

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0422
(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 : 26 mei 2020
Ingediend door : De consument
Tegen : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de
verzekeraar
Datum uitspraak : 23 mei 2022
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vorderingen afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering, afgesloten in 2000. De consument vordert schadevergoeding omdat de verzekeraar niet aan zijn informatieverplichtingen heeft voldaan en omdat over de kosten geen wilsovereenstemming bestaat. Deze vorderingen zijn verjaard en niet toewijsbaar. Daarnaast is volgens de consument de overlijdensrisicopremie onverschuldigd betaald en heeft de verzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldaan. Verder heeft de verzekeraar volgens de consument wederrechtelijk financieel voordeel genoten door de dividenden van de fondsen waarin werd belegd niet uit te keren aan de consument en zijn de in de waarde-overzichten van de verzekeraar getoonde intrinsieke waarden gemanipuleerd. Deze klachten en de overige klachten van de consument zijn ongegrond. Vorderingen worden afgewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar reglement dat geldig was tot 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:
- de klachtuiting van de consument;
 - het door de consument ingevulde informatieformulier beleggingsverzekeringen;
 - de aangepaste klachtuiting van de consument ontvangen op 7 juli 2021;
 - het verweerschrift van de verzekeraar;
 - de repliek van de consument;
 - de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer F.G.C.M. Jansen (Shureluck B.V.), professioneel vertegenwoordiger (hierna: de vertegenwoordiger).

- 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 met advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 april 2000 een beleggingsverzekering met een lijfrenteclausule afgesloten bij de (rechtsvoorganger van de) verzekeraar onder de naam Waerdye-levensverzekering (hierna: de verzekering). De verzekering is een unit-linked product. De einddatum van de verzekering is bij aanvang gesteld op 1 april 2035 en de inlegpremie was eenmalig een bedrag van € 2.579,-.
- 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 in ieder geval de volgende stukken aan de consument verstrekt:
 - een polisblad (het oorspronkelijke polisblad ontbreekt, de consument heeft een gewijzigd polisblad d.d. 21 december 2004 overgelegd)
 - de algemene voorwaarden WE 5
- 2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998 en de Code Rendement en Risico (CRR) 1998 van toepassing.
- 2.5 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.
- 2.6 In november 2011 is de consument per brief door de verzekeraar over de zogenoemde compensatieregeling bericht. Daarin stond vermeld dat als vergoeding voor te hoge kosten eenmalig een bedrag van € 137,35 in de verzekering zal worden gestort.
- 2.7 In februari 2014 heeft de verzekeraar de consument bericht dat, zoals bij brief van 12 december 2013 aangekondigd, het fonds waarin wordt belegd, is omgezet naar het ASR Beleggingsmixfonds E (dit was het ASR Solide Mixfonds).

- 2.8 Per brief van 7 april 2020 heeft de vertegenwoordiger namens de consument een informatieverzoek bij de verzekeraar ingediend, gevolgd door een klachtbrief van 7 mei 2020. Na de afwijzende reactie van de verzekeraar heeft de consument op 26 mei 2020 zijn klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.9 De consument vordert, na diverse wijzigingen, dat de verzekeraar een schade vergoedt van € 95.949,49. Dit betreft volgens de consument het verschil tussen de waarde van de verzekering per 31 december 2021 en de waarde die in de verzekering zou zijn opgebouwd zonder de fouten van de verzekeraar, vermeerderd met een immateriële schadevergoeding van € 25.000,- en de kosten voor juridische bijstand van € 5.662,80.
- 2.10 Volgens de consument is de verzekeraar om de volgende redenen tot de gevorderde vergoeding gehouden:
- A. De in rekening gebrachte eerste en doorlopende kosten van de verzekeraar en bemiddelaar zijn niet overeengekomen, want de grondslag voor het in rekening brengen daarvan lijkt te ontbreken.
 - B. Uit de analyse van de jaarrekening 2019 van de verzekeraar blijkt dat de verzekeraar de door verzekeringnemers betaalde premie opvoert als omzet. Ten laste van deze omzet worden diverse kosten geboekt, waaronder herverzekeringskosten. In de productdocumentatie wordt geen gewag gemaakt van deze kostensoort terwijl deze ontegenzeggelijk wel ten laste wordt gebracht van de waarde van de verzekering van de consument en daarmee dus ook negatief bijdraagt aan de waarde opbouw van de verzekering. Omdat de grondslag voor deze kosten ontbreekt moet de verzekeraar deze kosten aan de consument vergoeden. De herverzekeringskosten worden als percentage van de betaalde premie (2%) berekend en verdisconteerd in de schadeberekening.
 - C. De overlijdensrisicopremie was niet van tevoren bekend en kon dus ook niet weergegeven worden in de precontractuele informatie. Daardoor kan over de hoogte van de overlijdensrisicopremie geen overeenstemming bestaan en is deze onverschuldigd betaald. De consument stelt primair dat er sprake is van een leemte in de overeenkomst die in overeenstemming met de eisen van redelijkheid en billijkheid moet worden ingevuld door het bepalen van een redelijke overlijdensrisicopremie gedurende de looptijd van de verzekering. De consument stelt daarom subsidiair dat de verzekeraar telkens een te hoge risicopremie in rekening heeft gebracht en dat deze onverschuldigd is betaald.
 - D. Uit het prospectus van het beleggingsfonds blijkt dat de fondsbeheerder contract-beheerkosten en fondsbeheerkosten ten laste van het fonds brengt. Deze kosten moeten als niet overeengekomen buiten beschouwing worden gelaten.

De verzekeraar is tekortgeschoten in zijn verplichting om de consument erop te wijzen dat de beleggingsfondsen TER berekenden. De verzekeraar is daarom verplicht deze kosten toe te voegen aan de waarde van de polis.

- E. Op grond van artikel 2 lid 2, onder k Riav 1998 moest de verzekeraar de consument in kennis te stellen van een opgave of indicatie van de afkoopwaarde en de premievrije waarde of een opgave van de wijze waarop deze waarden worden berekend. Omdat bij een beleggingsverzekering als waar het in deze zaak om gaat een opgave of indicatie niet (goed) mogelijk is, moest de verzekeraar een opgave doen van de wijze van berekening van de afkoopwaarde.
- F. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht tegenover de consument verzaakt. Door de verzekeraar is toegestaan dat door de tussenpersoon de gebruikelijke bruto-netto berekening is gemaakt gebaseerd op een gemiddeld rendement van 8% terwijl de consument zonder enige tegenspraak aan de zijde van de verzekeraar mag kiezen voor een belegging in het Mixfonds van de verzekeraar. Het is niet redelijk aan te nemen dat een beleggingsfonds dat belegt in een mix van obligaties, aandelen, vastgoed en liquiditeiten het beoogde gemiddelde meetkundig rendement van 8% over een periode van 35 jaar zal halen. De verzekeraar had dit moeten weten en de consument hiervoor uitdrukkelijk moeten waarschuwen en er op moeten wijzen dat bij deze keuze het doel niet behaald zou kunnen worden. Dat is een ernstig verwijtbare tekortkoming van de verzekeraar die bovendien niet eenmalig maar jaarlijks wordt herhaald. In het kader van de schadeberekening is uitgerekend wat de kostenbelading is geweest om met een bruto inleg van € 50,00 per maand en een bruto rendement van 8% een eindopbrengst te realiseren van € 59.999,-. Er is rekening gehouden met een kostenpercentage van 2,906%, afgeleid uit een ander dossier van de verzekeraar. Uitgaande van dit kostenpercentage en een bruto rendement van 6% had de maandelijkse inleg € 27,27 hoger moeten zijn om het doel ('een zo hoog mogelijke eindopbrengst') te kunnen bereiken. Deze maandelijkse bedragen worden vanaf de totstandkoming tot en met 2021 als schade gevorderd van de verzekeraar.
- G. Dividendbelasting, ingehouden door de dividend uitkerende onderneming, kan worden verrekend met de inkomstenbelasting. Deze verrekenmogelijkheid is voor de consument komen te vervallen door het sluiten van de verzekering. De consument is daar bij het afsluiten van de verzekering niet op gewezen. De dividendbelasting bedraagt 15% van het uitgekeerde dividend. Het dividend wordt jaarlijks begroot op 2%. Het misgelopen verrekenvoordeel bedraagt 15% daarvan en dat komt neer op 0,3%.
- H. De verzekeraar manipuleert de intrinsieke waarden zoals deze per ultimo jaar aan de verzekeringnemers zijn gerapporteerd.

De intrinsieke waarde wordt structureel te laag opgegeven, waardoor de consument en andere verzekeringnemers financieel fors worden benadeeld. Dit nadeel zal moeten worden hersteld. Bij de schadeberekening zal rekening worden gehouden met een gemiddeld nadeel van € 0,301 per participatie. Hierbij wordt rekening gehouden met een verhouding 1:10. Doordat het gemiddelde aantal uitstaande participaties afwijkt van het daadwerkelijke aantal, ontstaat ruimte om extra participaties uit te keren aan de verzekeraar. De verzekeraar kan op deze wijze een wederrechtelijk voordeel verkrijgen. Dit voordeel zal door de verzekeraar volledig aan de consument moeten worden terugbetaald.

- I. Ten opzichte van het jaarverslag van het ASR Beleggingsmixfonds E worden door de verzekeraar in het nadeel van de consument afwijkende intrinsieke waarden gerapporteerd.
- J. De consument lijdt immateriële schade, omdat hij bij het indienen van de klacht door de verzekeraar is tegengewerkt en niet serieus is genomen. De consument voelt zich gedwongen om zijn klacht in te dienen bij Kifid, hetgeen door hem als een marteling wordt ervaren vanwege de lange wachttijden in het vooruitzicht. De consument voelt zich door de verzekeraar in de steek gelaten, waardoor een immateriële schadevergoeding gerechtvaardigd is. Daarnaast is de uitvoering van de verzekering door de verzekeraar en de waardeontwikkeling van de beleggingsrekening een bron van grote zorg en frustratie geweest. De onzekerheid en spanning over de financiële toekomst was dusdanig groot dat hieruit financiële stress en angst is ontstaan. Daartoe behoort ook de betaalbaarheid van de eigen woning. Het niet in voldoende mate kunnen aflossen van de hypotheek, waar de verzekering een uiterst belangrijke rol in speelt, kan leiden tot de verplichte verkoop van de woning of de onbetaalbaarheid van de hypothecaire lasten. De verzekeraar heeft dan ook een ernstige inbreuk gemaakt op de persoonlijke levenssfeer van de benadeelde partij. Daarmee is voldaan aan de wettelijke vereisten van artikel 6:106 Burgerlijk Wetboek (BW), eerste lid, aanhef en onder b omdat de consument 'op andere wijze in zijn persoon is aangetast'.

Het verweer

- 2.11 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de vorderingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling nader op het verweer van de verzekeraar ingaan.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie zal allereerst het beroep van de verzekeraar op verjaring bespreken.

Zijn de rechtsvorderingen verjaard?

- 3.2 De verzekeraar stelt dat de rechtsvorderingen van de consument tot schadevergoeding zijn verjaard en heeft dit als volgt toegelicht. De consument heeft na het afsluiten van de verzekering tot aan het indienen van de klacht in 2020 geen vragen gesteld of geklaagd over de verzekering, over de betaalde premies, over de overlijdensrisicodekking of de verstrekte informatie. De schade als gevolg van het ontbreken van wilsovereenstemming over de ingehouden kosten (inclusief de TER en de vermeende herverzekeringskosten) en de overlijdensrisicopremie is ontstaan direct na het sluiten van de verzekering op 1 april 2000. De vordering tot schadevergoeding is dus verjaard op 1 april 2020 (artikel 3:310, lid 1 BW). Door van de mogelijkheid om de verjaring te stuiten geen gebruik te maken en te wachten tot 7 mei 2020 met het indienen van een klacht en vordering heeft de consument deze verjaringstermijn laten verlopen. De klachten van de consument dat sprake is van het manipuleren van de intrinsieke waarden en voor wat betreft Beleggingsmixfonds E rapporteren van afwijkende waarden, wijst de verzekeraar vanwege een gebrek aan motivering (althans een voor de verzekeraar te volgen motivering), van de hand. Er is geen sprake van geleden schade. Bovendien zijn deze vorderingen tot schadevergoeding ook verjaard, namelijk 5 jaar na de brief van 12 december 2013, maar eveneens op grond van de absolute verjaringstermijn. Alle (vermeende) schadeveroorzakende gebeurtenissen hebben (meer dan) 20 jaar geleden voor de eerste aansprakelijkstelling plaatsgevonden. Dit geldt ook voor de vorderingen ten aanzien van het dividend en de gestelde schending van (bijzondere) zorgplicht- en informatieverplichtingen bij het afsluiten van de verzekering.
- 3.3 De consument stelt hiertegenover dat zijn vorderingen tot schadevergoeding niet zijn verjaard. De absolute verjaring ziet op 'het verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt'. Onrechtmatige daden, toerekenbare tekortkomingen en wederrechtelijk voordelen behaald gedurende de looptijd van de overeenkomst vallen niet onder de absolute verjaringstermijn omdat de schade pas is ontstaan na het afsluiten van de verzekering en niet voorgaand aan. Van verjaring kan alleen sprake zijn als de verzekeraar kan aantonen dat de consument van de schade op de hoogte had moeten/kunnen zijn en per wanneer. Dit heeft de verzekeraar niet gedaan, aldus steeds de consument.
- 3.4 De commissie stelt voorop dat in artikel 3:310, lid 1 BW is bepaald dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade in ieder geval verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt.

Tussen partijen is niet in geding dat de consument pas meer dan 20 jaar na het afsluiten van de verzekering voor het eerst een klacht heeft ingediend bij de verzekeraar en dat er geen sprake is geweest van tussentijdse stuitingshandelingen. Dit betekent dat de rechtsvorderingen tot schadevergoeding van de consument die er op zijn gebaseerd dat de verzekeraar voorafgaand aan of bij de totstandkoming van de verzekering aan de consument bepaalde informatie niet of niet voldoende heeft verstrekt, de consument niet of niet voldoende heeft gewaarschuwd voor bepaalde risico's of dat in de verstrekte productdocumentatie een voldoende grondslag ontbreekt voor het in rekening brengen van bepaalde kosten of premies ten tijde van het indienen van de klacht in mei 2020 reeds waren verjaard. De vorderingen tot schadevergoeding gebaseerd op de grondslagen onder A, B, C (ten dele) D, E, F (ten dele) en G zijn daarom niet toewijsbaar.

- 3.5 De verzekeraar heeft alleen een beroep op verjaring gedaan ten aanzien van de vorderingen tot schadevergoeding. De vordering onder C is deels gebaseerd op onverschuldigde betaling en in zoverre niet verjaard. De vordering onder F is mede erop gebaseerd dat de daar bedoelde waarschuwing elk jaar opnieuw gedaan had moeten worden en is in zoverre dus deels niet verjaard. De verzekeraar heeft verder gesteld dat ook de overige vorderingen tot schadevergoeding zijn verjaard. Dit zijn de vorderingen die betrekking hebben op manipulatie van de gerapporteerde intrinsieke waarden (onder H) en het daarmee door de verzekeraar verkregen wederrechtelijk voordeel en het in het nadeel van de consument rapporteren van afwijkende intrinsieke waarden met betrekking tot Beleggingsmixfonds E (onder I). Volgens de verzekeraar zijn deze vorderingen ook verjaard op grond van de 5 jaarstermijn c.q. de 20 jaarstermijn van artikel 3:310, lid I BW. De verzekeraar laat echter na te verduidelijken waarom de consument met de brief van december 2013 al bekend kon zijn geweest met de thans gestelde afwijkende rapportage van de intrinsieke waarde van vornoemd beleggingsfonds. Evenmin wordt nader toegelicht waarom voor wat betreft de gestelde manipulatie van de (gerapporteerde) intrinsieke waarden, het afsluiten van de verzekering als schadeveroorzakende gebeurtenis als bedoeld in artikel 3:310, lid I BW is aan te merken. De commissie kan dan ook niet vaststellen dat en zo ja wanneer de verjaringstermijnen voor deze vorderingen zijn gaan lopen en of deze ten tijde van het indienen van de klacht reeds waren verjaard. Dit laatste geldt ook voor de klacht ter zake van de immateriële schade (onder J.)

Tussenconclusie

- 3.6 De slotsom is dat de commissie hierna toekomt aan een gedeeltelijke inhoudelijke beoordeling van de klachtonderdelen C, F, H, I en J.

Overlijdensrisicopremie onverschuldigd betaald?

- 3.7 De klacht onder C is ten dele gebaseerd op de stelling dat geen wilsovereenstemming bestond over de te betalen overlijdensrisicopremie en deze dus door de consument onverschuldigd is betaald. De commissie is evenwel van oordeel dat op basis van het polisblad voor de consument bij het afsluiten van de verzekering zonder meer duidelijk moet zijn geweest in de verzekering een dekking voor het overlijdensrisico is opgenomen en dat hij ook had moeten begrijpen dat hij voor die dekking een risicopremie zou moeten betalen. Het in rekening brengen van de risicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst en de risicopremies zijn niet onverschuldigd betaald.

Verzaken zorgplicht

- 3.8 De klacht onder F houdt geen verband met de in deze zaak afgesloten verzekering. Het genoemde percentage van 8% komt in de stukken niet voor, waar dit vandaan komt is de commissie ook overigens onbekend en er is evenmin een maandelijkse bruto inleg van € 50,-; de consument heeft bij aanvang een eenmalige premie van € 2.579,- voldaan. De klacht stuit daar al op af. Voor zover de consument betoogt dat de verzekeraar hem jaarlijks had moeten waarschuwen geldt hetgeen hierna wordt overwogen over de gestelde schending van de zorgplicht gedurende de looptijd.

Ontnemen mogelijkheid verrekening dividendbelasting

- 3.9 De consument stelt onder G dat aan hem de fiscale mogelijkheid is onthouden om dividenden te verrekenen met de inkomsten- dan wel de vennootschapsbelasting. De dividenden worden echter herbelegd in de door de consument gekozen fondsen. Van dividenduitkeringen aan de consument is geen sprake waardoor van dividendbelasting evenmin sprake is en niet goed te begrijpen is hoe dit alles tot enig nadeel voor de consument kan hebben geleid.

Is sprake geweest van koersmanipulatie en is er nadeel voor wat betreft de gerapporteerde waarde Belegingsmixfonds E?

- 3.10 De consument stelt ter onderbouwing van zijn klacht onder H en I dat de intrinsieke waarde per participatie in het fonds, zoals deze per ultimo jaar door de fondsbeheerder worden gerapporteerd, afwijkt van de intrinsieke waarde per participatie op de overzichten zoals die door de verzekeraar op de polis verjaardag worden opgemaakt. Hierdoor lijdt de consument financieel nadeel van gemiddeld € 0,301 per participatie. Dit nadeel moet volgens de consument worden hersteld. De verzekeraar wijst deze klachten bij gebrek aan motivering (althans voor de verzekeraar te volgen motivering) van de hand en stelt dat er geen sprake is van geleden schade.

3.11 De commissie heeft enige moeite om het standpunt van de consument te begrijpen, maar stelt in ieder geval vast dat de consument niet concreet heeft gemaakt dat en, zo ja, op welke wijze en in hoeverre sprake zou zijn geweest van koersmanipulatie door de betreffende fondsbeheerder. Dat de vaststelling van de waarde per participatie per einde boekjaar onjuist zou zijn heeft de consument niet gesteld. Dat de waarde per participatie op de premieervaldag vermeld op de waarde overzichten afwijkt van de waarde aan het einde van het boekjaar, is weinig verassend en leidt op zichzelf niet tot enig nadeel. Dat laatste geldt ook voor de omstandigheid dat het lastig zou zijn om de door de fondsbeheerder gerapporteerde waarden te vergelijken met de waarden op het jaarlijks door de verzekeraar verstrekte waardeoverzicht. Nu ook overigens niet duidelijk is op welke wijze en in welke omvang de gestelde manipulatie tot schade voor de consument heeft geleid, kan ook dit klachtonderdeel niet slagen. Het voorgaande geldt eveneens voor de klacht over de additionele koersmanipulatie van de gerapporteerde waarde van Beleggingsmixfonds E, zodat dit klachtonderdeel ook wordt afgewezen.

Zorgplicht gedurende de looptijd?

3.12 De consument stelt dat de verzekeraar, zo begrijpt de commissie, tekort is geschoten in zijn informatie- en zorgplicht gedurende de looptijd van de verzekering. De verzekeraar zou de consument niet of onvoldoende erop gewezen hebben dat met de beleggingen het doelkapitaal niet zou worden gehaald. Niet in geding is dat de consument periodiek over de (waarde)ontwikkelingen door de verzekeraar is geïnformeerd. Dat de verzekeraar tot het verstrekken van meer of tot andere informatie was gehouden is de commissie niet gebleken. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

Immateriële schadevergoeding

3.13 De consument vordert € 25.000,- aan immateriële schadevergoeding (klacht onder J).

3.14 Op grond van artikel 6:106 lid 1 BW kan voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding worden toegekend indien de benadeelde “lichamelijk letsel heeft opgelopen, in zijn eer of goede naam is geschaad of op andere wijze in zijn persoon is aangetast”. Over lichamelijk letsel of het schaden van diens eer of goede naam heeft de consument niets gesteld. Om van een aantasting in de persoon in de zin van geestelijk letsel te kunnen spreken is niet voldoende dat sprake is van een meer of minder sterk psychisch onbehagen en een zich gekwetst voelen.¹ Ook zal degene die zich op aantasting in zijn persoon op andere wijze beroept, dit in beginsel met concrete gegevens moeten onderbouwen.

¹ Hoge Raad 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:ZC1608

In een voorkomend geval kunnen de aard en de ernst van de normschending meebrengen dat de in dit verband relevante nadelige gevolgen daarvan voor de benadeelde zo voor de hand liggen, dat een aantasting in de persoon kan worden aangenomen. In Hoge Raad 9 juli 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO7721 (Oudejaarsrellen) was die aantasting gelegen in de gevoelens van angst, onveiligheid en onzekerheid met betrekking tot het lijf en goed van de benadeelden die een aantal uren in hun woning in een zeer bedreigende situatie verkeerden, terwijl een reactie op hun verzoek om hulp en bijstand van de politie uitbleef. En in Hoge Raad 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213 (Wrongful life) bestond die aantasting in de ernstige inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de moeder waardoor zij niet ervoor heeft kunnen kiezen de geboorte van een zwaar gehandicapt kind te voorkomen.² Dat in dit geval van een situatie als hiervoor bedoeld sprake zou zijn, is de commissie niet gebleken en maakt de consument ook niet aannemelijk, zodat een grond voor het toekennen van de gevorderde immateriële schadevergoeding ontbreekt.

Tenslotte

3.15 De commissie is er mee bekend dat de vertegenwoordiger van de consument in de door hem namens consumenten aanhangig gemaakte klachten over beleggingsverzekeringen steeds dezelfde of soortgelijke klachtonderdelen naar voren brengt. Daarbij maakt de vertegenwoordiger gebruik van omvangrijke tekstfragmenten die zijn opgesteld om te worden gebruikt in soortgelijke zaken, waarbij niet steeds duidelijk wordt gemaakt dat, waarom en in hoeverre deze klachten betrekking hebben op de in het geding zijnde beleggingsverzekering. De klacht onder F houdt bijvoorbeeld geen verband met de onderhavige zaak, omdat deze betrekking heeft op een beleggingsverzekering met een maandpremie. De schadebegroting van de consument gaat ook ten onrechte uit van jaarlijkse premiebetalingen. De klacht onder E is in feite inhoudsloos omdat daaraan geen gevolgtrekking wordt verbonden. De klacht onder G is zinloos, omdat het dividend in de fondsen wordt herbelegd en de consument geen dividendbelasting verschuldigd is. De vertegenwoordiger weet dit maar blijft deze klacht tegen beter weten in herhalen. Hetzelfde geldt voor de klacht over de intrinsieke waarde (onder H en I) en de vordering onder J. De tijd die de commissie en de behandelend secretaris moeten besteden aan het lezen, ontwarren, begrijpen en bespreken van deze klachten kunnen zij niet besteden aan andere, serieus te nemen klachten van consumenten die soms lang op de behandeling van hun zaak moeten wachten.

² Hoge Raad 15 maart 2019 ECLI:NL:HR:2019:376

Conclusie

3.16 De slotsom is dat de rechtsvordering tot schadevergoeding voor wat betreft het schenden van (bijzondere) zorg- en informatieverplichtingen en het ontbreken van wilsovereenstemming over kosten is verjaard. De overige klachten van de consument treffen geen doel. De vorderingen zullen worden afgewezen. Alle overige door de consument ingebrachte stellingen kunnen niet tot een ander oordeel leiden.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van regel 7 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.