

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0906
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.W. Janse, leden en
mr. G. Atasoy-Mähler, 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	: 22 oktober 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlagen	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

Beleggingsverzekering in Waerdye eenheden, afgesloten in 1998. De consument stelt dat de verzekeraar niet aan zijn zorg- en informatieverplichtingen heeft voldaan, dat ten onrechte kosten in rekening zijn gebracht en dat de overlijdensrisicodekking van de beleggingsverzekering ten onrechte niet is aangepast. 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 beleggingsverzekering opnieuw te berekenen. De overige klachten worden 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,
- 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 en
- 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 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 mei 1998 een beleggingsverzekering onder de naam Waerdye-levensverzekering (hierna: de verzekering), gesloten bij de verzekeraar. Dit product betreft een unit-linked verzekering. De consument is verzekeringnemer en verzekerde. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 februari 2010 en de inlegpremie is NLG 10.230,00 (€ 4.642,17) per jaar. De verzekering bevat een lijfrenteclausule.
- 2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.
- 2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering, zijn de volgende stukken aan de consument verstrekt:
 - een offerte gedateerd 20 april 1998
 - een aanvraagformulier getekend op 4 mei 1998
 - een polisblad gedateerd 16 september 1998
 - de algemene voorwaarden van Waerdye-Levensverzekering, model WE5
 - het prospectus “Levensverzekeringen in beleggingseenheden”

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.

2.4 Op de verzekering is de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1994 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1996 van toepassing.

2.5 In de offerte staat onder andere het volgende:

“(...) VERZEKERINGSVORM (Tarief 74WE).

De verzekeringsvorm die wij u offrenen is een gerichte lijfrenteverzekering in waerdye-eenheden.

De gerichte lijfrenteverzekering houdt in, dat er een lijfrente wordt uitgekeerd:

- ingaande bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum; of*
- ingaande direct bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum.*

De hoogte van de lijfrente staat momenteel niet vast.

Wel fungeert een in waerdye-eenheden op te bouwen lijfrentekapitaal als rekengrootheid.

Bij in leven zijn van de verzekerde op de einddatum wordt het in waerdye-eenheden luidende lijfrentekapitaal omgerekend naar de dan geldende tegenwaarde in gulden.

Bij eerder overlijden van de verzekerde wordt 90% van de netto reservewaarde van het in waerdye-eenheden luidende lijfrentekapitaal omgerekend naar de dan geldende tegenwaarde in gulden. (...)

Uitgaande van de aanvangswaarde van het lijfrentekapitaal bij het in leven zijn

van de verzekerde op de einddatum van : f 137.086,00

resulteert een voorbeeldpercentage van:

14,50% in een voorbeeldlijfrentekapitaal van : f 261.268,00

9,00% in een voorbeeldlijfrentekapitaal van : f 180.689,00 (...)

2.6 Op het door de consument getekende aanvraagformulier staat onder andere het volgende:

“(…)

VERZEKERINGSTECHNISCHE GEGEVENS

AANGEVRAAGDE HOOFDVERZEKERING

Offertenummer	:		Tariefnummer/omschrijving	:	21 WE
Ingangsdatum	:	1-5-1999	Percentage annuïteit	:	
Duur verzekering of einddatum	:		01-02-2010 jaar	:	
Duur premiebetaling of einddatum premiebetaling	:		01-02-2010 jaar	:	
Premiebetaling	:	- 1.000 daarm onder- tekening fondshers par 01-06-98	<input checked="" type="checkbox"/> per jaar	:	<input type="checkbox"/> per kwartaal
Premie beleggen in	:		<input type="checkbox"/> per halfjaar	:	<input type="checkbox"/> d.m.v. koopsom
	:		<input type="checkbox"/> guldens	:	<input type="checkbox"/> per maand
	:		<input checked="" type="checkbox"/> waerdye-eenheden	:	<input type="checkbox"/> Am. dollars
	:			:	<input type="checkbox"/> Aus. dollars
	:			:	<input type="checkbox"/> Ecu's (uitsluitend bij koopsomverzekeringen)
Premie-/koopsomverdeling waerdye-eenheden	:		Top-11	:	25%
(in gehele procenten; totaal 100%)	:		Eurotop-100	:	25%
N.B. De minimum inleg per fonds bedraagt f 25,-	:		Obligatie	:	20%
per premietermijn	:		Stalling	:	%
Te verzekeren (lijfrente)kapitaal	:	f 132.000		:	
Mee te verzekeren rente per jaar	:			:	
Gerichte lijfrente	:		<input checked="" type="checkbox"/> ja	:	<input type="checkbox"/> nee
Wordt deze verzekering t.b.v. een hypotheek gesloten	:		<input checked="" type="checkbox"/> ja	:	<input type="checkbox"/> nee
Premie (exclusief aanvullende verzekeringen)	:	f 10.230,-		:	
	:			:	<input type="checkbox"/> bij leven
	:			:	<input type="checkbox"/> bij overlijden
	:			:	<input type="checkbox"/> beide
	:			:	Hypotheekoffertenummer: [REDACTED]
	:			:	Koopsom: f [REDACTED]

“(…)

2.7 Op het polisblad staat onder andere het volgende:

“(…) verklaart een overeenkomst van levensverzekering met de verzekeringnemer te hebben gesloten op de in de polis vermelde voorwaarden en op de bijgevoegde voorwaarden van de Waerdye-levensverzekering WE5.

“(…)

Tarief: 21WE

Lijfrentekapitaal bij leven

Bij het in leven zijn van de verzekerde op de ingangsdatum van de lijfrente zal het lijfrentekapitaal bij leven niet in contanten worden uitgekeerd, maar dienen als rekengrootheid voor de vaststelling van een oudedagslijfrente (...) uit te keren indien en zo lang de verzekeringnemer in leven is. (...)

Lijfrentekapitaal bij overlijden

Bij het overlijden van de verzekerde voor de einddatum zal het lijfrentekapitaal bij overlijden niet in contanten worden uitgekeerd, maar dienen als rekengrootheid voor de vaststelling van een nabestaandenlijfrente (...).

Minimaal bedraagt het lijfrentekapitaal bij overlijden f 136.308,- (...)

De premie bedraagt f 10.230,00 per jaar, zolang de verzekerde in leven is, echter uiterlijk tot 01-02-2010, te voldoen op de 01e mei van ieder jaar, voor het eerst op 01-05-1998. (...)

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

SR Top-11 fonds	f	2.557,50
SR Eurotop-100 fonds	f	2.557,50
SR Obligatiefonds	f	2.046,00
SR Anno 1720 fonds	f	1.023,00
Rorento	f	2.046,00

(...) Clausulenummer 666

In het kader van uitvoering van de bepalingen van de Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers 1994 (...), is hierbij uitgereikt de Prospectus Levensverzekeringen in Beleggingseenheden. (...)"

2.8 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

"(...) ART. 08 AFKOOP EN PREMIEVRIJMAKING

1. De verzekering kan op schriftelijk verzoek van verzekeringnemer: (...)
- b. worden premievrij gemaakt, mits de verzekering een premievrije waarde heeft van tenminste f 1.000,- (...) Een in de polis gegeven minimumgarantie met betrekking tot de uitkering bij overlijden vervalt bij premievrijmaking. (...)

ART. 9 WAERDYE-EENHEDEN

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

ART. 10 BELEGGINGSDEPOT

1. Er worden beleggingsdepots gevormd met de bepalingen dat:
 - a. elk van de depots afgescheiden van het overige vermogen van de maatschappij wordt geadmistreerd, enerzijds in Nederlandse guldens en anderzijds in waerdye-eenheden;
 - b. de belegging van de respectievelijke depots plaatsvindt in aandelen van respectievelijke participaties in de hiervoor door de maatschappij aangewezen fondsen.
2. Toevoegingen aan een depot geschieden door:
 - a. de per de ingangsdatum van de verzekering en per de premievalidata 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 beschikbare vermogensrechtelijke opbrengsten 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. een vergoeding voor beheer en administratie omgerekend naar een percentage op maandbasis ter grootte van 50% van het positieve verschil tussen het naar jaarbasis herleide rendement van dat fonds over de desbetreffende maand en de in het kapitaal verdisconteerde interest van 4% op jaarbasis. De vergoeding bedraagt echter maximaal 0,08295% per maand.
Het hiervoor bepaalde geldt uitsluitend voor een fonds met uitsluitend of nagenoeg uitsluitend belegging in Nederlandse vastrentende waarden, zijnde guldensbeleggingen en guldensdeposito's met een resterende looptijd van ten hoogste 6 maanden.
Voor alle andere fondsen bedraagt de maandelijkse vergoeding 0,06229%.

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. (...)

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.

ART. 11 VASTSTELLING KAPITAAL

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

2.9 Per 1 mei 2002 is de verzekering op verzoek van de consument premievrij gemaakt. De verzekeraar heeft in verband hiermee een gewijzigd polisblad gedateerd 18 juli 2002 aan de consument toegezonden. Uit dit polisblad blijkt dat het verzekerde lijfrentekapitaal bij leven en bij overlijden uitgedrukt in Waerdye-eenheden is verlaagd en niet meer zal wijzigen en dat de minimale uitkering bij overlijden is komen te vervallen.

2.10 De verzekeraar heeft de consument per brief van 19 januari 2006 geïnformeerd over de omzetting van de waarde in de verzekering naar nieuwe fondsen. De verzekeraar heeft in verband hiermee een gewijzigd polisblad gedateerd 4 maart 2006 en een brief gedateerd 20 maart 2006 aan de consument toegezonden.

- 2.11 De consument is met betrekking tot de verzekering jaarlijks geïnformeerd door middel van waarde-overzichten, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.
- 2.12 De verzekering is geëxpireerd per 1 februari 2010 met een expiratiewaarde van € 15.155,80. Op verzoek van de consument is de betreffende expiratiewaarde bijgeschreven op een rekening ten name van Allianz Nederland.
- 2.13 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling is de consument in november 2011 per brief door de verzekeraar geïnformeerd dat zij ten aanzien van de verzekering eenmalig een bedrag ontvangt van € 591,49 als vergoeding voor te hoge kosten die in het verleden in rekening zijn gebracht.
- 2.14 Per brief van 26 september 2013 heeft de verzekeraar de consument, naar aanleiding van vragen over de compensatieregeling, als volgt geïnformeerd:

“(...) Op 17 september 2013 heeft u telefonisch contact met ons gehad. Naar aanleiding hiervan stuur ik u deze brief.

Welk fonds heeft 3% of meer per jaar gehad?

Dit is het Obligatiefonds geweest. Echter is de garantie komen te vervallen op het moment van premievrij maken van de polis. (...)”

- 2.15 De consument heeft per brief van 17 mei 2014 een klacht ingediend bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft hierop per brief van 21 mei 2014 en vervolgens naar aanleiding van een brief van de consument van 4 juli 2014 per brief van 9 juli 2014 gereageerd. De consument heeft vervolgens, op 10 juli 2014 opnieuw een brief aan de verzekeraar gestuurd en haar klacht op 21 juli 2014 ter behandeling voorgelegd aan de Ombudsman Financiële Dienstverlening. De Ombudsman heeft partijen per brieven van 7 november 2014 geïnformeerd dat hij de klacht doorstuurt naar de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening.

De klacht en vordering

- 2.16 De consument vordert bij replek 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), te vermeerderen met de onrechtmatig ingehouden distributievergoeding en te vermeerderen met wettelijke rente. De herberekening houdt in dat wordt gerekend met een 90% restitutiewaarde (tarief 74 (V)WE) zoals voor lijfrentepolissen gebruikelijk en een verrekening van de actuele belegde waarde, zoals in het expiratiebericht is vermeld.

De herberekening dient te 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 van de schade te overleggen en moet de schadeomvang worden geschat. Deze schatting houdt in een vermogensschade op expiratiedatum van € 17.859,-, vanaf dat moment te vermeerderen met wettelijke rente, zodat de basisvordering op € 23.314,- uitkomt. Indien rekening wordt gehouden met de bonuseenheden van Tarief 74 WE, alsmede een vergoeding voor de niet overeengekomen distributievergoeding, zal de vordering uitkomen boven de € 25.000,-, van welk bedrag de commissie bij wijze van schatting dient uit te gaan.

2.17 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot het onder 2.16 vermelde gehouden.

- Het beroep van de verzekeraar op verjaring gaat niet op. Dat de verzekeraar aansprakelijk was voor een opeisbare schade was de consument niet bekend, laat staan dat de aan de verzekeraar toe te rekenen onrechtmatige daden teruggaan tot het moment van het afsluiten van de verzekering in 1998.
- 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 verzekeraar heeft in 1998, noch in 2001/2002 of 2007 of nadien 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. Het is juist dat in de offerte sprake was van Tarief 74 WE en in het aanvraagformulier tamelijk onverwacht Tarief 21 WE is genoteerd. De verzekeraar heeft geen uitleg gegeven over deze tariefcodering. Het had op de weg van de verzekeraar gelegen navraag te doen naar de bedoeling, nu de offerte en het aanvraagformulier zo van elkaar afweken. Nu deze productinformatie over de tariefcodering en het in rekening brengen van een disproportioneel hoge doorsneepremie voor de consument en de tussenpersonen verborgen is gehouden, was het voor haar nooit mogelijk haar tussenpersoon te bevragen over de voordelen van Tarief 74 (V)WE. 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 zij 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.

- 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 bedingen die de risicopremie (van de overlijdensrisicodekking) bepalen respectievelijk beheersen dienen nietig te worden verklaard (oneerlijke bedingen), welke nietigheid kan worden opgeheven door in plaats daarvan uit te gaan van een herberekening op basis van de tariefstructuur 74 WE.
- De verzekeraar heeft bij de toepassing van de waarde-overzichten conform Model 3 De Ruiters vanaf 2008, valsheid in geschrifte 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 beleggingsverzekering van het type universal life. Dat in geval van de consument deze valsheid in geschrifte zich aan het oog heeft onttrokken als gevolg van het al in 2001 premievrij maken van de overeenkomsten, maakt dat niet anders.

Het verweer

2.18 De verzekeraar heeft zich primair op het standpunt gesteld dat de rechtsvorderingen van de consument zijn verjaard. Indien de commissie toch tot een inhoudelijke beoordeling overgaat, dan gaat de verzekeraar ervan uit dat de richtinggevende uitspraak over het Waerdye product (CvB 2017-043) wordt toegepast. 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 bevonden en dat voor de advisering hieromtrent niet de verzekeraar maar de tussenpersoon moet worden aangesproken. De verzekeraar voert verder aan dat de tussenpersoon voor het sluiten van de verzekering een offerte met tarief 74 WE heeft verstrekt aan de consument, maar dat de consument zelf, in overleg met haar tussenpersoon, bewust heeft gekozen voor tarief 21 WE. De hoogte van de overlijdensrisicopremie en de kosten is in 2011 getoetst aan de compensatieregeling.

Met betrekking tot de vordering van de onverschuldigd betaalde distributievergoeding verwijst de verzekeraar naar de uitspraak GC 2020-592, waarin de commissie deze vordering heeft afgewezen.

3. De beoordeling

Beoordelingskader

3.1 De klacht en vordering van de consument zien voor wat betreft de bij de verzekering in rekening gebrachte kosten op toepassing van de richtinggevende uitspraak ten aanzien van het Waerdye product (CvB 2017-043). Daarnaast stelt de consument dat zij 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 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 allereerst 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 tot schadevergoeding stelt de verzekeraar zich, kort gezegd, op het standpunt dat de consument bij het premievrij maken van de verzekering per 1 mei 2002 al op de hoogte was van het premievrije verzekerde kapitaal in Waerdye eenheden. Door de premievrije waarde 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 waarde (en de daarin verwerkte kosten), had zij binnen 5 jaar na de premievrijmaking rechtsvorderingen tot schadevergoeding kunnen en moeten instellen. Door dit na te laten heeft de consument de termijn laten verstrijken en zijn de rechtsvorderingen tot schadevergoeding dus uiterlijk op 1 mei 2007 verjaard.

- 3.4 Art. 3:310 lid I 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 I 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 behoeft 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 I 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. (Zie HR 9 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1603, 3.3.2 en 3.3.3.)
- 3.5 De consument heeft op 17 mei 2014 voor het eerst bij de verzekeraar geklaagd. De verzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat de consument al op 17 mei 2009 (vijf jaar eerder) een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen van de verzekeraar en in de gevorderde schade dat zij daadwerkelijk in staat was haar vordering toen al in te stellen. Dit was, anders dan de verzekeraar stelt, nog niet het geval nadat de consument de premievrije waarde (en de daarin verwerkte kosten) op 1 mei 2002 had 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 zij 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 verzekering en tijdens de looptijd van de verzekering. De slotsom is dat niet is komen vast te staan dat de consument al vóór 17 mei 2009 daadwerkelijk in staat was een rechtsvordering tot vergoeding van de in deze procedure gestelde schade in te stellen, zodat het verjaringsverweer van de verzekeraar niet slaagt.

- 3.6 Uit het voorgaande volgt dat de commissie toekomt aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht van de consument.

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

- 3.7 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 het polisblad en de verzekeringsvoorwaarden, maar komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan de bepalingen van het polisblad 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.

- 3.8 Aangenomen wordt dat de verzekeraar ten tijde van het sluiten van de verzekering aan de consument informatie heeft verstrekt door middel van de offerte, het polisblad en de voorwaarden (zie 2.3). Uit deze productdocumentatie kan opgemaakt worden dat de premie in de verzekering 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 in dit geval volgens artikel 10 lid 3 sub c van de voorwaarden maximaal 0,06229 % per maand.

De verzekeraar heeft in de productdocumentatie 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?

3.9 De consument klaagt dat de distributievergoeding en de fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd ten onrechte door verzekeraar in rekening zijn gebracht en dat zij daar door de verzekeraar niet over is geïnformeerd. De commissie overweegt dat de fondsbeheerkosten (TER) worden verwerkt in de koers van het fonds. Deze gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft belegd. De door de consument genoemde distributievergoeding maakt deel uit van deze fondsbeheerkosten. Deze kosten worden echter 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.

3.10 De consument heeft de verzekering 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 overlijdensrisicoverzekering en de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie?

3.11 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.

3.12 De commissie stelt allereerst vast dat ten tijde van het afsluiten van de verzekering in 1998 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 polis) die bij het afsluiten van de verzekering werd verstrekt, blijkt duidelijk dat in de verzekering dekking voor het overlijdensrisico is opgenomen. Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekking een risicopremie staat en dat die dus onderdeel was van de maandelijks te betalen bruto premie. Het in rekening brengen van de risicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst. De klacht van de consument dat geen sprake is van wilsovereenstemming over de overlijdensrisicopremie die door de verzekeraar in rekening is gebracht kan dan ook niet slagen. Dat er in vergelijking tot andere beleggingsverzekeringen met een soortgelijke overlijdensrisicodekking sprake zou zijn geweest van een disproportionele hoge overlijdensrisicopremie, 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?

3.13 Ten aanzien van de stelling van de consument dat zij in 1998 een andere overlijdensrisicodekking had willen kiezen, merkt de commissie het volgende op. Voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering is er in 1998 een offerte uitgebracht waarin een Waerdye beleggingsverzekering met tarief 74 (V)WE (restitutiedekking van 90%) staat vermeld. Gelet hierop kan de commissie de consument niet volgen in haar stelling dat het alternatief van tarief 74 (V)WE door de verzekeraar voor de tussenpersoon en de consument verborgen zouden zijn gehouden. Vaststaat dat de consument na bemiddeling en advisering, in afwijking van de offerte, heeft gekozen voor een Waerdye beleggingsverzekering met tarief 21 (V)WE (zie 2.6 en 2.7). Dit hield in dat sprake was van een overlijdensrisicodekking met een gegarandeerd minimaal vast bedrag als uitkering bij overlijden, te weten een bedrag van NLG 136.308 (€ 61.853,87). Dat de consument bij het afsluiten van de verzekering in 1998 een andere overlijdensrisicodekking (tarief 74 (V)WE) had gewenst, zoals door de consument thans gesteld, wordt onvoldoende concreet onderbouwd en aannemelijk gemaakt en vindt geen steun in de stukken.

3.14 De consument stelt in dit kader nog 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 verzekering zou komen te overlijden, niet minimaal het op dat moment op de van toepassing zijnde polis genoemde vaste bedrag 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 haar er niet op heeft gewezen dat de minimale uitkering bij overlijden zou komen te vervallen bij het premievrij maken van de verzekering, is de commissie niet gebleken dat de consument hierdoor schade heeft geleden. Ook dit onderdeel van de klacht van de consument kan niet slagen.

Oneerlijk beding?

3.15 Voor wat betreft de stelling van de consument dat er ter zake van de overlijdensrisicodekking sprake zou zijn van oneerlijke bedingen in de productdocumentatie oordeelt de commissie dat haar noch op basis van de stellingen van de consument noch ambtshalve is gebleken dat er sprake is van bedingen in de verzekeringsvoorwaarden die als oneerlijk in de zin van de Richtlijn zijn aan te merken en aldus, zoals gesteld, als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten zouden moeten worden.

Waarde-overzichten conform Model 3 De Ruiter en overlijdensrisicopremie

3.16 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 op welke concrete punten onjuist was en welke schade de consument daardoor heeft geleden, zodat dit klachtonderdeel als onvoldoende onderbouwd geen nadere beoordeling behoeft.

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

3.17 De consument stelt dat de verzekeraar ook gedurende de looptijd van de verzekering heeft verzuimd de consument de ware aard van de aan de verzekering verbonden overlijdensrisicodekking met de daarbij horende disproportioneel hoge 'doorsneepremie' toe te lichten en dat de verzekeraar ten onrechte geen productinformatie heeft verstrekt over het alternatief van Tarief 74 (V)WE. Was de consument hierover volledig en juist geïnformeerd dan had de consument voor aanpassing naar Tarief 74 (V)WE gekozen. Zoals onder 3.13 overwogen blijkt uit de stukken dat de overlijdensrisicodekking op basis van een 90% restitutie-dekking reeds voor het aangaan van de verzekering (namelijk in de offerte) aan bod is gekomen. De commissie stelt vast dat de verzekeraar, na het afsluiten van de verzekering door de consument met de daarbij door de consument gekozen overlijdensrisicodekking van tarief 21 WE, de consument jaarlijks overzichten heeft verstrekt van de verzekering.

Vanaf 2008 waren deze overzichten opgesteld op basis van een (standaard)model conform de aanbevelingen van de Commissie De Ruiters. In de begeleidende brieven bij deze waardeoverzichten van de verzekeraar staat vermeld dat de consument voor vragen of advies over de verzekering contact op kan nemen met de bij de verzekering betrokken tussenpersoon.

- 3.18 Op de verzekeraar rustte geen verplichting om meer of andere informatie te verstrekken en/of meer of anders te doen dan hij heeft gedaan. Voor zover de consument meent dat de overlijdensrisicodekking tussentijds gewijzigd had moeten worden, 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, al dan niet na advies van haar tussenpersoon of na elders ingewonnen advies, gedurende de looptijd van de verzekering te bepalen of de verzekering aanpassing behoefde en of zij in dat kader de verzekering op het punt van de overlijdensrisicodekking wilde aanpassen. De omstandigheid dat de overlijdensrisicodekking niet tussentijds conform de thans gestelde wens is aangepast, kan dan ook niet aan de verzekeraar worden toegerekend. Overigens merkt de commissie op dat, de vaste dekking bij voortijdig overlijden (tarief 21 WE) al in 2002, dus slechts vier jaar na het afsluiten van de verzekering, is vervallen doordat de verzekering op verzoek van de consument premievrij is gemaakt.

Conclusie

- 3.19 De verzekeraar heeft de consument voldoende geïnformeerd omtrent de op de verzekering van toepassing zijnde overlijdensrisicodekking. Over de voor de overlijdensrisicodekking in rekening gebrachte risicopremie 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 expiratiewaarde van de verzekering opnieuw dient vast te stellen waarbij (naast de TER) alleen de (expliciet) vermelde kosten, zoals hierboven overwogen onder punt 3.8, in aanmerking mogen worden genomen. De commissie gaat er daarbij vanuit dat de verzekeraar op hoofdlijnen inzichtelijk maakt op welke wijze de herberekening heeft 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 expiratiewaarde van de verzekering per de uitkeringsdatum van de verzekering 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 in aanmerking mogen worden genomen;
- over het verschil tussen de opnieuw vast te stellen expiratiewaarde en de oorspronkelijk vastgestelde expiratiewaarde dient de verzekeraar de wettelijke rente te vergoeden vanaf de uitkeringsdatum van de verzekering tot de datum van voldoening;
- de door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 1.434,- (drie punten Liquidatietarief rechtbanken I) te vergoeden.

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).