

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0890
(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 gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekeringen 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 beleggingsverzekeringen ten onrechte niet is aangepast. Alleen de expliciet in de productdocumentatie genoemde kosten mochten in rekening worden gebracht. Van de consument kon redelijkerwijs niet verwacht worden dat hij, naast de wel genoemde kosten, ook nog met niet genoemde kostensoorten rekening moest houden. De verzekeraar dient daarom de eindwaarde van de beleggingsverzekeringen opnieuw te berekenen. De overige klachten worden afgewezen. Vordering deels toegewezen.

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 december 1988 een zogenoemde Waerdye Levensverzekering met polisnummer [nummer I], (hierna: verzekering I), afgesloten bij de verzekeraar. Dit product betreft een unit-linked verzekering. De consument is verzekeringnemer en verzekerde. De einddatum van verzekering I is bij aanvang gesteld op 1 december 2008 en de inlegpremie is NLG 5.000,00 (€ 2.268,90) per jaar. Verzekering I bevat een lijfrenteclausule.
- 2.2 De consument heeft daarnaast door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 december 1988 een tweede Waerdye Levensverzekering met polisnummer [nummer II], (hierna: verzekering II), afgesloten bij de verzekeraar. De consument is verzekeringnemer en zijn echtgenote is verzekerde. De einddatum van verzekering II is bij aanvang gesteld op 1 december 2008 en de inlegpremie is NLG 8.406,00 (€ 3.814,48) per jaar. Ook verzekering II bevat een lijfrenteclausule.

- 2.3 Bij verzekering I en verzekering II (hierna gezamenlijk te noemen: de verzekeringen) is sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.
- 2.4 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekeringen, zijn de volgende stukken aan de consument verstrekt:

Verzekering I

- een aanvraagformulier getekend op 8 november 1988 (hierna: aanvraagformulier I)
- een polisblad gedateerd 30 december 1988 (hierna: polis I)
- de voorwaarden van Waerdye Levensverzekering, model WEI (niet overgelegd)

Verzekering II

- een aanvraagformulier getekend op 8 november 1988 (hierna: aanvraagformulier II)
- een polisblad gedateerd 30 december 1988 (hierna: polis II)
- de voorwaarden van Waerdye Levensverzekering, model WEI (hierna: de voorwaarden) (niet overgelegd)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.

- 2.5 In aanvraagformulier I staat onder andere het volgende:

“(...)

C. Waerdye-levensverzekering

Tariefnummer: 21 VWE

Offertenr. Oud

Premie- koopsomverdeling

(in gehele procenten)

Ingangsdatum

Dag	Maand	jaar
01	12	1988

Fonds

Percentage

Robeco 70 %

Duur verzekering/einddatum verzekering 20 jaar

Rolinco 10 %

Duur premiebetaling/einddatum premiebetaling 20 jaar

Rorento 10 %

Rodamco 10 %

(...)

Te verzekeren kapitaal

f 123.393

Premie door assurantie-
bemiddelaar voorgesteld
F 5000 (...)

2.6 Op polis I 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 01-12-1988 en geldend tot de daarop volgende premieervaldag:

<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>	<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>
Robeco	99.285	Rorento	11.532
Rolinco	14.866	Rodamco	11.640

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 123.393,-.

De premie bedraagt F 5.000,00 per jaar, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-12-2008, te voldoen op de 01e december van ieder jaar, voor het eerst op 01-12-1988.

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

Robeco	F	3.500,00	Rorento	F	500,00
Rolinco	F	500,00	Rodamco	F	500,00

(...)”

2.7 In aanvraagformulier II staat onder andere het volgende:

“(...)”

C. Waerdye-levensverzekering

Tariefnummer: 21 VWE

Offertenr. Oud

Premie- koopsomverdeling

(in gehele procenten)

Ingangsdatum

Dag	Maand	jaar
01	12	1988

Fonds **Percentage**

Robeco 70 %

Duur verzekering/einddatum verzekering 20 jaar

Rolinco 10 %

Duur premiebetaling/einddatum premiebetaling 20 jaar

Rorento 10 %

Rodamco 10 %

(...)

Te verzekeren kapitaal

f 214.817

Premie door assurantie-
bemiddelaar voorgesteld
F 8.406 (...)

2.8 Op polis II 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 01-12-1988 en geldend tot de daarop volgende premieervaldag:

<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>	<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>
Robeco	172.845	Rorento	20.076
Rolinco	25.881	Rodamco	20.265

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 214.817,-.

De premie bedraagt F 8.406,00 per jaar, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-12-2008, te voldoen op de 01e december van ieder jaar, voor het eerst op 01-12-1988.

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

Robeco	F	5.884,20	Rorento	F	840,60
Rolinco	F	840,60	Rodamco	F	840,60

(...)

Poliskosten f 3,50 (...)

2.9 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

“(...) **Artikel 8 Afkoop, premievrijmaking en belening**

1. De verzekering kan op schriftelijk verzoek van de verzekeringnemer: (...)

b. worden premievrij gemaakt. Een in de polis gegeven minimumgarantie met betrekking tot de uitkering bij overlijden vervalt bij premievrijmaking (...)

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-eenheden depot 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 premieervaldata 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 Waerdye-eenheden gevormd of teniet gedaan.

5. De waarde van een depot in guldens Nederlands courant en het aantal Waerdye-eenheden worden steeds op de tweede dag van elke maand opnieuw vastgesteld.

6. a. Met inachtneming van het gestelde sub 2 en 3 van dit artikel geschiedt de vaststelling van de waarde van een depot in guldens Nederlands courant door optelling van de waarde in Nederlands courant van de in dat depot aanwezige aandelen, waarbij omrekening geschiedt tegen de slotkoers van de officiële notering van de aandelen op de Amsterdamsche Effectenbeurs op de laatste beursdag voorafgaande aan de sub 5 van dit artikel vermelde datum.

b. De sub 3c van dit artikel bedoelde vergoeding wordt berekend over het gemiddelde van:

1. de waarde van een depot van de vorige vaststelling en
2. de waarde van een depot waarop na de vorige vaststelling het bepaalde sub 2 en sub 3a en 3b van dit artikel is toegepast.

7. Het aantal Waerdye-eenheden per depot wordt als volgt vastgesteld:

- a. uitgegaan wordt van het aantal Waerdye-eenheden van de vorige vaststelling;
- b. dit aantal wordt verminderd met het sinds de vorige vaststelling teniet gedane aantal Waerdye-eenheden, corresponderende met de sub 3a en 3b van dit artikel bedoelde onttrekkingen aan het depot;

- c. *dit aantal wordt vermeerderd met het sinds de vorige vaststelling nieuw gevormde aantal Waerdye-eenheden, corresponderende met de sub 2a en 2b van dit artikel bedoelde toevoegingen aan het depot;*
- d. *over het gemiddelde van de gevonden aantallen Waerdye-eenheden, enerzijds sub a van dit lid en anderzijds sub a, b en c van dit lid, wordt aan het na c van dit lid gevonden aantal toegevoegd een in Waerdye-eenheden uitgedrukte rente berekend naar 4 % op jaarbasis.*

Artikel II Vaststelling verzekerde kapitaal

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

- 2.10 In 1990 zijn de verzekeringen aangepast en heeft de verzekeraar nieuwe polisbladen gedateerd 27 september 1990 aan de consument verstrekt in verband met het op beide polissen opnemen van een wisseldatumclausule en voor wat betreft verzekering II tevens het recht van (een) aanvullende koopsomstorting. Nadien zijn aan de consument regelmatig nieuwe polisbladen verstrekt in verband met wijzigingen in de beleggingsfondsen waarin door de consument werd belegd. Vanaf 1996 zijn de voorwaarden model WE4 van toepassing verklaard op de verzekeringen.
- 2.11 Per 1 oktober 2001 zijn de verzekeringen op verzoek van de consument premievrij gemaakt. Daarbij is de vaste minimale overlijdensdekking in guldens vervallen en is de dekking bij overlijden van de verzekerden gelijkgesteld aan de tegenwaarde in guldens van het op de polissen vermelde verzekerde kapitaal in Waerdye-eenheden op het moment van overlijden. De verzekeraar heeft in verband hiermee gewijzigde polisbladen gedateerd 6 november 2001 aan de consument toegezonden.
- 2.12 De consument is met betrekking tot de verzekeringen jaarlijks geïnformeerd door middel van waarde-overzichten, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.
- 2.13 Op 14 maart 2008 heeft de consument de verzekeraar ter zake van de verzekeringen een stuitingsbrief gestuurd.
- 2.14 De verzekeraar heeft de consument per brief in augustus 2008 gewezen op de naderende einddatum van de verzekeringen en heeft de consument een aantal opties voorgelegd. De consument heeft vervolgens gebruik gemaakt van de wisseldatumclausules en beide verzekeringen voortgezet. Bij deze voortzetting is de einddatum van verzekering I verlengd tot 1 december 2021 en de einddatum van verzekering II tot 1 december 2020.

- 2.15 De consument heeft de verzekeraar per brief van 30 december 2010 aansprakelijk gesteld voor door hem geleden schade en daarin vermeld dat deze brief tevens dient ter stuiting (van verjaring) van mogelijke rechtsvorderingen op de verzekeraar.
- 2.16 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling is de consument in november 2011 per brief door de verzekeraar geïnformeerd dat hij ten aanzien van verzekering I eenmalig een bedrag ontvangt van € 3.985,78 als vergoeding voor te hoge kosten die in het verleden in rekening zijn gebracht. Voor verzekering II betrof dit een bedrag van € 4.717,14. De consument is vervolgens door de verzekeraar per brief van 22 december 2011 geïnformeerd over mogelijkheden om de verzekeringen aan te passen met het advies hierover contact met zijn tussenpersoon op te nemen.
- 2.17 Per brief van 3 januari 2012 heeft de consument om een nadere specificatie van de aangekondigde compensatie verzocht. Bij afzonderlijke brief, eveneens gedateerd 3 januari 2012, heeft hij de verzekeraar (opnieuw) aansprakelijk gesteld. Per brief van 24 februari 2012 heeft de verzekeraar gereageerd en de verzekeraar heeft per brief van 20 juli 2012 een nadere uitleg gegeven over de compensatieregeling.
- 2.18 Op 10 mei 2014 heeft de consument bij de verzekeraar opnieuw een klacht ingediend over de verzekeringen. De verzekeraar heeft in reactie daarop per brief van 13 mei 2014 de consument verzocht zijn klacht nader te onderbouwen. De consument heeft hier per brief van 18 mei 2014 op gereageerd met daarin onder andere de aankondiging dat zijn klacht voorgelegd zal worden aan de Ombudsman Financiële Dienstverlening. De consument heeft zijn klacht vervolgens op 7 juli 2014 ter beoordeling voorgelegd aan de Ombudsman. De Ombudsman heeft per brieven van 7 november 2014 partijen geïnformeerd dat de klacht wordt doorgestuurd naar de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening.
- 2.19 Verzekering I is afgekocht op 1 november 2015 met een (afkoop)waarde van € 70.915,79. Verzekering II is in november 2015 deels afgekocht en had op dat moment een totale (afkoop)waarde van € 120.561,54.

De klacht en vordering

- 2.20 De consument vordert in repliek 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 verzekeringen, te vermeerderen met onrechtmatig ingehouden distributievergoeding en daar waar van toepassing te vermeerderen met wettelijke rente. De herberekening houdt in dat wordt gerekend met een 90% restitutiewaarde (tarief 74 (V)WE) als voor lijfrente-polissen gebruikelijk en een verrekening van de actuele belegde waarde, zoals in het laatste waarde-overzicht respectievelijk uitkeringsbericht is vermeld.

De herberekening moet worden uitgevoerd conform een transparant te maken Waerdye-systematiek, die traceerbaar is voor een door Kifid aan te wijzen onafhankelijke actuaris respectievelijk levensverzekeringswiskundige. Daarnaast wordt een vergoeding voor proceskosten gevorderd op basis van 3 punten Liquidatietarief rechtbanken III, als bedoeld in het reglement van de Geschillencommissie uit 2014. Gelet op de fondswisselingen en het beleggen in vier afzonderlijke fondsen, is de consument niet in staat een volledige becijfering te overleggen en wordt de schadeomvang voor verzekering II geschat op € 100.303,-.

2.21 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot het onder 2.20 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 klacht van de consument ziet niet op de advisering door de tussenpersoon, maar op de door de verzekeraar geheimgehouden productinformatie. De verzekeraar heeft in 1988, noch nadien in 2001 of 2007 de werking van de Waerdye-systematiek toegelicht. De berekening van de vaste doorsneepremie en de mogelijkheden van Tarief 74 (V)WE, waarmee de angel uit de disproportioneel hoge doorsneerisicopremie kon worden gehaald, werden niet alleen voor de consument, maar ook voor tussenpersonen geheim gehouden. Als gevolg hiervan heeft de consument vermogensschade geleden.
- Het Waerdye-product is volstrekt ongeschikt voor het afdekken van gewenste vaste bedragen bij voortijdig overlijden, omdat slechts een aantal Waerdye-eenheden tegen een nominale waarde is verzekerd, die niet langer gegarandeerd is dan tot de eerstvolgende premievervaldatum. Vanaf de eerstvolgende premievervaldatum kunnen zowel het aantal Waerdye-eenheden als de nominale waarde ervan wijzigen. De verzekeraar heeft verzuimd deze producteigenschappen aan de consument kenbaar te maken, hetgeen een onrechtmatige, aan de verzekeraar toerekenbare tekortkoming oplevert. Indien de productkenmerken van het Waerdye product de consument kenbaar waren geweest, had de consument – die helemaal niet uit was op een overlijdensrisicodekking in de vorm van een hoog vast bedrag – geweten dat hij daarvoor (al dan niet aanvullend) een ander product had moeten kiezen. De consument had dan in 2001 of 2007 of nadien kunnen staan op een herberekening van de poliswaarde door uit te gaan van een restitutedekking, omdat aan de genoemde nominale minimumbedragen toch geen waarde kon worden gehecht.
- Bij de inkoop van de Waerdye-eenheden werden onbekende – door de verzekeraar geheimgehouden – kosten en een doorsneerisicopremie ingehouden, over de hoogte waarvan dan ook geen wilsovereenstemming bestond.

Een voor wilsovereenstemming vereiste precisering van het deel van de premie dat voor dekking van het overlijdensrisico wordt aangewend, ontbreekt in de productdocumentatie, waardoor met de aanwijzingen dat sprake was van een disproportionele risicopremie en de voorhanden alternatieven (Tarief 74 (V)WE), alle aanleiding is om vast te stellen dat de doorsneerisicopremie onrechtmatig is ingehouden. De consument is dus door de verzekeraar misleid.

- De verzekeraar heeft bij de toepassing van de waarde-overzichten conform Model 3 De Ruiter vanaf 2008 niet de werkelijk ingehouden doorsneepremie verantwoord, maar heeft gedaan alsof inmiddels sprake was van een universal life verzekering, waarin de risicopremie werd gebaseerd op het risicokapitaal per datum van berekening van de premie. Dat in geval van de consument deze valsheid in geschrift zich aan het oog heeft onttrokken, als gevolg van het al in 2001 premievrij maken van de verzekeringen, maakt dat niet anders

Het verweer

2.22 De verzekeraar heeft samengevat gesteld dat ook in dit geval de richtinggevende uitspraak van de CvB over het Waerdye product (CvB 2017-043) leidend dient te zijn bij de beoordeling door de Geschillencommissie. Ten aanzien van de klacht over de overlijdensrisicodekking merkt de verzekeraar op dat de CvB in de uitspraak 2017-043 de systematiek (en de hoogte van de premie) van de overlijdensrisicoverzekering in een Waerdye verzekering reeds heeft beoordeeld en juist heeft bevonden en dat voor de advisering hieromtrent niet de verzekeraar maar de tussenpersoon moet worden aangesproken. De verzekeraar voert verder aan dat de consument zelf heeft gekozen voor een hoge gegarandeerde dekking bij overlijden en dat de consument gedurende de looptijd van de verzekeringen nooit heeft gekozen voor andere overlijdensrisico-dekkingen. Tot slot doet de verzekeraar bij dupliek een beroep op verjaring.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De klacht en vordering van de consument zien voor wat betreft de bij de verzekeringen in rekening gebrachte kosten op toepassing van de richtinggevende uitspraak ten aanzien van het Waerdye product (CvB 2017-043). Daarnaast stelt de consument dat hij zonder de door de verzekeraar gemaakte fouten had gekozen voor een tarief 74 (V)WE, wat inhoudt dat bij overlijden van de verzekerde sprake is van een 90% restitutedekking. 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 op de inhoudelijke behandeling van de klacht overgaat, gaat de commissie eerst in op het beroep van de verzekeraar op verjaring.

Is de vordering verjaard?

- 3.2 Uitgangspunt is dat nu de verzekeraar zich erop beroept dat de rechtsvorderingen tot betalen van schadevergoeding van de consument zijn verjaard, op de verzekeraar de last rust de feiten en omstandigheden te stellen waaruit kan volgen dat en wanneer de verjarings-termijn is gaan lopen.
- 3.3 De verzekeraar stelt zich, kort gezegd, op het standpunt dat de consument bij het premievrij maken van de verzekeringen per 1 oktober 2001 al op de hoogte was van het premievrije verzekerde kapitaal in Waerdye-eenheden. Door de premievrije waardes te accepteren is de consument akkoord gegaan met de kosten die daarin zijn verdisconteerd. Als de consument het niet eens was met de hoogte van de premievrije waardes (en de daarin verwerkte kosten), had hij binnen 5 jaar na de premievrijmaking vorderingen tot schadevergoeding kunnen en moeten instellen. Door dit na te laten heeft de consument deze termijn laten verstrijken en zijn de rechtsvorderingen tot schadevergoeding dus uiterlijk op 1 oktober 2006 verjaard.
- 3.4 Art. 3:310 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt, voor zover hier van belang, dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van vijf jaren na aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet de eis dat de benadeelde bekend is geworden met zowel de schade als de daarvoor aansprakelijke persoon aldus worden opgevat dat het hier gaat om een daadwerkelijke bekendheid, zodat het enkele vermoeden van het bestaan van schade niet volstaat. De verjaringstermijn van artikel 3:310 lid 1 BW begint pas te lopen op de dag na die waarop de benadeelde daadwerkelijk in staat is een rechtsvordering tot vergoeding van de door hem geleden schade in te stellen. Daarvan zal sprake zijn als de benadeelde voldoende zekerheid – die niet een absolute zekerheid hoeft te zijn – heeft verkregen dat schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon. Het antwoord op de vraag op welk tijdstip de verjaringstermijn is gaan lopen, is afhankelijk van de relevante omstandigheden van het geval. Onbekendheid met of onzekerheid over de juridische beoordeling van de feiten en omstandigheden die betrekking hebben op de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon, staat niet aan aanvang van de verjaringstermijn van artikel 3:310 lid 1 BW in de weg. Deze juridische beoordeling ziet echter niet op de kennis en het inzicht die nodig zijn om de deugdelijkheid van een geleverde prestatie te beoordelen. Het ontbreken van deze kennis of dit inzicht kan immers betekenen dat de benadeelde nog onvoldoende zekerheid heeft verkregen dat schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon.

Bij de beantwoording van de vraag op welk moment de benadeelde voldoende zekerheid heeft verkregen als hiervoor bedoeld, kan van belang zijn dat de benadeelde in zijn verhouding tot de aangesprokene mocht vertrouwen op diens deskundigheid en dat hij in verband daarmee (nog) geen reden had om te twijfelen aan de deugdelijkheid van diens handelen. Onder omstandigheden kan een benadeelde dan ook pas geacht worden voldoende zekerheid te hebben dat hij schade heeft geleden als gevolg van tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon, wanneer hij kennis heeft gekregen van een juridisch advies of een rechterlijk oordeel.¹

- 3.5 Uit de stukken valt op te maken dat de consument zich op 14 maart 2008 voor het eerst tot de verzekeraar heeft gewend en daarbij stuitingsbrieven heeft gestuurd. De verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat de consument al ten minste vijf jaar eerder een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen van de verzekeraar en in de gevorderde schade dat hij daadwerkelijk in staat was zijn vordering toen al in te stellen. Dit was, anders dan de verzekeraar stelt, nog niet het geval nadat de consument de premievrije waardes (en de daarin verwerkte kosten) op 1 oktober 2001 heeft aanvaard. Niet is gebleken dat de consument toen al op de hoogte was van het feit dat de verzekeraar bepaalde kosten in rekening bracht waarover bij gebrek aan grondslag in de productdocumentatie geen wils-overeenstemming bestond, zodat hij de verzekeraar daarop had kunnen aanspreken. Dit geldt ook voor de door de consument gestelde tekortkomingen van de verzekeraar in zijn informatieverplichtingen voorafgaand aan het afsluiten van de verzekeringen en tijdens de looptijd van de verzekeringen. De commissie verwerpt daarom het verweer van de verzekeraar dat de rechtsvorderingen van de consument in 2008 al waren verjaard.
- 3.6 Vervolgens heeft de consument de verzekeraar in 2010 en in 2012 brieven gestuurd waarin hij de verzekeraar aansprakelijk stelt en de verjaring van zijn (rechts)vorderingen op de verzekeraar stuit, waarna hij zich binnen vijf jaar in 2014 opnieuw tot de verzekeraar heeft gewend met klachten over de verzekeringen. De slotsom is dat niet is komen vast te staan dat de rechtsvorderingen tot vergoeding van de in deze procedure gestelde schade ten tijde van het indienen van de klacht in 2014 reeds waren verjaard, zodat het verjaringsverweer van de verzekeraar niet slaagt.
- 3.7 Uit het voorgaande volgt dat de commissie toekomt aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht van de consument.

De algemene voorwaarden

- 3.8 De commissie stelt vast dat de voorwaarden die op de verzekeringen van toepassing zijn niet door partijen zijn overgelegd.

¹ Zie HR 9 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1603, 3.3.2 en 3.3.3.

Aangezien de ontvangst van de voorwaarden door de consument niet wordt betwist en de commissie uit andere zaken ambtshalve bekend is met de inhoud ervan, zal de commissie de voorwaarden betrekken in haar beoordeling.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen? Toepassing van uitspraak CvB 2017-043.

- 3.9 De vraag of de consument op grond van enige (aanvullende) informatieplicht moest worden geïnformeerd over de afzonderlijke kostensoorten en of de verzekeraar aan die verplichting heeft voldaan, moet worden onderscheiden van de vraag wat de verzekeraar met de consument over het in rekening brengen van deze kosten is overeengekomen (zie CvB 2017-043, overweging 5.8). Daarbij geldt als uitgangspunt dat de inhoud van de tussen partijen gesloten overeenkomst niet alleen wordt bepaald door de formulering ervan. Bij de uitleg van de verzekering kan immers niet worden volstaan met een zuiver taalkundige uitleg van de bepalingen van de polis en de verzekeringsvoorwaarden, maar komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan de bepalingen van de polis en de verzekeringsvoorwaarden mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (het zogenoemde Haviltex-criterium). Het voorgaande wordt niet anders indien de kosten niet behoren tot de essentiële prestaties van de verzekeringsovereenkomst. Zo kan de regeling van de kosten in de betrokken verzekeringsovereenkomst zodanig zijn opgezet dat daaraan in redelijkheid de slotsom is te verbinden dat een niet genoemde kostensoort in de verhouding tussen de bij die overeenkomst betrokken partijen als niet overeengekomen buiten aanmerking dient te worden gelaten.
- 3.10 Aangenomen wordt dat de verzekeraar ten tijde van het sluiten van de verzekeringen aan de consument informatie heeft verstrekt door middel van polis I, polis II en de algemene voorwaarden (zie 2.4). Uit deze productdocumentatie kan opgemaakt worden dat de premie in de verzekeringen bestaat uit drie delen, te weten een deel voor de op te bouwen uitkering bij leven, een deel voor de eventueel te betalen uitkering bij overlijden en een deel voor de door de maatschappij te betalen kosten. Verder heeft de verzekeraar alleen concrete informatie verstrekt over de kosten van beheer en administratie. Die kosten bedroegen volgens artikel 10 lid 3 sub c van de voorwaarden op jaarbasis 3/4 %. Verder worden op polis II poliskosten ad NLG 3,50 (€ 1,59) vermeld. De verzekeraar heeft in de voorwaarden, polis I en polis II nergens vermeld dat hij de premie ook zou aanwenden voor andere (soorten) kosten. Dat viel ook niet af te leiden uit artikel 11 lid 1 van de voorwaarden waar stond vermeld dat met de opbouwpremie wordt bedoeld de voor de verzekering verschuldigde premie minus daarin begrepen kostenopslagen. De consument hoefde er verder geen rekening mee te houden dat naast de in de productdocumentatie wel (expliciet) vermelde kosten nog meer of andere kosten door de verzekeraar in rekening gebracht zouden worden.

De verzekeraar mocht op zijn beurt redelijkerwijs niet aannemen dat de consument instemde met het in rekening brengen van andere kosten. Over andere dan de genoemde kosten(soorten) bestond derhalve geen wilsovereenstemming zodat deze niet in rekening gebracht hadden mogen worden.

Is sprake van onrechtmatig ingehouden fondsbeheerkosten en distributievergoeding?

- 3.11 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in de koers van het fonds en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument belegt. De door de consument genoemde distributievergoeding maakt deel uit van deze fondsbeheerkosten. 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.
- 3.12 De consument heeft de verzekeringen vóór 1 oktober 1998 afgesloten. Op dat moment was nog geen sprake van een verplichting voor de verzekeraars om verzekeringnemers over de fondsbeheerkosten (inclusief de distributievergoeding) te informeren (zie CvB 2017-035, overweging 4.30), zodat dit klachtonderdeel geen nadere behandeling behoeft.

Is de verzekeraar tekortgeschoten in zijn informatieverplichtingen over de overlijdensrisicoverzekeringen en de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremies?

- 3.13 De consument stelt samengevat dat de verzekeraar de berekening van de vaste doorsneepremie en de mogelijkheden van tarief 74 (V)WE voor de consument verborgen heeft gehouden, dat het Waerdye product ongeschikt is voor het afdekken van het overlijdensrisico en dat over de disproportioneel hoge doorsneerisicopremie die door de verzekeraar voor de overlijdensrisicodekking in rekening werd gebracht geen wilsovereenstemming bestond.
- 3.14 De commissie stelt allereerst vast dat ten tijde van het afsluiten van de verzekeringen in 1988 geen verplichting bestond voor de verzekeraar tot het verstrekken van informatie aan de consument over de hoogte of de wijze van berekening van de overlijdensrisicopremie. Uit de productdocumentatie (waaronder de polissen) die bij het afsluiten van de verzekeringen werd verstrekt, blijkt duidelijk dat in de verzekeringen dekking voor het overlijdensrisico is opgenomen. Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekkingen risicopremies staan en dat die dus onderdeel waren van de maandelijks te betalen bruto premies. Het in rekening brengen van de risicopremies vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomsten. De klacht van de consument dat geen sprake is van wilsovereenstemming over de overlijdensrisicopremies die door de verzekeraar in rekening zijn gebracht kan dan ook niet slagen.

Dat er in vergelijking tot andere beleggingsverzekeringen met een soortgelijke overlijdensrisicodekking sprake zou zijn geweest van disproportionele hoge overlijdensrisicopremies, is de commissie niet gebleken. Dat dit anders zou zijn wordt niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument, zodat ook dit klachtonderdeel niet slaagt.

Andere keuze?

- 3.15 Ten aanzien van de stelling van de consument dat hij in 1988 andere overlijdensrisicodekkingen had willen kiezen, merkt de commissie het volgende op. De consument heeft in 1988 kennelijk na uitleg en advisering door een tussenpersoon gekozen voor overlijdensrisicodekkingen met een gegarandeerd minimaal vast bedrag als uitkering bij overlijden, te weten een bedrag van NLG 123.393 (€ 55.993,30) ten aanzien van verzekering I en een bedrag van NLG 214.817 (€ 97.479,70) ten aanzien van verzekering II. Dit blijkt uit de door de consument ingevulde en ondertekende aanvraagformulieren (zie 2.5 en 2.7) en de nadien verstrekte polisbladen (zie 2.6 en 2.8). Dit dient dan ook als uitgangspunt genomen te worden. Dat de consument bij het afsluiten van de verzekeringen in 1988 een andere overlijdensrisicodekking (restitutiedekking van 90%, dat is tarief 74 (V)WE van de verzekeraar) had gewenst en dat dergelijke alternatieven door de verzekeraar voor de tussenpersoon en de consument verborgen zouden zijn gehouden, zoals door de consument gesteld, wordt onvoldoende concreet onderbouwd, vindt geen steun in de in het dossier aanwezige stukken en acht de commissie evenmin voldoende aannemelijk gemaakt.
- 3.16 De consument stelt in dit kader dat het Waerdye product niet geschikt is voor het afdekken van gewenste vaste bedragen bij voortijdig overlijden, omdat slechts een aantal Waerdye-eenheden tegen een nominale waarde is verzekerd, welke waarde niet langer gegarandeerd is dan tot de eerstvolgende premievervaldatum. Uit de werking van het product blijkt weliswaar dat als gevolg van de Waerdye systematiek de waarde van de dekking bij overlijden kan variëren, maar de commissie is niet gebleken dat gedurende de periode dat voor de Waerdye verzekering premie werd betaald de verzekeraar in het geval de verzekerde voor de einddatum van de verzekeringen zou komen te overlijden, niet minimaal de op dat moment op de van toepassing zijnde polis(sen) genoemde vaste bedragen als gegarandeerd bedrag zou uitkeren. Zie ook CvB 2021-0036 r.o. 5.21-5.26. Voor zover de consument erover heeft geklaagd dat de verzekeraar hem er niet op heeft gewezen dat de minimale uitkering bij overlijden zou komen te vervallen bij het premievrij maken van de verzekeringen, is de commissie niet gebleken dat de consument hierdoor schade heeft geleden. Ook dit onderdeel van de klacht van de consument kan niet slagen.

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

3.17 De consument stelt dat de verzekeraar ook gedurende de looptijd van de verzekeringen heeft verzuimd de consument de ware aard van de aan de verzekeringen verbonden overlijdensrisicodekking met de daarbij horende disproportioneel hoge ‘doorsneepremies’ toe te lichten en dat de verzekeraar ten onrechte geen productinformatie heeft verstrekt over het alternatief van Tarief 74 (V)WE. De commissie stelt vast dat de verzekeraar, na het afsluiten van de verzekeringen door de consument met de daarbij door de consument gekozen overlijdensrisicodekking, de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van de verzekeringen. Vanaf 2008 waren deze overzichten opgesteld op basis van een (standaard)-model conform de aanbevelingen van de Commissie de Ruiter. Bovendien heeft de verzekeraar de consument (zie 2.16) gewaarschuwd voor tegenvallende beleggingsresultaten en de consument geadviseerd hierover contact op te nemen met de tussenpersoon. Op de verzekeraar rustte geen verplichting om daarnaast meer of andere informatie te verstrekken. Voor zover de consument meent dat de overlijdensrisicodekkingen tussentijds gewijzigd hadden 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 verzekerings-technisch advies. Tussen de verzekeraar en de consument bestaat immers geen adviesrelatie. Het was aan de consument zelf om, al dan niet na advies van zijn tussenpersoon of na elders ingewonnen advies, gedurende de looptijd van de verzekeringen te bepalen of de verzekeringen aanpassing behoefden en of hij in dat kader de overlijdensrisicoverzekeringen wilde aanpassen en of hij in het verlengde daarvan de mogelijke (fiscale) gevolgen daarvan wilde aanvaarden. De omstandigheid dat de overlijdensrisicodekkingen niet tussentijds zijn aangepast, kan dan ook niet aan de verzekeraar worden toegerekend.

Waarde-overzichten conform Model 3 De Ruiter en overlijdensrisicopremie

3.18 De consument stelt, kort gezegd, dat de vermelding van de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie op de zogenoemde Model 3 waarde-overzichten onjuistheden of onrechtmatigheden bevatten. De consument onderbouwt of concretiseert deze stelling verder niet. Met name is niet duidelijk welke specifieke informatie op welke concrete punten onjuist was en welke schade de consument daardoor heeft geleden, zodat dit klacht-onderdeel als onvoldoende onderbouwd geen nadere bespreking behoeft.

Conclusie

3.19 De verzekeraar heeft de consument voldoende geïnformeerd omtrent de op de verzekeringen van toepassing zijnde overlijdensrisicodekking. Over de voor de overlijdensrisicodekking in rekening gebrachte risicopremies bestaat wilsovereenstemming. De commissie is echter van oordeel dat niet alle door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten zijn overeengekomen.

De commissie sluit daarbij aan bij eerdere uitspraken van Kifid met betrekking tot het Waerdye product van de verzekeraar, zoals onder andere: CvB 2017-043 en CvB 2021-0036. Van de door de consument gestelde tekortkomingen in de (na)zorgverplichtingen is de commissie niet gebleken.

3.20 Het voorgaande brengt mee dat de vordering van de consument deels wordt toegewezen. In die zin dat de verzekeraar de afkoopwaarden van de verzekeringen opnieuw dient vast te stellen waarbij (naast de TER) alleen de (expliciet) vermelde kosten, zoals hierboven overwogen onder punt 3.10, in aanmerking mogen worden genomen. De commissie gaat er daarbij vanuit dat de verzekeraar op hoofdlijnen inzichtelijk maakt op welke wijze de herberekeningen hebben plaatsgevonden. De commissie zal bepalen dat de verzekeraar de kosten van de gemachtigde van de consument vergoedt overeenkomstig het volgens het toepasselijke reglement daarvoor geldende tarief.

3.21 Alle overige stellingen en argumenten van partijen kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

4. De beslissing

De commissie stelt bij wijze van bindend advies vast dat de verzekeraar gehouden is om binnen een termijn van vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd:

- de afkoop- respectievelijk expiratiewaarde van de verzekeringen per de afkoop- respectievelijk uitkeringsdatum van de verzekeringen opnieuw vast te stellen waarbij (naast de TER) alleen de kosten van beheer en administratie, genoemd in artikel 10 lid 3 onder c van de voorwaarden, en ten aanzien van verzekering II daarnaast de poliskosten van NLG 3,50 (€ 1,59) in aanmerking mogen worden genomen;
- over het verschil tussen de opnieuw vast te stellen afkoop- respectievelijk expiratiewaarde en de oorspronkelijk vastgestelde afkoop- respectievelijk expiratiewaarde de wettelijke rente te vergoeden vanaf de afkoop- respectievelijk uitkeringsdatum van de verzekeringen tot de datum van voldoening;
- de door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 2.163,- (drie punten Liquidatietarief rechtbanken III) te vergoeden.

Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

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 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).