

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-419
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter en mr. P. van Haastrecht-van Kuilenburg, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 9 juni 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : Allianz Nederland Levensverzekering N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 13 mei 2020
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument, die werd bijgestaan door een tussenpersoon, had op basis van de aan hem verstrekte Productdocumentatie kunnen en moeten weten dat hij een beleggingsverzekering afsloot en welke kenmerken bij dit product hoorden. Daarnaast heeft Verzekeraar, gelet op de destijds geldende regelgeving, Consument voldoende geïnformeerd over de inhoudingen die zijn gedaan op de (nominale) premie en over de administratiekosten en overlijdensrisicopremie die zijn ingehouden op de allocatiepremie. Over deze inhoudingen en kosten bestaat dan ook wilsovereenstemming. Ten aanzien van de fondsbeheerkosten bestond voor Verzekeraar geen informatieverplichting. Het voorgaande brengt mee dat de vordering van Consument zal worden afgewezen. Hetgeen Consument verder nog naar voren heeft gebracht brengt geen verandering in dit oordeel.

I. Inleiding

- I.1 De klacht van Consument is aangehouden in afwachting van een aantal uitspraken van de Commissie van Beroep Kifid (hierna: de CvB) in min of meer vergelijkbare zaken over beleggingsverzekeringen. Die uitspraken zijn inmiddels gedaan.
- I.2 Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op vijf uitspraken van de CvB die de Geschillencommissie (hierna: de Commissie) richtinggevend acht voor de beoordeling van klachten over beleggingsverzekeringen. Deze uitspraken zijn bekend en terug te vinden als: CvB 2017-023A, CvB 2017-035, CvB 2017-036, CvB 2017-043 en CvB 2018-019. Beide partijen hebben een reactie op die uitspraken ingediend waarna de schriftelijke fase van de klachtprocedure is gesloten. De Commissie heeft besloten om de klacht op basis van de stukken te beoordelen en uitspraak te doen.
- I.3 Hieronder volgt eerst het beoordelingskader. Daarna het procesverloop en een samenvatting van de feiten. Vervolgens de vordering, de beoordeling van de klacht en tot slot de beslissing van de Commissie. Bij de beoordeling zal waar nodig naar de relevante uitspraken van de CvB worden verwezen.

2. Beoordelingskader

De Commissie beoordeelt de klacht van Consument volgens het volgende beoordelingskader:

- 2.1 Een typische klacht over beleggingsverzekeringen gaat over:
 1. de bij het sluiten van de overeenkomst aan Consument verstrekte informatie;
 2. de werking van de beleggingsverzekering en het daarmee behaalde resultaat;
 3. de mogelijkheid van het treffen van herstelmaatregelen.
- 2.2 De consument stelt ten aanzien van de onder 1 en 2 genoemde klachten in de kern steeds dat hij bij het afsluiten van de beleggingsverzekering niet of onvoldoende is geweest op de aard en omvang van de in rekening te brengen kosten, de hoogte van de overlijdensrisicopremie, de werking van het product en de daaraan verbonden beleggingsrisico's, en de gevolgen daarvan voor het met de beleggingsverzekering te behalen resultaat. De onder 3 genoemde klachten hebben betrekking op het gebrek aan tussentijdse informatie en het uitblijven van maatregelen om tot een beter resultaat te kunnen komen.
- 2.3 De consument voert in de kern steeds aan dat hij bij het afsluiten van de beleggingsverzekering heeft gedwaald zodat deze vernietigd zou moeten worden, althans dat de verzekeraar onrechtmatig heeft gehandeld of toerekenbaar is tekortgekomen en daarom de door hem geleden schade moet vergoeden.
- 2.4 De Commissie zal hierna de in deze specifieke zaak opgeworpen klachten en verweren bespreken. De Commissie toetst daarbij aan de hand van de voor of bij het sluiten van de verzekering door de verzekeraar aan de consument verstrekte informatie. De beoordeling is afhankelijk van de wet- en regelgeving zoals die gold op het moment van ingaan van de verzekering. Bij de beoordeling volgt de Commissie de uitspraken van de CvB. Hierna worden de belangrijkste beslissingen van de CvB kort weergegeven.

Informatie over de beleggingsverzekering

- 2.5 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 consument te verstrekken. Met regelgeving bedoelt de Commissie onder meer de van toepassing zijnde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en Code Rendement & Risico (CRR). Verzekeraar is - behalve in zeer bijzondere gevallen - niet verplicht om daarnaast nog meer of andere informatie te verstrekken.

Wilsovereenstemming over de kosten

2.6 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. De consument wist met andere woorden, welke kosten in rekening zouden worden gebracht bij aanvang van de verzekering, of had dat kunnen weten. Indien 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 in de toekomst niet meer in rekening worden gebracht of - indien de verzekering al is beëindigd - moet de eindwaarde c.q. afkoopwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna.

Richtlijn Oneerlijke bedingen

2.7 Een (kosten)beding dient op grond van Richtlijn 93/13/EEG, betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten (hierna: de Richtlijn), steeds duidelijk en begrijpelijk te 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 (te weten de manier waarop de kosten worden berekend en hoe en wanneer deze in rekening worden gebracht) moet op 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, overweging 4.5.3. Indien daaraan niet is voldaan, kan dat ertoe leiden dat het betreffende (kosten)beding als onredelijk bezwarend buiten toepassing moet worden gelaten.

Daarvan kan sprake zijn indien een (kosten)beding in de zin van artikel 3 lid 1 van de Richtlijn “in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort”. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de omvang van de kosten niet op voorhand duidelijk is gemaakt, de vaststelling daarvan – eenzijdig – is overgelaten aan de verzekeraar en de verzekeraar er redelijkerwijs niet van uit kon gaan dat het beding door de consument zou zijn aanvaard indien daarover afzonderlijk was onderhandeld. Vergelijk CvB 2019-007, overweging 4.7.3, met verwijzing naar rechtspraak van het Hof van Justitie EG.

Fondsbeheerkosten (TER)

2.8 De verzekeraar hoefde vóór de toepasselijkheid van de CRR 1998 (1 oktober 1998) geen informatie te verschaffen over de TER.

Verder worden deze kosten volgens de CvB 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, 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 waarmee invulling werd gegeven aan de verplichting voor de verzekeraar uit artikel 2, lid 2, onder q Riav 1998 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 aan de verzekering (CvB 2017-035, 4.30). Indien de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen dient hij de schade die de verzekeringnemer dientengevolge heeft geleden te vergoeden.

Overlijdensrisicodekking

2.9 Als een overlijdensuitkering is meeverzekerd behoort een gemiddeld geïnformeerde en oplettende consument te weten dat tegenover die dekking een premie staat en dat die dus onderdeel is van de bruto premie, dan wel 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, dient de consument aannemelijk te maken dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de hoogte van de premie zou zijn geïnformeerd, en daarnaast ook aannemelijk te maken dat de premie (substantieel) hoger was dan de premies voor vergelijkbare producten van andere aanbieders. (CvB 2017-043, rechtsoverweging 5.21 t/m 5.24).

Het hefboom- en inteereffect

2.10 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 zonder dat bij vóóroverlijden de overlijdensuitkering wordt uitgekeerd. De verzekeraar dient de verzekeringnemer voor of bij het sluiten van de verzekering op dit bijzondere risico te wijzen (CvB 2017-023A, 4.23) dan wel daarvoor te waarschuwen, tenzij de consument het bestaan van dit bijzondere risico niet aannemelijk heeft gemaakt (CvB 2017-035, 4.50; 4.51). Indien de verzekeraar verplicht is voor het bijzondere risico te waarschuwen en hij dit voor of bij het sluiten van de verzekering nalaat, schiet hij tekort en is deze tekortkoming onrechtmatig (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29, 4.31). In beginsel dekt de vergoeding uit hoofde van de compensatieregeling de schade tenzij de verzekeringnemer aannemelijk maakt dat hij méér schade heeft geleden (zie CvB 2017-037, rechtsoverweging 4.25).

Schadevergoeding

2.11 De consument moet aannemelijk maken dat sprake is van schade en dat de schade het gevolg is van de toerekenbare tekortkoming dan wel onrechtmatige handeling van de verzekeraar. De consument moet ook aannemelijk maken dat hij in het geval hij wel volledig was geïnformeerd, een andere beslissing dan het sluiten van de verzekering had genomen. 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 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 Burgerlijk Wetboek (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.35; 2017-035, 4.76, 4.78; CvB 2017-036, 4.8.3, 4.8.4).

3. Procesverloop

- 3.1 De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zoals dat gold van 1 oktober 2014 tot 1 april 2017 (hierna: het Reglement) en op basis van de volgende processtukken met bijlagen:
- het door Consument ingediende klachtformulier, en de aanvullend daarop geformuleerde klacht;
 - het verweerschrift van Verzekeraar;
 - de reactie (repliek) van Consument op het verweerschrift van Verzekeraar;
 - de reactie van Consument naar aanleiding van de uitspraken van de CvB;
 - de reactie (dupliek) van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Op 5 december 2019 heeft een bemiddelgesprek plaatsgevonden tussen Verzekeraar en Consument. Dit gesprek heeft echter niet tot een bemiddelresultaat geleid.

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

4. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende, kort en zakelijk weergegeven feiten:

- 4.1 Consument heeft door bemiddeling en advisering van een tussenpersoon met ingang van 1 maart 1997 een beleggingsverzekering, een zogenoemde Allianz Future, hierna te noemen: de “Verzekering”, gesloten bij (de rechtsvoorganger van) Verzekeraar. De einddatum van de Verzekering is gesteld op 1 maart 2017.

- 4.2 Bij de Verzekering is sprake is van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument.
- 4.3 De Verzekering is geëindigd op 1 maart 2017. Verzekeraar heeft daarop het expiratiekapitaal ad € 13.932,- uitgekeerd.
- 4.4 Volgens Verzekeraar zijn in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekering de volgende stukken verstrekt:
- Aanvraagformulier getekend op 5 februari 1997 (hierna: het aanvraagformulier)
 - Oorspronkelijk polisblad d.d. 18 april 1997 (hierna: het Polisblad)
 - Algemene voorwaarden Royal Future, model 9403 (hierna: de Voorwaarden)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk aangeduid als: de Productdocumentatie.

- 4.5 Op het Polisblad is het volgende vermeld:

“Premie per maand:	f	100,00
Investeringsdeel:		
Jaar 01 t/m 04	:	58,00%
Vanaf jaar 05	:	100,00 %
Premieverdeling over de fondsen	:	
Royal Combinatie Fonds	:	100,00%
Administratievergoeding	:	f 12,50 per maand.”

In de Voorwaarden is voorts het volgende opgenomen:

“Artikel I

Begripsomschrijving

(...)

Allocatiepremie

Het deel van de premie dat wordt geïnvesteerd in het fonds.

(...)

Artikel 10

Fondsen

1 De allocatiepremie wordt verdeeld over één of meer fondsen, welke op de polis met name worden genoemd en die door Royal Nederland beschikbaar worden gesteld teneinde de uitkeringen uit de verzekeringen te bepalen.

(...)

Artikel 11

Waardebepaling

(...)

6. Bij iedere waardebepaling zal Royal Nederland op ieder fonds bepaalde beheerskosten in mindering brengen. De beheerskosten worden berekend als percentage van de op dat moment geldende maximale waarde van het fonds.

De hoogte van voornoemd percentage wordt door Royal Nederland vastgesteld.

(...)

Artikel 17

Administratievergoeding

1. Ter vergoeding van de administratiekosten van Royal Nederland worden op de ingangsdatum en iedere volle maand daaropvolgend door Royal Nederland kosten in rekening gebracht. De waarde van de bij de polis behorende units wordt daartoe verminderd met de administratievergoeding door de verkoop van units van gelijke waarde. Indien de waarde onvoldoende is om de vergoeding van de administratie te voldoen, zal het saldo van deze vergoeding blijven openstaan. Zodra hierna premie wordt betaald, zal deze eerst worden aangewend om het openstaand saldo van de administratievergoeding te voldoen. Met het eventueel restant van de premie zullen units worden aangekocht.

2. Het bedrag van de maandelijkse administratievergoeding staat op de polis vermeld.

(...)

Artikel 18

Kosten voor het overlijdensrisico

1 Op de ingangsdatum van de polis en iedere volle maand daaropvolgend zal Royal Nederland de kosten voor het overlijdensrisico voor verzekerde en medeverzekerde gedurende de volgende maand berekenen.

2. Het overlijdensrisico is gelijk aan het bedrag dat op dat moment benodigd zou zijn om de uitkering bij overlijden te verrichten verminderd met de waarde van de bij de polis behorende units op die datum. (...)

8. *Bij de berekening van de kosten voor het overlijdensrisico zal met de navolgende factoren rekening worden gehouden:*

- a. de leeftijd van degene of degenen wiens of wier leven is verzekerd;*
- b. de leeftijd van degene of degenen op wiens of wier leven het verzekerde partner- of het verzekerde wezenpensioen betrekking heeft;*
- c. de hoogte van het overlijdensrisico;*
- d. het tarief zoals dit bij Artikel 37 staat vermeld.”*

4.6 In het kader van de Compensatieregeling heeft Verzekeraar in december 2012 een bedrag van € 1.284,- toegevoegd aan de waarde van de Verzekering. Daarnaast heeft Verzekeraar van 1 april 2013 tot de einddatum van de Verzekering maandelijks € 7,49 in de Verzekering gestort.

4.7 Op de Verzekering zijn de Riav 1994 en de CRR 1997 van toepassing.

5. Vordering en juridische grondslag.

5.1 Consument vordert dat Verzekeraar gehouden wordt tot vergoeding van een bedrag van € 22.463,11.

5.2 Volgens Consument is Verzekeraar daartoe gehouden omdat over een deel van de in rekening gebrachte kosten geen wilsovereenstemming bestaat. Consument stelt voorts dat de Verzekering tot stand is gekomen onder invloed van dwaling, althans dat Verzekeraar toerekenbaar te kort is geschoten in de op hem rustende verplichtingen, althans dat Verzekeraar bij de totstandkoming en de uitvoering van de Verzekering onrechtmatig jegens Consument heeft gehandeld. Consument heeft daartoe het volgende aangevoerd:

- Consument is – ten tijde van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst – zowel door de tussenpersoon als door Verzekeraar onvoldoende geïnformeerd over de werking van het product.
- Consument heeft ten tijde van het sluiten van de overeenkomst geen offerte en toepasselijke voorwaarden ontvangen. Ook is hem nimmer een kopie van het aanvraagformulier verstrekt.
- Consument stelt dat het product destijds aan hem is verkocht als spaarproduct.
- Het was de bedoeling van Consument om met de waarde van de Verzekering de hypothecaire geldlening (ad € 36.529,31) in te lossen. Dit is – gelet op de tegenvallende waarde – niet gelukt. C wenst het verschil van € 22.463,11 vergoed te zien.

6. Beoordeling

6.1 Hieronder zal de Commissie de klacht van Consument inhoudelijk beoordelen.

Soort verzekering

- 6.2 De Verzekering was een beleggingsverzekering waarbij het volgende was verzekerd:
- een uitkering bij leven op de einddatum gelijk aan de waarde van de opgebouwde participaties;
 - een uitkering bij overlijden voor de einddatum van € 36.529,-

Dwaling

- 6.3 Consument beroept zich op dwaling. Uit de productinformatie blijkt echter zonder meer dat sprake was van een beleggingsverzekering waarvoor een overlijdensrisicopremie verschuldigd was, dat een deel van de premie voor risico van Consument zou worden belegd en dat daarbij kosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover Consument dat niet heeft begrepen komt dat voor zijn risico. In de gegeven omstandigheden is overigens niet aannemelijk geworden dat Consument indien hij de volgens hem ontbrekende of onjuiste informatie wel had ontvangen de beleggingsverzekering niet of niet in deze vorm zou zijn aangegaan (vgl CvB 2017-035). Het beroep op dwaling slaagt niet.

Informatie verstrekking

- 6.4 Consument stelt dat aan hem voorafgaand aan de totstandkoming van de Verzekering geen offerte en kopie van het aanvraagformulier is verstrekt. Verzekeraar betwist dit. Verzekeraar gaat ervan uit dat, hoewel de destijds verstrekte offerte – gezien het tijdsverloop – niet meer voorhanden is, de offerte en het aanvraagformulier door de adviseur met Consument zijn besproken. Verzekeraar wijst er bovendien op dat Consument heeft erkend dat tijdens het adviesgesprek is gesproken over rendementen.
- 6.5 De Commissie stelt vast dat in het onderhavige dossier de offerte die tot de Verzekering heeft geleid ontbreekt. Het gevolg hiervan is dat de Commissie uit gaat van de situatie waarbij de offerte niet aan Consument is verstrekt.
- 6.6 Het voorgaande betekent dat ten aanzien van de offerte niet is voldaan aan de CRR 1997 waarin is voorgeschreven dat een verzekeringnemer op basis van voorbeeldkapitalen vooraf inzicht dient te krijgen in de wijze waarop het rendement en risico's van beleggingen van invloed zijn op toekomstige uitkering uit de Verzekering. Verzekeraar is in zoverre tekort geschoten in de op hem rustende verplichting om aan Consument voldoende informatie te verstrekken. De Commissie is evenwel van oordeel dat daaraan in dit geval geen gevolgen verbonden kunnen worden nu Consument niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij anders zou hebben gehandeld dan wel een andere keuze zou hebben gemaakt als hij wel door middel van een offerte conform de CRR 1997 zou zijn ingelicht. Consument heeft aldus niet aannemelijk gemaakt dat sprake is van schade als gevolg van de tekortkoming van Verzekeraar (zie hiervoor 2.12).

- 6.7 Ten aanzien van de stelling van Consument dat hem – voorafgaand aan het sluiten van de verzekering – geen kopie van het aanvraagformulier is verstrekt, merkt de Commissie op dat Consument – door ondertekening – akkoord is gegaan met de inhoud van het aanvraagformulier. Indien Consument vragen had gehad over de inhoud hiervan, dan wel een kopie van het betreffende formulier wenste te ontvangen, had het destijds op zijn weg gelegen om dit aan zijn tussenpersoon dan wel Verzekeraar kenbaar te maken. Dat Consument dit niet heeft gedaan, kan Verzekeraar niet worden verweten.

Wilsovereenstemming over kosten en inhoudingen?

- 6.8 Consument stelt dat hij – ten tijde van het sluiten van de overeenkomst – niet de toepasselijke voorwaarden heeft ontvangen. Consument verbindt hier verder geen gevolgen aan. De Commissie meent uit de stukken echter te kunnen opmaken dat Consument zich op het standpunt stelt dat over de in rekening gebrachte kosten geen wilsovereenstemming bestaat.
- 6.9 Nog los van de vraag of voornoemde stelling van Consument – gelet op de gemotiveerde betwisting van Verzekeraar en het gegeven dat Consument door ondertekening van het aanvraagformulier heeft verklaard akkoord te zijn met de toepasselijkheid van de Voorwaarden – stand kan houden, is tussen partijen niet in geschil dat de Voorwaarden gelijktijdig met het Polisblad zijn verstrekt. De RIAV 1994 biedt aan Verzekeraar de mogelijkheid om de voorwaarden gelijktijdig met het polisblad te verstrekken, mits Consument in dat geval het recht heeft de overeenkomst binnen twee weken na het afgeven van het polisblad schriftelijk op te zeggen, en wel terugwerkend tot de datum van het sluiten van de verzekering. In artikel 35 van de Voorwaarden is voornoemde mogelijkheid opgenomen. Het staat vast dat Consument geen gebruik gemaakt heeft van dit recht. Vergelijk GC Kifid, 2020-085, overweging 6.7.
- 6.10 Op basis van het dossier is niet gebleken dat Verzekeraar meer of andere kosten in rekening heeft gebracht dan de kosten vermeld in het Polisblad en de Voorwaarden. Op het Polisblad wordt melding gemaakt van een premie per maand, gevolgd door het percentage dat daarvan zal worden geïnvesteerd. In de Voorwaarden wordt het verschil tussen de (nominale) premie en de zogenaamde ‘allocatiepremie’ nader toegelicht. Consument kon derhalve uit het Polisblad opmaken dat en in welke omvang er inhoudingen op de premie zouden worden gedaan. Consument is hiermee akkoord gegaan en daarmee met de inhoudingen. Dat de inhoudingen niet nader zijn gespecificeerd, brengt in dit oordeel geen wijziging. Vergelijk GC Kifid 2019-975, overweging 6.10.
- 6.11 Op de allocatiepremie heeft Verzekeraar een administratievergoeding en overlijdensrisicopremie ingehouden. De wijze waarop voornoemde inhoudingen worden berekend, is opgenomen in artikel 17 respectievelijk 18 van de Voorwaarden.

De Commissie is dan ook van oordeel dat Consument geacht wordt met deze kosten en/of inhoudingen heeft ingestemd. Vergelijk ook CvB 2017-043, overweging 5.14 en 5.15.

Fondsbeheerskosten of TER

6.12 De fondsbeheerskosten, ook wel TER genoemd, zijn verwerkt in en gaan dus ten koste van het rendement van het fonds waarin Consument heeft belegd. Deze kosten worden niet (rechtstreeks) door Verzekeraar gemaakt maar door het fonds zelf, zodat het er niet om gaat of Verzekeraar deze kosten in rekening mocht brengen. Wel moet de vraag worden beantwoord of Verzekeraar Consument over deze kosten moest informeren en dus of zonder die informatie de voorbeeldrendementen voldoende inzicht gaven in het te verwachten rendement. Vergelijk CvB 2018-010, overweging 5.10.

6.13 In het onderhavige geval is de Verzekering vóór 1 oktober 1998 afgesloten, zodat de verplichting voor Verzekeraar om Consument over de fondsbeheerskosten te informeren niet gold, zie CvB 2017-035 overweging 4.30. De fondsbeheerskosten mochten derhalve in rekening worden gebracht.

Conclusie

6.14 Consument, die werd bijgestaan door een tussenpersoon, had op basis van de aan hem verstrekte Productdocumentatie kunnen en moeten weten dat hij een beleggingsverzekering afsloot en welke kenmerken bij dit product hoorden. Daarnaast heeft Verzekeraar, gelet op de destijds geldende regelgeving, Consument voldoende geïnformeerd over de inhoudingen die zijn gedaan op de (nominale) premie en over de administratiekosten en overlijdensrisicopremie die zijn ingehouden op de allocatiepremie. Over deze inhoudingen en kosten bestaat dan ook wilsovereenstemming. Ten aanzien van de fondsbeheerskosten bestond voor Verzekeraar geen informatieverplichting. Het voorgaande brengt mee dat de vordering van Consument zal worden afgewezen. Hetgeen Consument verder nog naar voren heeft gebracht brengt geen verandering in dit oordeel.

7. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 2 van het Reglement van de CvB Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de CvB Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.