verzekeraar de consument een waarde-overzicht over de periode 2010-2011 toegestuurd. De consument is in de begeleidende brief verzocht de daarin opgenomen voorbeeldberekeningen te vergelijken met het doelkapitaal en de consument wordt aangeraden, indien de waardeontwikkeling van de verzekering achterblijft bij zijn verwachtingen, hiervoor contact op te nemen met zijn tussenpersoon.
- 2.15 De consument heeft per brief van 17 mei 2014 een klacht ingediend bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft hier per brief van 21 mei 2014 en vervolgens, naar aanleiding van een brief van de consument van 4 juli 2014, op 9 juli 2014 op gereageerd. De consument heeft hierna op 21 juli 2014 zijn klacht voorgelegd aan de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Laatstgenoemde heeft partijen per brief van 7 november 2014 geïnformeerd dat hij de klacht doorstuurt naar de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening.
- 2.16 De verzekering is afgekocht op 1 juli 2015 met een (afkoop)waarde van € 75.904,78. De afkoopwaarde is vervolgens bijgeschreven op een rekening ten name van de geldverstrekker.

De klacht en vordering

- 2.17 De consument vordert in repleik toepassing van de uitspraak CvB 2017-043 ten aanzien van de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten en daarnaast een herrekening van de (afkoop)waarde op basis van tarief 74 (V)WE (met bonuseenheden) vanaf ingangsdatum van de verzekering, te vermeerderen met onrechtmatig ingehouden distributievergoeding en daar waar van toepassing te vermeerderen met wettelijke rente. Gelet op de fondswisselingen en het feit dat de beschikbare premie niet per jaar, maar per maand verschuldigd is, is de consument niet in staat een volledige becijfering van de schade te overleggen. Per 1 juli 2015 dient uitgegaan te worden van een vermogensschade van circa € 15.000,00, te vermeerderen met een vergoeding voor de onverschuldigd betaalde distributievergoeding en wettelijke rente sinds de afkoopdatum. Ter behoud van zijn rechten gaat de consument dan ook uit van een vordering van rond de € 25.000,00, inclusief de vergoeding voortvloeiend uit toepassing van uitspraak CvB 2017-043. Daarnaast wordt een vergoeding voor proceskosten gevorderd op basis van 3 punten Liquidatietarief rechtbanken III, als bedoeld in het reglement van de Geschillencommissie in 2014. In het geval de commissie ervan uitgaat dat de schadevordering van de consument is verjaard als bedoeld in artikel 3:310 lid 1 BW, wenst de consument de 'oorzakelijke gebeurtenis' voor zijn schadevordering te leggen op 15 augustus 2008, de datum dat het eerste waarde-overzicht conform de modellen van de Commissie De Ruiters is verzonden.

In dat geval verwijt de consument de verzekeraar dat hij niet bij die gelegenheid of nadien, bij de voortdurende vragen die de consument aan de verzekeraar bleef stellen over de productkenmerken (met name over de hoogte van de risicopremie), een herrekening van de poliswaarde heeft aangeboden die met terugwerkende kracht tot aan ingangsdatum uitging van Tarief 74 (V)WE (met bonuseenheden), zoals andere consumenten wel is aangeboden, of althans mogelijk zou zijn geweest bij een juiste en volledige uitleg van de Waerdye-systematiek.

2.18 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot het onder 2.17 vermelde gehouden:

- Een niet genoemde kostensoort dient in de verhouding tussen de bij de verzekeringsovereenkomst betrokken partijen als niet overeengekomen buiten beschouwing te worden gelaten, in lijn met het oordeel van de CvB in uitspraak 2017-043.
- De CvB heeft in CvB 2017-043 ten onrechte geoordeeld dat de risicopremie in de Waerdye Levensverzekering niet disproportioneel is. De berekening van deze risicopremie werd bovendien zowel voor consumenten als intermediairs verborgen gehouden, evenals de mogelijkheid van een zogeheten 90% restitutedekking bij Tarief 74 (V)WE. De verzekeraar is aansprakelijk voor het geheimhouden van deze productinformatie. De consument heeft als gevolg hiervan bij wijze van schadebeperking in 2015 zijn verzekering afgekocht en zijn hypotheekschuld hiermee verlaagd.
- De verzekeraar heeft de productkenmerken van het Waerdye-product verborgen gehouden voor de consument. Indien de productkenmerken van het Waerdye-product wel kenbaar waren geweest voor de consument had hij een ander product gekozen; consument wilde een overlijdensrisicodekking in de vorm van een hoog vast bedrag en aan de op de polissen genoemde nominale minimumbedragen kon geen waarde worden gehecht.
- De verzekeraar heeft, ook na indringende vragen van de consument in 2010, verzuimd de ware aard van de disproportioneel hoge 'doorsneepremie' toe te lichten en heeft geen productinformatie verstrekt over het alternatief van Tarief 74 (V)WE. De consument heeft als gevolg hiervan vermogensschade geleden. Er is sprake van boos opzet van de verzekeraar door, ook bij toepassing van de waarde-overzichten conform de modellen van de Commissie De Ruiter, niet de werkelijk ingehouden doorsneepremie te verantwoorden, maar te doen alsof sprake was van een universal life verzekering.

- De verzekeraar heeft zich schuldig gemaakt aan een ernstige vorm van misleiding door de consument op het moment dat hij zich aan het bezinnen was op schadebeperkende maatregelen, te wijzen op het bestaan van een minimumgarantie van de uitkering bij leven op einddatum van € 67.217,00 terwijl dat in werkelijkheid maar een bedrag van € 26.145,85 bleek te zijn.

Het verweer

2.19 De verzekeraar heeft zich primair op het standpunt gesteld dat de rechtsvorderingen van de consument zijn verjaard. Indien de commissie toch tot een inhoudelijke beoordeling overgaat, dan is de verzekeraar van mening dat de richtinggevende uitspraak over het Waerdye product (2017-043) moet worden toegepast. Ten aanzien van de klacht over de overlijdensrisicodekking merkt de verzekeraar op dat de CvB in de uitspraak 2017-043 de systematiek van het Waerdye product reeds heeft beoordeeld en juist bevonden en dat voor de advisering hieromtrent niet de verzekeraar maar de adviseur moet worden aangesproken.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het in de 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 tot de inhoudelijke behandeling van de klacht overgaat, gaat de commissie eerst in op het beroep van de verzekeraar op verjaring.

Zijn de vorderingen van de consument verjaard?

3.2 Uitgangspunt is dat, nu de verzekeraar zich erop beroept dat de vorderingsrechten van de consument zijn verjaard, op de verzekeraar de last rust de feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjaringstermijn is gaan lopen.

3.3 De commissie stelt vast dat de consument geen beroep op vernietiging wegens dwaling heeft gedaan, zodat in het midden kan blijven of het recht van de consument om daarop een beroep te doen is verjaard. Voor wat betreft de rechtsvorderingen van de consument tot schadevergoeding beroept de verzekeraar zich op de absolute verjaringstermijn van artikel 3:310 lid I BW. De commissie oordeelt als volgt.

3.4 In artikel 3:310 lid I BW is, voor zover hier van belang, bepaald dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade in ieder geval verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt.

Voor zover de consument zich er op beroept dat hij schade heeft geleden als gevolg van het feit dat de verzekeraar voorafgaand aan of bij de totstandkoming van de verzekering tekort is geschoten in zijn zorgplicht en/of onrechtmatig zou hebben gehandeld door onvoldoende of onvolledige informatie te verschaffen over de (werking van de) verzekering, de daarbij door de consument gekozen overlijdensrisicodekking en de zogenoemde distributievergoeding of dat ter zake van de kosten geen wilsovereenstemming heeft bestaan, is de verjaringstermijn bij het afsluiten van de verzekering op 1 augustus 1988 gaan lopen. Uit de stukken valt op te maken dat de consument voor het eerst op 20 december 2010 bij de verzekeraar heeft geklaagd. De absolute verjaringstermijn van twintig jaren was op dat moment al verstreken. De rechtsvorderingen van de consument zijn in zoverre verjaard.

- 3.5 De commissie zal in het navolgende de met de verjaarde rechtsvorderingen verband houdende klachtonderdelen buiten beschouwing laten en oordeelt voor wat betreft de overige klachtonderdelen als volgt.

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

- 3.6 De consument stelt dat de verzekeraar na indringende vragen in 2010 en ook daarna heeft verzuimd de ware aard van de disproportioneel hoge 'doorsneepremie' van de aan de verzekering verbonden overlijdensrisicodekking toe te lichten. Verder zou hij de consument ten onrechte niet hebben gewezen op het alternatief van Tarief 74 (V)WE of een herrekening op basis van dit tarief hebben aangeboden. De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van zijn verzekering. Vanaf 2008 waren deze overzichten opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiter. De consument heeft vervolgens in april 2011 vragen gesteld over zijn verzekering en de aan de verzekering verbonden overlijdensrisicodekking (zie 2.11). De verzekeraar heeft in juni 2011 gereageerd op deze brief en daarbij onder andere een toelichting gegeven op de (mogelijkheden tot wijziging van de) overlijdensrisicodekking. Voor de mogelijkheden en consequenties heeft hij verwezen naar de bij de verzekering betrokken tussenpersoon (zie 2.12). De verzekeraar heeft de consument vervolgens in december 2011 (zie 2.13) en september 2012 (zie 2.14) wederom gewezen op de mogelijkheden met betrekking tot zijn verzekering en dat hij zich voor vragen of advies over aanpassingsmogelijkheden tot de tussenpersoon kon wenden. De consument heeft naar aanleiding van deze contactmomenten met de verzekeraar nimmer wijzigingen doorgevoerd ten aanzien van de overlijdensrisicodekking in de verzekering.
- 3.7 Op de verzekeraar rustte geen verplichting om meer of andere informatie te verstrekken en/of meer of anders te doen dan hij heeft gedaan. Voor zover de consument meent dat de overlijdensrisicodekking tussentijds gewijzigd had moeten worden, of dat een ander tarief toegepast had moeten worden, geldt dat het niet aan de verzekeraar is om de consument te voorzien van verzekeringstechnisch advies.

Tussen de verzekeraar en de consument bestaat immers geen adviesrelatie. Het was aan de consument om bij vragen of behoefte aan advies over de aanpassingsmogelijkheden van zijn verzekering en de daaraan verbonden overlijdensrisicodekking contact met zijn tussenpersoon op te nemen om vervolgens, al dan niet na ingewonnen (extra) extern advies, te bepalen of hij de overlijdensrisicodekking wilde aanpassen en in het verlengde daarvan of hij de mogelijke (fiscale) gevolgen daarvan wilde aanvaarden. Uit de stukken valt op te maken dat hierover ook contact tussen de consument en zijn tussenpersoon is geweest. De omstandigheid dat de overlijdensrisicodekking naar de consument nu stelt ten onrechte niet tussentijds is aangepast, kan dan ook niet aan de verzekeraar worden toegerekend.

- 3.8 Voor zover de consument klaagt dat een verkeerde minimumgarantie van de uitkering bij leven op einddatum is vermeld in de brief van 23 september 2014, merkt de commissie op dat de consument niet heeft gesteld welke consequenties hieraan moeten worden verbonden en ook niet tot welke schade deze fout heeft geleid. Bovendien heeft de verzekeraar de consument per brief van 23 december 2014 geschreven dat deze fout was gemaakt, heeft hij deze hersteld en bedroeg het op de afkoopdatum (1 juli 2015) uitgekeerde bedrag € 75.904,78, dat wil zeggen ruim meer dan de in de brief foutief vermelde garantie (€ 67.217,00).

Waarde-overzichten conform Model 3 De Ruiters en overlijdensrisicopremie

- 3.9 De consument stelt, kort gezegd, dat de vermeldingen van de door de verzekeraar in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie op de zogenoemde Model 3 waarde-overzichten onjuistheden of onrechtmatigheden bevatten. De consument onderbouwt of concretiseert deze stelling niet. Met name is niet duidelijk welke specifieke informatie op welke concrete punten onjuist zou zijn en welke schade de consument daardoor zou hebben geleden, zodat dit klachtonderdeel als onvoldoende onderbouwd geen nadere beoordeling behoeft.

Conclusie

- 3.10 Samenvattend is de commissie van oordeel dat de vordering(en) van de consument tot schadevergoeding zijn verjaard en dat voor het overige niet is gebleken dat de verzekeraar gedurende de looptijd van de verzekering tegenover de consument zou zijn tekortgeschoten. Dit betekent dat alle 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.

In artikel 5 van het reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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 https://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 42 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 informatieverstrekking 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).