

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0900
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. E.L.A. van Emden, drs. W. Dullemond, leden en
mr. G. Atasoy-Mähler, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 21 september 2020
Ingediend door : De consument, vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims)
Tegen : Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V., gevestigd te Apeldoorn,
verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 22 oktober 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen
Bijlagen : Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering, afgesloten in 1999. Vorderingen zijn niet verjaard. De consument heeft diverse klachten over de verzekering. De commissie stelt vast dat de consument over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover wilsovereenstemming tussen partijen bestaat. De commissie verwerpt de standpunten van de consument over de opzegmogelijkheid van de consument, oneerlijke bedingen, zelfverrijking, dwaling en bedrog. Anders dan de consument aanvoert, bestaat tussen de verzekeraar en de consument geen beleggingsadviesrelatie of vermogensbeheerrelatie. De commissie volgt de consument bovendien niet in zijn stelling dat de verzekeraar ervoor had dienen te zorgen dat de waarde in zijn beleggingsverzekering altijd gelijkelijk verdeeld moest zijn over tien verschillende aandelen en de verzekeraar “rebalancing” van de waarde had moeten uitvoeren en dat de verzekeraar de consument in 2014 had moeten waarschuwen dat hij de waarde van zijn polis (deels) zou kunnen verliezen bij een deelname in het Avéro Achmea Mixfonds. De vorderingen worden afgewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar reglement (hierna: het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:
- het klachtformulier van de consument,
 - het verweerschrift van de verzekeraar,
 - de repliek van de consument en
 - de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

- 1.3 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 mei 1999 een beleggingsverzekering met de naam Levob Hollandsch Glorie, (hierna: de verzekering), gesloten bij (een rechtsvoorganger van) de verzekeraar. De verzekering is verpand aan OV Bank N.V. en dient ter aflossing van (een deel van) een hypothecaire geldlening.
- 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 is volgens opgave van de verzekeraar de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:
- een offerte (niet overgelegd)
 - een aanvraagformulier getekend op 14 februari 1999
 - een polisblad gedateerd 26 mei 1999
 - een brochure, genaamd: “Aanvullend pensioen? De Levob Hollandsch Glorie Polis. Dàt is het.”
 - de Algemene Voorwaarden van een Beleggingsverzekering model 5-98
 - de Aanvullende Voorwaarden Hollandsch Glorie Polis (code 107)
- 2.4 Op de verzekering is de is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1998 van toepassing.

2.5 Op het aanvraagformulier staat onder andere het volgende:

“(…)

VERDELING PREMIE (in %) NAAR FONDSEN

	doorlopende premie		koopsom/ extra premie	
ABN Amro	10	%	_____	%
Kon. Ahold	10	%	_____	%
Akzo Nobel	10	%	_____	%
Elsevier	10	%	_____	%
Heineken	10	%	_____	%
ING Groep	10	%	_____	%
Kon. Olie	10	%	_____	%
KPN	10	%	_____	%
Telegraaf	-	%	_____	%
Unilever	10	%	_____	%
Stallingsfonds	10	%	_____	%

Indien niets is ingevuld zal de premie evenredig over de 10 aandelenfondsen worden verdeeld

(…)

Ondergetekende (verzekeringnemer) verklaart zich akkoord met de toepassing van de Algemene Voorwaarden. Deze Voorwaarden liggen ter inzage bij Levob Levensverzekering N.V. te Leusden en worden op verzoek vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst toegezonden, maar in elk geval afgegeven bij de polis. (…)

2.6 Op het polisblad staat onder andere het volgende:

“(…)

VERZEKERD BEDRAG Bij in leven zijn van de verzekerde op 01-05-2024 wordt de Geldswaarde van de aan deze verzekering toegewezen Beleggingseenheden uitgekeerd. Terstond na het eerder overlijden van de verzekerde wordt de Geldswaarde van de op het moment van overlijden aan deze verzekering toegewezen Beleggingseenheden uitgekeerd. Indien het overlijden van de verzekerde plaatsvindt binnen de periode die aanvangt op de ingangsdatum en eindigt een dag nadat de eerste helft van de verzekeringsduur is verstreken, zal de Geldswaarde worden verhoogd met 10%. Elke aanpassing van de verzekering als gevolg van een verhoging van de premie zal in dit verband als een afzonderlijke verzekering worden beschouwd.

PREMIE	Premie te voldoen per maand van 01-05-1999 tot 01-05-2024	f 239,69
EXTRA PREMIE	Te voldoen op 01-05-1999	f 14.758,00

BELEGGING	Het in de premie begrepen Beleggingsbestanddeel bedraagt per maand	f 232,50
	Het in de extra premie begrepen Beleggingsbestanddeel bedraagt	f 14.020,10
(...)		
BIJ DEZE POLIS BEHOREN	De voorwaarden/clausules: Algemene voorwaarden van een Beleggingsverzekering model 5-98 Optie(s) Beleggingsverzekering (code 96) Aanvullende voorwaarden Hollandsch Glorie Polis (code 107)	
VERPANDING	Krachtens overeenkomst tussen de verzekeringnemer en de eerste begunstigde (als geldgeefster) zijn alle uit deze verzekering voortvloeiende rechten in pand gegeven aan de eerste begunstigde die de aanwijzing van haarzelf als eerste begunstigde alsmede deze verpanding heeft aanvaard. (...)	

2.7 In de “Algemene Voorwaarden van een Beleggingsverzekering model 5-98” staat onder andere het volgende:

“(...) Artikel 1 DEFINITIES

(...) Beleggingsbestanddeel: het voor de belegging in een Fonds beschikbaar gedeelte van de betaalde premies;

Beleggingseenheden: het aantal eenheden van het aangewezen Fonds dat voor het in de betaalde premie begrepen Beleggingsbestanddeel kan worden verkregen;

Beleggingsrekening: de rekening waarop het aantal Beleggingseenheden wordt geadmistreerd dat ten behoeve van de onderhavige verzekering wordt aangehouden;

(...) Artikel 10 OPZEGTERMIJN

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na de afgifte van de polis op te zeggen, mits de opzegging in schriftelijke vorm aan de maatschappij geschiedt onder overlegging van de originele polis. Hierbij geldt dat een eventueel reeds betaalde premie door de maatschappij zal worden gerestitueerd. Indien en voorzover echter het beleggingsrisico ingevolge de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst voor de verzekeringnemer komt, blijft een eventueel na het tijdstip van de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst opgetreden waardevermindering van de beleggingen geheel voor rekening van de verzekeringnemer. Een na genoemd tijdstip opgetreden waardevermeerdering daarentegen komt de verzekeringnemer geheel ten goede.

(...) Artikel 12 BELASTINGEN EN KOSTEN

Belastingen en andere (wettelijke) heffingen - onder welke benaming dan ook - in verband met de verzekering, alsmede alle door de maatschappij gemaakte kosten ter uitvoering of wijziging van de verzekeringsovereenkomst of ter uitoefening van enig daaruit voortvloeiend recht, zullen door haar in rekening kunnen worden gebracht aan de verzekeringnemer of aan degene te wiens behoeve deze zijn gemaakt. (...)

2.8 In de “Aanvullende voorwaarden Hollandsch Glorie Polis (code 107)” staat onder andere het volgende:

“(...) BELEGGINGSEENHEDEN

Het beleggingsbestanddeel van een door de maatschappij ontvangen premie zal worden omgerekend in Beleggingseenheden tegen de Koers zoals deze van kracht is op de eerste werkdag volgende op die waarin de premie op een rekening van de maatschappij is bijgeschreven.

BELEGGINGSREKENING

De Beleggingseenheden worden gescheiden van het overige vermogen van de maatschappij geadmistreerd. Toevoegingen aan de Beleggingsrekening geschieden door:

- *de uit hoofde van de premiebetaling verkregen Beleggingseenheden;*
- *verwerking van vermogensrechtelijke voordelen in de ruimste zin van het woord, behaald met de tot de Beleggingsrekening behorende vermogenswaarden. (...)*

Onttrekkingen aan de Beleggingsrekening geschieden door:

- *uitkeringen, waaronder begrepen (gedeeltelijke) afkopen;*
- *de voor beheer verschuldigde maandelijkse vergoeding. (...)*
- *de met een aankoop van Beleggingseenheden in een Fonds verband houdende aankoopkosten. (...)*
- *de met een verkoop van Beleggingseenheden uit een Fonds verband houdende verkoopkosten. (...)*
- *de bij de wisseling van Fonds verschuldigde nominale vergoeding. (...)*
- *de incidentele vergoeding aan de maatschappij die verband houdt met de over een (gedeelte van een) verzekeringsjaar vastgestelde koersstijging van een onderliggend Fonds. Indien in enig verzekeringsjaar de na de laatste dag van het verzekeringsjaar eerst tot stand gekomen Koers van een onderliggend Fonds met meer dan 12% uitstijgt ten opzichte van de eerstvastgestelde Koers in dat verzekeringsjaar, is - voor elk onderliggend Fonds dat een zodanige koersstijging kent - een vergoeding aan de maatschappij verschuldigd. Deze vergoeding wordt vastgesteld als een percentage van het op de laatste dag van het betreffende verzekeringsjaar aanwezige aantal Beleggingseenheden en wordt vervolgens op genoemd tijdstip aan de Beleggingsrekening onttrokken. Het vergoedingspercentage is gelijk aan 20% van het meerdere boven genoemde 12% koersstijging, met een maximum van 3,6. Indien in enig verzekeringsjaar een Fonds - om welke reden dan ook - gedurende (een) kortere periode(s) dan een vol verzekeringsjaar aan de onderhavige verzekering ten grondslag heeft gelegen, wordt de koersstijging en de daarmee samenhangende verschuldigde vergoeding voor elke periode afzonderlijk bepaald. De vaststelling van de koersstijging alsmede van het vergoedingspercentage geschiedt overeenkomstig de hiervoor terzake omschreven methodiek. De koersstijging wordt vastgesteld over de periode van het verzekeringsjaar waarin een Fonds aan deze verzekering ten grondslag heeft gelegen. Het vergoedingspercentage wordt gerelateerd aan de periode waarin het betreffende Fonds in een verzekeringsjaar aan de verzekering ten grondslag heeft gelegen, en wel naar tijdsevenredigheid. De aan de maatschappij verschuldigde vergoeding wordt vervolgens vastgesteld als een percentage van de op het tijdstip van vaststelling van de koersstijging aanwezige Beleggingseenheden en wordt op genoemd tijdstip aan de Beleggingsrekening onttrokken; (...)*

KOSTEN

De maatschappij brengt de hierna vermelde vergoedingen in rekening ter delging van de met de aan- en verkoop van Beleggingseenheden alsmede het beheer daarvan verband houdende kosten:

- bij aankoop van Beleggingseenheden bedragen de aankoopkosten 0,5%. De aankoopkosten zijn niet verschuldigd bij aankoop van Beleggingseenheden in het Levob Stallingsfonds;
- bij verkoop van Beleggingseenheden bedragen de verkoopkosten 1,5% indien de Geldswaarde van de te verkopen Beleggingseenheden op het tijdstip van verkoop minder bedraagt dan f 10.000,-. Indien de Geldswaarde van de te verkopen Beleggingseenheden op het tijdstip van verkoop gelijk is aan of meer bedraagt dan f 10.000,- worden de verkoopkosten vastgesteld als 0,5% van de Geldswaarde, verhoogd met f 100,-. De verkoopkosten zijn niet verschuldigd bij verkoop van in het Levob Stallingsfonds aanwezige Beleggingseenheden;
- naast de hiervoor vermelde aan- en verkoopkosten wordt bij wisseling van Fonds een nominale vergoeding van f 50,- in rekening gebracht en vervolgens na omrekening in Beleggingseenheden verrekend met het aantal aanwezige Beleggingseenheden. Genoemd bedrag is niet verschuldigd bij de eerste wisseling van Fonds in een verzekeringsjaar. Genoemde vergoeding kan worden verhoogd op grond van de verhoging van het prijs-indexcijfer gezinsconsumptie (voor werknemersgezinnen 1995: 100) zoals dit wordt vastgesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze nominale vergoeding is niet verschuldigd bij wisseling van een Fonds naar het Levob Stallingsfonds;
- voor beheer geschiedt maandelijks op de laatste werkdag van de maand een onttrekking aan de Beleggingsrekening ter grootte van 0,041% van het dan aanwezige aantal Beleggingseenheden.

(...) WISSELING VAN FONDS

De verzekeringnemer heeft het recht per een eerstvolgende premievalidatum wijziging aan te brengen in de toekomstige verdeling van de premie over de verschillende Fondsen. De verzekeringnemer heeft tevens het recht op elk gewenst moment binnen de looptijd van deze verzekering de Geldswaarde van het op de Beleggingsrekening aanwezige aantal Beleggingseenheden in een ander Fonds te laten beleggen. Hiertoe zal de Geldswaarde van de aanwezige Beleggingseenheden worden bepaald en tegelijkertijd worden herberekend naar Beleggingseenheden van het nieuw gekozen Fonds. (...)"

2.9 In de brief van de verzekeraar aan de consument van 26 mei 1999 staat onder andere het volgende:

"(...) Hierbij ontvangt u een overzicht van de door U gekozen fondsen. Tevens is aangegeven welk gedeelte van de beleggingspremie per fonds zal worden aangewend.

Fonds	Premie	Koopsom
ABN AMRO	f 23,25	f 1.402,01
Ahold	f 23,25	f 1.402,01
Akzo	f 23,25	f 1.402,01
Elsevier	f 23,25	f 1.402,01
Heineken	f 23,25	f 1.402,01
Intern. Ned. groep	f 23,25	f 1.402,01
Koninklijke Olie	f 23,25	f 1.402,01
KPN	f 23,25	f 1.402,01
Telegraaf	f 23,25	f 1.402,01
Unilever	f 23,25	f 1.402,01

(...)"

- 2.10 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling heeft de verzekeraar de consument op 29 december 2011 geïnformeerd dat de in rekening gebrachte kosten over de gehele looptijd lager waren dan in de compensatieregeling was afgesproken, dat de consument daarom geen tegemoetkoming ontvangt voor de in rekening gebrachte kosten en dat de vergoeding hefboomwerking niet van toepassing is op de verzekering van de consument.
- 2.11 Per brief van 2 september 2013 heeft de verzekeraar aan de consument laten weten dat de kans groot is dat hij zijn beleggingsdoel niet haalt en de consument gevraagd om te controleren of zijn beleggingsverzekering nog bij hem past en contact op te nemen met zijn adviseur.
- 2.12 Op 14 oktober 2013 heeft de verzekeraar aan de consument een herinneringsbrief gestuurd en hem nogmaals gevraagd om te controleren of zijn beleggingsverzekering nog bij hem past en contact op te nemen met zijn adviseur.
- 2.13 Op 13 januari 2014 heeft de verzekeraar aan de consument een brief gestuurd in reactie op zijn verzoek tot premievrijmaking van de verzekering dan wel het afkopen van de verzekering, met daarin een toelichting op de daaraan verbonden fiscale gevolgen. De consument is niet overgegaan tot afkoop of premievrijmaking van de verzekering.
- 2.14 Op 14 maart 2014 heeft de verzekeraar een brief aan de consument gestuurd over de aanpassing van de verzekering. In deze brief staat onder andere:

“(...) Met deze brief informeren wij u dat Avéro Achmea in het tweede kwartaal van 2014 uw Hollandsch Glorie Verzekering aanpast naar Avéro BeleggingsPlan. U ontvangt dan ook uw polis. Deze aanpassing is een geschikt moment om te bepalen of uw beleggingen (nog) passen bij uw risicoprofiel. Daarom vragen wij u de risicoprofielbepaler bij deze brief in te vullen en naar ons op te sturen.

Past uw verzekering bij uw risicoprofiel?

In uw Hollandsch Glorie Verzekering belegt u zeer offensief. Dit wil zeggen dat u op dit moment met een zeer hoog risico belegt. Past dit risico nog bij uw huidige, financiële situatie? Zijn uw persoonlijke omstandigheden of wensen de afgelopen tijd veranderd of heeft u uw beleggingsdoel bijna bereikt? Dan is uw risicoprofiel misschien anders.

In het aangepaste product is het eenvoudig om uw beleggingen af te stemmen op uw risicoprofiel. Uw risicoprofiel geeft het maximale risico aan dat u op uw beleggingsverzekering wilt lopen.

Overstap naar een Achmea mixfonds

Avéro Achmea heeft vijf nieuwe fondsen: de Achmea mixfondsen. Het beleggingsrisico van de Achmea mixfondsen is afgestemd op risicoprofielen en varieert van zeer defensief tot zeer offensief.

U belegt met een risico dat bij uw risicoprofiel past. Als uw risicoprofiel in de toekomst verandert dan kunt u overstappen naar een ander Achmea mixfonds.

Een voorbeeld: De uitkomst van de risicoprofielbepaler is 1 (zeer defensief). Bij de aanpassing zetten we de beleggingen over naar het Achmea mixfonds zeer defensief. Vervolgens wordt belegd met het bijpassend risico. In dit voorbeeld is dat met zo weinig mogelijk risico. Een beschrijving van de Achmea mixfondsen vindt u op de achterkant van de bijlage Overzicht beleggingen en op www.averoachmea.nl/mixfondsen.

De Achmea mixfondsen komen in plaats van de fondsen waarin u nu belegt. Wilt u uw huidige beleggingen behouden en deze niet overzetten naar een Achmea mixfonds? Dat kan. Dat geeft u aan bij uw beleggingskeuze op de risicoprofielbepaler.

Minder kosten

Voor het beleggen van uw geld worden kosten gemaakt. We willen deze kosten zo laag mogelijk houden. In uw Avéro BeleggingsPlan vervallen de kosten voor de aankoop van beleggingseenheden. Eerder schrapten wij al de verkoopkosten, switchkosten (overstappen naar andere fondsen) en de kosten voor afkoop van uw verzekering.

Fondskosten

Het beheren van de Achmea mixfondsen brengt fondskosten (TER) met zich mee. Deze kosten worden door de fondsbeheerder verwerkt in de koers van het beleggingsfonds. De fondskosten variëren per mixfonds van 0,59% tot maximaal 0,65% per jaar van de waarde in de Achmea mixfondsen. Deze fondskosten stijgen in de toekomst niet.

U belegt in individuele aandelen. Bij beleggen in individuele aandelen zijn er geen fondskosten maar betaalt u een incidentele vergoeding. Deze kosten zijn gekoppeld aan de koers. De incidentele vergoeding komt te vervallen bij omzetting naar een Achmea mixfonds. En wordt vervangen door de fondskosten van het Achmea mixfonds. (...)

Wat kunt u de komende periode van ons verwachten?

In het tweede kwartaal van 2014 passen wij uw beleggingsverzekering aan. Hierbij zetten wij de waarde van uw beleggingen over zoals u zelf aangeeft met de risicoprofielbepaler. Indien u niet voor 5 mei 2014 reageert, zetten wij de waarde van uw huidige beleggingen over naar het Achmea mixfonds met een vergelijkbaar risico als uw huidige beleggingen. Dit kan anders zijn dan uw daadwerkelijke risicoprofiel.

Na de aanpassing ontvangt u van ons een brief met een persoonlijke toelichting, uw polis, de algemene voorwaarden en de productvoorwaarden. Wij informeren ook uw adviseur en uw pandhouder. (...)

- 2.15 Op 24 maart 2014 heeft de verzekeraar nog een herinneringsbrief aan de consument gestuurd en hierin aangegeven de consument een aantal keer te hebben geprobeerd telefonisch te bereiken. De verzekeraar geeft in deze brief nogmaals aan dat de kans groot is dat de consument zijn beleggingsdoel niet haalt en vraagt de consument nogmaals om in actie te komen en contact op te nemen met zijn adviseur.

2.16 Op 18 april 2014 heeft de consument de risicoprofielbepaler ingevuld. Hierin staat onder andere:

“(…)

Risicoprofielbepaler bij polisnummer: [REDACTED]

U heeft zojuist de risicoprofielbepaler ingevuld. De score is uw risicoprofiel.

Vul dit altijd hieronder in.

Score	Risicoprofiel	Mijn Risicoprofiel
0	Garantie ¹	<input type="checkbox"/>
1	Zeer defensief	<input type="checkbox"/>
2	Defensief	<input type="checkbox"/>
3	Neutraal	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Offensief	<input type="checkbox"/>
5	Zeer offensief	<input type="checkbox"/>

¹ Er is geen Achmea mixfonds dat past bij het risicoprofiel garantie.

Avéro Achmea biedt u als alternatief het Stallingsfonds aan. In dit fonds ontvangt u een variabele rente.

Kruis hieronder nummer 2 aan als u hiervoor kiest.

Kruis hieronder uw beleggingskeuze aan. Vergeet u niet te ondertekenen?

1. Stem mijn beleggingen af op mijn risicoprofiel

Zet mijn beleggingen over naar het Achmea mixfonds dat overeenkomt met mijn risicoprofiel. In de toekomst kan ik overstappen naar een ander Achmea mixfonds.

(…)

4. Stallingsfonds

Zet de waarde in het Stallingsfonds over naar het Achmea mixfonds van mijn keuze. Deze keuze kan alleen in combinatie met keuze 1 of keuze 3.

5. Huidige beleggingen behouden

Ik ben mij ervan bewust dat deze keuze mogelijk *niet* overeenkomt met mijn risicoprofiel. Ik ben bekend met de risico's die daarmee samenhangen en accepteer deze.

Ik wil mijn huidige beleggingen behouden en ga *niet* akkoord met het overzetten van (een deel van) mijn beleggingen.

Bij beleggen in individuele aandelen zijn er geen fondskosten. U betaalt een incidentele vergoeding. Deze kostencomponent is gekoppeld aan de koers. Stijgt de koers met meer dan 12% dan betaalt u deze incidentele vergoeding. De kosten nemen toe als de koers verder stijgt.

De incidentele vergoeding wordt vervangen door een opslag op de beheerkosten van de aangepaste verzekering met 0,65% per jaar. De beheerkosten voor het deel dat u belegt in individuele aandelen bedragen dan 1,15% per jaar (0,65% + 0,50%) over de waarde die u belegt in individuele aandelen. Voor het deel dat u belegt in het Stallingsfonds geldt geen opslag.

Neem in geval van vragen contact op met uw adviseur [REDACTED] Assurantien op telefoonnummer [REDACTED]

(…)”

2.17 Per brief van 19 mei 2014 heeft de verzekeraar de consument laten weten dat zijn verzekering is aangepast en voortaan de naam Avéro Premie BeleggingsPlan draagt.

Met deze brief heeft de verzekeraar de volgende stukken meegestuurd: “Uw persoonlijke toelichting op de belangrijkste verschillen tussen Hollandsch Glorie Verzekering en Avéro Premie Beleggingsplan”, de nieuwe polis en een checklist voor het geval de consument iets aan zijn verzekering wenst te wijzigen.

2.18 In de persoonlijke toelichting op de belangrijkste verschillen tussen de oude en nieuwe situatie staat onder andere:

“(…) Voor uw Avéro Premie BeleggingsPlan brengen we kosten in rekening. Hieronder leggen we uit welke kosten dat zijn en wat er is veranderd.

Aankoopkosten

Voor het aankopen van uw beleggingen berekenden we in het verleden aankoopkosten. Deze kosten zijn afgeschaft.

Wat halen we van uw premie af?

Voordat wij uw premie beleggen halen wij een deel van de kosten van uw premie af. In de tabel ziet u welk deel van uw premie we niet beleggen.

Product	Hollandsch Glorie Verzekering	Avéro Premie BeleggingsPlan
Percentage niet-belegde premie	3,01%	3,00%

Beheerkosten van de verzekering

In uw Avéro Premie BeleggingsPlan blijven de beheerkosten van uw verzekering gelijk aan de beheerkosten van uw Hollandsch Glorie Verzekering.

Beheerkosten per jaar	Hollandsch Glorie Verzekering	Avéro Premie BeleggingsPlan
Beheerkosten op dit product	0,50%	0,50%

Fondskosten

Het beheren van de Achmea mixfondsen brengt fondskosten (TER) met zich mee. Deze fondskosten worden door de fondsbeheerder verwerkt in de koers van het beleggingsfonds. De fondskosten van het Achmea mixfonds neutraal waarin u belegt zijn 0,65% per jaar van de fondswaarde.

U belegde in aandelen. Bij het beleggen in aandelen zijn er geen fondskosten maar betaalde u een incidentele vergoeding. Deze kosten waren gekoppeld aan de koers. De incidentele vergoeding is vervangen door de fondskosten van het Achmea mixfonds neutraal. Voor dit fonds is een Basis en Aanvullend Prospectus verkrijgbaar via www.veroachmea.nl/mixfondsen.

Hollandsch Glorie Verzekering		Avéro Premie BeleggingsPlan	
Fondsnaam	Fondskosten per jaar	Fondsnaam	Fondskosten per jaar
Aandelen	U betaalde geen fondskosten maar een incidentele vergoeding	Achmea mixfonds neutraal	0,65%
Stallingsfonds	0,00%		

(...)"

2.19 Op het polisblad d.d. 17 mei 2014 staat onder andere:

"(...) Stortingsmix

Uw premie wordt belegd in het fonds Achmea mixfonds neutraal

Kosten:

Van iedere premie houdt Avéro Achmea een percentage van 3,00% in voor de variabele kosten en voor de risicopremie.

Maandelijks haalt Avéro Achmea kosten uit het opgebouwde beleggingstegoed in deze verzekering.

De kosten bedragen 0,0410% per maand van het beleggingstegoed. (...)"

2.20 In december 2018 heeft de consument zich bij de verzekeraar beklaagd over zijn verzekering, waarna er tussen de consument en de verzekeraar verschillende correspondentie heeft plaatsgevonden.

2.21 In de reactie van de verzekeraar van 29 maart 2019 staat onder andere het volgende overzicht van de betaalde premies en ingehouden kosten:

Vanaf ingangsdatum		Na interne omzetting	
Polisnummer	██████████	Polisnummer	██████████
Totale premie-inleg	€ 26.384,25	Totale premie-inleg	€ 5.982,35
Dividend	€ 10.153,40		
Allocatiekosten (eerste koste	€ 926,70	Allocatiekosten (eerste koste	€ 140,18
Aankoopkosten	€ 118,63	TER	€ 945,06
Beheerskosten	€ 1.291,65	Beheerskosten	€ 719,61
Incidentele vergoeding	€ 2.626,65		
waarde per 15-5-2014	€ 34.979,59	waarde per 14-1-2019	€ 45.074,07

2.22 In december 2018 heeft de consument via zijn gemachtigde, de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims) een klacht ingediend bij de verzekeraar en vervolgens in september 2020 zijn klacht ter behandeling bij het Kifid ingediend.

2.23 De verzekering loopt nog en heeft als einddatum 1 mei 2024.

De klacht en vordering

2.24 De consument vordert dat de verzekeraar primair wordt gehouden tot betaling van een bedrag van € 62.471,00. Dit betreft, zoals de commissie het begrijpt, de contant gemaakte toekomstige schade als gevolg van het niet bereiken van het doelkapitaal. Subsidiair vordert de consument een bedrag van € 9.420,00. Meer subsidiair vordert consument een bedrag van € 7.568,00. Daarnaast vordert de consument buitengerechtelijke incassokosten van de Stichting Woekerpolis van € 1.000,00 en kosten ter vaststelling van de schade en aansprakelijkheid van € 750,00.

2.25 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden, omdat hij bij het sluiten van de verzekering heeft gedwaald, over (een deel van) de kosten geen wilsovereenstemming bestaat, de verzekeraar tegenover de consument toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekering en/of bij de totstandkoming, dan wel uitvoering van de verzekering onrechtmatig tegenover de consument heeft gehandeld. De consument heeft hiertoe zakelijk weergegeven het volgende aangevoerd:

- Indien de consument was voorgelicht over de in te houden kosten, de incidentele vergoeding en dat niet de gehele premie en eenmalige inleg zou worden belegd, dan zou hij de verzekering niet (met deze voorwaarden) hebben afgesloten. De consument had in exact dezelfde aandelen kunnen beleggen op een effectenrekening. Er zouden dan geen beheerkosten zijn, geen incidentele vergoeding en de volledige inleg zou worden belegd. Dat geldt ook voor de situatie vanaf 2014. Indien de consument rechtstreeks in dezelfde fondsen had belegd en daarnaast een overlijdensrisicoverzekering had afgesloten zoals hij die nu ook heeft, had hij een hoger kapitaal opgebouwd.
- De verzekeraar heeft zich aan vrijwel geen van de door de RIAV 1998 en CRR 1998 gestelde verplichtingen gehouden. Tijdens de afsluitfase heeft de verzekeraar niets verteld over de kosten die zouden worden ingehouden. Zelfs als de consument de voorwaarden zou hebben ontvangen voor of tijdens het afsluiten van de verzekering, wist hij nog niets, omdat in de voorwaarden niet wordt vermeld welke kosten zouden worden ingehouden en wat de hoogte hiervan zou zijn.
- De consument heeft geen offerte, productbrochure of verplichte leeswijzer ontvangen. De consument had dan ook niet de economische gevolgen kunnen inschatten van zijn beslissing om de verzekering af te sluiten. Ook heeft de verzekeraar de consument niet geïnformeerd over voorbeeldkapitalen, productrendementen en is de verplichte “Let op” tekst niet gebruikt.

- Over de ingehouden kosten bestaat geen wilsovereenstemming. De offerte (in dit geval een aanvraagformulier met beperkte gegevens) is het formulier waarop de consument zijn beslissing nam. Er wordt uitsluitend vermeld hoeveel procent van de premie in de fondsen wordt belegd. Er wordt niet vermeld dat slechts een deel van de premie wordt belegd of dat er kosten worden ingehouden. Ook wordt niets vermeld over de incidentele vergoeding. Over geen van deze kosten bestaat wilsovereenstemming.
- Een kopie van de polis en de voorwaarden zijn pas verstrekt na ingangsdatum en nadat de polis was verpand. De consument had dan ook niet de mogelijkheid om de polis terug te sturen. Met de verpanding zijn alle rechten overgegaan naar de pandhouder. Als de verzekeraar de originele polis naar de consument had gestuurd, had de consument nog de mogelijkheid om ervan af te zien. De consument had de originele polis dan zelf naar de pandhouder kunnen sturen.
- De consument mocht ervan uitgaan dat er sprake was van een gegarandeerd minimum eindkapitaal van €104.369,00. Indien er sprake was van een beleggingsverzekering zonder garantie, had de verzekeraar dat duidelijk gemaakt door middel van een offerte die aan alle regelgeving voldeed. Deze heeft de verzekeraar niet verstrekt.
- Bij de fondswisseling in 2014 heeft de verzekeraar zich schuldig gemaakt aan bedrog (bewuste verzwijging). De verzekeraar heeft gesteld dat in plaats van de incidentele vergoeding, TER-kosten worden berekend door het onderliggend fonds. Verder heeft de verzekeraar de consument niet geïnformeerd. In de oude situatie werd rechtstreeks in aandelen belegd en waren er geen portefeuille transactiekosten. Deze zijn wel aanwezig in het onderliggende fonds. De verzekeraar heeft deze kostenpost verzwegen.
- Na 2014 beheerde de verzekeraar de effecten niet meer zelf, maar werd dat uitbesteed aan vermogensbeheerders. Deze rekenden beheerkosten. De verzekeraar bleef echter ook (steeds meer) beheerkosten in rekening brengen, terwijl er niet meer werd beheerd en daar geen enkele prestatie tegenover staat. Het enige wat de verzekeraar deed was de polis administreren en een jaarlijks waardeoverzicht sturen. Met het verschil tussen de inlegpremie en investeringspremie werd de verzekeraar daar al voor beloond. Daarom zijn de beheerkosten die de verzekeraar in rekening bracht vanaf 2014 aan te merken als een oneerlijk beding.
- Door de verzekeraar werd een performance related fee in rekening gebracht, terwijl hier geen enkele prestatie tegenover stond. De waardeontwikkeling werd niet in de gaten gehouden, waardoor een zeer risicovolle portefeuille ontstond waarin een deel van de aandelen zwaar woog. De verzekeraar was niet alleen aanbieder van dit risicovolle product, maar ook vermogensbeheerder. Het advies was uitgebracht door een tussenpersoon, maar de verzekeraar had daarna de waardeontwikkeling in de gaten moeten houden als zijnde vermogensbeheerder/ beleggingsadviseur. Daarin is de verzekeraar tekortgeschoten.

- Bij de Levob Hollandsch Gloriepolis beheerde de verzekeraar de effecten zelf. Verzekeringnemers konden niet in beleggingsfondsen deelnemen, maar belegden rechtstreeks in aandelen. De verzekeraar rekende daarvoor beheerkosten. Bij overlijden in de eerste helft van de looptijd van de verzekering zou 10% van de geldswaarde worden uitgekeerd. Het tweede deel van de looptijd zou alleen de geldswaarde worden uitgekeerd. Daardoor kwalificeert het niet meer als een verzekering. Zelfs als het zou worden aangemerkt als een verzekering, werden de gelden van de consument gestort op een beleggingsrekening die werd beheerd door de verzekeraar. Daarom is, in afwijking van de meeste beleggingsverzekeringen, de verzekeraar in dit geval tevens vermogensbeheerder met alle bijbehorende doorlopende bijzondere zorgplichten. Dit is in ieder geval zo tot 2014, toen het product werd aangepast en er werd belegd in beleggingsfondsen van de verzekeraar.
- De consument had bij het afsluiten van de verzekering de keuze gemaakt om in tien aandelen voor 10% deel te nemen. Als vermogensbeheerder heb je dan de plicht om de waarde in de gaten te houden, regelmatig contact met de consument te hebben, de belegging te inventariseren en een risicoprofiel aan te maken. Dat heeft de verzekeraar niet gedaan. De verzekeraar had de plicht om te rebalanceren: de waarde van de aandelen aan te passen naar de gekozen 10%. Door dat niet te doen, heeft de verzekeraar een wanprestatie geleverd.
- Bij deelname in het Avéro Mixfonds zou de consument bij het omvallen van de verzekeraar de waarde van zijn polis deels of geheel kunnen verliezen. Dit in tegenstelling tot de deelname in aandelen. Over dit risico heeft de verzekeraar de consument niet geïnformeerd. De consument roept de vernietiging van de overeenkomst in. Deze hoeft niet daadwerkelijk te worden vernietigd, maar hij claimt wel de bijbehorende schadevergoeding.

Het verweer

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

3. De beoordeling

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

Beoordelingskader

- 3.2 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het 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 de klacht inhoudelijk bespreekt, gaat de commissie eerst in op het beroep van de verzekeraar op verjaring.

Is de vordering verjaard?

- 3.3 De verzekeraar stelt dat de vorderingen van de consument uit hoofde van dwaling en de vordering tot schadevergoeding door het verstrijken van drie respectievelijk vijf jaren zijn verjaard. Op 29 december 2011 is de consument geïnformeerd over de vergoeding op grond van de compensatieregeling. Op dat moment wist de consument dat hij geen vergoeding zou ontvangen. Als de consument vond dat hij recht had op een vergoeding voor (te hoge) kosten en dat hij daardoor schade had geleden, had hij op dat moment volgens de verzekeraar een vordering tot schadevergoeding kunnen indienen. Doordat consument niet eerder dan op 11 december 2018 een klacht heeft ingediend, zouden zijn vorderingen zijn verjaard. De commissie oordeelt als volgt.
- 3.4 Wat dwaling betreft, is het onduidelijk op welke gronden de verzekeraar zijn verjaringsverweer baseert, zodat dit verweer dient te worden afgewezen. Voor wat betreft de verjaring van het beroep op schadevergoeding, klaagt de consument, zoals de commissie het begrijpt, niet zozeer over de hoogte van de in rekening gebrachte kosten, maar over de voorlichting door de verzekeraar bij het sluiten van de verzekering (en bij aanpassing van de verzekering in 2014) en stelt daarbij dat er sprake is van het ontbreken van wilsovereenstemming over een bepaald deel van de in rekening gebrachte kosten. Weliswaar volgt uit de brief van de verzekeraar van 29 december 2011 dat de consument geen vergoeding voor de in rekening gebrachte kosten zou ontvangen, maar daarmee is niet gegeven dat de consument zich er ook bewust van was dat, zoals hij nu stelt, de verzekeraar kan worden aangesproken tot vergoeding van de schade die de consument lijdt als gevolg van gesteld ontbreken van wilsovereenstemming over een deel van de kosten die in rekening worden gebracht. De consument heeft op 11 december 2018 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. De verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat de consument al op 11 december 2013 (vijf jaar eerder) een zodanig inzicht had in de thans gestelde tekortkomingen van de verzekeraar en de in verband daarmee gevorderde schade dat hij daadwerkelijk in staat was zijn vorderingen toen al in te stellen. Dit betekent dat de vorderingen van de consument niet zijn verjaard.
- 3.5 Uit het voorgaande volgt dat de commissie toekomt aan een verdere beoordeling van de klacht van de consument.

Heeft de consument bij het aangaan van de verzekering gedwaald?

3.6 De consument beroept zich op dwaling. Dit beroep gaat niet op. Uit de productdocumentatie (zie 2.3) blijkt namelijk dat zonder meer sprake is van een beleggingsverzekering waarbij een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd in de door hem gekozen aandelenfondsen en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht, waaronder een incidentele vergoeding die verband houdt met de over een (gedeelte van een) verzekeringsjaar vastgestelde koersstijging van een onderliggend fonds. Voor zover de consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico. Dat de consument, zoals gesteld, op basis van deze stukken een gegarandeerd minimum eindkapitaal van € 104.369,00 had mogen verwachten is de commissie niet gebleken. Dit wordt niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt en vindt bovendien geen steun in de stukken. Verder is het niet aannemelijk geworden dat de consument, indien hij de volgens hem ontbrekende informatie (waaronder een offerte, productbrochure of verplichte leeswijzer) wel had ontvangen, de verzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan (vgl. CvB 2017-035). Dat dit anders zou zijn wordt onvoldoende onderbouwd en aannemelijk gemaakt door de consument. Het beroep op dwaling slaagt niet.

Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan en is er sprake van wilsovereenstemming over de in rekening gebrachte kosten?

3.7 De consument verwijt de verzekeraar dat de aan hem verstrekte informatie over de verzekering onvoldoende is en dat er kosten in rekening zijn gebracht waarover wilsovereenstemming ontbreekt. De verzekeraar stelt daar tegenover dat de consument over alle kosten is geïnformeerd en dat over deze kosten dus ook wilsovereenstemming bestaat. De commissie overweegt hierover als volgt.

3.8 De verzekeraar heeft volgens het overzicht dat hij per e-mail van 29 maart 2019 aan de consument heeft verstrekt (zie 2.21), tot aan de aanpassing van de verzekering in 2014 de volgende kostensoorten met betrekking tot het afsluiten van de verzekering en het beheer daarvan in rekening gebracht: allocatiekosten, aankoopkosten, beheerkosten en incidentele vergoedingen. Uit het polisblad zoals bij aanvang ontvangen en de daarbij horende voorwaarden (Algemene Voorwaarden van een Beleggingsverzekering model 5-98 en Aanvullende voorwaarden Hollandsch Glorie Polis (code 107)) blijkt dat slechts een gedeelte van de ingelegde premie beschikbaar is voor beleggen. Zo staat op het polisblad dat het beleggingsbestanddeel van de maandelijkse inlegpremie NLG 232,50 (€ 105,50) van NLG 239,69 (€ 108,77) (ofwel 97%) bedraagt en het beleggingsbestanddeel van de eenmalige inlegpremie NLG 14.020,10 (€ 6.362,04) van NLG 14.758,00 (€ 6.696,89) (ofwel 95%) bedraagt (zie 2.6). Verder staat in de bijbehorende voorwaarden informatie over de (percentuele) hoogte van de aankoopkosten, beheerkosten en incidentele vergoeding (zie 2.8).

Vanaf de aanpassing van de verzekering in 2014, staat op het polisblad van 17 mei 2014 dat de verzekeraar van iedere premie een percentage van 3% inhoudt voor de variabele kosten en de risicopremie en dat er maandelijks kosten van 0,0410% van het beleggingstegoed uit de opgebouwde waarde worden gehaald (zie 2.19). Op de persoonlijke toelichting die de consument hierbij heeft ontvangen, staan verder de (percentuele) hoogte van de beheerkosten en de fonds(beheer)kosten (TER) (zie 2.18). Deze informatie over de beheerkosten en fondskosten staat ook op de toelichting bij risicoprofielbepaler die de consument voorafgaand aan de aanpassing van de verzekering heeft ingevuld op 18 april 2014 (zie 2.16). Dat behalve deze kosten nog andere kosten door de verzekeraar in rekening zijn gebracht, is niet gebleken. De commissie is dan ook van oordeel dat de consument voldoende is geïnformeerd over de (werking van) de verzekering en dat over de van toepassing zijnde kosten en inhoudingen wilsovereenstemming bestaat. De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan consument verstrekte productdocumentatie, aan de ingevolge van de Riav 1998 op hem rustende informatieverplichtingen heeft voldaan, zodat deze klachtonderdelen niet slagen.

Geen opzegmogelijkheid?

3.9 De vraag of de consument, zoals betoogd, in 1999 na ontvangst van de polis en voorwaarden niet meer de mogelijkheid had om van de verzekeringsovereenkomst af te zien, omdat deze was verpand, kan naar het oordeel van de commissie in het midden blijven. Nergens blijkt immers uit dat de consument ten tijde van het afsluiten van de verzekering zich niet kon vinden in de bepalingen betreffende premie en kosten zoals die hem kenbaar werden uit de informatie bij afgifte van de polis en dat hij, binnen de daarvoor geboden termijn alsnog van de verzekering had willen afzien. De consument doet eerst in 2018 zijn beklag bij de verzekeraar.

Zijn de bedingen over de beheerkosten vanaf 2014 oneerlijk en is er sprake van zelfverrijking en/of bedrog?

3.10 De consument stelt dat de beheerkosten vanaf 2014 door de verzekeraar in rekening worden gebracht, een oneerlijk beding vormt. Uit de stukken blijkt dat de consument bij aanvang van de verzekering is geïnformeerd over beheerkosten die ter zake van de verzekering door de verzekeraar in rekening worden gebracht (zie 2.8). Deze zijn daarmee overeengekomen (zie 3.8). Met de brief van 14 maart 2014 (zie 2.14) is de consument geïnformeerd dat met de aanpassing van de verzekering de zogenoemde Achmea mixfondsen in de plaats komen van hetgeen waarin tot dat moment werd belegd en dat daarbij de aan de mixfondsen verbonden fondsbeheerkosten in de plaats komen van de zogenoemde incidentele vergoeding. De consument heeft vervolgens op basis van de door hem ingevulde risicoprofielbepaler gekozen voor een neutraal mixfonds (zie 2.16) en daarna per brief van 19 mei 2014 van de verzekeraar een polisblad en persoonlijke toelichting ontvangen (zie 2.18).

De ongewijzigde beheerkosten van de verzekering (0,5%) en de aan het betreffende mixfonds verbonden fonds(beheer)kosten staan in de persoonlijke toelichting duidelijk vermeld. Ook staan de beheerkosten van de verzekering die door de verzekeraar in rekening werden gebracht, naast de overige kosten die door de verzekeraar in rekening worden gebracht, op het polisblad vermeld. Het vanaf 2014 in rekening blijven brengen van de beheerkosten door de verzekeraar vindt daarom, net als daarvoor, een grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Daarin heeft, zoals de consument is bericht, geen wijziging plaatsgevonden. Met de keuze voor het mixfonds zijn de fondsbeheerkosten in plaats van de incidentele vergoeding gekomen. De consument is daarover voorafgaand aan zijn keuze voor het neutrale mixfonds geïnformeerd. Van de gestelde bewuste verzwijging, ongerechtvaardigde zelfverrijking met betrekking tot de beheerkosten in vergelijking tot de situatie van voor 2014 of van het gebruiken van oneerlijke bedingen is de commissie niet gebleken en dit wordt ook niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument zodat deze klachtonderdelen niet kunnen slagen.

Is er sprake van een beleggingsadviesrelatie tussen de verzekeraar en de consument?

3.11 Anders dan de consument aanvoert, bestaat tussen de verzekeraar en de consument geen beleggingsadviesrelatie. De daarop betrekking hebbende klachten van de consument kunnen daarom niet slagen. De commissie merkt in dat kader op dat een beleggingsverzekering geen effectenproduct is en er op de verzekeraar, in tegenstelling tot hetgeen de consument hieromtrent stelt, geen “Ken uw cliënt” of soortgelijke verplichting rust (CvB 2017- 036, rechtsoverweging 4.4.2; CvB 2017-043, rechtsoverweging 5.33). Anders dan de consument hieromtrent aanvoert, maakt het voor het antwoord op de vraag of sprake is van een beleggingsadviesrelatie niet uit of via een beleggingsverzekering wordt belegd in aandelen, in (beursgenoteerde) beleggingsfondsen of zogenoemde mixfondsen. De commissie volgt de consument bovendien niet in zijn stelling dat zijn verzekering niet als verzekering zou kwalificeren, omdat bij overlijden van de consument in de eerste helft van de looptijd 110% van de waarde van de verzekering zou worden uitgekeerd en in de tweede deel van de looptijd alleen de opgebouwde waarde zou worden uitgekeerd. De consument heeft deze stelling niet onderbouwd. Nu de consument bovendien zelf in reплик aangeeft dat het product formeel een verzekering betreft, behoeft dit klachtonderdeel geen nadere bespreking.

Het voorgaande wordt niet anders doordat bij de verzekering gebruik wordt gemaakt van een beleggingsrekening. Uit de voorwaarden blijkt immers dat deze beleggingsrekening onderdeel uitmaakt van de verzekering en bedoeld is voor het administreren van de beleggingseenheden die ten behoeve van de verzekering worden aangehouden (zie 2.7).

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

- 3.12 De consument voert aan dat de verzekeraar (als vermogensbeheerder) de plicht had om de waarde van de verzekering in de gaten te houden, regelmatig contact met de consument te hebben, zijn beleggingen te inventariseren en een risicoprofiel aan te maken. De verzekeraar had er volgens de consument voor dienen te zorgen dat de waarde van de tien aandelen waarin de consument via zijn verzekering deelnam, op elk moment 10% van de totale waarde zou bedragen.
- 3.13 De commissie stelt vast dat er tussen de consument en de verzekeraar een verzekeringsovereenkomst is gesloten. Van de door de consument gestelde vermogensbeheerrelatie is de commissie niet gebleken. Dat dit anders zou zijn wordt niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt door de consument en vindt geen steun in de stukken. Uit de stukken valt op te maken dat de verzekeraar in het kader van de verzekeringsovereenkomst de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van zijn verzekering, en dat deze overzichten vanaf 2008 zijn opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiters. De verzekeraar heeft de consument bovendien meermaals gewaarschuwd dat de kans groot is dat hij zijn beleggingsdoel niet haalt en hem gevraagd om te controleren of zijn beleggingsverzekering nog bij hem past en hierover contact op te nemen met zijn adviseur. Niet is gebleken dat de consument dit heeft gedaan. Tot meer was de verzekeraar niet gehouden.

De commissie volgt de consument bovendien niet in zijn stelling dat de verzekeraar ervoor had dienen te zorgen dat de waarde in zijn beleggingsverzekering altijd gelijkelijk verdeeld moest zijn over tien verschillende aandelen en de verzekeraar “rebalancing” van de waarde had moeten uitvoeren. Uit het aanvraagformulier volgt immers dat de premie evenredig over tien aandelenfondsen wenste te verdelen (zie 2.5), hetgeen ook is gebeurd. Deze verdeling van de premie volgt ook uit de brief die de verzekeraar op 26 mei 1999 aan de consument heeft gestuurd (zie 2.9). Dit klachtonderdeel van de consument kan dan ook niet slagen.

- 3.14 De consument klaagt dat de verzekeraar hem bij de aanpassing van zijn verzekering in 2014 had moeten waarschuwen dat hij de waarde van zijn polis (deels) zou kunnen verliezen bij een deelname in het Avéro Achmea Mixfonds, in het geval de verzekeraar failliet zou gaan. De commissie oordeelt dat voor zover de verzekeraar al verplicht was om voor het door de consument gestelde risico te waarschuwen, de consument onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij door de overstap naar het mixfonds een groter en reëel risico loopt en slechter af is. Ook dit klachtonderdeel kan niet slagen.

Conclusie

3.15 Hiervoor is vastgesteld dat de consument bij het aangaan van de verzekering en de aanpassing daarvan in 2014 over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover dan ook wilsovereenstemming heeft bestaan. Nu voor het overige ook niet gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze jegens de consument tekort is geschoten, dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen. Alle overige stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

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).