

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0963  
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. E.L.A. van Emden, drs. W. Dullemond, leden en  
mr. B.C. Donker, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 11 maart 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 11 november 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vorderingen (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

## **Samenvatting**

### Informatieverplichtingen verzekeraar

Beleggingsverzekering in Waerdye eenheden, afgesloten in 2002. De consument stelt dat de verzekeraar niet aan zijn informatieverplichtingen heeft voldaan, dat ten onrechte kosten in rekening zijn gebracht en dat er met betrekking tot de overlijdensrisicodekking sprake is van een hefboom- en inteereffect. Alleen de expliciet in de productdocumentatie genoemde kosten mogen in rekening worden gebracht. Van de consument kon redelijkerwijs niet verwacht worden dat hij, naast de wel genoemde kosten die door de verzekeraar in rekening worden gebracht, ook nog met niet genoemde kostensoorten rekening moest houden. De verzekeraar dient daarom de waarde van de beleggingsverzekering opnieuw te berekenen. De overige klachten worden afgewezen. Vorderingen deels toegewezen.

## **I. De procedure**

I.1 De commissie beslist op basis van haar Reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- de klachtuiting met bijlagen van de consument en het ingevulde Informatieformulier beleggingsverzekering;
- het verweerschrift van de verzekeraar;
- de repliek van de consument;
- de dupliek van de verzekeraar;
- de aanvullende reactie van de consument van 26 juli 2021;
- de aanvullende reactie van de verzekeraar van 17 augustus 2021 en
- de aanvullende reactie van de consument van 23 september 2021.

I.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer F. Weidema (Ferdinand Weidema Interim Management) professioneel vertegenwoordiger.

- 1.3 De verzekeraar heeft in zijn verweer om aanhouding van de behandeling van de klacht verzocht 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.
- 1.4 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.
- 1.5 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 van een tussenpersoon met ingang van 1 juli 2002 een zogenoemde Waerdye Levensverzekering afgesloten bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. De verzekering heeft een inlegpremie van € 88,46 per maand. De consument en zijn partner zijn zowel verzekeringnemer als verzekerde. De einddatum van verzekering is bij aanvang gesteld op 1 juli 2032 en de verzekering werd ter zekerheid verpand in verband met een door de consument afgesloten 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 verzekeringen, zijn volgens de verzekeraar de volgende stukken aan de consument verstrekt:
  - een brochure “Leven, De Waerdye-Selectie” en de brochure “De Waerdye-Selectie Januari 2002”
  - een polisblad gedateerd 10 september 2002
  - een financiële bijsluiter
  - de voorwaarden van Waerdye Levensverzekering, model WE5

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de productdocumentatie.

- 2.4 Op de polis staat onder andere het volgende:  
*“(…) verklaart een overeenkomst van levensverzekering met de verzekeringnemers te hebben gesloten op de in de polis vermelde voorwaarden en op de bijgevoegde voorwaarden van de Waerdye-levensverzekering WE5.*

(...)

Polisnummer : [polisnummer]      Tarief : 22WE

(...)

Verzekerd is een kapitaal in waerdye-eenheden, waarvan de tegenwaarde in euro's wordt uitgekeerd bij het in leven zijn van de beide verzekerden op de einddatum verzekering of bij het overlijden van een van de verzekerden voor de einddatum verzekering mits de andere verzekerde op het tijdstip van dat overlijden in leven is of bij het gelijktijdig overlijden van de verzekerden voor de einddatum verzekering. (...)

Minimaal bedraagt het kapitaal bij overlijden E 42.350,-.

(...)

Verzekerd kapitaal

Onderstaand is vermeld het verzekerde kapitaal in eenheden, vastgesteld per 01-10-2002 en geldend tot de eerstvolgende premievervaldag. Daarnaast treft u aan de tegenwaarde van dit kapitaal in euro's tegen de op de vermelde datum geldende eurowaarde van de eenheid.

Fonds	WE-eenheden	eurowaarde eenheid	tegenwaarde in euro's
SR Mix Fonds	84.395	0,5015	E 42.324,-

Premieverdeling

De verdeling van de premie naar fonds luidt:

SR Mix fonds    E 88,46 (...)"

2.5 In de voorwaarden staat onder andere het volgende:

**"(...) Artikel 9      Waerdye-eenheden**

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

**Artikel 10      Beleggingsdepot**

I. Er worden beleggingsdepots gevormd met de bepalingen dat:

- a. elk van de depots afgescheiden van het overige vermogen van de maatschappij wordt geadministreerd, 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 premieervaldata te beleggen delen van premies en koopsommen bestemd voor de in waerdye-eenheden uitgedrukte verzekeringsverplichtingen;*
  - b. *stortingen van de maatschappij in verband met verzekeringstechnische ontwikkelingen;*
  - c. *verwerking van 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 intrest 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 zes 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 omtrekkingen wordt steeds een met de toevoeging en omtrekking corresponderend aantal waerdye-eenheden gevormd of teniet gedaan.*
5. *De waarde van een depot in Nederlandse guldens en het aantal waerdye-eenheden worden steeds op de 2e dag van elke maand opnieuw vastgesteld.*
6. a. *Met inachtneming van het gestelde sub 2 en 3 van dit artikel geschiedt de vaststelling van de waarde van een depot in Nederlandse guldens door optelling van de waarde in Nederlandse guldens van de in dat depot aanwezige aandelen of participaties. Voor aandelen behorende tot een depot geschiedt omrekening tegen de slotkoers van de officiële notering van de aandelen op de Amsterdamsche Effectenbeurs op de laatste beursdag voorafgaande aan de 2e dag van elke maand. Voor participaties behorende tot een depot geschiedt omrekening tegen de waarde van de participaties op de 2e dag van elke maand.*
  - b. *De sub 3c van dit artikel bedoelde vergoeding wordt berekend over het gemiddelde van:*
    1. *de waarde van een depot van de vorige vaststelling en*
    2. *de waarde van een depot waarop na de vorige vaststelling het bepaalde sub 2 en sub 3a en 3b van dit artikel is toegepast.*

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

- a. Uitgegaan wordt van het aantal Waerdye-eenheden van de vorige vaststelling;
- b. Dit aantal wordt verminderd met het sinds de vorige vaststelling teniet gedane aantal waerdye-eenheden, corresponderende met de sub 3a en 3b van dit artikel bedoelde onttrekkingen aan het depot;
- c. dit aantal wordt vermeerderd met het sinds de vorige vaststelling nieuw gevormde aantal Waerdye-eenheden, corresponderende met de sub 2a en 2b van dit artikel bedoelde toevoegingen aan het depot;
- d. over het gemiddelde van de gevonden aantallen Waerdye-eenheden, enerzijds sub a van dit lid en anderzijds sub a, b en c van dit lid, wordt aan het na c van dit lid gevonden aantal toegevoegd een in waerdye-eenheden uitgedrukte rente berekend naar 4 % op jaarbasis.

### **Artikel 11 Vaststelling verzekerde kapitaal**

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

- 2.6 In november 2011 heeft de verzekeraar de consument bericht dat er uit hoofde van de zogenoemde compensatieregeling als vergoeding voor te hoge kosten eenmalig een bedrag van € 298,32 in de verzekering wordt gestort en dat daarnaast jaarlijks, zolang er premie wordt betaald, de bijstorting een bedrag van € 49,09 betreft.
- 2.7 Per brief van 11 januari 2021 heeft de consument een klacht bij de verzekeraar ingediend. De verzekeraar heeft hier per brief van 21 januari 2021 op gereageerd. Vervolgens heeft de consument per brief van 28 januari 2021 op deze brief van de verzekeraar gereageerd. Na de daaropvolgende afwijzing van de verzekeraar van 19 februari 2021 heeft de consument zijn klacht ter behandeling bij Kifid ingediend.

#### *De klacht en vordering*

- 2.8 De consument vordert primair dat de verzekeraar een bedrag van € 10.000,- toevoegt aan de verzekering en daarnaast de kosten van rechtsbijstand vergoedt. Aanvankelijk was dit een bedrag van € 3.357,75, gedurende de procedure is dit verhoogd tot € 4.083,75.
- 2.9 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot het onder 2.8 vermelde gehouden.
- De algemene voorwaarden WE5 waaronder de verzekering is afgesloten vermelden een beperkt aantal kosten welke in rekening gebracht zullen worden. Limitatief betreft het hier de zogenaamde kosten voor beheer en administratie met een hoogte van 0,06229% per maand of 0,75% van de opgebouwde poliswaarde per jaar en de aankoopkosten participaties over de maandelijks verschuldigde premie van 0,5%.

Alle overige in rekening gebrachte kosten zijn zonder grondslag en derhalve onrechtmatig. Naar vaste jurisprudentie van de Commissie van Beroep (CvB) hoeft de consument geen rekening te houden met overige, niet vermelde kosten en is er over de zogenaamde “eerste kosten verzekeringsmaatschappij en bemiddelaar” geen wilsovereenstemming bereikt.

- Over de zogenoemde fondsbeheerkosten (TER) bestaat geen wilsovereenstemming. Vanaf 1998 moest de verzekeraar op grond van de Riav 1998 de consument hierover informeren. De verzekeraar heeft dit nagelaten en moet nu deze informatieverplichting niet is nagekomen de schade die de consument hierdoor heeft geleden te vergoeden. Omdat de waarde-opbouw onduidelijk is, en het fonds een paar keer van beheerder en wellicht van kostenstructuur is veranderd, is niet te begroten hoe hoog dit schadebedrag is. De verzekeraar moet bij de herberekening van de poliswaarde deze kosten buiten beschouwing laten.
- Door de diverse disproportionele hoge en onrechtmatig ingehouden kosten, is de waarde van de polis slechts zeer traag gestegen. Omdat de hoogte van de overlijdensrisicopremie die maandelijks wordt herberekend afhankelijk is van deze opgebouwde waarde in de polis, heeft de consument maand in maand uit teveel betaald voor de overlijdensrisicoverzekering. Dit heeft tot nog grotere schade geleid omdat keer op keer minder middelen resteerden ter belegging. Hierdoor ontstaat een neerwaartse, zichzelf versterkende beweging in de waarde van de polis. Dit fenomeen is bekend als het hefboom- en inteereffect van Universal Life polissen en komt voor schadevergoeding in aanmerking.

#### *Het verweer*

2.10 De verzekeraar heeft zich in eerste instantie op het standpunt gesteld dat de consument te laat heeft geklaagd en dat de rechtsvordering van de consument tot schadevergoeding is verjaard dan wel moet worden afgewezen. In zijn dupliek heeft de verzekeraar zich bereid verklaard het onderhavige geschil met de consument op te lossen door toepassing van de uitspraak 2017-043 van de CvB. Dit betekent volgens de verzekeraar dat de waarde van de verzekering moet worden herrekend aan de hand van de bruto premie, waarbij geen kostenopslagen in rekening worden gebracht. De kosten voor beheer en administratie, de TER en de overlijdensrisicopremie mogen op basis van de uitspraak wel in rekening worden gebracht. De herrekening resulteert volgens de verzekeraar in een vergoeding van € 4.954,30. Voor wat de kosten betreft van rechtsbijstand is de verzekeraar bereid het van toepassing zijnde liquidatietarief te vergoeden. Voor de nog lopende verzekering betekent dit verder dat de verzekeraar in het vervolg geen kosten meer in rekening brengt, met uitzondering van de TER en de kosten voor beheer- en administratie en de overlijdensrisicopremie en dat door toepassing van deze CvB uitspraak de jaarlijkse compensatievergoeding komt te vervallen.

2.11 De consument heeft in reactie op het dupliek van de verzekeraar naar voren gebracht het niet eens te zijn met de door de verzekeraar voorgestelde oplossing en de daarbij behorende vergoeding omdat, kort samengevat, de verzekeraar ten onrechte nog steeds bij de herrekening rekening houdt met de TER. Deze moet bij de herrekening buiten beschouwing gelaten worden. Daarnaast moet er bij de herrekening ook nog rekening gehouden worden met het feit dat sprake is van een Universal Life polis met het daaraan verbonden hefboomeffect. De consument wil hier ook voor gecompenseerd worden en de kosten voor rechtsbijstand volledig vergoed krijgen. Per brief van 23 september 2021 heeft de consument, na contact met de verzekeraar, de commissie verzocht een uitspraak te doen omdat partijen er onderling niet uit zijn gekomen.

### **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 van de CvB ten aanzien van het Waerdye product (CvB 2017-043). 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.

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

3.2 De vraag of de consument op grond van enige (aanvullende) informatieplicht moest worden geïnformeerd over de afzonderlijke kostensoorten en of de verzekeraar aan die verplichting heeft voldaan, moet worden onderscheiden van de vraag wat de verzekeraar met de consument over het in rekening brengen van deze kosten is overeengekomen (zie CvB 2017-043, overweging 5.8). Daarbij geldt als uitgangspunt dat de inhoud van de tussen partijen gesloten overeenkomst niet alleen wordt bepaald door de formulering ervan. Bij de uitleg van de verzekering kan immers niet worden volstaan met een zuiver taalkundige uitleg van de bepalingen van de polis en de verzekeringsvoorwaarden, maar komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan de bepalingen van de polis en de verzekeringsvoorwaarden mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (het zogenoemde Haviltex-criterium). Het voorgaande wordt niet anders indien de kosten niet behoren tot de essentiële prestaties van de verzekeringsovereenkomst.



Zo kan de regeling van de kosten in de betrokken verzekeringsovereenkomst zodanig zijn opgezet dat daaraan in redelijkheid de slotsom is te verbinden dat een niet genoemde kostensoort in de verhouding tussen de bij die overeenkomst betrokken partijen als niet overeengekomen buiten aanmerking dient te worden gelaten.

- 3.3 De verzekeraar heeft ten tijde van het sluiten van de verzekeringen aan de consument informatie verstrekt door middel van twee brochures, de polis, de financiële bijsluiter en de algemene voorwaarden (zie 2.3-2.5). Uit deze productdocumentatie kan opgemaakt worden dat de premie die voor de verzekering wordt aangewend 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 op jaarbasis maximaal 0,75%. De verzekeraar heeft in de voorwaarden of overige productdocumentatie, nergens vermeld dat hij de periodiek te betalen 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 (TER)?*

- 3.4 De fondsbeheerkosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in de koers en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument belegt. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door de verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of de verzekeraar de consument over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement. Vergelijk CvB 2018-010, overweging 5.9.
- 3.5 Op de verzekering zijn onder andere de Riav 1998 en de CRR 2002 van toepassing. Aan de hand van de productdocumentatie en ten aanzien van de verzekering geldende informatieverplichtingen heeft de commissie vastgesteld dat er fondsbeheerkosten (TER) in rekening worden gebracht zonder dat gebleken is dat de verzekeraar de consument daarover bij het sluiten van de verzekering overeenkomstig de geldende bepalingen van de Riav 1998 en CRR 2002 concreet heeft geïnformeerd.



Daarmee heeft de verzekeraar niet geheel voldaan aan zijn (informatie)verplichtingen. De verzekeraar heeft in zoverre niet aan de geldende regelgeving voldaan en is daarmee jegens de consument tekortgeschoten. Een tekortkoming van de verzekeraar in het voldoen aan zijn (informatie)verplichtingen om de TER te vermelden, leidt niet tot een terugbetalingsverplichting, maar tot de verplichting voor de verzekeraar om de schade, die de consument als gevolg van zijn tekortkoming heeft geleden, te vergoeden.

De consument heeft echter niets gesteld waaruit kan volgen dat en, zo ja, hoe en in hoeverre hij als gevolg van het niet vermelden van de TER enige schade zou hebben geleden. De consument heeft met name niet gesteld welke beslissing hij in juni/juli 2002 zou hebben genomen in het geval hij hierover wel volledig was geïnformeerd en, zo ja, hoe en in hoeverre hij dan nu beter af zou zijn geweest. Dit betekent dat de commissie niet kan vaststellen dat de consument als gevolg van de tekortkoming van de verzekeraar enige schade heeft geleden. De met de TER verband houdende vordering is in zoverre dan ook niet toewijsbaar.

#### *Hefboomeffect?*

3.6 In dit geval was sprake van een Unit Linked verzekering en niet van een Universal Life verzekering. De hoogte van de risicopremie was dus niet, zoals de consument stelt, afhankelijk van het opgebouwde kapitaal. Dat brengt mee dat bij deze verzekering geen sprake is of was van (het risico van) een hefboom- of inteereffect, zodat dit klachtonderdeel wordt afgewezen.

#### *Conclusie*

3.7 Het voorgaande brengt met zich mee dat de vorderingen van de consument deels worden toegewezen. In die zin dat de verzekeraar de waarde van de verzekering opnieuw dient vast te stellen waarbij (naast de TER) alleen de (expliciet) vermelde kosten, zoals hierboven overwogen onder punt 3.3, in aanmerking mogen worden genomen. Het (positieve) verschil met de huidige waarde dient de verzekeraar vervolgens aan de consument als schadevergoeding uit te betalen door dit bedrag om te rekenen naar extra WE-eenheden en de eenheden toe te voegen aan de verzekering. De verzekeraar dient voorts voor de rest van de looptijd van de verzekering uitsluitend de TER en alleen de (expliciet) in de voorwaarden vermelde kosten in rekening te brengen.

3.8 De commissie gaat er daarbij vanuit dat de verzekeraar op hoofdlijnen inzichtelijk maakt op welke wijze de herrekening heeft plaatsgevonden.

3.9 De commissie zal bepalen dat de verzekeraar de kosten van de gemachtigde van de consument vergoedt overeenkomstig het op basis van het toegewezen deel van de vordering volgens het ingevolge artikel 38.11 van het Reglement daarvoor geldende tarief.

3.10 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 waarde van de verzekering herrekent 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;
- het (positieve) verschil met de huidige waarde dient de verzekeraar vervolgens aan de consument als schadevergoeding uit te betalen door dit bedrag om te rekenen naar extra WE-eenheden en de eenheden toe te voegen aan de verzekering;
- de verzekeraar dient voorts voor de rest van de looptijd van de verzekering naast de TER alleen de (expliciet) in de voorwaarden vermelde kosten in rekening te brengen;
- de door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 200,- (2 punten Tarief III) te vergoeden.

Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

*In artikel 5 van het reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor <https://www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid/>*

*U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het reglement.*

## **Bijlage: Beoordelingskader beleggingsverzekeringen**

Bij de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen neemt de Geschillencommissie een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB) als uitgangspunt. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB over beleggingsverzekeringen kort weergegeven.

### *Informatie over de beleggingsverzekering*

- 1.1 Uitgangspunt is steeds dat de verzekeraar verplicht is om voorafgaand of bij de totstandkoming van de beleggingsverzekering de op grond van de op dat moment geldende wet- en regelgeving voorgeschreven informatie aan de consument te verstrekken. Met regelgeving bedoelt de CvB onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). De verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

### *Wilsovereenstemming over de kosten*

- 1.2 Uit de uitspraken van de CvB volgt, kort samengevat, dat de verzekeraar een kostensoort slechts in rekening mag brengen als daarover wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Leidend daarbij is of uit de door de verzekeraar verstrekte informatie over het product valt af te leiden welke kosten in rekening worden gebracht. Oftewel de consument wist bij aanvang van de verzekering of had bij aanvang van de verzekering kunnen weten welke kosten in rekening zouden worden gebracht. Als wilsovereenstemming over kosten of een bepaalde kostensoort ontbreekt, moeten de ten onrechte in rekening gebrachte bedragen aan de waarde van de verzekering worden toegevoegd en mogen deze in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht. Als de verzekering al is beëindigd moet de afkoopwaarde of eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna onder 1.4.

### *Richtlijn oneerlijke bedingen*

- 1.3 Een (kosten)beding moet op grond van Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Voor dit vereiste van transparantie is niet voldoende dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft (dat wil zeggen de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de consument op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hem of haar voortvloeien kan inschatten. Vergelijk CvB 2018-041, rechtsoverweging 4.5.3. Het betreffende (kosten)beding kan als onredelijk bezwarend buiten toepassing worden gelaten.

#### *Fondsbeheerkosten (TER)*

- 1.4 De verzekeraar hoefde vóór de invoering van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER. Verder worden deze kosten niet door de verzekeraar gemaakt maar door derden zodat het er niet om gaat of partijen zijn overeengekomen dat de verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.2.3, 5.16 en 5.17). Vanaf 1 oktober 1998 moest de verzekeraar de verzekeringnemer over de TER informeren op grond van Hoofdstuk III, artikel 02 van de CRR 1998. Hiermee werd invulling gegeven aan de verplichting die artikel 2, lid 2 onder q Riav 1998 op de verzekeraar legt, om de verzekeringnemer in kennis te stellen van de invloed van kosten en inhoudingen ten laste van de verzekeringnemer op het rendement en de uitkering verbonden van de verzekering (CvB 2017-035, rechtsoverweging 4.30). Als de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen, moet hij de schade die de consument als gevolg daarvan heeft geleden, vergoeden (CvB 2020-00047, rechtsoverweging 5.11).

#### *Overlijdensrisicodekking*

- 1.5 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd, wordt van een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument verwacht dat hij weet dat tegenover die dekking een premie staat en dat die premie dus onderdeel is van de bruto premie, of dat overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom zijn grondslag in de verzekeringsovereenkomst. Voor zover gesteld wordt dat de verzekeraar een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht, moet de consument aannemelijk maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd. Daarnaast moet hij ook aannemelijk maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders (CvB 2017-043, rechtsoverwegingen 5.21 t/m 5.24).

#### *Het hefboom- en inteereffect*

- 1.6 Het hefboom- en inteereffect speelt in beginsel alleen een rol bij universal life beleggingsverzekeringen. Door het hefboom- en inteereffect (omschreven in CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.21 t/m 4.23) kan het bijzondere risico bestaan dat de verzekering vervalt en dat als gevolg daarvan bij een eventueel vóóroverlijden geen overlijdensuitkering meer kan worden uitgekeerd. De consument moet het bestaan van dit bijzondere risico aannemelijk maken (CvB 2017-035, rechtsoverwegingen 4.50 en 4.51). Als de verzekeraar bij het bestaan van dit bijzondere risico verzuimd heeft voor dit bijzondere risico te waarschuwen schiet hij tekort. Die tekortkoming is onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29 en 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade, tenzij de consument aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

### *Schadevergoeding*

- 1.7 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, hij een andere beslissing had genomen dat hij nu gedaan heeft. De (omvang van de) schade moet worden vastgesteld door een vergelijking te maken tussen de feitelijke situatie na het tekortschieten en de situatie waarin de consument zou hebben verkeerd als de verzekeraar niet zou zijn tekortgeschoten. Kan de omvang van de schade niet nauwkeurig worden vastgesteld, dan wordt zij geschat op grond van artikel 6:97 tweede zin BW (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.35; 2017-035, rechtsoverwegingen 4.76 en 4.78; CvB 2017-036, rechtsoverwegingen 4.8.3 en 4.8.4).