

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-1019
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. E.L.A. van Emde, drs. W. Dullemond, leden en
mr. S.H.M. Koeleman, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 29 januari 2018
Ingediend door : De consument
Tegen : AEGON Spaarkas N.V., gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 1 december 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen
Bijlagen : Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

Samenvatting

De consument heeft in 1992 een beleggingsverzekering, een VermogensPlan, afgesloten bij de verzekeraar. De verzekering is in 2012 geëxpireerd. De consument klaagt over het ontbreken van wilsovereenstemming over de kosten en de overlijdensrisicopremie en over het beleggingsbeleid van de verzekeraar en stelt dat sprake is van misleiding. De commissie oordeelt dat de consument over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover wilsovereenstemming heeft bestaan. Van de gestelde misleiding is niet gebleken en de verzekeraar is niet tekortgeschoten met betrekking tot het beleggingsbeleid. De vorderingen worden afgewezen.

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:
- het klachtformulier van de consument;
 - het verweerschrift van de verzekeraar;
 - de repliek van de consument;
 - de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 Na het indienen van de klacht is de behandeling van de klacht aangehouden. Vervolgens zijn partijen opgeroepen voor een enkelvoudige hoorzitting op 24 juni 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn echtgenote mevrouw [naam echtgenote] en zijn vertegenwoordiger de heer A. Esser (Hypoco), professioneel vertegenwoordiger. De verzekeraar was eveneens aanwezig. De consument heeft een pleitnota overgelegd. Tijdens de hoorzitting is getracht tot een minnelijke regeling te komen. In dat kader heeft de verzekeraar een voorstel gedaan. Het voorstel is na overleg met de consument door de vertegenwoordiger afgewezen.

- 1.3 Na de hoorzitting hebben partijen de repliek en dupliek ingediend.
- 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 van een tussenpersoon met ingang van 1 september 1992 een beleggingsverzekering onder de naam Aegon VermogensPlan, (hierna: de verzekering), gesloten bij (de rechtsvoorganger van) de verzekeraar. Dit betreft een spaarkasproduct. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 september 2012.
- 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 volgens de verzekeraar de volgende stukken aan de consument verstrekt:
 - een inschrijfformulier getekend op 15 juli 1992;
 - een certificaat gedateerd 18 augustus 1992;
 - een brochure, genaamd: VermogensPlan. Een belastingvrij vermogen opbouwen;
 - de Algemene Voorwaarden VermogensPlan 91.01.
- 2.4 In de begeleidende brief van 18 augustus 1992 bij het certificaat staat onder andere het volgende:

“(…) Tussentijdse opname of beëindiging vindt plaats conform de artikelen 8 en 11 van de Algemene Voorwaarden VermogensPlan 91.01. (...)

*(...) **BELEGGINGSASPECTEN***

De beleggingen vinden plaats in aandelen en/of andere effecten.

De op het certificaat onder punt 7 vermelde bedragen zijn berekend na aftrek van alle kosten en vormen geen garantie voor de definitieve einduitkering.

Het onder punt 6 vermelde aantal beleggingseenheden geeft uw aandeel in de beleggingskas weer. Hierdoor kan aan het eind van de looptijd de verdeling van de beleggingskas onder de deelnemers plaatsvinden.

De overeenkomst is van kracht vanaf de ingangsdatum.

Tot 3 maanden na de ingangsdatum van deze overeenkomst heeft u het recht deze nietig te verklaren. Spaarbeleg stort dan uw ingelegde bedrag retour. (...)

Bijlage: Certificaatnummer: [nummer]
Algemene Voorwaarden VermogensPlan 91.01 (...)"

2.5 Op het certificaat staat onder andere:

"(...) Spaarbeleg Kas N.V. verklaart dat zij op grond van de ontvangen aanvraag en overeenkomstig de Algemene Voorwaarden VermogensPlan 91.01 een Spaarbelegovereenkomst is aangegaan met een looptijd van 20 jaar met (...)

6. Aantal beleggingseenheden : 12,9956

7. Uit te keren bij in leven : Indicatie bij een gemiddeld rendement
zijn van de verzekerde na op de inleg: 10 % f. 123.600,00
afloop 12 % f. 167.500,00
14 % f. 227.500,00

8. Uitkering bij overlijden : Betaalde inleg, vermeerderd met samen-
van de verzekerde gestelde intrest à 4% per jaar,
berekend tot de datum van overlijden (...)

10. Te betalen per jaar
per 1 september 1992 : f. 10.000,00
vanaf 1 september 1993 : f. 1.000,00 (19 maal) (...)

12. De beleggingen vinden plaats in aandelen en/of andere effecten, derhalve is artikel 6, sub b van de Algemene Voorwaarden VermogensPlan 91.01 niet van toepassing. (...)"

2.6 In de algemene voorwaarden staat onder andere:

“(…) **I Definities** (…)

e Spaarbelegovereenkomst:

de overeenkomst waaruit voor Spaarbeleg de verplichting ontstaat om:

enerzijds de aan de beleggingskas ten goede komende spaarstortingen van de inschrijvers te beheren, te beleggen en op de einddatum van de overeenkomst bij in leven zijn van de verzekerde het aandeel in de beleggingskas uit te keren en

anderzijds in geval van overlijden van de verzekerde vóór een in het certificaat bepaalde datum, één of meer uitkeringen te doen van één of meer vooraf vastgestelde of tijdens de duur der verzekering nader vastgestelde bedragen, op grond van de gelijktijdig afgesloten verzekering (de verzekering);

(…)

j verzekeringspremie:

de premie voor de overlijdensrisicodekking;

k inleg:

de som van de spaarstortingen en verzekeringspremies voor de overlijdensrisicodekking tot de einddatum van de Spaarbelegovereenkomst. (…)

6 Belegging van de beleggingskas en het beleggingsbeleid

Alle ten gunste van de beleggingskas gekomen gelden, verminderd met de ten laste van die beleggingskas gekomen gelden, vormen het tegoed van de beleggingskas. Dit tegoed wordt belegd hetzij in:

a aandelen en/of andere effecten,

hetzij in:

b aandelen, vastrentende waarden (o.a. obligaties), vastgoed en deposito's.

Spaarbeleg behoudt zich het recht voor wijzigingen aan te brengen in haar beleggingsbeleid, indien, naar haar oordeel, de omstandigheden dit rechtvaardigen.

7 Kosten en belastingen

Ter voorziening in de kosten, verbonden aan de werkzaamheden van Spaarbeleg, wordt door haar aan de inschrijver in rekening gebracht:

1 Een eenmalig bedrag aan administratieloon ter grootte van 2% van de inleg (inleg: als bedoeld in artikel 1 sub. k) te voldoen uit de eerste spaarstortingen.

2 Een jaarlijkse vergoeding voor beheerskosten groot 0,8% van het aan de inschrijver op 31 december van het betreffende jaar toekomende deel van de beleggingskas, te verrekenen aan het eind van elk kalenderjaar voor het eerst in het jaar volgend op het jaar van inschrijving.

De kosten voortvloeiend uit de belegging der gelden komen ten laste van de beleggingskas. (...)

8 Verdeling van de beleggingsopbrengsten van de beleggingskas

1 Maandelijks worden de beleggingsopbrengsten naar rato van ieders aandeel verdeeld over de inschrijvers in de beleggingskas.

2 Bij overlijden van een verzekerde wordt, zodra het recht op uitkering bij overlijden naar genoegen van Spaarbeleg is aangetoond, zijn aandeel in de beleggingskas plus de opbrengsten daarvan verdeeld over de overige inschrijvers in de beleggingskas. Deze verdeling is naar rato van ieders aandeel in de beleggingskas, waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijden van de in de beleggingskas resterende verzekerden. (...)"

- 2.7 In maart 2006 heeft de verzekeraar met terugwerkende kracht de hoogte van de overlijdensrisicopremie gemaximeerd op 17% van de inleg en als gevolg daarvan een bedrag van € 3.181,09 aan de belegde waarde van de verzekering toegevoegd.
- 2.8 In mei 2006 heeft de verzekeraar aan de consument de zogenoemde 'Wegwijzer VermogensPlan met een ingangsdatum tussen 1 januari 1991 en 1 januari 1996' toegezonden.
- 2.9 De consument is gedurende de looptijd van de verzekering door middel van waarde-overzichten geïnformeerd over de waardeontwikkeling van de verzekering, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.
- 2.10 In april 2011 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat de consument op basis van toetsing van de verzekering aan de zogenoemde compensatieregeling op dat moment geen recht had op een aanvullende uitkering.
- 2.11 De consument heeft op 11 juni 2012 een stuitingsbrief aan de verzekeraar gestuurd en de verzekeraar in deze brief aansprakelijk gesteld voor eventuele schade. De verzekeraar heeft hier per brief van 9 juli 2012 op gereageerd.
- 2.12 De verzekering is geëxpireerd per 1 september 2012. Aan de consument is een bedrag van € 25.603,11 uitgekeerd.
- 2.13 De consument heeft per brief van 23 november 2017 een klacht bij de verzekeraar ingediend. Na het uitblijven van een inhoudelijke reactie hierop aan de zijde van de verzekeraar heeft de consument op 27 januari 2018 de klacht ter behandeling ingediend bij de Geschillencommissie van Kifid.

2.14 Na de hoorzitting van 24 juni 2021 bij Kifid heeft de verzekeraar op grond van de Regeling Spaarbeleg 2014 aan de consument nog een bedrag van € 327,34 overgemaakt voor het gedurende de looptijd van de verzekering in rekening brengen van een te hoge overlijdensrisicopremie.

De klacht en vordering

2.15 De consument vordert primair dat de verzekeraar een bedrag van € 30.484,- als schadevergoeding betaalt. Dit schadebedrag is berekend door uit te gaan van het op het certificaat vermelde voorbeeldkapitaal bij een rendement van 10% (€ 56.087,-) verminderd met de afkoopwaarde van de verzekering (€ 25.603,-). Subsidiair vordert de consument een bedrag van € 19.728,- ter zake van niet overeengekomen (fonds)kosten en overlijdensrisicopremie en meer subsidiair een bedrag van € 14.815,- ter zake van niet overeengekomen fondskosten vermeerderd met wettelijke rente. In reply heeft de consument de vorderingen aangepast en vordert hij subsidiair een bedrag van € 16.500,- en meer subsidiair een bedrag van € 5.000,-. Nog meer subsidiair vordert de consument vernietiging van de overeenkomst, althans een bijbehorende schadevordering ter grootte van € 4.993,- bestaande uit de door de consument betaalde premie vermeerderd met wettelijke rente minus de uitgekeerde waarde. De consument heeft tot slot zijn vordering tot vergoeding van de kosten voor rechtsbijstand in reply verhoogd van € 907,50 naar € 2.200,-.

2.16 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot het onder 2.15 vermelde gehouden.

- In de precontractuele fase heeft de consument ten onrechte geen voorwaarden, offerte(s), brochure en prospectus over spaarkassparen van de verzekeraar ontvangen. Zelfs al zou de consument de voorwaarden bij afgifte van het certificaat hebben ontvangen, dan zou dit te laat zijn. De consument roept vernietiging van de voorwaarden in. Deze hoeven niet daadwerkelijk vernietigd te worden maar de consument wenst wel de daarbij behorende schade vergoed te krijgen, bestaande uit de inleg plus wettelijke rente.
- De consument is bewust misleid, omdat in de precontractuele fase geen voorbeeldrendementen zijn getoond waar alle kosten al vanaf waren getrokken en bij deze voorbeeldrendementen bovendien sprake moet zijn van een constant gemiddeld rendement. Het was onmogelijk om de getoonde voorbeeldkapitalen op het certificaat te halen. De consument vordert nakoming van de overeenkomst, in die zin dat het voorgespiegelde rendement wordt behaald. Alle kosten die door de verzekeraar in rekening zijn gebracht, de fondsbeheerkosten en de premies overlijdensrisicoverzekering, dienen vermeerderd met wettelijke rente te worden terugbetaald. Alleen zonder al deze kosten en premies in rekening te brengen, zou het voorbeeldkapitaal van f. 123.600,- gehaald kunnen worden.

- Er zijn op de inlegpremie onrechtmatig overlijdensrisicopremies en kosten door de verzekeraar ingehouden. Hierover bestaat geen wilsovereenstemming.
- De fondsbeheerkosten en de fondskosten van onderliggende fondsen/subfondsen waarin werd belegd zijn niet overeengekomen. Het gaat zowel om de TER als alle andere fondskosten en subfondskosten zoals de transactiekosten van de feitelijke vermogensbeheerders. De verzekeraar heeft nagelaten deze kosten te vermelden.
- Indien ervan wordt uitgegaan dat de consument de voorwaarden wel heeft ontvangen, geldt de contra-proferentem regel. Het gaat er niet om of de verzekeraar wel of niet moest vermelden dat er ook nog fondsbeheerkosten in rekening zouden worden gebracht, maar of de consument er van mocht uitgaan dat de beheerskosten genoemd in de voorwaarden de TER kosten (fondsbeheerskosten) zouden zijn. Het waren echter niet de TER kosten, maar beheerskosten die door de verzekeraar zelf in rekening zijn gebracht. Deze kosten moeten vermeerderd met wettelijke rente aan de consument worden terugbetaald.
- De verzekeraar heeft in strijd met het Wetboek van Koophandel en de Prospectus Spaarkasinschrijvingen uit mei 1985 nagelaten de premie van de overlijdensrisicoverzekering op de polis te vermelden. Door dit na te laten is sprake van een onrechtmatige daad en heeft de verzekeraar een wanprestatie geleverd. Bovendien was de premie voor de overlijdensrisicoverzekering een farce, omdat de dekking bij overlijden slechts de inleg is vermeerderd met 4% intrest. Gelet op deze summiere dekking is het niet logisch dat de verzekeraar een overlijdensrisicopremie in rekening brengt. De overlijdensrisicopremie is dan ook onredelijk bezwarend en er bestaat geen wilsovereenstemming over de hoogte van de in rekening gebrachte premie voor de overlijdensrisicoverzekering.
- In de voorwaarden staat dat de beleggingen plaatsvinden in aandelen en/of andere effecten. In werkelijkheid werd echter belegd in beleggingsfondsen en deze belegden onder andere in zeer risicovolle hedgefondsen. De consument vordert dan ook nakoming van de verplichting dat alle ingelegde premies daadwerkelijk zouden zijn belegd in aandelen en/of andere effecten, zodat alle ingehouden fondskosten vermeerderd met misgelopen rendement aan de consument vergoed moeten worden.
- In de voorwaarden neemt de verzekeraar de verplichting op zich om de aan het fonds toekomende spaarstortingen te beheren en te beleggen. De verzekeraar is dit niet nagekomen door de beleggingen uit te besteden aan externe fondsbeheerders. De consument had geen overeenkomst met andere vermogensbeheerders dan de verzekeraar.
- De verzekeraar is voor 68% eigenaar van het hedgefonds Seamor Capital B.V. Door via dergelijke hedgefondsen te beleggen heeft de verzekeraar zich schuldig gemaakt aan zelfverrijking. De consument roept dan ook vernietiging van de overeenkomst in.

Het verweer

- 2.17 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 klachten van de consument niet kunnen slagen en legt hierna uit waarom.

Beoordelingskader

- 3.2 De consument klaagt er samengevat over dat sprake is van tekortschieten in de informatieverplichtingen, dat hij is misleid, dat er kosten en overlidensrisicopremies onrechtmatig in rekening zijn gebracht, dat de verzekeraar ten onrechte het beleggen heeft uitbesteed en dat er is belegd in risicovolle hedgefondsen in plaats van in aandelen en/of effecten. De commissie beoordeelt deze klachten 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. De commissie zal eerst ingaan op de stelling van de consument dat hij in de precontractuele fase buiten het certificaat geen stukken heeft ontvangen.

Welke stukken zijn in de precontractuele fase ontvangen?

- 3.3 De consument stelt dat hij in de precontractuele fase geen voorwaarden, offerte(s), productbrochure en prospectus over spaarkassparen heeft ontvangen. De verzekeraar stelt dat de voorwaarden en de productbrochure wel bij het sluiten van de verzekering aan de consument zijn verstrekt. De commissie oordeelt als volgt.
- 3.4 Uit de stukken blijkt dat de verzekeraar na ontvangst van het door de consument ondertekende inschrijfformulier aan de consument op 18 augustus 1992 een brief heeft gestuurd (zie 2.4) met daarbij onder andere het certificaat en, naar zeggen van de verzekeraar, ook de van toepassing zijnde algemene voorwaarden. De commissie merkt op dat in deze brief expliciet staat vermeld dat het certificaat en de voorwaarden zijn bijgesloten. In de brief en op het certificaat (zie 2.5) wordt ook expliciet verwezen naar van toepassing zijnde artikelen uit de voorwaarden. De consument heeft de verzekeraar echter op geen enkel moment laten weten dat de voorwaarden niet bij de brief met het certificaat gevoegd waren, niet in 1992 en ook niet daarna, bijvoorbeeld bij gelegenheid van de stuitingsbrief die de consument in 2011 heeft verstuurd. Uit de stukken blijkt vervolgens dat de consument nadat hij zich tot zijn huidige vertegenwoordiger heeft gewend, zich in 2017 voor het eerst op het standpunt stelt dat hij in 1992 geen algemene voorwaarden heeft ontvangen. Dat wil zeggen ruim 25 jaar na het afsluiten van de verzekering.

- 3.5 De consument heeft niet betwist dat hij op 18 augustus 1992 de brief met een kopie van het certificaat heeft ontvangen. Als gezegd wordt in die brief vermeld dat het certificaat en de voorwaarden zijn bijgesloten. Deze passage doet vermoeden dat de consument met het certificaat ook de algemene voorwaarden heeft ontvangen. Dit vermoeden wordt versterkt door het feit dat de consument na ontvangst van de polis zich geen enkel moment tot de verzekeraar heeft gewend met het verzoek om de algemene voorwaarden alsnog te mogen ontvangen. Met het enkel stellen, 25 jaar later, dat de algemene voorwaarden niet bij het certificaat waren gevoegd, wordt genoemd vermoeden niet voldoende ontkracht. Daarbij weegt de commissie mee dat in vrijwel alle beleggingsverzekeringszaken waarbij consumenten worden bijgestaan door (het bedrijf van) de gemachtigde van de consument, consumenten zich op het standpunt (zijn gaan) stellen dat zij bij het afsluiten van de desbetreffende verzekeringen geen enkele informatie van de verzekeraar hebben ontvangen. De enkele omstandigheid dat de consument niet over de documentatie beschikt, zoals de gemachtigde aanvoert, houdt nog niet in dat de consument deze destijds niet heeft ontvangen. De slotsom is dat de commissie het gelet op de specifieke omstandigheden van dit geval niet aannemelijk acht dat de consument bij ontvangst van het certificaat niet de voorwaarden heeft ontvangen. Het dient er dan voor gehouden te worden dat de consument deze in 1992 wel heeft ontvangen.
- 3.6 De commissie gaat er derhalve bij de beoordeling van het geschil vanuit dat de algemene voorwaarden door de consument bij het afsluiten van de verzekering zijn ontvangen. De stelling van de consument dat de algemene voorwaarden, indien deze wel zouden zijn verstrekt bij afgifte van het certificaat, niet tijdig zouden zijn verstrekt, kan de commissie niet volgen. De verzekeraar heeft het certificaat en de algemene voorwaarden immers op 18 augustus 1992 aan de consument toegestuurd en de verzekering had als ingangsdatum 1 september 1992. Bovendien staat in de brief van 18 augustus 1992 duidelijk vermeld dat de consument tot drie maanden na de ingangsdatum de verzekeringsovereenkomst nietig kan verklaren.
- 3.7 Ten aanzien van de productbrochure en het prospectus over spaarkassparen geldt dat deze volgens de verzekeraar door de tussenpersoon moeten zijn verstrekt. Of dat ook daadwerkelijk is gebeurd weet de verzekeraar niet; hij was niet bij de advisering betrokken. De consument bestrijdt dit. Bij deze stand van zaken kan de commissie niet vaststellen dat de consument kennis heeft kunnen nemen van de productbrochure en het prospectus over spaarkassparen.
- 3.8 De slotsom is dat de commissie bij de verdere beoordeling ervan uitgaat dat de consument voor of bij het sluiten van de verzekering kennis heeft kunnen nemen van de informatie in het aanvraagformulier, het certificaat, de begeleidende brief bij het certificaat en de algemene voorwaarden.

Is sprake van misleiding?

- 3.9 De consument beroept zich op misleiding omdat volgens hem, zoals de commissie het begrijpt, in de op het certificaat getoonde voorbeeldrendementen nog geen kosten zijn verwerkt en voor het behalen van deze rendementen sprake moest zijn van een constant gemiddeld rendement. Het was voor de consument onmogelijk om de getoonde voorbeeldkapitalen te behalen. De verzekeraar stelt hier tegenover dat wel degelijk sprake is geweest van netto voorbeeldkapitalen waarbij er rekening is gehouden met de aan de verzekering verbonden kosten.
- 3.10 Uit de aan de consument bij het afsluiten van de verzekering verstrekte informatie blijkt zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarbij een deel van de premie voor risico van de consument zou worden belegd. Het moet voor de consument duidelijk zijn geweest dat het met de verzekering te behalen rendement afhankelijk zou zijn van de op de beleggingen behaalde rendementen en dat het daadwerkelijke resultaat zou kunnen afwijken van de gegeven voorbeelden. Het is van algemene bekendheid dat aan beleggen het risico is verbonden dat de rendementen (veel) lager kunnen uitvallen dan verwacht of gehoopt. De op het certificaat getoonde voorbeeldrendementen van 10, 12 en 14% betreffen, zoals de verzekeraar in zijn verweer heeft toegelicht, de netto productrendementen, waardoor, anders dan de consument stelt, de kosten hier wel al in zijn verwerkt. Dit blijkt ook uit de zinsnede *“de vermelde bedragen zijn berekend na aftrek van alle kosten”*, zoals opgenomen in de begeleidende brief bij het certificaat (zie 2.4). In deze begeleidende brief staat verder opgenomen dat de op het certificaat vermelde bedragen geen garantie vormen voor de definitieve einduitkering. Naast voornoemde begeleidende brief staat op het certificaat ook vermeld dat de genoemde bedragen *“indicaties”* betreffen. De commissie stelt vast dat met het enkel vermelden van de productrendementen het voor de consument niet duidelijk was welke fondsrendementen zouden moeten worden behaald om de getoonde productrendementen ook daadwerkelijk te realiseren. Ten tijde van het afsluiten van de verzekering in 1992 bestond echter nog geen op basis van wet- en regelgeving voorgeschreven methode voor het vermelden van de voorbeeldkapitalen. Daarnaast is het de commissie niet gebleken dat de getoonde voorbeeldkapitalen en/of de daarbij gebruikte (constante) rekenrendementen, die volgens de verzekeraar zijn gebaseerd op historische fondsrendementen van het AEGON Equity Fund, onjuist zijn. Bij die stand van zaken kan niet worden geoordeeld dat met de getoonde voorbeeldrendementen door de verzekeraar een zodanig onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken werd gegeven dat een gemiddeld geïnformeerde, oplettende en omzichtige consument daardoor bij zijn beslissing de verzekering al dan niet af te sluiten op het verkeerde been werd gezet. Dit betekent dat het beroep van de consument op misleiding niet slaagt.

Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen?

- 3.11 De consument stelt dat er kosten in rekening zijn gebracht waar geen wilsovereenstemming over bestaat. De commissie oordeelt als volgt.
- 3.12 Uit artikel 7 van de algemene voorwaarden volgt dat de verzekeraar eenmalig administratiekosten ter grootte van 2% van de inleg in rekening brengt, te voldoen uit de eerste spaarstortingen. Daarnaast blijkt uit artikel 7 dat de verzekeraar een jaarlijkse vergoeding voor beheerskosten rekent ter grootte van 0,8% van het aan de consument toekomende deel van de beleggingskas. De consument voert aan dat hij er op mocht vertrouwen dat deze beheerskosten de fondsbeheerkosten betreffen en dat de door de consument aan de verzekeraar betaalde beheerskosten derhalve onterecht in rekening zijn gebracht. De commissie kan de consument in deze stelling niet volgen. De term fondsbeheerkosten is in de overgelegde stukken die bij aanvang aan de verzekering zijn verstrekt niet terug te vinden en uit artikel 7 van de voorwaarden blijkt naar het oordeel van de commissie duidelijk dat deze kosten verbonden zijn aan de werkzaamheden van de verzekeraar zelf. Tot slot is in artikel 7 van de voorwaarden vermeld “*dat de kosten voortvloeiend uit de beleggingen der gelden ten laste komen van de beleggingskas.*” De verzekeraar heeft aangevoerd dat deze bepaling de (contractuele) grondslag vormt voor het in rekening brengen van de aan- en verkoopkosten en verwijst hiervoor ook naar een eerder uitspraak van de Geschillencommissie (2021-0658). De commissie is met de verzekeraar van oordeel dat uit deze bepaling volgt dat met het beleggen van de inleg kosten gemoeid zijn en dat die ten laste van de beleggingskas komen. Daarnaast is het van algemene bekendheid dat de aan- en verkoop van beleggingen (aandelen, obligaties, mixfondsen) kosten met zich brengt. Tegen die achtergrond had de consument redelijkerwijs moeten begrijpen dat de aan- en verkoopkosten van de beleggingen ten laste van de beleggingskas zouden komen en mocht de verzekeraar daar op zijn beurt ook van uitgaan. Ten overvloede merkt de commissie nog op dat blijkens de opgave van de verzekeraar het totaal van de in rekening gebrachte aan- en verkoopkosten € 106,97 bedraagt, hetgeen op een totale inleg van € 13.159,62 en een slotuitkering van € 25.603,11 verwaarloosbaar laag is.
- 3.13 Uit het voorafgaand aan de hoorzitting door de verzekeraar overgelegde kostenoverzicht is de commissie gebleken dat de verzekeraar niet meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan in de algemene voorwaarden zijn vermeld. De slotsom is dat artikel 7 van de algemene voorwaarden een voldoende grondslag biedt voor de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten. De commissie is dan ook van oordeel dat over deze kosten en/of inhoudingen wilsovereenstemming heeft bestaan. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15. De fondsbeheerkosten (TER) worden hierna afzonderlijk besproken.

Is voldaan aan de informatieverplichtingen inzake de fondsbeheerskosten?

- 3.14 De fondsbeheerskosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin de consument heeft belegd. 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 5.11.
- 3.15 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 fondsbeheerskosten te informeren (zie CvB 2017-035 overweging 4.30). Dit geldt eveneens voor wat betreft de overige door de consument naar voren gebrachte fondskosten, voor zover daarvan sprake zou zijn en die zouden zijn gemaakt door de fondsen waarin is belegd via het AEGON Equity Fund, zodat deze klachtonderdelen niet slagen.

Is de overlijdensrisicopremie overeengekomen en staat de hoogte van de overlijdensrisicopremie in verhouding tot de daartegenover geboden dekking bij overlijden?

- 3.16 De consument heeft gesteld dat op het certificaat ten onrechte niet de overlijdensrisicopremie is vermeld die in rekening wordt gebracht en dat over de in rekening gebrachte overlijdensrisicopremie daarom wilsovereenstemming ontbreekt. Daarnaast stelt de consument dat de verzekeraar zich daarmee schuldig heeft gemaakt aan een onrechtmatige daad en een wanprestatie heeft geleverd. Bovendien is de omvang van de overlijdensrisicodekking zeer beperkt (de inleg vermeerderd met 4% intrest), waardoor het voor de consument niet logisch is dat hiervoor een overlijdensrisicopremie in rekening wordt gebracht en dat daarmee de ingehouden premie onredelijk bezwarend is. De verzekeraar stelt daar tegenover dat uit de aan de consument verstrekte stukken duidelijk blijkt dat sprake is van een overlijdensrisicodekking. De consument had dan ook moeten begrijpen dat voor deze dekking een overlijdensrisicopremie in rekening werd gebracht. Door de toetsing aan diverse regelingen is de hoogte van de overlijdensrisicopremie volgens de verzekeraar naar een redelijk niveau gebracht. Bij de hoogte van de overlijdensrisicodekking, die volgens de consument summier is, miskent de consument volgens de verzekeraar dat sprake is van een spaarkasovereenkomst, waardoor bij vooroverlijden van de verzekerde de belegde waarde van de verzekering over de nog in leven zijnde deelnemers van de beleggingskas zou worden verdeeld. De commissie oordeelt als volgt.
- 3.17 Uit de stukken die ten tijde van het afsluiten van de verzekering aan de consument zijn verstrekt, waaronder het certificaat, blijkt duidelijk dat sprake is van een beleggingsverzekering met een overlijdensrisicodekking.

Een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument behoort te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel dat de overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Bovendien blijkt uit artikel I van de voorwaarden dat onder de verzekeringspremie de door de inschrijver te betalen premie voor de overlijdensrisicodekking wordt verstaan. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

- 3.18 In 1992 bestond nog geen verplichting om de hoogte van de overlijdensrisicopremie te vermelden. Voor zover tussen de verzekeraar en de consument geen wilsovereenstemming is bereikt over de hoogte van de overlijdensrisicopremie volgt uit artikel 6:248 lid I Burgerlijk Wetboek dat de consument voor de verleende dekking in ieder geval een naar de destijds geldende maatstaven redelijke premie verschuldigd is. De commissie is van oordeel dat, met name gelet op de door de verzekeraar in 2006 en 2021 aangeboden compensatie van respectievelijk € 3.181,09 en € 327,34, het er voor gehouden moet worden dat de uiteindelijk door de consument betaalde overlijdensrisicopremie, zeker naar de maatstaven van 1992, redelijk is. Bovendien miskent de consument in zijn stellingname voor wat betreft het door de verzekeraar te lopen risico in relatie tot de hoogte van de risicopremie dat, in tegenstelling tot andere beleggingsverzekeringen, bij een spaarkasproduct als deze de in de verzekering opgebouwde waarde bij overlijden niet aan de verzekeraar ten goede komt maar dat deze wordt verdeeld onder de overgebleven spaarkasdeelnemers. De consument is hier zowel bij het afsluiten van de verzekering in artikel 8 lid 2 van de algemene voorwaarden, als nadien in 2006 bij ontvangst van de zogenoemde ‘Wegwijzer VermogensPlan’ over geïnformeerd.

Mocht de verzekeraar het beleggingsbeleid uitbesteden?

- 3.19 De consument verwijt de verzekeraar dat hij de in de voorwaarden opgenomen verplichting om de aan het fonds toekomende spaarstortingen te beheren en te beleggen niet is nagekomen, door de beleggingen uit te besteden aan externe fondsbeheerders. Bovendien is in strijd met de voorwaarden belegd in zeer risicovolle hedgefondsen en heeft de verzekeraar zich schuldig gemaakt aan zelfverrijking. De commissie oordeelt als volgt.
- 3.20 De verzekeraar wordt door de consument verweten dat hij niet aan het bepaalde in de algemene voorwaarden heeft voldaan dat *“op Aegon de verplichting rust om de aan de beleggingskas ten goede komende spaarstortingen te beheren, te beleggen en op de einddatum van de overeenkomst bij in leven zijn van de verzekerde het aandeel in de beleggingskas uit te keren”*.

De verzekeraar heeft dit weersproken en aangevoerd dat hij gedurende de looptijd van de verzekering voor rekening van de consument participaties in het Aegon Equity Fund kocht, bijhield in de administratie hoeveel premie de consument had betaald, hoeveel participaties waren gekocht en hoeveel participaties dienden te worden verkocht in verband met de beheerskosten. De verzekeraar heeft tot slot aangevoerd dat hij bij expiratie van de verzekering in 2012 de participaties in het Aegon Equity Fund heeft verkocht en de verkoopopbrengst, na aftrek van de verkoopkosten en vermeerderd met overlevingswinst en de rendementsuitkering, aan de consument heeft uitgekeerd en daarmee heeft gedaan wat van hem mocht worden verwacht. Dat de verzekeraar voor wat betreft de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst niet aan de op hem rustende verplichtingen heeft voldaan zoals vermeld in de algemene voorwaarden, is de commissie niet gebleken. Uit de voorwaarden noch uit andere stukken blijkt dat de verzekeraar, zoals de consument stelt, zich zou hebben verplicht zelf de fondsen te beheren waarin voor de consument werd belegd. Evenmin heeft de consument voldoende concreet gesteld en aannemelijk gemaakt dat hij als gevolg van het uitbesteden van het beheer en beleggingsbeleid zou zijn benadeeld. Dat er sprake zou zijn van de door de consument gestelde zelfverrijking is de commissie niet gebleken. Deze stelling wordt niet nader onderbouwd, zodat ook dit klachtonderdeel niet slaagt.

- 3.21 De commissie stelt vast dat de consument bij het afsluiten van de verzekering ervoor heeft gekozen te beleggen in effecten. Van de inleg van de consument zijn vervolgens gedurende de looptijd van de verzekering (na aftrek van kosten en de premie voor de overlijdensrisico-dekking) participaties in het Aegon Equity Fund gekocht. Het is de commissie niet gebleken dat, zoals door de consument gesteld, tussen partijen zou zijn overeengekomen dat bij de door de consument gemaakte beleggingskeuze, het te beleggen deel van de premie niet belegd had mogen worden in een zogenoemd mixfonds, zoals het betreffende Aegon Equity Fund. De consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat het gevoerde beleggingsbeleid niet in overeenstemming is geweest met de beleggingskeuze van de consument dan wel dat er sprake was van een belegging in zeer risicovolle hedgefondsen, zodat deze klachtonderdelen worden afgewezen.

Conclusie

- 3.22 Hiervoor is vastgesteld dat de consument voorafgaande en bij het aangaan van de verzekering over alle kosten en inhoudingen is geïnformeerd en dat hierover dan ook wilsovereenstemming heeft (kunnen) bestaan. Van de door de consument gestelde misleiding is niet gebleken. Nu voor het overige ook niet is gebleken dat de verzekeraar op enigerlei andere wijze jegens de consument tekort is geschoten, dienen alle vorderingen van de consument te worden afgewezen.

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).