

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0894  
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, leden en  
mr. B.C. Donker, 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 : 20 oktober 2021  
Aard uitspraak : Bindend advies  
Uitkomst : Vordering afgewezen  
Bijlage : Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

## **Samenvatting**

Beleggingsverzekeringen in Waerdye-eenheden, afgesloten in 1987. 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. De vorderingen zijn (absoluut) verjaard, 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 Commissie van Beroep (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 verweer en bij 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 november 1987 een tweetal beleggingsverzekeringen onder de naam Waerdye Levensverzekering, (hierna gezamenlijk: de verzekeringen), gesloten bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit betreffen unit-linked verzekeringen. De eerste verzekering (hierna: verzekering I) met polisnummer [nummer I] heeft een inlegpremie van f 284,58 (€ 129,14) per maand. Bij het afsluiten van verzekering I is de waarde van een eerder door de consument afgesloten levensverzekering (met polisnummer [nummer III]) ingebracht. De einddatum van verzekering I is bij aanvang gesteld op 1 november 2017.
- 2.2 De tweede verzekering (hierna: verzekering II) met polisnummer [nummer II] heeft een lijfrenteclausule en een inlegpremie van f 189,71 (€ 86,09) per maand. Bij het afsluiten van verzekering II is de waarde van een eerder door de consument afgesloten levensverzekering (met polisnummer [nummer IV]) ingebracht. De einddatum van verzekering II is bij het afsluiten eveneens gesteld op 1 november 2017.
- 2.3 Bij 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 polisblad gedateerd 1 december 1987 (hierna polis I)
- de voorwaarden van Waerdye Levensverzekering, model WEI (niet overgelegd)

Verzekering II

- een polisblad gedateerd 1 december 1987 (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 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.*

*(...)*

*Polisnummer : [nummer I]                      Tarief : 2IWE (...)*

*Verzekerd kapitaal, vastgesteld per 01-03-1988 en geldend tot de daarop volgende premievervaldag:*

<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-eenheden</u>	<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-eenheden</u>
Robeco	86.071	Rorento	66.235
Rolinco	–	Rodamco	–

*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 135.000,-.*

*De premie bedraagt F 284,38 per maand, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-11-2017, te voldoen op de 01e van iedere maand, voor het eerst op 01-11-1987.*

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

Robeco	F	142,29	Rorento	F	142,29
Rolinco	F	,-	Rodamco	F	,- (...)

Poliskosten F 3,50 (...)

Clausulenummer 10

De verzekering met polisnummer [nummer I] is onverbreekelijk verbonden aan de verzekering met polisnummer [nummer II]. (...)

Clausulenummer 12

In de verzekering is opgenomen de waarde van de verzekering met polisnummer [nummer III] welke verzekering door de afgifte van deze polis is vervallen. (...)"

## 2.6 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.

(...)

Polisnummer : [nummer II]                      Tarief : 2IWE (...)  
Verzekerd kapitaal, vastgesteld per 01-03-1988 en geldend tot de daarop volgende premievervaldag:

<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>	<u>Fonds</u>	<u>Waerdye-Eenheden</u>
Robeco	57.378	Rorento	44.156
Rolinco	–	Rodamco	–

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 90.000,-.

De premie bedraagt F 189,71 per maand, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-11-2017, te voldoen op de 01e van iedere maand, voor het eerst op 01-11-1987.

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

Robeco	F	94,85	Rorento	F	94,85
Rolinco	F	,-	Rodamco	F	,- (...)

Poliskosten F 3,50 (...)"

*Clausulenummer 10*

De verzekering met polisnummer [nummer II] is onverbreekelijk verbonden aan de verzekering met polisnummer [nummer I]. (...)

*Clausulenummer 12*

In de verzekering is opgenomen de waarde van de verzekering met polisnummer [nummer IV] welke verzekering door de afgifte van deze polis is vervallen. (...)"

- 2.7 Met ingang van 21 april 1988 is verzekering I tot zekerheid verpand in verband met het afsluiten van een hypothecaire geldlening. De consument heeft naar aanleiding hiervan een nieuw polisblad van de verzekeraar ontvangen.
- 2.8 Gedurende de looptijd heeft er met betrekking tot verzekering I een aantal wijzigingen plaatsgevonden, naar aanleiding waarvan de verzekeraar de consument nieuwe polisbladen heeft verstrekt.
- 2.9 Per brief van 24 januari 1997 heeft de verzekeraar de consument bericht de verzekeringen aan te passen en heeft de daarmee verband houdende nieuwe voorwaarden (model WE4) voor de verzekeringen toegestuurd aan de consument.
- 2.10 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.
- 2.11 Per brief van 14 oktober 2008 heeft de consument de verzekeraar ter zake van de verzekeringen aansprakelijk gesteld. In deze brief staat onder andere het volgende:  
“(...)  
In het verleden heb ik bij uw maatschappij één of meerdere beleggingsverzekering(en) afgesloten. Het betreft hier (onder andere) de verzekeringen met de volgende polisnummers (...)

[nummer I]

[nummer II]

Uit de media begrijp ik dat het rendement dat men redelijkerwijze op deze beleggingsverzekeringen zou verwachten wellicht niet zal worden behaald. Uit die berichten blijkt dat er twee mogelijke (mede)oorzaken zijn voor deze tegenvallende resultaten.

1. Uw maatschappij heeft onredelijke hoge (administratie)kosten in rekening gebracht.
2. Ter afdekking van het overlijdensrisico heeft uw maatschappij premies gehanteerd die verre van marktconform waren en zijn.

*Ik stel uw maatschappij uitdrukkelijk aansprakelijk voor de schade, te vermeerderen met de wettelijke rente, die ik lijd en mogelijk nog zal lijden als gevolg van bovenvermeld handelen voor zover van een dergelijk handelen sprake is.*

*U dient deze brief tevens te beschouwen als een stuiting van de verjaring van mijn (mogelijke) rechtsvorderingen op uw maatschappij als bedoeld in artikel 3:317 BW. (...)"*

- 2.12 Per brieven van 7 mei 2009 heeft de verzekeraar op de aansprakelijkstelling gereageerd.
- 2.13 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling is de consument in november 2011 per brief door de verzekeraar geïnformeerd dat ten aanzien van verzekering II eenmalig een bedrag in de verzekering wordt gestort van € 3.967,50 voor te hoge kosten die in het verleden in rekening zijn gebracht en dat hij, zolang premie wordt betaald, een jaarlijkse vergoeding van € 228,31 ontvangt voor de te hoge kosten.
- 2.14 Per brief van 22 december 2011 heeft de verzekeraar de consument gewezen op keuzemogelijkheden met betrekking tot verzekering II en heeft daarbij een bijdrage van € 125,- in de advieskosten aangeboden bij een gesprek hierover met zijn tussenpersoon.
- 2.15 In het kader van de compensatieregeling is de consument in maart 2012 per brief door de verzekeraar geïnformeerd dat ten aanzien van verzekering I eenmalig een bedrag van € 6.798,43 in de verzekering wordt gestort voor te hoge kosten die in het verleden in rekening zijn gebracht en dat hij, zolang premie wordt betaald, een jaarlijkse vergoeding van € 353,12 ontvangt voor te hoge kosten.
- 2.16 In augustus 2013 heeft de verzekeraar de consument ten aanzien van de verzekeringen waarde-overzichten over de periode 2011-2012 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 verzekeringen achterblijft bij zijn verwachtingen, hiervoor contact op te nemen met zijn tussenpersoon.
- 2.17 De consument heeft per brief van 23 april 2014 over de verzekeringen een klacht ingediend bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft hier per brief van 6 mei 2014 op gereageerd. De consument heeft vervolgens per brief van 30 juni 2014 zijn klacht voorgelegd aan de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Laatstgenoemde heeft partijen per brief van 7 november 2014 geïnformeerd dat hij de klacht ter behandeling doorstuurt naar de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening.

*De klacht en vordering*

2.18 De consument heeft bij replek zijn oorspronkelijke vorderingen gewijzigd en vordert thans 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 van de verzekeringen op basis van de keuze met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum van de verzekeringen voor een 90%-restitutiedekking bij overlijden, tarief 74 (V)WE (met bonuseenheden), te vermeerderen met onverschuldigd betaalde distributievergoeding en met wettelijke rente vanaf afkoopdatum. Gelet op de niet traceerbare fondsplitsingen en het beleggen in 2 afzonderlijke fondsen (die ook nog eens onderhevig zijn geweest aan discontinue respectievelijk disruptieve naamsveranderingen), is de consument niet in staat een volledige becijfering van de schade te overleggen. De schatting die door de consument is gemaakt betreft de gezamenlijk voor de twee polissen betaalde premie “weg te zetten” tegen de wettelijk rente, als ware sprake van het met terugwerkende kracht ontbinden van de overeenkomst. Dit is niet de primaire eis maar de enige manier om de hoogte van de vordering te indiceren en komt uit op een vordering op dit moment (in 2021) van € 15.548,00. 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 en dient de door de verzekeraar te maken herberekening plaats te vinden conform een transparant te maken Waerdye-systematiek die traceerbaar is voor een door Kifid aan te wijzen onafhankelijke actuaris respectievelijk levensverzekeringswiskundige.

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

- Een niet genoemde kostensoort dient in de verhouding tussen de bij de verzekeringsovereenkomst betrokken partijen als niet overeengekomen buiten aanmerking 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 1987, noch in 2001 of 2007 of nadien de werking van de Waerdye-systematiek uitgelegd. Ook Tarief 74 (V)WE, dat uitging van een zogeheten 90% restitutedekking, zodat de angel uit de disproportioneel hoge doorsneerisicopremie werd gehaald, is noch aan de consument, noch aan de tussenpersoon uitgelegd. 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, dan 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 en 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 wils-overeenstemming 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 risico-premie 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, valsheid in geschrift gepleegd door niet de ware ingehouden doorsneepremie op de jaarlijkse waarde overzichten te vermelden, maar te doen alsof de Waerdye-systematiek inmiddels was verlaten voor een beleggings-verzekering van het type universal life.

#### *Het verweer*

2.20 De verzekeraar heeft zich primair op het standpunt gesteld dat de rechtsvorderingen tot vernietiging wegens dwaling en de rechtsvorderingen tot schadevergoeding 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. Met betrekking tot de vordering van de onverschuldigd betaalde distributievergoeding verwijst de verzekeraar naar een eerdere uitspraak van de Geschillencommissie (2020-952) waarin een dergelijke vordering is afgewezen.



### **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 erop beroept dat hij schade heeft geleden doordat de verzekeraar voorafgaand aan of bij de totstandkoming van de verzekeringen te kort is geschoten in zijn zorgplicht en/of onrechtmatig zou hebben gehandeld door onvoldoende of onvolledige informatie te verschaffen over de (werking van de) verzekeringen, de daarbij door de consument gekozen overlijdensrisicodekking en de zogenoemde distributievergoeding of dat hij de kosten heeft berekend, terwijl daarover geen wilsovereenstemming bestond, is de verjaringstermijn van twintig jaren bij het afsluiten van de verzekeringen op 1 november 1987 gaan lopen. Uit de stukken valt op te maken dat de consument voor het eerst op 14 oktober 2008 bij de verzekeraar heeft geklaagd. De absolute verjaringstermijn van twintig jaren was op dat moment al verstreken. De (rechts)vorderingen van de consument zijn in zoverre verjaard.

3.5 De commissie zal in het navolgende de met de verjaarde vorderingen verband houdende klachtonderdelen verder 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 verzekeringen?*

- 3.6 De consument stelt dat de verzekeraar ook na het sluiten van de verzekeringen heeft verzuimd de ware aard van de disproportioneel hoge ‘doorsneepremie’ van de aan de verzekeringen verbonden overlijdensrisicodekking toe te lichten en ten onrechte niet heeft gewezen op het alternatief van Tarief 74 (V)WE. De commissie stelt vast dat de verzekeraar de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van zijn verzekeringen. Vanaf 2008 waren deze overzichten opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiters. De verzekeraar heeft gereageerd op de aansprakelijkstelling van de consument en heeft diverse malen gewaarschuwd voor tegenvallende beleggingsresultaten en de consument er daarbij op gewezen dat hij zich voor vragen of advies over aanpassingsmogelijkheden van zijn verzekeringen tot zijn bij de verzekeringen betrokken tussenpersoon kon wenden (zie 2.14 en 2.16). Op de verzekeraar rustte geen verplichting om meer of andere informatie te verstrekken en/of meer of anders te doen dan hij heeft gedaan.
- 3.7 Voor zover de consument meent dat de overlijdensrisicodekking van de verzekeringen 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 zelf om bij vragen of behoefte aan advies over de aanpassingsmogelijkheden van zijn verzekeringen 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(en) wilde aanpassen en in het verlengde daarvan of hij de mogelijke (fiscale) gevolgen daarvan wilde aanvaarden. De omstandigheid dat de overlijdensrisicodekkingen, zoals de consument nu stelt, ten onrechte niet tussentijds zijn aangepast, kan dan ook niet aan de verzekeraar worden toegerekend.

*Waarde-overzichten conform Model 3 De Ruiters en overlijdensrisicopremie*

- 3.8 De consument stelt, kort gezegd, dat er ter zake van de vermelding door de verzekeraar van de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie op de zogenoemde Model 3 waarde-overzichten zich onjuistheden of onrechtmatigheden hebben voorgedaan, maar onderbouwt of concretiseert deze stelling niet nader. Met name is niet duidelijk welke specifieke informatie onjuist was, hoe die informatie volgens de consument dan wel had moeten luiden en waarom de consument als gevolg daarvan schade heeft geleden, zodat dit klachtonderdeel als onvoldoende onderbouwd geen nadere bespreking behoeft.

*Conclusie*

- 3.9 Samenvattend is de commissie van oordeel dat de rechtsvordering(en) van de consument tot schadevergoeding zijn verjaard en dat voor het overige niet is gebleken dat de verzekeraar gedurende de looptijd van de verzekeringen tegenover de consument zou zijn tekortgeschoten, zodat alle vorderingen van de consument dienen te worden afgewezen.
- 3.10 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).