

Uitspraak Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening nr. 2022-0026

(mr. drs. W.J.J. Los, voorzitter, prof. mr. D. Busch, F.R. Valkenburg AAG RBA, leden en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Beroepschrift ontvangen op : 20 oktober 2021
Ingediend door : De consument
Wederpartij : ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 20 mei 2022

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Producteigenschappen. Risicopremie. De Commissie van Beroep bevestigt de uitspraak van de Geschillencommissie.

I. De procedure in beroep

- I.1 Op 20 oktober 2021 heeft de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (verder: de Geschillencommissie) een uitspraak tussen partijen gegeven, met dossiernummer [nummer 1] (gepubliceerd onder nummer 2021-0897).
- I.2 De verzekeraar heeft bij brief van 11 november 2021 meegedeeld beroep in te stellen tegen de uitspraak van 20 oktober 2021. De consument heeft op 26 november 2021 meegedeeld (incidenteel) beroep tegen deze uitspraak in te stellen.
- I.3 De voorzitter van de Commissie van Beroep heeft bij beslissing van 7 december 2021 bepaald dat de behandeling van het beroep wordt voortgezet. De Commissie van Beroep verwijst verder naar deze beslissing.
- I.4 Op 27 december 2021 heeft de consument in een beroepschrift met bijlagen de gronden van het beroep geformuleerd.
- I.5 De verzekeraar heeft een op 28 januari 2022 gedateerd verweerschrift ingediend. Daarbij heeft de verzekeraar tevens de gronden van zijn beroep geformuleerd, aangeduid als 'incidenteel beroep'.
- I.6 De voorzitter heeft de verzekeraar op 10 maart 2022 verzocht om, indien mogelijk, nadere informatie te verstrekken. De verzekeraar heeft op 17 maart 2022 meegedeeld dat de informatie niet beschikbaar is in haar administratieve systemen. De consument heeft daarover vervolgens opmerkingen gemaakt.
- I.7 Op 23 maart 2022 heeft de consument een document ingediend met het opschrift 'schriftelijke reactie op de uitspraak van de Hoge Raad d.d. 11 februari 2022'. Bij e-mail van 1 april 2022 heeft de verzekeraar hiertegen bezwaar gemaakt.
- I.8 Bij e-mail van 6 april 2022 heeft de verzekeraar zich nader uitgelaten naar aanleiding van het in I.6 genoemde verzoek van de voorzitter, met bijlagen. De consument heeft daarover opmerkingen gemaakt.

1.9 De mondelinge behandeling heeft plaatsgevonden op 7 april 2022. De consument was niet aanwezig. Namens hem is daar verschenen zijn gemachtigde, M. van Rossum, vergezeld door R.J. Graafsma. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door zijn gemachtigde mr. S.Y.Th. Meijer, advocaat te Amsterdam, en [naam 1]. Beide partijen hebben een pleitnota overgelegd, hun standpunten toegelicht en vragen van de Commissie van Beroep beantwoord.

2. De procedure bij de Geschillencommissie

Voor het verloop van de procedure bij de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van de Geschillencommissie van 20 oktober 2021.

3. Feiten

3.1 De Commissie van Beroep verwijst naar de feiten die de Geschillencommissie heeft vastgesteld in onderdeel 4 van haar uitspraak.

3.2 In het kort gaat het om beleggingsverzekeringen onder de naam 'Waerdye-levensverzekering' die de consument na bemiddeling en advies van een tussenpersoon bij de verzekeraar heeft afgesloten in 1997.

3.3 De eerste verzekering (door de Geschillencommissie aangeduid als Verzekering I) met polisnummer [nummer 2] ging in op 1 oktober 1997 en had een looptijd tot 1 februari 2017. De verzekering gaf dekking tegen overlijdensrisico en voorzag in de opbouw van kapitaal op basis van beleggen.

Het verzekerde kapitaal bij voortijdig overlijden was bij aanvang minimaal fl. 157.500,00 (€ 71.470,38).

De beleggingen vonden plaats in SR Top-11 fonds en SR Mix fonds.

De premie bedroeg bij aanvang fl. 313,04 (€ 142,05) per maand. Bij het afsluiten is de waarde van een eerdere verzekering ingebracht.

Er waren polisvoorwaarden van toepassing, bij het afsluiten van de verzekering de zogenoemde voorwaarden WE4.

3.4 De tweede verzekering (door de Geschillencommissie aangeduid als Verzekering II) met polisnummer [nummer 3] ging in op 1 oktober 1997 en had een looptijd tot 1 februari 2017. De verzekering gaf dekking tegen overlijdensrisico en voorzag in de opbouw van kapitaal op basis van beleggen.

Het verzekerde kapitaal bij voortijdig overlijden bedroeg minimaal fl. 214.817,00 (€ 97.479,70).

De beleggingen vonden plaats in SR Top-11 fonds en SR Mix fonds.

De premie bedroeg fl. 12,12 (€ 5,50) per maand.

Er waren polisvoorwaarden van toepassing, bij het afsluiten van de verzekering de zogenoemde voorwaarden WE4.

3.5 Bij brief van 19 maart 2007 heeft de verzekeraar aan de consument meegedeeld dat van de totale netto premie van de eerste verzekering € 33,58 per maand was voor de afdekking van het overlijdensrisico.

- 3.6 De consument heeft bij brief van 17 september 2008 de verzekeraar aansprakelijk gesteld voor schade door onredelijk hoge (administratie)kosten, premies ter afdekking van het overlijdensrisico die verre van marktconform waren en zijn, en het niet-verstrekken van informatie daarover en over mogelijk te lopen risico's. Bij brieven van 28 oktober 2008 heeft de verzekeraar verwezen naar een aanbeveling van de Ombudsman Financiële Dienstverlening en een mogelijke compensatie voor te hoge kosten, die daaruit kon voortvloeien. In november 2009 heeft de verzekeraar de consument een brochure over de compensatieregeling beleggingsverzekeringen toegezonden. Daarbij is de consument meegedeeld dat de verzekeringen van de consument onder de regeling vielen en dat de verzekeraar zou gaan berekenen of de consument voor compensatie in aanmerking kwam.
- 3.7 In november 2011 is aan de consument meegedeeld dat hij geen vergoeding ontvangt uit hoofde van de compensatieregeling.
- 3.8 De verzekeringen zijn in 2014 afgekocht. De afkoopwaarde van de eerste verzekering was € 49.586,31 en van de tweede verzekering € 1.099,97. Deze bedragen zijn aan de consument uitgekeerd.

4. Klacht en uitspraak Geschillencommissie

- 4.1 De consument heeft geklaagd over diverse eigenschappen van de verzekering, de wijze waarop hij over deze eigenschappen is geïnformeerd en over de wijze waarop de verzekeringsovereenkomst is uitgevoerd. In de klacht, bij brief van 30 juli 2018 en bij repliek heeft de consument zijn vorderingen beschreven. De Commissie van Beroep verwijst daarnaar.
- 4.2 Blijkens de brief van 30 juli 2018 vordert de consument:

'Bij wijze van primaire vordering roepen consumenten – met een beroep op dwaling – de nietigheid van de overeenkomst in, leidend tot premierestitutie vermeerderd met wettelijke rente per premieveraldata (indien van toepassing: tot aan afkoopdatum en vermeerderd met wettelijke rente sindsdien).

Subsidiair wensen zij er van uit te gaan dat een schatting wordt gemaakt op voet van artikel 6:97 BW: voor een concrete vaststelling van de omvang van de door verzekeraar te vergoeden schade moet een vergelijking worden gemaakt tussen de huidige vermogenspositie van consument en de hypothetische vermogenspositie waarin hij zich zou hebben bevonden indien de aan verzekeraar te verwijten tekortkomingen achterwege waren gebleven. Anders gezegd, moet worden vastgesteld wat consument zou hebben gedaan indien hij door verzekeraar steeds wel volledig en juist zou zijn geïnformeerd en tot welke uitkomst dat zou hebben geleid" (vergelijk uitspraak CvB 2018-043, rov. 4.36).

Het feit dat er sprake is geweest van een algemenere desinformatie over kosten en risicopremies (en de disproportionele cumulatieve impact daarvan op het eindresultaat) maakt de noodzaak van een deugdelijke grondslag voor deze schatting nog pregnanter.

In dossier [nummer 4] zou consument er voor gekozen hebben een beleggingsverzekering op basis van beleggen in een hypotheekrentefonds hebben gekozen (denk aan de Meegroeiverzekering van ABN AMRO of het Royal Verzekerd Hypotheekplan van Allianz) met een 90% restitutedekking, gelet op zijn initiële hypotheekrente van 6,2% 10 jaar rentevast.

In dossier [nummer 5] zou consument er voor gekozen hebben een "gewone" beleggingsrekening van Robeco te openen. De fiscale voordelen van een beleggingsverzekering worden nogal eens overschat (in zijn geval was de premie niet aftrekbaar en de uitkering boven de vrijstelling wel). Gelet op het feit dat het beoogde kapitaal bestemd was als pensioenaanvulling zou hij – boven de gewone vrijstellingsdrempel – slechts te maken hebben met een relatief beperkte vermogensrendementsheffing (consument heeft nu uitzicht op ca.€ 50.000 in 2019, terwijl de algemene vrijstelling voor 2 fiscale partners op ca. € 60.000 uitkomt, zodat tijdens de beleggingsperiode het opgebouwde vermogen vrijwel de gehele looptijd beneden de vrijstellingsgrens zou blijven en in het geval op einddatum een deel van het vermogen zou worden aangewend voor hypotheekaflossing ook in de periode waarin sprake is van gedeeltelijke opname vanwege pensioenaanvulling).

Meer subsidiair dient te worden uitgegaan van de nietigheid van de bedingen waarvan consumenten in het voorgaande de nietigheid hebben ingeroepen. In dat geval dient de afkoopwaarde resp. de actuele waarde te worden herberekend met weglating van de nietige kosten en risicopremiebedingen (derhalve met behoud van de overeengekomen 0,75% van het belegd vermogen voor administratie en beheerskosten).

Bij de toekenning van de eveneens gevorderde kosten als omschreven in artikel 40 lid 9 Reglement (oud) dient de Commissie het in dat artikel genoemde liquidatietarief naar letter en geest, met in acht neming van de geactualiseerde bedragen als gepubliceerd in mei 2018, toe te passen. Mede gelet op de lange duur van de gehele geschilprocedure en de daarbij vereiste (extra) werkzaamheden dient de vergoeding gebaseerd te zijn op (gemaximeerd) 7 liquidatiepunten tariefgroep III (...).

4.3 Bij repliek van 22 juni 2021 heeft de consument meegedeeld zijn vordering en de grondslagen daarvan te wijzigen. De repliek luidt onder meer:

‘Het thans nog ter beoordeling voorliggende geschil beperkt zich derhalve tot de volgende onderdelen van de met deze repliek gewijzigde naar voren gebrachte vordering, inhoudende (naast toepassing van de CvB 2017-043 uitspraak) herrekening van de (afkoop)waarde op basis van Tarief 74 (V)WE (met bonuseenheden), te vermeerderen met onrechtmatig ingehouden distributievergoeding en daar waar van toepassing te vermeerderen met wettelijke rente.

(...)

Schadeomvang (gewijzigde eis)

Het bestaan en de omvang van de schade dient te worden vastgesteld door een vergelijking te maken tussen de feitelijke situatie na het tekortschieten en de situatie waarin de Consument zou hebben verkeerd als Aangeslotene 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, 4.76, 4.78; CvB 2017-036, 4.8.3, 4.8.4).

In onderhavig geschil dient er voor de begroting van de schadeomvang van uitgegaan te worden dat Consument zonder de gemaakte fouten in 1988 of 2001 of nadien zou hebben gekozen voor een al dan niet minnelijke oplossing met meer economisch nut, te weten een herberekening van de poliswaarde met terugwerkende kracht op basis van Tarief 74 (V)WE.

De schadeomvang dient derhalve berekend te worden door vanaf ingangsdatum uit te gaan van Tarief 74 (V)WE, conform de methodiek als in het voorafgaande uiteengezet, naar analogie van hetgeen naar voren is gebracht in dossier [nummer 5].

Op grond hiervan dient de Geschillencommissie een schadevergoeding te bepalen, voorgerekend aan de hand van het beschreven “protocol” voor Tarief 74 (V)WE, te vermeerderen met een vergoeding voor de door Consument niet zelf te berekenen te ontvangen bonuseenheden en de onverschuldigd betaalde zogeheten “distributievergoeding”, met wettelijke rente vanaf afkoopdatum en met een vergoeding voor proceskosten op basis van 3 punten Liquidatietarief rechtbanken III, als bedoeld in Reglement Geschillencommissie als geldig in 2014.

Gelet op de fondswisselingen en niet traceerbare fondssplitsingen en het beleggen in 4 afzonderlijke fondsen (die ook nog eens onderhevig zijn geweest aan discontinuë resp. disruptieve naamsveranderingen), is Consument niet in staat een volledige begijfering te overleggen en moet het laten bij een schatting.

Die schatting is nu voor een van de twee polissen gemaakt door de betaalde premie “weg te zetten” tegen de wettelijke rente, als ware sprake van het met terugwerkende kracht ontbinden van de overeenkomst. Dat is overigens geenszins zijn primaire eis, maar de enige manier om de hoogte van de vordering te indiceren (en uiteraard altijd als subsidiaire terugvaloptie, als niets anders mogelijk blijkt), dus de vordering voor dit moment, uitkomend op een vermogensschade op afkoopdatum van **€ 41.326, sindsdien te vermeerderen met wettelijke rente, zodat de basisvordering uitkomt op € 48.498 (PROD 9)**. Aangenomen moet worden dat dit slechts een ruwe indicatie is en dat indien rekening wordt gehouden met de bonuseenheden van Tarief 74 WE, alsmede een vergoeding voor de niet overeengekomen distributievergoeding de vordering zal uitkomen boven de **€ 50.000**, van welk bedrag de Geschillencommissie bij wijze van schatting dient uit te gaan tot het tegendeel is bewezen. De vordering is dan ook dat Aangeslotene bij wijze van schadevergoeding wordt veroordeeld tot een herberekening van de poliswaarde – met toepassing van de kostenvergoeding als in CvB 2017-043 – tegen tarief 74 (V)WE met derhalve een 90% restitutiewaarde als voor lijfrentepolissen gebruikelijk en verrekening van actuele belegde waarde als in laatste waardeoverzicht resp. uitkeringsbericht, conform een transparant te maken Waerdye-systematiek die traceerbaar is voor een door KiFiD aan te wijzen onafhankelijke actuaris resp. levensverzekeringswiskundige.

Alsmede een vergoeding advieskosten 4 punten liquidatietarief IV.

4.4 Voor de overwegingen van de Geschillencommissie verwijst de Commissie van Beroep naar de bestreden uitspraak.

4.5 De Geschillencommissie heeft de volgende beslissing gegeven:

‘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 afkoopwaarden van de verzekeringen per de afkoopdatum van de verzekeringen opnieuw vast te stellen waarbij (naast de TER) alleen de kosten van beheer en administratie, genoemd in artikel 10 lid 3 onder c van de voorwaarden in aanmerking mogen worden genomen;
 - over het verschil tussen de opnieuw vast te stellen afkoopwaarden en de oorspronkelijk vastgestelde afkoopwaarden dient de verzekeraar de wettelijke rente te vergoeden vanaf de afkoopdatum van de verzekeringen tot de datum van voldoening;
 - de door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 1.434,- (drie punten Liquidatietarief rechtbanken I) te vergoeden.
- Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.’

5. Beoordeling van het beroep

Inleiding

5.1 De consument heeft twaalf grieven geformuleerd tegen de uitspraak van de Geschillencommissie. Er is tweemaal een grief 8. De tweede grief 8 duidt de Commissie van Beroep hierna aan als grief 8-II.

5.2 Over zijn vorderingen in beroep heeft de consument het volgende vermeld:

‘De vraag is derhalve wat Consumenten gedaan zouden hebben indien zij volledig, nauwkeurig en begrijpelijk zouden zijn geïnformeerd over alle relevante aspecten van de Waerdye-systematiek, waaronder in ieder geval de overeengekomen kosten en de (on)mogelijkheden om te kiezen voor een bij de hypotheekverstrekking gewenste en passende overlijdensrisicodekking.

(...)

Polis [nummer 2] ([naam consument])

Vanwege de proceseenvoud en het feit dat Consument bij wijze van schadebeperkende maatregel reeds per 27 januari 2014 zijn polis bij Aangeslotene heeft beëindigd, wordt hier volstaan met herhaling van de vordering als ingebracht bij replek in eerste aanleg: een vermogensschade als te becijferen per ultimo 2021 van € 48.894 (PROD 10b).

Consument behoudt zich het recht voor mee te werken aan een schatting van de vermogensschade die er van uit zou gaan dat Consument – indien in het bezit gesteld van deugdelijke productinformatie – er in januari 2014 van af had gezien de vermogensopbouw te onderbreken en de schade te begroten op grond van het product met meer economisch nut, te weten de Meegroeiverzekering van ABNAMR) met 90% restitutedekking.

Maar ook hier zou de Commissie ertoe over mogen gaan de schadeomvang te schatten aan de hand van een herrekening op basis van Tarief 74 (V)WE, dan wel Aangeslotene te verplichten daartoe een transparante berekening op te stellen.

In conclusie

De Commissie wordt gevraagd de bestreden uitspraken te vervangen door eigen beslissingen, op basis van het uitgangspunt dat alle grieven slagen, en aan die grieven de rechtsgevolgen te verbinden die daar dwingend uit volgen, waarbij Aangeslotene de opdracht krijgt de schadevergoedingen uit te keren op basis van transparante berekeningen als in het voorafgaande voorgesteld. Met een bijbehorende vergoeding voor proceskosten conform het Reglement als geldig ten tijde van indiening van de klachten, waarbij de punten Liquidatietarief worden gehonoreerd als in dat tarief voorgeschreven.'

- 5.3 De verzekeraar heeft verweer gevoerd en daarbij ook zelf bezwaren tegen de uitspraak van de Geschillencommissie aangevoerd.

Behandelbaarheid

- 5.4 De Commissie van Beroep ziet geen reden om te oordelen dat het beroep van de consument niet kan worden behandeld. Het beroep dat de verzekeraar heeft ingesteld, blijft verder buiten behandeling, omdat de verzekeraar geen bezwaren tegen de uitspraak heeft aangevoerd.

Unit-linked verzekering

- 5.5 In grief 1 stelt de consument dat de onderhavige beleggingsverzekering een zogenoemde unit-linked verzekering is. Dit is ook niet in geschil.
- 5.6 In grief 3 stelt de consument dat bij een unit-linked verzekering geen sprake is van een hefboomeffect wat betreft de premie voor de overlijdensrisicodekking. Ook dit is niet in geschil. Hieruit volgt dat een ontvangen vergoeding op grond van de zogenoemde Compensatieregeling geen betrekking heeft gehad op een dergelijk hefboomeffect.

Overlijdensrisicoverzekering: verzekerde som

- 5.7 Met grief 5 stelt de consument dat bij ongewijzigde premiebetaling geen recht bestond op een gegarandeerde uitkering bij overlijden, omdat de uitkering jaarlijks op de premievervaldag werd berekend, zoals ook het geval was bij de uitkering bij leven.
- 5.8 De Commissie van Beroep verwijst naar hetgeen hierover is overwogen in haar uitspraak van 19 juli 2021 (2021-0036) in 5.21-5.26. Het gaat er niet om wat de consument thans meent af te leiden bij studie van de polisvoorwaarden, maar om hetgeen hij bij het sluiten redelijkerwijs uit de offerte en de polis heeft mogen begrijpen. Uit de offerte en de polis heeft de consument redelijkerwijs mogen begrijpen dat de uitkering bij overlijden de verzekerde som was die op de polis is genoemd, bij ongewijzigde premiebetaling.

Hetgeen de consument heeft aangevoerd, leidt niet tot een ander oordeel.

Overlijdensrisicoverzekering: risicopremie

- 5.9 In de grieven 1, 2, 3 en 4 gaat de consument in op de hoogte van de risicopremie.
- 5.10 Uit de offerte en de polis blijkt dat de risicopremie werd ingehouden van de maandelijkse bruto premie. Welk deel voor de risicopremie werd ingehouden, en dus wat de risicopremie was, is niet vermeld in de offerte, de polis of de polisvoorwaarden.
- 5.11 De consument betwijfelt of een vaste, doorsneepremie is ingehouden, en speculeert onder meer over misleiding door de verzekeraar en een mogelijk dubbel berekenen van premie.
- 5.12 De voorzitter van de Commissie van Beroep heeft de verzekeraar voorafgaand aan de mondelinge behandeling verzocht om, indien mogelijk, nadere informatie te verstrekken over de risicopremie in deze en enkele vergelijkbare zaken. Het betrof onder meer de gelijkblijvende risicopremie bij aanvang van de verzekering en de actuariel berekende risicopremie gedurende de looptijd van de verzekering. De verzekeraar heeft daarop meegedeeld dat deze informatie alleen nog beschikbaar is ten aanzien van een van de zaken. Deze informatie is verstrekt. In de andere zaken is de informatie niet meer beschikbaar, omdat de verzekeringen zijn beëindigd en de informatie niet is opgeslagen in de huidige IT-systemen van de verzekeraar.
- 5.13 De consument heeft verklaard dat hij zich ten aanzien van de verstrekte informatie alle rechten voorbehoudt, zonder aan te geven welke rechten hij op het oog heeft. Gesteld noch gebleken is dat de consument onvoldoende in de gelegenheid is geweest om op de informatie te reageren. De consument heeft de informatie besproken op de mondelinge behandeling door de Commissie van Beroep en tot onderdeel gemaakt van zijn stellingen. De Commissie van Beroep ziet daarom geen reden de informatie buiten beschouwing te laten.
- 5.14 In een eerdere uitspraak heeft de Commissie van Beroep tot uitdrukking gebracht dat niet valt in te zien welk nadeel de consument heeft geleden als niet een vaste doorsneepremie is ingehouden, maar een oplopende actuariële risicopremie (uitspraak van 19 juli 2021, 2021-0036, in 5.31). De risicopremie wordt berekend voor het doen van een uitkering bij overlijden, rekening houdend met sterfte- en overlevingskansen. Ook een vaste doorsneepremie wordt actuariel berekend, rekening houdend met het toenemen van het overlijdensrisico gedurende de looptijd van de verzekering vanwege het ouder worden van de verzekerde. Het totaal van de over de looptijd berekende premie wordt dan echter in gelijke maandtermijnen in rekening gebracht. De doorsneepremie wordt bij de aanvang van de verzekering vastgesteld. De som van de contante waarde van de gelijke maandtermijnen is dan gelijk aan de som van de contante waarde van de actuariel berekende premies, berekend bij aanvang van de verzekering en over de gehele looptijd daarvan. Indien gedurende de looptijd wijzigingen optreden waarmee bij aanvang geen rekening is gehouden, zoals voortijdige beëindiging of premievrij maken van de verzekering, kan op enig moment de som van de ingehouden premies afwijken van de som van de actuariel

berekende premies. Deze afwijking levert geen bewijs op dat méér aan premies is ingehouden dan bij aanvang van de verzekering is bepaald of afgesproken. Uit de berekeningen die de consument bij de mondelinge behandeling in beroep heeft getoond, kan reeds om deze reden niet worden geconcludeerd dat de verzekeraar een verkeerde voorstelling van zaken geeft.

- 5.15 De actuariel berekende risicopremies waarmee de verzekeraar rekening heeft gehouden, zijn vermeld op de overzichten die de verzekeraar heeft verstrekt aan de hand van de modellen-De Ruiters. Daarbij is de doorsneepremie als het ware weer teruggebracht tot de actuariel berekende premie die daaraan ten grondslag ligt. De Commissie van Beroep is van oordeel dat geen concrete feiten of omstandigheden naar voren zijn gebracht die een aanwijzing opleveren dat de actuariel berekende risicopremies die op de overzichten zijn vermeld, onjuist zijn. De vermelde risicopremies – in deze en vergelijkbare zaken – zijn niet onaannemelijk bij de feitelijke ontwikkeling van de verzekering na de aanvang daarvan, waaronder de ontwikkeling van het beleggingsdepot. Overigens is ook namens de consument bij de mondelinge behandeling verklaard dat de consument aanneemt dat dit de voor hem geldende actuariel berekende risicopremies zijn.
- 5.16 Bij de mondelinge behandeling is namens de consument nog opgemerkt dat in de actuariel berekende risicopremies geheime kostenopslagen zijn begrepen. De Commissie van Beroep begrijpt dat de consument dit afleidt uit zijn vergelijking van de som van de doorsneepremies en de som van de actuariel berekende premies in de voorbeeldzaak, berekend tot de datum waarop de verzekering premievrij is gemaakt. Deze vergelijking heeft echter betrekking op de werkelijke situatie, zoals die zich na het sluiten van de verzekering heeft voorgedaan, en niet op de berekening die bij aanvang van de verzekering is gemaakt en die de gehele looptijd van de verzekering betreft. De Commissie van Beroep verwijst naar hetgeen hiervóór in 5.14 daarover is opgemerkt. Uit de berekeningen van de consument valt dus niet af te leiden dat de risicopremie geheime kostenopslagen bevat. De verzekeraar heeft ook ontkend dat sprake is van geheime kostenopslagen in de risicopremie. Een concrete aanwijzing dat desondanks wél sprake is van dergelijke geheime kostenopslagen is niet gegeven.
- 5.17 De Commissie van Beroep merkt verder op dat al hetgeen de consument aanvoert, niet de conclusie kan rechtvaardigen dat in werkelijkheid méér aan actuariële risicopremie in rekening is gebracht dan daarop is vermeld. Er is daarvoor geen concrete aanwijzing. Dit geldt dus ook voor de speculatie dat dubbele premies zijn ingehouden.
- 5.18 In het verlengde van hetgeen hiervóór is opgemerkt, geldt dat het er niet toe doet of de verzekeraar destijds in de al dan niet onjuiste veronderstelling verkeerde dat de modellen-De Ruiters noodzaakten om de actuariel berekende risicopremies te vermelden, en niet de gelijkblijvende doorsneepremies. Het blijkt immers niet dat de consument hiervan enig nadeel heeft ondervonden. Aangenomen mag worden dat in werkelijkheid doorsneepremies zijn ingehouden. Dit past bij het unit-linked karakter van de verzekering. Het is ook in overeenstemming met wat de consument stelt dat hij mocht verwachten. Er zijn geen aanwijzingen dat de verzekering van karakter is veranderd. De risicopremies die op de modellen-De Ruiters zijn vermeld, zijn dus slechts rekenkundige actuariële

premies, die passen bij de daadwerkelijke ontwikkeling van de verzekering en alleen relevant waren voor de verzekeraar. Voor de consument is alleen de doorsneepremie relevant. Daarom zou het duidelijker zijn geweest als de verzekeraar bij de modellen-De Ruiters de consument tenminste had geïnformeerd over het vermelden van de actuariële berekende risicopremies in plaats van de doorsneepremie en liever nog gewoon de doorsneepremie had vermeld.

- 5.19 Wat betreft de hoogte van de risicopremie geldt het volgende. Op de overzichten volgens de modellen-De Ruiters is de actuariële berekende risicopremie vermeld die betrekking had op een bepaald jaar. De consument wijst herhaaldelijk en met nadruk op dat in de uitspraak van de Commissie van Beroep van 20 december 2017 (2017-043) de jaarpremie van € 25,81 is vermeld als de maandpremie. Het is op zichzelf juist dat dit een kennelijke verschrijving is, maar deze verschrijving heeft geenszins tot gevolg dat het oordeel over de risicopremie anders had moeten uitvallen.
- 5.20 Bij brief van 19 maart 2007 heeft de verzekeraar met betrekking tot de eerste verzekering aan de consument meegedeeld dat van de netto premie € 33,58 per maand was voor het afdekken van het overlijdensrisico. Volgens de in deze zaak beschikbare overzichten was de actuariële risicopremie voor de eerste verzekering in het jaar 2006-2007 € 374,75, in het jaar 2007-2008 € 362,74, in het jaar 2008-2009 € 314,34, in het jaar 2009-2010 € 323,94, in het jaar 2010-2011 € 305,69 en in het jaar 2011-2012 € 272,68. Voor de tweede verzekering was de actuariële risicopremie in het jaar 2006-2007 -€ 0,29, in het jaar 2007-2008 -€ 0,63, in het jaar 2008-2009 -€ 0,66, in het jaar 2009-2010 -€ 1,23, in het jaar 2010-2011 -€ 1,27 en in het jaar 2011-2012 -€ 2,09. Deze negatieve risicopremie hield ermee verband dat de verzekering premievrij was gemaakt.
- 5.21 Zoals hiervóór is opgemerkt, is er geen aanleiding om te veronderstellen dat de op de overzichten vermelde actuariële risicopremie onjuist is. De hoogte van de actuariële berekende risicopremies die op de overzichten is vermeld, geeft in geen enkel opzicht reden om te vermoeden dat de bij aanvang vastgestelde doorsneepremie disproportioneel is, in verhouding tot de verzekerde som en de leeftijd van de consument. Concrete feiten of omstandigheden die een aanwijzing zijn dat de ingehouden risicopremie wel disproportioneel was, zijn niet naar voren gebracht.
- 5.22 Bij de mondelinge behandeling in beroep heeft de consument aangevoerd dat zijn klacht niet is dat de hoogte van de risicopremie disproportioneel is. Volgens de consument had de risicopremie een disproportioneel 'beleggingstechnisch' effect. Als de risicopremie op nul wordt gesteld, blijkt dat de eindwaarde van de verzekering veel hoger zou zijn geweest dan de waarde die is uitgekeerd, aldus de consument.
- 5.23 Het geld dat aan het ene doel wordt besteed, kan niet voor het andere doel worden aangewend. Het spreekt vanzelf dat hetgeen de consument heeft betaald voor de overlijdensrisicodekking, niet kon worden belegd. Voor een normaal geïnformeerde en redelijk omzichtige en oplettende gemiddelde consument behoort dit duidelijk te zijn.

Voor de risicopremie verkreeg de consument de risicodekking, en dus een kapitaal bij voortijdig overlijden, maar geen kapitaal bij leven. Ook als het betalen van de risicopremie meebracht dat de consument ongeveer 30% minder aan kapitaal bij leven heeft opgebouwd, zoals hij becijfert, valt nog niet in te zien dat dit moet worden aangemerkt als een disproportioneel effect. De consument legt ook niet of onvoldoende uit op welke grondslag het betalen van een niet-disproportionele risicopremie de rechtsgeldigheid van de verzekering kan aantasten, vanwege het feit dat door het betalen van de premie minder kon worden belegd.

- 5.24 Uit het voorgaande volgt dat het feit dat de verzekeraar geen nadere informatie over de risicopremie heeft kunnen verstrekken, niet kan rechtvaardigen dat de Commissie van Beroep daaraan nadelige gevolgen voor de verzekeraar verbindt, zoals het toewijzen van de vorderingen van de consument.
- 5.25 Bij de mondelinge behandeling in beroep heeft de consument nog aangevoerd dat in geval van voortijdige afkoop van de verzekering(en), de verzekeringstechnische (premie)reserve tot uitkering moest komen. Uit de stellingen van de consument valt niet op te maken dat het onderdeel is van de klacht en de grieven dat dit in deze zaak niet zou zijn gebeurd. De Commissie van Beroep laat dit daarom verder onbesproken.

Overlijdensrisicoverzekering: wilsovereenstemming en transparantie

- 5.26 In de grieven 4, 8 en 8-II stelt de consument dat geen wilsovereenstemming bestond over de hoogte van de risicopremie.
- 5.27 De consument maakt in grief 4 niet duidelijk welk gevolg hij aan deze stelling wil verbinden. Uit hetgeen de consument in de grieven 8 en 8-II vermeldt, kan worden opgemaakt dat hij meent dat er geen rechtsgrond was voor het inhouden van risicopremie. De Commissie van Beroep verwerpt dit standpunt en verwijst naar hetgeen zij daarover heeft overwogen in de uitspraak van 19 juli 2021 (2021-0036) in 5.27-5.30. De stellingen van de consument leiden niet tot een ander oordeel. Het inhouden van risicopremie berust dus op wilsovereenstemming tussen partijen, voor zover de ingehouden risicopremie niet disproportioneel was.
- 5.28 In de grieven 4, 8-II en 9 stelt de consument dat de verzekeraar hem had moeten informeren over de hoogte van de risicopremie. Niet voldoende is dat het totaal van de bruto premie is vermeld en dat is meegedeeld dat een deel daarvan zou worden aangewend voor uitkering bij overlijden.
- 5.29 Het is naar het oordeel van de Commissie van Beroep op zichzelf juist dat de verzekeraar de plicht had om de consument vooraf te informeren over de hoogte van de risicopremie, althans informatie te verstrekken waaruit de consument de hoogte van de risicopremie kon afleiden. Een tekortkoming van de verzekeraar op dit punt leidt echter niet tot de conclusie dat de consument geen verplichting had om de risicopremie te betalen, zoals volgt uit hetgeen hiervóór is overwogen over de wilsovereenstemming. Evenmin leidt dit tot de conclusie dat de verzekeraar verplicht is tot schadevergoeding.

De consument heeft immers niet aannemelijk gemaakt dat hij deze verzekering niet zou hebben gesloten als hij vooraf was geïnformeerd over de hoogte van de risicopremie, mede in aanmerking genomen dat deze niet disproportioneel is te noemen.

- 5.30 In grief 8-II stelt de consument dat de informatie over de risicopremie niet transparant is.
- 5.31 Voor zover de consument wil betogen dat enig beding om deze reden als oneerlijk moet worden vernietigd, en om die reden de ingehouden risicopremie moet worden teruggegeven, slaagt dit betoog niet. In de eerste plaats is de eerste verzekering afgesloten in 1990. Op dat moment waren de Richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten en de daarop gebaseerde wetgeving nog niet in werking getreden. Maar bovendien geldt dat het enkele feit dat een beding niet transparant is, een beding nog niet onredelijk bezwarend of oneerlijk maakt. Dat ligt voor de hand, omdat een gebrek aan transparantie niets zegt over de aard en inhoud van een beding. Een niet-transparant beding kan in het voordeel van een consument werken. Het ontbreken van transparantie is slechts een van de factoren waarmee rekening wordt gehouden bij het beoordelen of een beding onredelijk bezwaarlijk of oneerlijk is. Het gaat erom of een beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van partijen ten nadele van een consument aanzienlijk verstoort. In dit geval is onvoldoende gesteld om te oordelen dat dit het geval is.
- 5.32 Een beding dat inhoudt dat de consument een premie moet betalen tegenover de gewenste overlijdensrisicodekking, verstoort op zichzelf niet het evenwicht tussen de rechten en verplichtingen van partijen ten nadele van de consument. In aanmerking genomen dat de risicopremie niet disproportioneel was, zijn er geen feiten of omstandigheden naar voren gebracht die tot het oordeel leiden dat, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de rechten en verplichtingen van partijen op dit onderdeel ten nadele van de consument aanzienlijk werd verstoord.

Niet-passend product

- 5.33 Met de grieven 6 en 7 stelt de consument dat een beleggingsverzekering volgens de Waerdye-systematiek en de geadviseerde beleggingsmix niet paste bij de hypothecaire financiering in het kader waarvan de verzekering is gesloten.
- 5.34 De verzekeraar was niet de adviseur van de consument en de aangevoerde feiten en omstandigheden rechtvaardigen niet het oordeel dat de verzekeraar jegens de consument aansprakelijk is voor gebreken in het advies van de tussenpersoon van de consument. Indien de beleggingsverzekering niet paste bij de situatie en doelstellingen van de consument, was het aan de tussenpersoon om een ander product te adviseren.
- 5.35 Daarnaast stelt de consument dat de verzekeraar informatie over rendementen heeft voorgespiegeld die misleidend was. Volgens hem zijn 'proposities voorgehouden die volledig zijn losgezongen van de realiteit'.

- 5.36 De verzekeraar heeft voorbeeldkapitalen voorgehouden op basis van voorbeeldpercentages van fondsen waarin kon worden belegd. Zonder nadere toelichting daarop zou deze informatie naar huidige maatstaven ontoereikend worden gevonden. Er is echter te weinig aangevoerd voor het oordeel dat naar de maatstaven die golden bij het sluiten van de verzekering de informatie misleidend was. Daarbij komt dat de consument niet of onvoldoende concreet maakt welke informatie de verzekeraar destijds had moeten verstrekken. Hij wijst alleen op het 'fata-morgana-effect', waarbij hij kennelijk bedoelt dat een gemiddeld rendement door koersschommelingen waarschijnlijk niet wordt gehaald. Dat de consument de verzekering niet zou hebben gesloten als deze informatie zou zijn verstrekt, heeft hij in geen enkel opzicht aannemelijk gemaakt (zie ook de uitspraken van de Commissie van Beroep van 20 december 2017, 2017-043, 5.27-5.29, en 30 januari 2018, 2018-010, 5.20).

Fondsbeheerkosten (TER)

- 5.37 In de grieven 3, 8 en 8-II gaat de consument in op de fondsbeheerkosten. De consument stelt dat de verzekeraar hem daarover niet heeft geïnformeerd, zodat daarover geen wilsovereenstemming bestond en hij daarop niet bedacht behoefde te zijn. Bovendien waren de kosten volgens hem aanzienlijk hoger dan gebruikelijk. Hij verlangt dat de verzekeraar de kosten terugbetaalt.
- 5.38 Het gaat om kosten die derden, de fondsen, in mindering hebben gebracht op het fondsresultaat. Met wilsovereenstemming tussen partijen heeft dit niet te maken. Van het 'terugbetalen' van deze kosten door de verzekeraar kan ook geen sprake zijn, omdat de kosten niet aan de verzekeraar zijn betaald en de verzekeraar de kosten niet heeft ingehouden. De Commissie van Beroep verwijst naar haar uitspraak van 19 juli 2021 (CB 2021-0036), nr. 5.37.
- 5.39 De Geschillencommissie heeft aangenomen dat de verzekeraar vóór 1 oktober 1998 geen verplichting had om consumenten vooraf te informeren over de fondsbeheerkosten. Vanaf 1 oktober 1998 was dit anders vanwege het in werking treden van de Code Rendement en Risico 1998. Dit oordeel is kennelijk (onder meer) gegrond op de uitspraken van de Commissie van Beroep van 20 december 2017 (2017-043) en 30 januari 2018 (2018-010). Zie ook de uitspraak van 10 januari 2020 (2020-017B). Hetgeen de consument heeft aangevoerd, ook over het bestaan van informatieverplichtingen in het verleden, geeft geen aanleiding om hierover thans anders te oordelen.
- 5.40 Het valt verder niet in te zien welk verwijt de consument aan de verzekeraar wil maken, als de fondsbeheerder hogere kosten heeft berekend dan gebruikelijk.

Distributievergoeding

- 5.41 In grief 8 stelt de consument verder dat de verzekeraar bij fondsen van Robeco een distributievergoeding heeft bedongen, die is doorberekend aan de consumenten.

- 5.42 Er blijkt niet, ook niet uit productie 7 waarnaar de consument verwijst, dat de verzekeraar een distributievergoeding aan de consument in rekening heeft gebracht. Voor zover de consument wil dat de verzekeraar een van Robeco ontvangen distributievergoeding aan hem ten goede laat komen, is geen grondslag gesteld of gebleken om de verzekeraar daartoe te verplichten. De Commissie van Beroep verwijst verder naar haar uitspraak van 19 juli 2021 (2021-0036) in 5.41.

Wijziging overlijdensrisicodekking

- 5.43 Grief 10 bevat opvattingen van de consument over de mogelijkheid om de overlijdensrisicodekking te wijzigen.
- 5.44 Ongetwijfeld heeft de verzekeraar kunnen instemmen met wijzigingen in de overeengekomen overlijdensrisicodekking. Al hetgeen de consument aanvoert, leidt echter niet tot de conclusie dat de verzekeraar daartoe verplicht was. De Commissie van Beroep verwijst verder naar haar uitspraak van 19 juli 2021 (2021-0036) in 5.46.

Product recall

- 5.45 In grief 11 betoogt de consument dat de verzekeraar de verzekering voor een 'make-over' had moeten terugroepen vanwege ernstige productgebreken. De consument noemt in dit verband ook het omzetten van de overlijdensrisicodekking naar Tarief 74 (V)WE.
- 5.46 Uit hetgeen de Commissie van Beroep hiervóór heeft overwogen volgt reeds dat er geen of onvoldoende grond is voor het oordeel dat de verzekeraar de verzekering had moeten wijzigen, zoals de consument verlangt. Voor zover de consument verlangt dat de overlijdensrisicodekking wordt aangepast, verwijst de Commissie van Beroep naar de uitspraak van 19 juli 2021 (2021-0036) in 5.44-5.46. Er is geen aanleiding om te oordelen dat de verzekeraar verplicht was een ander tarief aan te bieden dan het tarief dat partijen zijn overeengekomen.

Verjaring

- 5.47 De verzekeraar heeft in zijn beroep aangevoerd dat de vordering van de consument tot schadevergoeding vanwege het ontbreken van wilsovereenstemming over ingehouden kosten, is verjaard op grond van art. 3:310 lid 1 BW.
- 5.48 Volgens art. 3:310 lid 1 BW verjaart een rechtsvordering tot vergoeding van schade door verloop van vijf jaar nadat de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. De verjaring kan onder meer worden gestuit door een schriftelijke aanmaning of een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt (art. 3:317 lid 1 BW).
- 5.49 De consument heeft de verzekeraar bij brief van 17 september 2008 aansprakelijk gesteld voor schade door onder meer onredelijk hoge kosten en te hoge risicopremies. In de brief is tevens vermeld dat deze is te beschouwen als stuiting van de verjaring van de (mogelijke)

rechtvaardigheden van de consument. Bij brief van 28 oktober 2008 heeft de verzekeraar aan de consument onder meer meegedeeld:

‘Wij wijzen de in uw brief geuite verwijten en aansprakelijkstelling van de hand. Wel willen wij van de gelegenheid gebruik maken u te wijzen op de aanbeveling die de Ombudsman Financiële Dienstverlening in maart van dit jaar heeft gedaan aan verzekeraars over een acceptabele hoogte van de kosten in beleggingsverzekeringen, die in het verleden zijn afgesloten. Als verzekeraars deze aanbeveling besluiten over te nemen, dan moeten de gevolgen van de aanbeveling uiterlijk in 2009 aan klanten gecommuniceerd worden. Fortis ASR heeft besloten deze aanbeveling over te nemen.

De komende periode berekenen wij per verzekering de gevolgen van de aanbeveling. Dit proces neemt tijd in beslag, en daarom kunnen wij op dit moment nog niet aangeven wat dit concreet voor uw beleggingsverzekering betekent. Uiterlijk in 2009, maar natuurlijk eerder indien mogelijk, informeren wij u over het effect voor uw verzekering. Als blijkt dat de door ons ingehouden kosten hoger zijn geweest dan in de aanbeveling vermeld, compenseren wij u volgens de regels van de aanbeveling. De compensatie zal toegevoegd worden aan de waarde van uw verzekering.’

De verzekeraar heeft de consument in november 2009 meegedeeld dat zijn verzekeringen vielen onder de compensatieregeling en dat hij zou berekenen of de consument voor vergoeding in aanmerking kwam. In november 2011 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat deze niet in aanmerking kwam voor een vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling.

5.50 De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de vorderingen van de consument zijn verjaard. De Geschillencommissie heeft hierover in 3.4 van haar beslissing overwogen:

‘Naar het oordeel van de commissie volgt uit de brief van de consument van 17 september 2008 aan de verzekeraar dat de consument een zodanig inzicht had in de gestelde tekortkomingen van de verzekeraar – namelijk dat de consument bij het afsluiten en/of de omzetting geen informatie is verstrekt over het in rekening brengen van onredelijk hoge (administratie)kosten – en de als gevolg daarvan geleden schade – namelijk een verminderd rendement – dat de consument op dat moment daadwerkelijk jegens de verzekeraar een vordering tot schadevergoeding had kunnen instellen, zodat de verjaringstermijn van vijf jaren op dat moment is gaan lopen. De verzekeraar heeft vervolgens in zijn brief van 28 oktober 2008, als reactie daarop (zie 2.13), echter aangekondigd dat naar aanleiding van de aanbeveling van de Ombudsman Financiële Dienstverlening die door de verzekeraar werd overgenomen, zou worden bepaald of de consument ter zake van de in rekening gebrachte kosten voor compensatie in aanmerking zou komen. De commissie is van oordeel dat onder die omstandigheden de consument de uitkomst van de zogenoemde compensatieregeling heeft mogen afwachten, nu niet zeker was of voor haar na toepassing daarvan nog enige schade zou resteren en dat pas een nieuwe verjaringstermijn is gaan lopen op het moment dat de consument met de uitkomst van de compensatieregeling en daarmee met het bestaan van de volle omvang van haar schade daadwerkelijk bekend is geworden. Vaststaat dat de consument bij brieven van november 2011 is geïnformeerd over de door de verzekeraar op de verzekeringen toegepaste compensatieregeling en vervolgens, binnen 5 jaar, namelijk in 2014, zich opnieuw tot de verzekeraar heeft gewend met klachten over de verzekeringen en daarbij in rekening gebrachte kosten. Dit betekent dat het verjaringsverweer van de verzekeraar niet slaagt.’

- 5.51 Volgens de verzekeraar is de verjaring vijf jaar na de brief van 17 september 2008 voltooid, dus op 17 september 2013. De verzekeraar verwijst onder meer naar uitspraken van deze commissie, gepubliceerd onder de nummers 2021-0025 en 2021-0037. De verzekeraar meent dat met de mededelingen over de vergoeding uit hoofde van de Compensatieregeling geen nieuwe verjaringstermijn is gaan lopen.
- 5.52 De Commissie van Beroep is van oordeel dat het de consument in 2008 nog niet bekend was of hij schade zou lijden door te hoge kosten of een te hoge risicopremie. De verzekeraar heeft hem toen immers gewezen op een aanbeveling van de Ombudsman Financiële Dienstverlening en meegedeeld, kort gezegd, dat de consument mogelijk zou worden gecompenseerd voor te hoge kosten. Of de consument schade zou lijden, hing dus af van het antwoord op de vraag of en in hoeverre hij compensatie zou ontvangen voor naar zijn mening te hoge kosten en risicopremie. Bovendien was er nog geen uitkering aan de consument gedaan uit hoofde van de verzekeringen. De verzekeraar kon door het verwerken van compensatie dus nog voorkomen dat de consument schade zou lijden.
- 5.53 In november 2011 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat deze geen compensatie zou ontvangen. Eerst toen was het de consument bekend dat hij – als de verzekering tot uitkering kwam – schade zou lijden, uitgaande van zijn opvatting dat hem te hoge kosten en risicopremie in rekening waren gebracht. De verjaring is dus in elk geval niet eerder dan op dat moment aangevangen.
- 5.54 Uit het voorgaande volgt dat de rechtsvordering van de consument niet uit hoofde van art. 3:310 lid 1 BWV was verjaard, toen de consument daarop bij de verzekeraar terugkwam bij brief van 24 april 2014 en deze vervolgens bij brief van 30 september 2014 bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening indiende.

Nadere beschouwingen van de consument

- 5.55 In het stuk dat de consument op 23 maart 2022 (zie 1.7) heeft ingediend, zet de consument uitvoerig uiteen wat zijn opvattingen zijn over de gevolgen die het arrest van de Hoge Raad van 11 februari 2022 (ECLI:NL:HR:2022:166) moet hebben, zowel in het algemeen als in deze zaak. Voor het indienen van een dergelijke uiteenzetting biedt art. 7.4 van het reglement van de Commissie van Beroep, zoals dit gold tot 1 april 2022, geen grondslag. Deze bepaling biedt de mogelijkheid om nog relevante schriftelijke bewijsstukken in het geding te brengen en de uiteenzetting van de consument is niet te beschouwen als een relevant schriftelijk bewijsstuk. De Commissie van Beroep heeft ook geen toestemming gegeven voor het indienen van een dergelijke uiteenzetting.
- 5.56 De Commissie van Beroep behoeft echter geen beslissing meer te nemen over de toelaatbaarheid van het stuk, omdat de inhoud niet kan leiden tot een andere beslissing in deze zaak. Om dezelfde reden is het evenmin nodig de verzekeraar de gelegenheid te geven op de uiteenzetting van de consument te reageren.

Slotsom

- 5.57 Geen van de grieven van de consument leidt tot een andere uitspraak dan de Geschillencommissie heeft gegeven. Voor de bezwaren van de verzekeraar geldt hetzelfde. De Commissie van Beroep zal de uitspraak van de Geschillencommissie daarom bevestigen.
- 5.58 Gelet op de uitkomst van het beroep is er geen reden om de consument een vergoeding toe te kennen voor de kosten van het beroep.

6. Beslissing

De Commissie van Beroep bevestigt de uitspraak van de Geschillencommissie.