

## **Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2024-0329**

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. P.J. Neijt, drs. J.W. Janse leden en mr. B.C. Donker, secretaris)

Datum uitspraak	18 april 2024
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Levensverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Beoordelingskader beleggingsverzekeringen

### **Samenvatting**

Beleggingsverzekering. De consument heeft een beleggingsverzekering afgesloten op 1 november 2003 bij de verzekeraar. De consument is onder andere van mening dat zij niet is geïnformeerd over de inhoudingen van kosten en de hoogte van de overlijdensrisicopremie, waardoor er sprake is van het ontbreken van wilsovereenstemming en/of oneerlijke (kosten)bedingen. Verder is er ten aanzien van de beleggingen sprake van manipulatie van de intrinsieke waarden, heeft de verzekeraar wederrechtelijk voordeel genoten en is de consument de mogelijkheid tot het verrekenen van dividendbelasting ontnomen. De commissie is van oordeel dat het in de voorwaarden opgenomen beding dat betrekking heeft op de poliskosten als oneerlijk in de zin van de richtlijn oneerlijke bedingen buiten beschouwing moet worden gelaten. De overige klachten van de consument slagen niet.

### **I. De procedure**

I.1 De commissie beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, bemiddeling en (bindend) advies zoals dat gold van 1 april 2017 tot 1 april 2022 (het reglement) en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om:

- het klachtformulier met aanvullende stukken van de consument, waaronder het door de consument ingevulde Informatieformulier beleggingsverzekering;
- de aangepaste klachtuiting van de consument, ontvangen op 3 augustus 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 mr. F.G.C.M. Jansen, (Shureluck BV) professioneel vertegenwoordiger.
- I.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.
- I.4 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

## **2. Het geschil**

*Wat is er gebeurd?*

- 2.1 De consument heeft via bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 november 2003 een beleggingsverzekering gesloten bij de verzekeraar onder de naam 'LevensPlan – Hypotheek' (hierna: de verzekering). De verzekering is een universal life product. De premie van de verzekering is bij aanvang gesteld op € 72,- per maand met als einddatum 1 november 2033. De verzekering is als zekerheid gekoppeld aan een hypothecaire geldlening.
- 2.2 Bij de verzekering is sprake van een overlijdensrisicodekking en van kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van de consument.
- 2.3 In de precontractuele fase, dan wel bij of rond de totstandkoming van de verzekering is de volgende productdocumentatie aan de consument verstrekt:
  - een offerte, niet overgelegd tijdens de procedure;
  - een aanvraagformulier, niet overgelegd tijdens de procedure;
  - een polisblad gedateerd 4 november 2003;
  - de algemene voorwaarden AV'01, hierna de voorwaarden.
- 2.4 Op de verzekering zijn de Regeling informatieverstrekking verzekeringnemers (Riav) 1998, de Code Rendement en Risico (CRR) 2002, het Besluit Financiële Bijsluiter en de Nadere Regeling financiële bijsluiter 2002 van toepassing.
- 2.5 Op de polis staat onder andere het volgend vermeld:

“(…)

### **BELEGGINGEN**

*De premie wordt volledig belegd in het Purple Star (nationaal mixfonds) fonds.*

*De periode waarvoor basisunits worden toegewezen (de basisperiode) begint op 01.11.2003 en eindigt op 31.10.2013.*

Voor een eventuele premieverhoging geldt, vanaf het moment van de verhoging, een nieuwe basisperiode van maximaal 10 jaar.

Automatische wisseling van fonds is niet van toepassing.

Einddatum premiebetaling is vastgesteld op 01-11-2033

## **UITKERINGEN**

*Uitkering bij leven*

*Bij in leven zijn van (naam van de consument) op 01-11-2033 zal de waarde van de dan aanwezige units worden uitgekeerd aan de betreffende begunstigde(n) zoals aangegeven op aanhangsel 3.*

*Overlijdensdekking verzekerde 1*

*Het verzekerde kapitaal ad EUR 75.000,00 is verschuldigd na overlijden van (naam van de consument) vóór 01-11-2033 en wordt uitgekeerd aan de betreffende begunstigde(n) zoals aangegeven op aanhangsel 3.*

*Indien 110% van de waarde van de toegewezen units, welke mede zullen worden aangewend voor deze overlijdensuitkering, hoger is dan het overlijdenskapitaal, dan zal de uitkering naar rato worden verhoogd.*

## **OPTIES**

*Overige rechten met betrekking tot gegarandeerde acceptatie van verhogingen van uitkeringen zijn volgens de polisvoorwaarden als volgt van toepassing:*

*Voor (naam van de consument) (verzekerde 1)*

*Overlijdensdekking JA (...)*

## **VERPANDING**

*Alle rechten voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst zijn in pand gegeven aan Bank of Scotland gevestigd te Amsterdam (...)*

*In de voorwaarden staat onder andere het volgende:*

*“(…)*

## **SECTIE C – BELEGGINGEN**

*(…)*

### 3. Wisseling van fonds(en)

a. de verzekeringnemer heeft het recht (een deel van) de toegewezen units te wisselen door units in één of meer andere fondsen, tenzij de maatschappij de toewijzing van units in een bepaald fonds al dan niet tijdelijk heeft gestaakt, danwel een beleggingsrestrictie conform sectie C.7. van toepassing is.

(...)

c. Eénmaal per polisjaar, vlak vóór de polisverjaardag tot uiterlijk zes weken daarna, kan de wisseling kosteloos plaatsvinden. Voor elke daaropvolgende wisseling in hetzelfde polisjaar wordt na de wisseling in verband met administratiekosten een bedrag ad € 22,50 verrekend door proportionele onttrekking van units.

In de eerste tien jaar c.q. de jaren daarna worden hiervoor, indien en voorzover aanwezig, basisunits respectievelijk cumulerende units gebruikt.

(...)

### 6. Fondsen

De maatschappij stelt voor toewijzing van units fondsen ter beschikking. Voor alle beschikbaar gestelde fondsen zijn de volgende bepalingen van toepassing:

Alle beleggingsopbrengsten komen na aftrek van kosten en belastingen ten gunste van het betreffende fonds.

De maatschappij behoudt zich het recht voor om op ieder moment de naam, de doelstelling en de restricties van een fonds te veranderen, danwel fondsen uit te sluiten en/of te openen. Bij sluiting van een fonds zullen de contractuele verplichtingen die voortvloeien uit de bestaande verzekeringsovereenkomsten in één of meer meerdere beschikbare fondsen ondergebracht worden.

De waarde van de activa in een fonds is gelijk aan de marktprijs waartegen deze activa verhandeld kunnen worden.

De maatschappij zal alle kosten die rechtstreeks verband houden met de verkrijging of verkoop van activa van een fonds, met inbegrip van belastingen, leges en andere kosten op de waarde van dat fonds in mindering brengen.

Op iedere werkdag zal, voor zover mogelijk en zinvol, de waarde van ieder fonds worden bepaald teneinde de koers van de units vast te stellen.

l. Op de aldus vastgestelde unitkoersen wordt, in verband met beleggingstechnische kosten, maximaal anderhalf procent op jaarbasis in mindering gebracht.

2. De maatschappij kan met betrekking tot die polissen waarop een minimale gegarandeerde uitkering van toepassing is, besluiten om aanvullende kosten, ter grootte van maximaal anderhalf procent op jaarbasis, in mindering te brengen op de poliswaarde.

(...)

## SECTIE D – UITKERINGEN

### I. Overlijdensuitkering

a. De uitkering is verschuldigd als aangegeven op het polisblad.

b. Bij verzekerde jaarlijkse uitkeringen geldt:

1. de uitkeringen zijn verschuldigd vanaf de datum van overlijden van de betrokken verzekerde;

2. de uitkeringen geschieden pro rata in driemaandelijke termijnen achteraf;

3. indien een stijgende uitkering is verzekerd zal de uitkering één jaar na overlijden van de betrokken verzekerde voor de eerste maal, en vervolgens jaarlijks, met het op het polisblad vermelde percentage worden verhoogd. (...)"

(...)

## SECTIE E – KOSTEN

### I. Kosten in verband met risicodekkingen

Er zijn kosten verschuldigd voor alle vormen van risicodekking. Deze kosten worden aan het begin van iedere maand verrekend door proportionele onttrekking van units. In de eerste tien jaar c.q. de jaren daarna worden hiervoor, indien en voor zover aanwezig, basisunits respectievelijk cumulerende units gebruikt.

Voor overlijdensdekkingen geldt daarbij het volgende:

a. kosten voor de premievrijstelling bij overlijden van de verzorger, alsmede voor overlijdensuitkering(en) waarvoor geen units worden onttrokken, worden in rekening gebracht volgens het tarief zoals vastgesteld in appendix I, met uitzondering van de kosten voor de uitkering na overlijden (...)

b. voor overlijdensdekkingen worden – indien deze, verhoogd met het equivalent van de verzekerde rente(n), groter zijn dan de waarde van de bij de polis behorende units – over het verschil kosten in rekening gebracht volgens het tarief zoals vastgelegd in appendix I;

c. het tarief vastgelegd in appendix I is alleen van toepassing indien acceptatie heeft plaatsgevonden tegen standaardcondities.

## 2. Investeringskosten

*Direct na toewijzing van units in verband met premiebetaling zal maximaal zes procent van de toegewezen units worden onttrokken. Bij koopsommen bedraagt dit percentage vijf.*

## 3. Eerste kosten

*In het geval van premiebetaling zal aan het einde van iedere maand één twaalfde gedeelte van één komma zes procent aan basisunits worden onttrokken. Bij koopsommen wordt, na toepassing van hierboven genoemde investeringskosten, direct vier procent aan de toegewezen units onttrokken. Uiterlijk 35 jaar na de ingangsdatum worden alle basisunits omgezet in cumulerende units. Indien de premie-einddatum valt op een moment gelegen binnen de termijn van 35 jaar, worden basisunits op de premie-einddatum omgezet in cumulerende units.*

## 4. Poliskosten

*Maandelijks zullen aan het LevensPlan units worden onttrokken in verband met administratiekosten. In de eerste tien jaar c.q. de jaren daarna worden hiervoor, indien en voorzover aanwezig, basisunits respectievelijk cumulerende units gebruikt.*

*(...)*

*SECTIE K – SLOTBEPALINGEN (...)*

## 4. Tussentijdse aanpassing

*Indien de maatschappij het redelijk en billijk acht kunnen de poliskosten worden gewijzigd.*

*(...)*

*Appendix I\* (...)*

*\*: bevat een leeftijdstabel met de kosten per maand per € 100.000,- verzekerd overlijdenskapitaal voor mannen en vrouwen. (...)*

- 2.6 De consument is jaarlijks door middel van waarde-overzichten over de verzekering geïnformeerd, vanaf 2008 conform de modellen van de Commissie De Ruiter.
- 2.7 In het kader van de zogenoemde compensatieregeling is de consument in juli 2011 per brief door de verzekeraar bericht dat zij eenmalig voor te hoge kosten een vergoeding ontvangt van € 92,66, € 1,83 als vergoeding voor het hefboom-/intereffect en jaarlijks € 17,82, eveneens als vergoeding voor te hoge kosten en zolang er premie wordt betaald. In deze brief staat verder onder andere het volgende:

"(...)

### **Vergoeding voor het hefboom-linteereffect**

*In de Compensatieregeling hebben wij ook afspraken gemaakt over een eenmalige vergoeding voor ongunstige gevolgen van het hefboom-linteereffect tot nu toe. Wij kunnen ons voorstellen dat u niet bekend bent met het hefboom-linteereffect. In de brochure leest u meer over dit effect. U kunt de gevolgen van het hefboom-linteereffect in de toekomst verminderen door de beleggingen of de overlijdensrisicodekking in uw beleggingsverzekering aan te passen. Ook hierover leest u meer in de brochure. (...)*

(...)

Bijlage:

*- Brochure 'Meer informatie over de Compensatieregeling ASR Nederland', juni 2011(...)'*

- 2.8 In de periode 2011 tot en met 27 september 2017 heeft de verzekeraar de consument in verband met de tegenvallende waardeopbouw in de verzekering verschillende brieven gestuurd met daarin aanpassingsmogelijkheden voor wat betreft de overlijdensrisicodekking evenals mogelijke productalternatieven. In de brief van 27 september 2017 staat onder andere het volgende:

"(...)

*U hebt een beleggingsverzekering met polisnummer (...) bij ons. Wij hebben telefonisch en per brief contact met u gezocht om u te informeren over de waardeontwikkeling van uw beleggingsverzekering en over de mogelijke aanpassingen die u kunt doen. U hebt ons laten weten dat u uw beleggingsverzekering niet wilt aanpassen.*

### **Bevestiging keuze**

*Middels deze brief bevestigen wij dat wij uw keuze hebben ontvangen. Wij vinden het belangrijk dat u een bewuste keuze maakt. Wij benadrukken nogmaals dat de waardeontwikkeling van uw beleggingsverzekering achterblijft. Onze verwachting is dat de waardetoeename op basis van een bruto voorbeeldrendement van 4% vanaf dit moment minder is dan het totaal aan premies dat u nog gaat betalen. U lijdt dus waarschijnlijk verlies op uw inleg. Het is daarom belangrijk om in de gaten te blijven houden of de waardeontwikkeling van uw beleggingsverzekering nog past bij het doel dat u had toen u de verzekering afsloot én bij uw persoonlijke situatie.*

*Omdat uw beleggingsverzekering bestemd is voor (gedeeltelijke) aflossing van uw hypotheek, is het van groot belang dat u regelmatig controleert of de ontwikkeling van uw verzekering nog past bij uw doel en bij uw financiële situatie. Als u uw doel niet bereikt, houdt u mogelijk een hogere restschuld over op uw woning.*

### **Toch van gedachten veranderd?**

*Geen probleem! Wij wijzen u graag nogmaals op de mogelijkheden om uw beleggingsverzekering aan te passen. Het is immers belangrijk dat u op basis van een volledig beeld besluit wat u met uw verzekering wilt doen. Daarom treft u in de bijlage een overzicht aan met een aantal algemene mogelijkheden. Wij benadrukken dat wij uw persoonlijke situatie niet kennen. Het kan zijn dat er voor u persoonlijk nog andere opties zijn. Uw adviseur kan u hierbij helpen. (...)*

2.9 Op 4 juni 2020 heeft de consument een klacht bij de verzekeraar ingediend. De verzekeraar heeft hierop per brief van 19 juni 2020 gereageerd. Op 14 juli 2020 heeft de consument vervolgens haar klacht bij Kifid ingediend.

#### *De klacht en vordering*

2.10 De consument vordert, na diverse wijzigingen, dat de verzekeraar een schade vergoedt ter grootte van opgeteld € 105.047,41 verminderd met de premie van een alternatieve overlijdensrisicoverzekering en te vermeerderen met een vergoeding van kosten juridische bijstand. In totaal vordert de consument een bedrag van € 109.452,44, waaronder begrepen een bedrag van € 25.000,- als vergoeding van immateriële schade.

2.11 Volgens de consument is de verzekeraar daartoe gehouden omdat:

- Er sprake is van kosten die niet zijn overeengekomen of gebaseerd zijn op een oneerlijk (kosten)beding;
- De in rekening gebrachte premie voor het overlijdensrisico niet is overeengekomen. De overlijdensrisicopremie was niet van te voren bekend en kon dus ook niet gegeven worden in de precontractuele informatie. Daardoor kan over de hoogte van de ten laste van de verzekering gebrachte overlijdensrisicopremie geen overeenstemming zijn bereikt en deze is onverschuldigd betaald. Op basis van redelijkheid en billijkheid moet deze leemte in de overeenkomst worden opgelost;
- De verzekeraar zijn bijzondere zorgplicht tegenover de consument heeft verzaakt. De consument is door een door de verzekeraar aangestelde tussenpersoon geadviseerd te kiezen voor een product van de verzekeraar.



Omdat het om een beleggingsverzekering ging werd door tussenpersonen standaard gekozen voor een rendement van 8% met goedkeuring van de verzekeraar. De verzekeraar had moeten weten dat het benodigde rendement niet behaald had kunnen worden met het verwachte rendement van het ASR Mixfonds. De verzekeraar had de consument daarvoor uitdrukkelijk moeten waarschuwen en wijzen op het tekortschieten van de keuze voor het behalen van het doel;

- De verzekeraar heeft een wederrechtelijk voordeel verkregen door het niet bijschrijven van het door hem contant ontvangen dividend op de verzekeringspolis van de consument dan wel het niet toekennen van additionele eenheden of units op de verzekeringspolis van de consument van het door de verzekeraar ontvangen dividend. Een dividenduitkering heeft een negatief effect op de waarde van de beleggingen dat alleen gecompenseerd kan worden door de ontvangst van non-stock of stock dividend, met de aankoop van nieuwe aandelen (herbelegging) of, meer relevant voor de consument, met de toekenning van dividend aan de verschuldigdheid jegens verzekeringnemer die voor eigen rekening en risico beleggen en de dientengevolge toekenning van additionele fractionele eenheden aan de polis van de consument. Dat heeft overduidelijk niet plaatsgevonden.
- Er sprake is van het in het nadeel van de consument door de verzekeraar manipuleren van de intrinsieke waarden zoals deze per ultimo jaar aan de consument is gerapporteerd. De intrinsieke waarde wordt structureel te laag opgegeven, waardoor de consument en andere verzekeringnemers financieel fors worden benadeeld. Dit nadeel komt gemiddeld uit op € 2,48 per participatie. 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. De verzekeraar zal moeten accepteren dat hij, net als diverse andere verzekeraars, consumenten heeft benadeeld door de intrinsieke waarden van hun huisfondsen structureel te laag op te geven.
- De consument de mogelijkheid is ontnomen tot verrekening van dividendbelasting. Dividendbelasting, ingehouden door de dividend uitkerende onderneming, kan worden verrekend met de inkomstenbelasting. Deze verrekenmogelijkheid is komen te vervallen door de overeenkomst van levensverzekering. De consument is daar vooraf niet op gewezen, laat staan dat daar overeenstemming over is bereikt.

- De verzekeraar de kosten van het fondsbeheer niet heeft vermeld in de polis, polisvoorwaarden of anderszins en is hierdoor verplicht deze kosten toe te voegen aan de waarde van de verzekering.
- De consument erg teleurgesteld is over de uiteindelijke werking van het product en de houding van de verzekeraar. De onzekerheid en spanning over de financiële toekomst was dusdanig groot dat hieruit financiële stress en angst is ontstaan. Uit jurisprudentie kan worden afgeleid dat het uitgangspunt voor de toekenning van immateriële schade is dat de benadeelde ‘geestelijk letsel’ heeft opgelopen, waarop overigens uitzonderingen kunnen worden gemaakt als het gaat om bijzonder ernstige normschendingen en de gevolgen daarvan voor het slachtoffer’. (HR 29 juni 2012, ECLI:NL:HR:2012:BW1519, NJ 2012, 410). Het niet in voldoende mate kunnen aflossen van de hypotheek, waar de beleggingsverzekering een uiterst belangrijke rol in speelt, kan leiden tot de verplichte verkoop van de woning of de onbetaalbaarheid van de hypothecaire lasten. De onzekerheid daarover is ‘killing’. Juist de woning behoort een veilige plaats te zijn waarin de benadeelde partij ongestoord van het privéleven kan genieten. 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, eerste lid, aanhef en onder b, van het Burgerlijk Wetboek (BW) nu de consument ‘op andere wijze in haar persoon is aangetast.’ (ECLI:NL:GHSHE:2014:1684). De verzekeraar blijkt wel budget beschikbaar te stellen om een van de duurste advocatenkantoren van Nederland in te huren voor zijn verdediging. De consument heeft moeite te zien hoe de verzekeraar door deze houding handelt in haar belang, waartoe de verzekeraar wel gehouden is (art 4.24a, lid 1, Wft) en voelt zich in de steek gelaten door de verzekeraar. Dat rechtvaardigt naar de mening van de consument een immateriële schadevergoeding van € 25.000,-.

#### *Het verweer*

- 2.12 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

### **3. De beoordeling**

#### *Beoordelingskader*

- 3.1 De commissie beoordeelt deze klacht van de consument volgens het in de bijlage bij deze uitspraak gevoegde beoordelingskader voor beleggingsverzekeringen. Toetsing door de commissie vindt plaats met inachtneming van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie.

*Heeft de verzekeraar aan zijn informatieverplichtingen voldaan?*

- 3.2 De consument stelt dat de verzekeraar de op hem rustende informatieverplichtingen heeft geschonden, waardoor er onder andere sprake is van het ontbreken van wilsovereenstemming over het in rekening brengen van bepaalde kosten en/of sprake van oneerlijke kostenbedingen. De verzekeraar verwijst voor wat betreft het informeren over kosten naar de richtinggevende uitspraken van de Commissie van Beroep (CvB) over het Falcon-product en daarbij in het bijzonder naar CvB 2019-007 dat volgens de verzekeraar een uitspraak over hetzelfde product en dezelfde voorwaarden betreft. De commissie overweegt hierover als volgt.
- 3.3 De commissie stelt vast dat de verzekeraar met de aan de consument verstrekte productdocumentatie niet alle informatie aan de consument heeft verstrekt waartoe hij gehouden was op grond van de Riav 1998 en licht dit hierna toe.
- 3.4 In de voorwaarden (zie 2.6) is de volgende informatie opgenomen over kosten:
- a. de beleggingstechnische kosten (Sectie C, onder 6 aanhef en f onder 1);
  - b. de investeringskosten (Sectie E, onder 2);
  - c. de eerste kosten (Sectie E, onder 3);
  - d. de poliskosten (Sectie, onder 4 en Sectie K, onder 4).
- 3.5 Met betrekking tot de beleggingstechnische kosten (TER), de investeringskosten en de eerste kosten wordt vermeld met welk kostenpercentage rekening moet worden gehouden. Naar het oordeel van de commissie heeft de verzekeraar met betrekking tot deze kosten daarmee voldaan aan zijn verplichting inzicht te geven in de in rekening te brengen kosten. Voor zover de consument de verzekeraar verwijt dat zij niet over het specifieke percentage TER behorend bij haar beleggingskeuze heeft geïnformeerd, geldt dat de consument niet nader toelicht of en in hoeverre dit haar keuze heeft beïnvloed. In dat verband is gesteld noch gebleken dat de consument in dat geval voor een ander fonds (met lagere kosten) zou hebben gekozen. In zoverre kan niet vastgesteld worden en is daarmee ook niet vast komen te staan dat er hierdoor sprake zou zijn van schade aan de zijde van de consument. Dat klachtonderdeel slaagt daarom niet. Voor wat betreft de gestelde herverzekeringskosten waarover niet is geïnformeerd, heeft de verzekeraar gemotiveerd betwist dat ten aanzien van de verzekering nog aanvullend herverzekeringskosten in rekening zijn gebracht waarover niet is geïnformeerd. De consument heeft daartegenover niet aannemelijk gemaakt dat er ter zake van de verzekering van de consument wel herverzekeringskosten in rekening zijn gebracht. Wat betreft de overlijdensrisicopremie is bij de voorwaarden Appendix I bijgesloten, aan de hand waarvan inzicht wordt gegeven in de kosten per maand per NLG 100.000,- verzekerd overlijdenskapitaal voor mannen en vrouwen. De klacht is ongegrond.
- 3.6 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar ten aanzien van de poliskosten niet heeft voldaan aan het bepaalde in artikel 2 lid 2 sub q Riav 1998.

In Sectie E, onder 4 wordt slechts vermeld dat deze kosten maandelijks aan de verzekering zullen worden onttrokken in verband met administratiekosten. De nominale hoogte van die poliskosten noch het percentuele beslag wordt vermeld. Daarmee heeft de verzekeraar niet voldaan aan het bepaalde in artikel 2 lid 2 sub q Riav 1998.

- 3.7 Bovendien is het beding niet duidelijk en begrijpelijk opgesteld. Op grond van artikel 5 van de richtlijn oneerlijke bedingen (Richtlijn 93/13/EEG) dient een beding steeds duidelijk en begrijpelijk te zijn opgesteld. Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie EG volgt dat voor dit vereiste van transparantie niet voldoende is dat de bedingen taalkundig en grammaticaal begrijpelijk zijn. De richtlijn oneerlijke bedingen berust op de gedachte dat een consument zich tegenover een verkoper in een zwakke positie bevindt en met name over minder informatie beschikt, reden waarom het vereiste van transparantie ruim moet worden opgevat. Derhalve moet in de overeenkomst de concrete werking van het mechanisme waarop het betrokken beding betrekking heeft en, in voorkomend geval, de verhouding tussen dit mechanisme en het mechanisme dat is voorgeschreven door andere bedingen op een transparante wijze worden uiteengezet, zodat de Belanghebbenden op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die daaruit voor hen voortvloeien kunnen inschatten (vgl. HvJ EG 30 april 2014, zaak C-26/13 (Kásler); ECLI:EU:C:2014:282; HvJ EG 23 april 2015, zaak C-96/14 (Van Hove) ECLI:EU:C:2015:262; en HvJ EG 20 september 2017, zaak C-186/16 (Andriuc / Banca Româneasca) ECLI:EU:C:2017:703). In het dossier bevinden zich geen stukken zoals waarde-overzichten waaruit de consument mogelijk de hoogte van de poliskosten had kunnen afleiden. Maar zelfs als dit soort nadien verstrekte stukken er wel zijn geweest, geldt onverminderd dat de consument bij het afsluiten van de verzekering niet op basis van de overeenkomst de economische gevolgen van het beding heeft kunnen inschatten. Evenmin heeft de verzekeraar de concrete werking van het mechanisme waarop het beding betrekking heeft op transparante wijze uiteengezet. Wat onder het begrip poliskosten valt wordt ook niet uiteengezet, noch wat de bepalende factoren zijn voor de hoogte van die kosten.
- 3.8 Het beding is – naast het feit dat het niet transparant is – in strijd met de in artikel 3 van Richtlijn 93/13/EEG vereiste goede trouw. De verzekeraar kon er, indien hij op eerlijke en billijke wijze had onderhandeld, redelijkerwijs niet van uitgaan dat de consument een dergelijk beding had aanvaard indien daarover afzonderlijk was onderhandeld (vgl. HvJ EU 14 maart 2013, C-415/11, ECLI:EU:C:2013:164 (Aziz)). Immers, de omvang van deze kosten stond op voorhand niet vast en de vaststelling ervan is – eenzijdig – overgelaten aan de verzekeraar als gebruiker van het beding. Bovendien staat tegenover de poliskosten/administratiekosten (anders dan bijvoorbeeld het geval is bij de beheerkosten) geen rechtstreekse tegenprestatie van de verzekeraar, terwijl deze kosten voorts het beleggingsresultaat van de consument negatief beïnvloedden. Daarom moet dit beding als onredelijk bezwarend buiten toepassing worden gelaten. Vergelijk ook CvB 2019-007.

Onder het kopje “Poliskosten en wettelijke rente” van deze uitspraak gaat de commissie verder in op de gevolgen hiervan.

- 3.9 Dat er behalve dit beding nog andere bedingen onredelijk bezwarend zijn, is door de consument wel gesteld maar niet aannemelijk gemaakt en is de commissie overigens ook niet gebleken. De commissie verwijst in dit kader naar eerdere uitspraken van de Commissie van Beroep waarin geoordeeld is dat alleen de poliskosten als onredelijk bezwarend buiten toepassing gelaten moeten worden. (Zie CvB 2019-007 en CvB 2018-041).

*Is sprake van wilsovereenstemming over kostensoorten en inhoudingen ?*

- 3.10 In de overweging hiervoor is vermeld op welke wijze de consument door de verzekeraar is geïnformeerd over de kosten die in rekening worden gebracht. De commissie heeft geen reden om aan te nemen dat er voor wat betreft de in de waarde-overzichten genoemde kosten waar de consument naar verwijst (eerste en doorlopende kosten verzekeringsmaatschappij en de kosten bemiddelingsadviseur bestaande uit afsluitprovisie en doorlopende kosten), in dit geval sprake zou zijn geweest van het in rekening brengen van andere of meer kosten anders dan waarover is geïnformeerd in de voorwaarden, zodat het ervoor gehouden moet worden dat over het in rekening brengen van alle genoemde kosten, behoudens de hiervoor besproken poliskosten wilsovereenstemming heeft bestaan.<sup>1</sup> In dat verband merkt de commissie op dat, anders dan de consument lijkt te stellen, voor het kunnen aannemen van wilsovereenstemming over het in rekening brengen van een bepaalde kostensoort, het niet een vereiste is dat dit steeds hetzelfde bedrag is en dat dit bedrag vooraf (bij het aangaan van de overeenkomst) al bekend moet zijn c.q. exact bepaald kan worden.

*Overlijdensrisicopremie onverschuldigd betaald?*

- 3.11 De consument stelt dat de hoogte van de overlijdensrisicopremie niet is overeengekomen, dat deze daarom onverschuldigd is betaald en dat deze alsnog op basis van redelijkheid en billijkheid met een redelijke premie moet worden ingevuld.
- 3.12 Op basis van het polisblad en de voorwaarden moet het voor de consument bij het afsluiten van de verzekering zonder meer duidelijk zijn geweest dat in de verzekering een dekking voor het overlijdensrisico is opgenomen en dat zij voor die dekking een risicopremie zou moeten betalen. Het in rekening brengen van een risicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst en de risicopremies zijn niet onverschuldigd betaald. Dat er ten opzichte van de markt in 2003 sprake zou zijn geweest van een in vergelijking tot soortgelijke beleggingsverzekeringen te hoge risicopremie heeft de consument onvoldoende aangetoond.

---

<sup>1</sup> Zie ook CvB 2019-007 in samenhang met GC 2016-259

In dat verband maakt de commissie uit de stukken op dat de consument een vergelijking maakt met een premie op basis van (onder andere) steeds actuelere sterftetafels. Omdat deze tarieven bij het afsluiten van de verzekering niet beschikbaar waren, daardoor ook niet konden worden overeengekomen en de commissie ook niet is gebleken dat de verzekeraar zich ertoe zou hebben verplicht de premie tussentijds aan actuelere sterftetafels aan te passen, gaat de door de consument gemaakte vergelijking en de daaraan verbonden stelling niet op. Tot slot is de commissie uit de overgelegde stukken ten aanzien van het aan de overlijdensrisicodekking verbonden hefboom- en inteereffect niet gebleken dat er sprake zou zijn van het bijzondere risico dat de verzekering voortijdig zonder uitkering zou komen te vervallen.<sup>2</sup> Ook is in dat verband niet gebleken dat er, zoals door de consument naar voren gebracht, sprake zou van meer nadeel dan waarvoor de consument doormiddel van de compensatieregeling is gecompenseerd. Dat dit anders zou zijn wordt weliswaar gesteld maar niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt.

*Is de zorgplicht jegens de consument geschonden?*

- 3.13 De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het handelen of nalaten van de tussenpersoon of het aan de consument verstrekte advies.<sup>3</sup> Dit betekent dat de verzekeraar daarbij ook niet verantwoordelijk is voor de op basis daarvan door de consument gemaakte keuzes voor wat betreft het beleggingsfonds waarin werd belegd. De consument stelt daarnaast 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.
- 3.14 Niet in geding is dat de consument periodiek over de (waarde)ontwikkelingen door de verzekeraar is geïnformeerd en dat de verzekeraar vervolgens met verschillende brieven over tegenvallende waarde-ontwikkelingen heeft bericht en daarin heeft geadviseerd in actie te komen. Dat de verzekeraar tot het verstrekken van meer of andere informatie was gehouden is de commissie niet gebleken. Daarnaast heeft de commissie ook geen aanleiding om aan te nemen, dat, zoals gesteld, bij de betreffende keuze voor een mixfonds in 2003 niet met een rekenrendement van 8% gerekend had mogen worden. Dat dit anders zou zijn wordt weliswaar gesteld, maar niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt. Dit klachtonderdeel slaagt niet.

---

<sup>2</sup> Vlg. CvB 2017-035, r.o. 4.50, r.o. 4.51

<sup>3</sup> Zie onder andere CvB 2017-035, 2017-036 en 2019-007.

*Heeft de verzekeraar wederrechtelijk voordeel genoten?*

- 3.15 De consument stelt zich, zoals de commissie het begrijpt, op het standpunt dat er sprake is van wederrechtelijk voordeel voor de verzekeraar en daarmee financieel nadeel voor de consument doordat de verzekeraar kort gezegd het in verband met het beleggen aan hem toegerekende dividend en beleggingsresultaat niet of niet volledig aan de consument heeft toegekend. De verzekeraar betwist de stellingen van de consument en brengt in dat verband naar voren dat beide fondsen (Purple Star fonds en het ASR Beleggingsmixfonds G) waarin wordt belegd geen dividend uitkeren, omdat de inkomsten (waaronder de ontvangen dividenden) door de betreffende fondsen worden herbelegd. Aldus komen dividenden (plus verrekenbare bronbelasting) ten goede aan de koersontwikkeling van deze fondsen en daarmee ook ten gunste van de waardeontwikkeling van de verzekering. De verzekeraar is daarbij ingegaan op door de consument op basis van de jaarstukken geconstateerde verschillen.
- 3.16 De commissie stelt vast dat tussen partijen niet in geding is dat de door fondsen ontvangen dividenden niet worden uitgekeerd maar dat deze worden herbelegd. Dit volgt ook uit de voorwaarden waarin in Sectie C onder 6 (zie 2.6) onder andere staat vermeld (onder a) dat alle beleggingsopbrengsten na aftrek van kosten en belastingen ten gunste van het betreffende fonds komen. Van het door de consument gestelde wederrechtelijke voordeel van de verzekeraar en nadeel aan de zijde van de consument is de commissie niet gebleken in het licht van de door de verzekeraar gegeven (nadere) toelichting en overgelegde stukken. Dit betekent dat dit klacht-onderdeel niet slaagt.

*Manipulatie intrinsieke waarden?*

- 3.17 De consument stelt ter onderbouwing van dit klachtonderdeel dat de intrinsieke waarde per participatie in het fonds, zoals deze per ultimo jaar door de fonds-beheerder wordt gerapporteerd, afwijkt van de intrinsieke waarde per participatie op de overzichten zoals die door de verzekeraar op de polisverjaardag worden opgemaakt. Hierdoor lijdt de consument financieel nadeel van gemiddeld € 2,48 per participatie. Dit nadeel moet volgens de consument worden hersteld en is door de consument opgenomen in de schadeberekening.
- 3.18 De commissie heeft enige moeite om het standpunt van de consument te begrijpen, maar stelt in ieder geval vast dat de consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat en, zo ja, op welke wijze en in hoeverre sprake zou zijn geweest van manipulatie door de verzekeraar van de getoonde intrinsieke waardes. In dat verband heeft de verzekeraar een verklaring gegeven voor de door de consument naar voren gebrachte verschillen. De commissie heeft geen reden om aan te nemen dat hetgeen ten aanzien van de betreffende verschillen door de verzekeraar naar voren is gebracht niet juist zou zijn.



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 mede in het licht van de door de verzekeraar gegeven toelichting niet slagen.

#### *Ontnomen mogelijkheid verrekening dividendbelasting?*

3.19 De consument stelt dat aan haar de fiscale mogelijkheid is onthouden om dividendbelasting te verrekenen met de inkomstenbelasting en verwijt de verzekeraar dat zij bij het aangaan van de verzekering daar niet op is geweest. De consument heeft echter nagelaten concreet te onderbouwen op basis waarvan zij er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat zij bij de verzekering recht had op een rechtstreekse uitkering van dividenden en daarmee op de mogelijkheid om de dividendbelasting met de inkomstenbelasting te verrekenen. Ook wordt door de consument niet concreet gesteld of aannemelijk gemaakt op basis waarvan de verzekeraar hier op had moeten wijzen. Verder blijkt uit de stukken en de in dat verband door de verzekeraar gegeven toelichting dat de dividenden, vermeerderd met het de ingehouden dividendbelasting worden herbelegd (zie overweging 3.15 en 3.16) in de fondsen waarin op basis van de door de consument gemaakte keuze werd belegd. Gelet hierop is ook niet goed te begrijpen is hoe dit alles tot enig nadeel voor de consument kan hebben geleid.

#### *Immateriële schadevergoeding?*

3.20 De consument vordert € 25.000,- aan immateriële schadevergoeding. Op grond van artikel 6:106 lid 1 BW kan voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, een naar billijkheid vast te stellen schadebedrag 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 te kunnen spreken is niet voldoende dat sprake is van een meer of minder sterk psychisch onbehagen en een zich gekwetst voelen. Ook zal degene die zich op aantasting in zijn persoon op andere wijze beroept, dit in beginsel met concrete gegevens moeten onderbouwen. 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. 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.

#### *Poliskosten en wettelijke rente*

3.21 Ten aanzien van het beding over de poliskosten is de verzekeraar tekortgeschoten in de op hem rustende informatieverplichtingen. Bovendien dient dit beding als oneerlijk in de zin van de richtlijn oneerlijke bedingen buiten beschouwing te worden gelaten.



Het bedrag dat de consument aan poliskosten heeft voldaan is daarmee onverschuldigd betaald en dient door de verzekeraar aan de consument gerestitueerd te worden. De verzekeraar heeft in zijn verweer, onder verwijzing naar de uitspraken van de CvB 2018-041 en CvB 2019-007, verklaard daaraan gehoor te willen geven en bereid te zijn de poliskosten, vermeerderd met de wettelijke rente te vergoeden. De commissie zal in haar beslissing de restitutie van de poliskosten dan ook overeenkomstig toewijzen. De verzekeraar is wettelijke rente verschuldigd vanaf het moment dat hij met de terugbetaling van de ten onrechte in rekening gebrachte poliskosten in verzuim is. Het verzuim is ingetreden op het moment dat de consument de naar haar oordeel ten onrechte ingehouden kosten heeft teruggevorderd. De commissie gaat er daarbij uit van de datum waarop de consument voor wat betreft de verzekering voor het eerst de richtlijn oneerlijke bedingen in relatie tot de kostenbedingen naar voren brengt, namelijk bij brief van 4 juni 2020.

#### *Kosten van rechtsbijstand*

3.22 De vergoeding van de gevorderde kosten voor de rechtsbijstand zal de commissie vaststellen op basis van het door de verzekeraar te betalen bedrag dat uit deze uitspraak volgt en toewijzen conform artikel 38.II van het reglement.

#### *Conclusie*

3.23 De verzekeraar is ten aanzien van het beding over poliskosten in de op hem rustende informatieverplichtingen tekort geschoten en dit beding moet als oneerlijk in de zin van de Richtlijn oneerlijke bedingen buiten beschouwing worden gelaten. De overige klachten zijn ongegrond.

## **4. De beslissing**

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd:

- Een bedrag gelijk aan de bij de consument ingehouden poliskosten aan de consument dient te restitueren, vermeerderd met wettelijke rente die vervallen vanaf 4 juni 2020 tot aan de dag van de volledige vergoeding daarvan.
- De door de consument gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 50,- te vergoeden.

### **Aard uitspraak en beroepsmogelijkheden**

*Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.*

*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](http://www.kifid.nl/reglementen-en-statuten).*

### **Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: [www.kifid.nl](http://www.kifid.nl)

## **I. 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*

- I.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*

- I.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 I.4.

### *Richtlijn oneerlijke bedingen*

- I.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)*

- I.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*

- I.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*

- I.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*

- I.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).