

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-085
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. W. Dullemond, leden en
mr. V.W.A.M. Jitan, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 2 juli 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : SRLEV N.V, h.o.d.n. REAAL Levensverzekeringen, gevestigd te Alkmaar, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 31 januari 2020
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Gesloten in 2008 bij SRLEV N.V. h.o.d.n. REAAL Levensverzekeringen. Consument stelt dat Aangeslotene tekort is geschoten in zijn informatie- en zorgplicht. Consument stelt dat geen offerte is verstrekt en dat de voorwaarden te laat zijn ontvangen. Verder stelt Consument dat wilsovereenstemming over de in rekening gebrachte kosten ontbreekt en dat er sprake is van een te hoge overlijdensrisicopremie. Gebleken is dat de kosten staan vermeld in de voorwaarden, waardoor daarover wilsovereenstemming bestaat. Dat er sprake zou zijn van een te hoge overlijdensrisicopremie is niet gebleken. Op de polis is vermeld dat er geen beheerskosten bij het door Consument gekozen fonds van toepassing zijn. Aangeslotene verwijst naar een andersluidende offerte op dit punt. Aangeslotene is er niet in geslaagd aan te tonen dat de overgelegde offerte voorafgaande aan het sluiten van de overeenkomst is verstrekt. Consument mocht er dus van uit gaan dat geen fondsbeheerkosten in rekening zouden worden gebracht. Voor zover er toch fondsbeheerkosten in rekening zijn gebracht is Aangeslotene gehouden om de schade die Consument daardoor heeft geleden te vergoeden. Hiertoe dient de afkoopwaarde opnieuw berekend te worden, waarbij eventueel in rekening gebrachte fondsbeheerkosten buiten beschouwing gelaten dienen te worden.

I. Inleiding

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.1 Consument is in de gelegenheid gesteld om zijn klacht eventueel aan te vullen naar aanleiding van 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.

De Commissie heeft besloten om de klacht op basis van de stukken in het dossier te beoordelen en uitspraak te doen.

- 1.2 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 mogelijk 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 verzekeraar betoogt veelal dat de vorderingen van de consument zijn verjaard, althans dat de consument te laat heeft geklaagd als bedoeld in artikel 6:89 Burgerlijk Wetboek (BW). Daarnaast voert de verzekeraar aan dat voldoende informatie is verstrekt en dat hij niet gehouden was meer of andere informatie te verstrekken dan hij heeft gedaan en dat op hem geen verplichting rustte (verdere) herstelmaatregelen te treffen.
- 2.5 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

2.6 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

2.7 Uit de uitspraken van de CvB volgt, kort samengevat, dat 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 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 afkoopwaarde of eindwaarde opnieuw worden berekend. Voor de fondsbeheerkosten (TER) geldt een specifieke benadering, zie hierna.

Richtlijn Oneerlijke bedingen

2.8 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 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)

2.9 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), nadien vervangen door artikel 60 van het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen. Indien de verzekeraar deze informatieverplichting niet is nagekomen dient hij de schade die Consument dientengevolge heeft geleden te vergoeden.

Overlijdensrisicodekking

2.10 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

2.11 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 welke tekortkoming onrechtmatig is (CvB 2017-023A, rechtsoverwegingen 4.29, 4.31; uitdrukkelijk CvB 2017-036, 4.5.5 voor het niet verstrekken van informatie die verplicht was op grond van het Bgfo, de Riav 1994 en de CRR 1998 en het onvoldoende informatie verstrekken over de kosten en de invloed daarvan op het met de verzekering te behalen resultaat). 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

2.12 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 BW (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 (hierna: het Reglement) en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (repliek) van Consument op het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie (dupliek) van Verzekeraar;
- de reactie van beide partijen naar aanleiding van de uitspraken CvB.

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

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 een hypothecaire geldlening afgesloten bij de rechtsvoorganger van de ING Bank N.V. (Postbank N.V.) Hierna: De Bank. Voor de aflossing van de hypothecaire geldlening heeft Consument daarbij met ingang van 1 januari 2008 een beleggingsverzekering, een zogenoemde “Opstap Hypotheekverzekering”, hierna te noemen: de “Verzekering”, gesloten bij Verzekeraar. De einddatum van de Verzekering was gesteld op 1 januari 2038 en de rechten uit de Verzekering waren verpand aan de Bank.
- 4.2 In het onderhavige geval zijn in de precontractuele fase dan wel bij of rond de totstandkoming van de Verzekering volgens opgave van Verzekeraar de volgende stukken verstrekt:
- Aanvraagformulier getekend op 11 december 2007 (hierna: het Aanvraagformulier)
 - Oorspronkelijk polisblad d.d. 16 januari 2008 (hierna: de Polis)
 - Financiële Bijsluiter, (hierna: de Financiële Bijsluiter)
 - De voorwaarden OVL-0516-0606 en HV-0538-0704 (hierna : de Voorwaarden)

Deze stukken worden hierna gezamenlijk ook aangeduid als: de Productdocumentatie.

- 4.3 Bij de Verzekering is sprake is van een overlijdensrisicodekking en kapitaalopbouw op basis van beleggen met het beleggingsrisico geheel voor rekening van Consument en de medeverzekeringnemer hierna gezamenlijk te noemen: Consument. Bij aanvang van de Verzekering werd voor 100% geïnvesteerd in het SNS Euro Mixfonds.
- 4.4 Bij overlijden van Consument voor 1 februari 2023 werd een verzekerd bedrag van € 150.000,- uitgekeerd. Als de waarde van de Verzekering op de overlijdensdatum hoger was, werd die waarde uitgekeerd vermeerderd met 10,00%. Indien Consument op of na 1 februari 2023 of voor 1 januari 2038 overleed werd € 150.000,- uitgekeerd, of de waarde van de Verzekering, indien deze hoger is.

4.5 Op de Polis staat onder andere het volgende:

“(…)

Premiebetalers

[naam Consument]

€91,04 op de eerste van iedere maand, in de periode van 01-01-2008 tot 01-02-2037. Bij tijdige premie betaling van 01-01-2008 tot 01-01-2013 zal €19,88 worden belegd.

Bij tijdige premiebetaling van 01-01-2013- tot 01-01-2018 zal €86,81 worden belegd.

(…)

In de door deze premiebetaler verschuldigde premie is begrepen: de premie ad €36,48 in het kader van artikel 13 van de Successiewet 1956 verschuldigd voor de op onderhavige polis verzekerde uitkering bij overlijden van verzekerde [naam partner Consument].

[naam partner Consument]

€107,87 op de eerste van iedere maand, in de periode van 01-01-2008 tot 01-02-2037.

Bij tijdige premiebetaling van 01-01-2008 tot 01-01-2013 zal €23,56 worden belegd. Bij tijdige premiebetaling van 01-01-2013 tot 01-01-2018 zal €102,86 worden belegd.

(…)

In de door deze premiebetaler verschuldigde premie is begrepen:

De premie ad €53,31, in het kader van artikel 13 van de Successiewet 1956 verschuldigd voor de op onderhavige polis verzekerde uitkering bij overlijden van verzekerde [naam Consument]

(…)

De netto-investering zal plaatsvinden in:

Fonds	Verdeling	Beheerskosten
SNS Euro Mixfonds	100%	0,0000%

(…)”

4.6 Verder staat op de Polis onder meer:

“(…)

Van toepassing zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden: HV-0538-0704

(…)

Van toepassing zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden: OVL-0516-0606

(…)”

4.7 In de Voorwaarden (HV 0538-0704) staat onder andere het volgende:

“(…)

3 Bedenktijd

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering binnen dertig dagen na ontvangst van de polis per de ingangsdatum schriftelijk op te zeggen. Bij een dergelijke opzegging wordt een bedrag uitgekeerd ter grootte van de waarde van de verzekering, berekend op basis van de koersen van de desbetreffende fondsen op de eerstvolgende beursdag na de datum van ontvangst van de opzegging, vermeerderd met de eerder ingehouden kosten.

(…)

7 Investing

7.1

De verzekeringnemer geeft op het aanvraagformulier aan in welke door de verzekeraar aangewezen fondsen en volgens welke verdeling dient te worden geïnvesteerd. (...)

(…)

8 Investeringspremie

8.1 De investeringspremie is gelijk aan de betaalde premie of extra premie, vermenigvuldigd met het investeringspercentage. De hoogte van de investeringspremie staat op de polis vermeld. Het verschil tussen de betaalde premie en de investeringspremie is bestemd ter dekking van kosten.

8.2

De investeringspremie wordt na inhouding van aankoopkosten omgerekend in participaties, dan wel ingelegd op de hypotheekrenterekening. Bij een extra premiebetaling die is bestemd om te worden ingelegd op de hypotheekrenterekening zal de investeringspremie na inhouding van aankoopkosten worden verhoogd met rentevoordeel dan wel verlaagd met rentenadeel.

8.3

Aankoop van participaties vindt plaats op de eerstvolgende beursdag na de dag waarop de verzekeraar de premie heeft ontvangen.

8.4

Deling van de investeringspremie minus aankoopkosten door de koers levert het aantal toe te wijzen participaties op.

(…)

9 Aankoopkosten

Aankoopkosten bedragen 3% van elke investeringspremie en worden uitsluitend in rekening gebracht bij premie- en extra premiebetalingen.

10 risicopremies

De risicopremies voor de verzekerde dekkingen worden maandelijks ten laste van de waarde van de verzekering gebracht naar evenredigheid van de hoogte van het spaarsaldo en de waarde van de verzekering in afzonderlijke fondsen.

Verrekening van de risicopremies met de waarde van de verzekering in de fondsen geschiedt door middel van verkoop van participaties in de afzonderlijke fondsen.

11 Poliskosten

11.1

De poliskosten worden maandelijks ten laste van de waarde van de verzekering gebracht naar evenredigheid van de hoogte van het spaarsaldo en de waarde van de verzekering in de afzonderlijke fondsen. Verrekening van de kosten met de waarde van de verzekering in de fondsen geschiedt door middel van verkoop van participaties in de afzonderlijke fondsen.

(...)

11.3

De poliskosten van de Opstap Hypotheekverzekering bedragen €4,25 per maand zolang er periodiek premie voor de verzekering is verschuldigd en €2,25 per maand voor verzekeringen waarvoor geen (periodieke) premie meer is verschuldigd.

(...)

12 Mutatiekosten

(...)

15 Beleggingsopbrengsten

Alle beleggingsopbrengsten komen na aftrek van eventuele kosten verband houdend met aan- en verkoop van beleggingen, verschuldigde interest en ten laste van een fonds geheven belastingen, waaronder niet begrepen verrekenbare dividendbelasting, volledig ten gunste van de waarde van de Verzekering

(...)"

4.8 In de Voorwaarden (OVL-0516-0606) staat het volgende:

"(...)

1 Verzekerd bedrag

1.1

Bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum van deze overlijdensrisicodekking, vindt een uitkering plaats ter hoogte van het op de polis vermelde kapitaal bij overlijden, of indien dat hoger is, de waarde van de verzekering eventueel vermeerderd met een minimum bedrag afhankelijk van hetgeen hieromtrent op de polis is bepaald. Het minimum bedrag is gelijk aan 10% van de waarde van de verzekering dan wel de minimale extra uitkering die is voorgeschreven voor levensverzekering in het kader van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf. De waarde van de verzekering wordt vastgesteld per de beursdag samenvallende met of direct volgende op de datum van overlijden van de verzekerde.

(...)

2 Risicopremie

De premie voor het risico van overlijden wordt vastgesteld volgens onderstaande tabel, aan de hand van de leeftijd van de verzekerde, het geslacht van de verzekerde, het rookgedrag en het risicobedrag. De tabelpremie wordt eventueel verhoogd met het door de verzekeraar vastgestelde en op de polis vermelde percentage in verband met een verhoogd overlijdensrisico.

Het risicobedrag is het op de polis vermelde verzekerd kapitaal bij overlijden verminderd met de waarde van de verzekering, of indien dat lager is, het minimumbedrag als bedoeld in het artikel 'Verzekerd bedrag'. Een negatief risicobedrag wordt op nul gesteld.

Elke kalendermaand wordt de verschuldigde risicopremie vastgesteld en ten laste van de waarde van de verzekering gebracht zoals omschreven in de Algemene voorwaarden.

In onderstaande tabel zijn de risicopremies per maand per €10.000,- risicobedrag weergegeven.

	man		vrouw		man		vrouw		
	niet-roker	roker	niet-roker	roker	niet-roker	roker	niet-roker	roker	
t/m 12	0,11	0,11	0,11	0,11	44	1,08	1,86	0,67	1,25
13	0,12	0,12	0,11	0,11	45	1,20	2,03	0,74	1,35
14	0,17	0,17	0,11	0,11	46	1,33	2,21	0,81	1,46
15	0,22	0,22	0,11	0,11	47	1,48	2,41	0,89	1,58
16	0,26	0,27	0,11	0,11	48	1,64	2,64	0,98	1,71
17	0,29	0,31	0,11	0,11	49	1,83	2,89	1,08	1,86
18	0,31	0,35	0,12	0,12	50	2,04	3,17	1,20	2,03
19	0,33	0,38	0,17	0,17	51	2,28	3,48	1,33	2,21
20	0,34	0,41	0,22	0,22	52	2,55	3,83	1,48	2,41
21	0,35	0,44	0,26	0,27	53	2,85	4,21	1,64	2,64
22	0,36	0,46	0,29	0,31	54	3,19	4,63	1,83	2,89
23	0,36	0,48	0,31	0,35	55	3,57	5,11	2,04	3,17
24	0,37	0,50	0,33	0,38	56	4,01	5,63	2,28	3,48
25	0,37	0,52	0,34	0,41	57	4,49	6,21	2,55	3,83
26	0,37	0,54	0,35	0,44	58	5,04	6,85	2,85	4,21
27	0,37	0,56	0,36	0,46	59	5,66	7,56	3,19	4,63
28	0,37	0,58	0,36	0,48	60	6,36	8,35	3,57	5,11
29	0,37	0,61	0,37	0,50	61	7,14	9,22	4,01	5,63
30	0,39	0,65	0,37	0,52	62	8,02	10,19	4,49	6,21
31	0,40	0,70	0,37	0,54	63	9,02	11,26	5,04	6,85
32	0,42	0,75	0,37	0,56	64	10,13	12,45	5,66	7,56
33	0,44	0,81	0,37	0,58	65	11,39	13,76	6,36	8,35
34	0,46	0,88	0,37	0,61	66	12,81	15,21	7,14	9,22
35	0,48	0,96	0,39	0,65	67	14,40	16,81	8,02	10,19
36	0,52	1,02	0,40	0,70	68	16,19	18,58	9,02	11,26
37	0,56	1,09	0,42	0,75	69	18,20	20,53	10,13	12,45
38	0,61	1,17	0,44	0,81	70	20,46	22,69	11,39	13,76
39	0,67	1,25	0,46	0,88	71	22,99	25,07	12,81	15,21
40	0,74	1,35	0,48	0,96	72	25,84	27,69	14,40	16,81
41	0,81	1,46	0,52	1,02	73	28,36	29,87	16,19	18,58
42	0,89	1,58	0,56	1,09	74	31,04	32,14	18,20	20,53
43	0,98	1,71	0,61	1,17	75	34,04	34,64	20,46	22,69

(...)"

4.9 Consument heeft jaarlijks waarde-overzichten ontvangen. In het waarde-overzicht van 16 februari 2012 staat het volgende:

“(…)	
Saldo per 01-01-2011	€ 4.127,09
<i>Hoeveel premie is in de periode van 1-1-2011</i>	
<i>tot en met 31-12-2011 voor uw beleggingsverzekering betaald?</i>	€ 2.386,92
<i>Subtotaal 1: saldo per 01-01-2011 plus inleg in de periode van 1-1-2011</i>	€ 6.514,01
<i>tot en met 31-12-2011</i>	
 <i>Hiermee hebben wij het volgende verrekend:</i>	
<i>Premies overlijdensrisicodekking</i>	€ 249,65
<i>Kosten verzekeringsmaatschappij (eerste kosten en doorlopende kosten)</i>	€ 104,52
<i>Kosten bemiddelaar of verzekeringsadviseur</i>	€ 790,68
<i>Aan- en verkoopkosten</i>	€ 46,32
 <i>Totaal</i>	 € 1.191,17 (…)”

4.10 Per brief van 8 november 2012 heeft Verzekeraar Consument geïnformeerd dat hij uit hoofde van de zogenoemde Compensatieregeling niet in aanmerking komt voor een kostencompensatie. In de brief staat dat de kosten in de Verzekering van Consument lager zijn dan de maximale kosten. Consument heeft wel een vergoeding gekregen voor het hefboom-en inteereffect. De vergoeding bedraagt € 1,73.

4.11 De Verzekering is afgekocht en beëindigd per februari 2017. De afkoopsom bedroeg € 17.513,31. In totaal heeft Consument € 21.573,32 aan premie betaald voor de Verzekering.

4.12 De gemachtigde van Consument heeft op 28 juli 2017 per mail aan de Verzekeraar overzichten opgevraagd van onder andere de op de Verzekering ingehouden kosten en ingehouden premies.

4.13 De Verzekeraar heeft op 18 september 2017 per brief gereageerd op het e-mailbericht van (de gemachtigde van) Consument. De Verzekeraar schrijft in deze brief onder andere:

“(…)	
<i>De betaalde premies</i>	: € 21.573,32
<i>De onttrokken risicopremies</i>	: € 2.409,56
<i>De onttrokken verzekeringskosten</i>	: € 5.640,08

Naast de verzekeringskosten zijn er kosten die samenhangen met het beleggingsfonds. De fondsbeheerder stelt deze kosten vast aan de hand van een percentage van het fondsvermogen. Deze kosten worden voor koersvorming van het betreffende fonds door de fondsbeheerder onttrokken en zijn al verwerkt in de koers van het betreffende fonds. Deze kosten worden dus niet aan de waarde van de verzekering onttrokken. Het gaat hier om LKF (lopende kosten factor). De hoogte van deze kosten vindt u op onze website reaal.nl/beleggen. (...)

(...) Wij zijn van mening dat Reaal met deze Compensatieregeling reeds in voldoende mate is tegemoet gekomen aan de teleurstelling van een deel van haar klanten over de waarde van hun verzekering en hun eventuele bezwaren.

Ook de Verzekering van [naam Consument] en [naam partner Consument] is getoetst aan de Compensatieregeling en zijn [naam Consument] en [naam partner Consument] gecompenseerd voor zover het afgesproken kostenmaximum is overschreden. Los daarvan hebben wij van u nog geen concreet onderbouwde klacht van [naam Consument] ontvangen, die rechtvaardigt dat buiten de collectieve regeling in hun geval meer zou moeten worden gedaan. (...)

4.14 Op 8 mei 2018 heeft (de gemachtigde van) Consument een e-mailbericht naar Verzekeraar gestuurd waarin een totaal bedrag van € 11.430,70 wordt genoemd als schadeclaim en waarin redenen genoemd staan, waarom Verzekeraar volgens hem gehouden is dit bedrag te vergoeden aan Consument ofwel met een ander voorstel dient te komen.

4.15 Verzekeraar heeft op het e-mailbericht van (de gemachtigde van) Consument gereageerd. De klacht is door Verzekeraar afgewezen. In de brief staat hierover het volgende:

“(...)

Uit uw brief blijkt echter niet, wat wij bij deze verzekering precies verkeerd gedaan zouden hebben, en evenmin waarom dat tot schade zou hebben geleid. Uw klacht is niet concreet en niet onderbouwd. Zonder deze noodzakelijke onderbouwing kunnen wij niet vaststellen of er bij de verzekering van [naam Consument] en [naam partner Consument] iets zou zijn misgegaan en wat daarvan de gevolgen zouden (moeten) zijn. (...)

Bij gebreke van een specifieke en onderbouwde klacht, zullen wij in algemene zin reageren. (...)
Zoals aan ieder product, zijn aan beleggingsverzekeringen voor- en nadelen verbonden. Tegenover het nadeel van een onzekere waardeopbouw stonden ook voordelen ten opzichte van bijvoorbeeld sparen of aflossen, zoals o.m. lagere maandlasten, de uitkering bij overlijden, de fiscale behandeling, kortingen op hypotheekrentes, en de kans op een hoge waardeopbouw bij gunstige rendementen.

Uit uw brief blijkt niet, dat [naam Consument] en [naam partner Consument] en/of hun adviseur een andere keuze hadden gemaakt als wij destijds de door u gewenste aanvullende informatie hadden verstrekt, laat staan dat zij met die andere keuze beter af waren geweest. (...)

4.16 Op de Verzekering zijn het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen (Bgfo), en de CRR 2006 van toepassing.

5. Vordering, juridische grondslag en verweer

5.1 Consument vordert dat Verzekeraar gehouden wordt tot het betalen van een schadevergoeding.

5.2 Volgens Consument zijn de eerste en doorlopende kosten niet overeengekomen, althans dit begrijpt de Commissie uit de repliek, en moeten deze kosten worden gerestitueerd, vermeerderd met de wettelijke rente. Dit geldt eveneens voor de TER of fondsbeheerkosten. Tevens vordert Consument restitutie van de premie voor de overlijdensrisicodekking, vermeerderd met de wettelijke rente. Tot slot vordert Consument kosten voor rechtsbijstand ad € 1.888,07.

5.3 Volgens Consument is Verzekeraar daartoe gehouden omdat Verzekeraar bij de totstandkoming van de Verzekering en de uitvoering van de Verzekering toerekenbaar is tekortgeschoten in de op hem rustende informatie- en zorgplicht. Consument verwijt Verzekeraar daarbij onder andere dat hij voorafgaand aan het sluiten van de Verzekering geen offerte heeft verstrekt en dat de Voorwaarden te laat zijn ontvangen. Hierdoor bestaat er over de ingehouden kosten geen wilsovereenstemming. De overlijdensrisicopremie is volgens Consument te hoog. Verzekeraar had Consument ook moeten wijzen op het hefboom- en inteereffect.

6. Beoordeling

Behandelbaarheid klacht

6.1 Volgens Verzekeraar is deze klacht niet behandelbaar, omdat de klacht niet zou voldoen aan de vereisten van artikel 4 van het Reglement, inhoudende dat de klacht voldoende concreet is. De Commissie verwerpt dit verweer. Duidelijk is dat de klacht gaat over de bij het afsluiten van de Verzekering verstrekte informatie, de werking van de Verzekering, de omvang van de kosten en de gevolgen daarvan voor het behaalde resultaat. Hiermee is voldoende duidelijk waar de klacht over gaat. De Commissie acht de klacht daarom behandelbaar.

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

Informatie verstrekking

- 6.3 Consument stelt dat aan hem voorafgaand aan de totstandkoming van de Verzekering geen offerte en geen Financiële bijsluiter is verstrekt. Verzekeraar betwist dit. Weliswaar is de destijds verstrekte offerte niet meer voorhanden maar volgens Verzekeraar is de stelling van Consument niet aannemelijk, omdat een aanvraagformulier is ingevuld op basis van gegevens die afkomstig moeten zijn uit een offerte die geproduceerd is door middel van de offerte-software van Verzekeraar. Het gaat hierbij om de maandpremie die is vastgesteld op basis van een aantal aangeleverde gegevens, zoals de gewenste overlijdensdekking van € 150.000,- in combinatie met het historisch rendement van het Euro Mixfonds, de leeftijden en het rookgedrag van verzekerden, de looptijd van 360 maanden en de kosten- en risicopremie-structuur van de Verzekering. Ten aanzien van de Financiële bijsluiter wijst Verzekeraar erop dat uit het aanvraagformulier blijkt dat Consument deze heeft ontvangen.
- 6.4 De Commissie stelt vast dat in het onderhavige dossier de offerte die tot de Verzekering heeft geleid ontbreekt. Hoewel aannemelijk is dat ten behoeve van Consument een offerte is opgesteld, is Verzekeraar er niet in geslaagd om aan te tonen dat de in deze procedure overgelegde offerte, de offerte is die tot het afsluiten van de Verzekering heeft geleid, laat staan dat Consument deze ook heeft ontvangen. Het gevolg hiervan is dat de Commissie uit gaat van de situatie waarbij de offerte niet aan Consument is verstrekt.
- 6.5 Ten aanzien van de Financiële bijsluiter geldt dat uit het aanvraagformulier expliciet blijkt dat Consument getekend heeft voor de ontvangst van de Financiële bijsluiter. De Commissie gaat er daarom vanuit dat de Financiële bijsluiter door Consument is ontvangen. Nu echter geen kopie van de Financiële bijsluiter in het geding is gebracht blijft de inhoud daarvan hierna verder buiten beschouwing.
- 6.6 Het voorgaande betekent dat ten aanzien van de offerte niet is voldaan aan de CRR 2006 en het Bgfo waarin is voorgeschreven dat een verzekeringnemer op basis van voorbeeldkapitalen vooraf inzicht dient te krijgen in de invloed die de in rekening te brengen kosten en inhoudingen op het rendement en de uitkering van de Verzekering hebben. Verzekeraar is in zoverre tekortgeschoten 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 2006 en Bgfo zou zijn ingelicht. Consument heeft aldus niet aannemelijk gemaakt dat sprake is van schade als gevolg van de tekortkoming van Verzekeraar (zie hiervoor onder 2.12)

Wilsovereenstemming

- 6.7 Consument stelt dat over geen van de kosten wilsovereenstemming bestaat, omdat de Voorwaarden niet op tijd zijn verstrekt. Tussen partijen is niet in geschil dat de Voorwaarden gelijktijdig zijn ontvangen met de Polis. Consument heeft aangevoerd dat de Voorwaarden hiermee te laat zijn ontvangen. De Commissie volgt deze stelling niet. De Voorwaarden kunnen tegelijk met de polis worden verstrekt, mits in dat geval Consument het recht heeft de overeenkomst binnen twee weken na het afgeven van de polis schriftelijk op te zeggen. Terugwerkend tot de datum van het sluiten van de Verzekering. In artikel 3 van de Voorwaarden wordt vermeld dat Consument 30 dagen de tijd heeft om de Verzekering op te zeggen. Het staat vast dat Consument geen gebruik gemaakt heeft van dit recht. De stelling van Consument dat hij geen gebruik kon maken van dit recht, omdat de Bank hier niet mee zou instemmen heeft Consument onvoldoende aannemelijk gemaakt.
- 6.8 In de Polis staan de premiebedragen genoemd. Verder blijkt uit de Voorwaarden dat er kosten in rekening worden gebracht. Op de door Consument ontvangen Polis staat de nominale investeringspremie genoemd. Het verschil tussen de premie en de investeringspremie is bestemd voor kosten. Dit volgt ook uit artikel 8.1 van de Voorwaarden. Verder worden in de Voorwaarden, naast de risicopremie, de aankoopkosten, poliskosten en mutatiekosten genoemd. Consument heeft niet concreet gesteld en het is de Commissie ook niet gebleken dat er naast deze kosten nog meer of andere kosten in rekening zijn gebracht dan vermeld stonden in de door Consument ten tijde van de ontvangst van de Polis ontvangen Voorwaarden. Dit betekent dat Consument wist of had kunnen weten welke kosten gedurende de looptijd van de Verzekering in rekening zouden worden gebracht. Gelet hierop en doordat Consument de Voorwaarden tijdig met de Polis heeft ontvangen en niet heeft geprotesteerd tegen de daarin genoemde kosten, en ook geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om alsnog binnen de in de Voorwaarden genoemde termijn de Verzekering op te zeggen, is de Commissie van oordeel dat tussen partijen ten tijde van het aangaan van de Verzekering wilsovereenstemming heeft bestaan met betrekking tot de in rekening gebrachte kosten en inhoudingen

Fondsbeheerkosten (TER)

- 6.9 De fondsbeheerkosten, 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 moest Verzekeraar Consument over deze kosten informeren. Vergelijk CvB 2018-010, overweging 5.10. De Commissie stelt vast dat in dit geval op de Polis is vermeld dat de beheerskosten bij het SNS Euro Mixfonds 0,0000% bedragen. Verzekeraar wijst er echter op dat op de door hem overgelegde offerte bij "Fondsbeheerkosten" 0,9000% staat vermeld.

De Commissie is van oordeel dat nu niet kan worden aangenomen dat Consument de overgelegde offerte heeft gekregen, hij op basis van de vermelding op de Polis gerechtvaardigd erop heeft mogen vertrouwen dat er bij een 100% belegging in het SNS Euro Mixfonds geen fondsbeheer-kosten in rekening zouden worden gebracht. Dit brengt mee dat indien en voor zover dat toch is gebeurd, Verzekeraar jegens Consument in zoverre toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van een op hem uit hoofde van de Verzekering rustende verbintenis en dat Verzekeraar gehouden is de door Consument als gevolg daarvan geleden schade te vergoeden. Deze schade bestaat dan uit het verschil tussen het thans met de Verzekering per de afkoopdatum behaalde resultaat en het resultaat dat zou zijn behaald indien geen fondsbeheerkosten in rekening zouden zijn gebracht. Daartoe dient de afkoopwaarde opnieuw berekend te worden waarbij de op de beleggingen van Consument in het SNS Euro Mixfonds in rekening gebrachte fondsbeheerkosten buiten beschouwing gelaten dienen te worden.

Overlijdensrisicodekking

6.10 Consument klaagt zich over het feit dat hij niet bekend was met de hoogte van de premie voor de overlijdensrisicoverzekering en stelt dat deze te hoog zou zijn geweest. Consument had moeten begrijpen dat voor de overlijdensuitkering zoals vermeld op de Polis een premie verschuldigd is en dat die dus onderdeel is van de bruto premie dan wel dat de overlijdensrisicopremie aan de waarde van de verzekering wordt onttrokken. Het in rekening brengen van een overlijdensrisicopremie vindt daarom een grondslag in de verzekeringsovereenkomst.

Consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat de aan het beleggingstegoed onttrokken premie substantieel hoger was dan de premie voor vergelijkbare (Universal Life) producten van een andere aanbieder. Bovendien heeft hij niet aannemelijk gemaakt dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, als hij wel vooraf over de wijze waarop de overlijdensrisicopremie wordt vastgesteld zou zijn geïnformeerd.

Het hefboom- en inteereffect

6.11 Inzake het hefboom- en inteereffect stelt de Commissie vast dat Verzekeraar in het onderhavige geval niet had moeten waarschuwen dat het reële (bijzondere) risico bestond dat de Verzekering kon komen te vervallen zonder dat bij vóóroverlijden een overlijdensuitkering zou worden uitgekeerd. Consument heeft het bestaan van dat bijzondere risico onvoldoende aannemelijk gemaakt.

Gebrekkig product?

6.12 Consument heeft gesteld dat hij niet is gewaarschuwd voor het crashrisico.

Met het crash-risico wordt bedoeld dat een koersstijging of koersdaling een groter effect heeft op het eindresultaat van een reeks periodieke beleggingen naarmate die stijging of daling op een relatief laat moment tijdens de looptijd van de Verzekering zich voordoet. De Commissie is echter van oordeel dat het crashrisico in dit verband moet worden beschouwd als een van het algemene beleggingsrisico deel uitmakend risico en dat niet valt in te zien dat de mogelijkheid van het zich voordoen van dit risico moet leiden tot de conclusie dat sprake is van een gebrekkig product.

Beleggingsadviesrelatie

6.13 Anders dan Consument aanvoert bestaat tussen Verzekeraar en Consument geen beleggingsadvies relatie. De daarop betrekking hebbende klachten van Consument kunnen daarom niet slagen.

Verantwoordelijkheid tussenpersoon

6.14 Verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het door de tussenpersoon aan de Consument verstrekte advies en Consument heeft dat ook niet aannemelijk gemaakt. De klachten van Consument over het advies van de tussenpersoon blijven hier daarom buiten beschouwing.

Richtlijn Oneerlijke bedingen

6.15 Een (kosten)beding dient op grond van de Richtlijn steeds duidelijk en begrijpelijk te zijn opgesteld. Naar het oordeel van de Commissie zijn de in de Voorwaarden opgenomen (kosten)bedingen, afgezien van hetgeen hiervoor onder 6.9 is geoordeeld, voldoende duidelijk en begrijpelijk.

Conclusie

6.16 Verzekeraar is er niet in geslaagd aan te tonen dat de in dit dossier overgelegde offerte aan Consument is verstrekt voorafgaand aan de totstandkoming van de Verzekering is verstrekt. Verzekeraar heeft hierdoor niet voldaan aan de op hem rustende informatieverplichtingen. Dit heeft echter niet tot schade geleid. Consument heeft namelijk niet aannemelijk gemaakt dat hij voor een ander product zou hebben gekozen, indien hij wel de offerte zou hebben ontvangen. Over de in rekening gebrachte kosten bestaat wilsovereenstemming, omdat de kosten staan genoemd in de Voorwaarden en de Voorwaarden tijdig door Consument zijn ontvangen. Voor het overige is het de Commissie niet gebleken dat de Verzekeraar de op hem rustende zorgplichten heeft geschonden dan wel op een andere wijze is tekortgeschoten in zijn dienstverlening. De Polis vermeldt dat er geen fondsbeheerkosten zijn ten aanzien van het beleggingsfonds waarin Consument tot aan de afkoop heeft belegd. Consument mocht er op vertrouwen dat dat juist was. Voor zover toch fondsbeheerkosten in rekening zijn gebracht, dient de afkoopwaarde opnieuw door Verzekeraar berekend te worden. Hierbij dienen de fondsbeheerkosten buiten beschouwing gelaten te worden.

7. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar de afkoopwaarde van de Verzekering opnieuw moet berekenen waarbij de fondsbeheerkosten ter zake van de belegging in het SNS Euro Mixfonds buiten beschouwing worden gelaten en dat Verzekeraar het positieve verschil met de uitgekeerde afkoopwaarde aan Consument moet vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de afkoopdatum tot aan de betaling. Voor het overige wijst de Commissie de vorderingen 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 40 (of 42 nieuw) van het Reglement.