

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0014

(mr. dr. ing. A.J. Verdaas, voorzitter en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	9 januari 2025
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. FundPensioen afgesloten in 1996. Er staan geen oneerlijke bedingen in de voorwaarden. De schadevergoedingsvorderingen die erop zijn gebaseerd dat de verzekeraar meer kosten heeft ingehouden dan bij aanvang van de verzekering is overeengekomen zijn verjaard, net zoals de vordering die erop is gebaseerd dat de kosten in strijd zijn met de redelijkheid en billijkheid. Niet is komen vast te staan dat bij de premieverlaging sprake is van verduistering, dat de verzekeraar garantiekosten in rekening heeft gebracht of heeft gehandeld in strijd met een op hem rustende zorgplicht. De klachten zijn ongegrond.

1. Procedure

- 1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims).
- 1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.
- 1.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument had na advisering en bemiddeling door een tussenpersoon met ingang van 25 april 1996 een beleggingsverzekering bij de verzekeraar, met de naam FundPensioen.

De premie bedroeg NLG 800,- (€ 363,02) per maand. De consument heeft een eerste storting van NLG 7.159,74 (€ 3.248,95) gedaan. De verzekering kende bij aanvang een garantie op einddatum van NLG 426.036,- (€ 193.326,71). De verzekering is een lijfrenteverzekering.

2.2 Voorafgaand aan of bij afsluiten van de verzekering zijn volgens opgave van de verzekeraar in ieder geval de volgende documenten aan de consument verstrekt:

- een polisblad, afgegeven op 1 mei 1996;
- de algemene voorwaarden van verzekering nr. 17.

2.3 Op het polisblad staat over de in te houden kosten het volgende:

“(..) De verzekeringnemer neemt deel in AEGON FundPensioen. Deelname houdt in dat de verzekeringnemer iedere spaarpremie van de verzekering belegt in één of meer fondsen behorende bij AEGON FundPensioen.

Bij deelname geldt, al dan niet in afwijking van de Algemene voorwaarden verzekering, het volgende:

1. Op de opbrengst van de fondsen zal een geringe inhouding plaatsvinden i.v.m. de kosten van beheer van de fondsen.

2. Na inhouding van een aan- en verkoopmarge wordt op iedere premievervaldag de spaarpremie in de fondsen gestort. (...)”

2.4 In artikel 7 van de voorwaarden staat:

“7. Premievrijmaking

De verzekeringnemer kan de verzekering zonder verder premiebetaling voortzetten, indien de verzekering premievrije waarde heeft. De verzekering wordt dan voortgezet voor een verminderd en gelijkblijvend bedrag. Voor de vaststelling van de premievrije waarde wordt uitgegaan van de wiskundige reserve waarbij rekening wordt gehouden met de eerste kosten.

Hetgeen uit hoofde van onbetaald gebleven premies en/of belening verschuldigd is, zal worden verrekend.”

2.5 Op 25 januari 2001, 25 april 2002 en 25 november 2003 is de premie verlaagd. De verzekeraar heeft in verband met deze premieverlaging op 25 januari 2001 € 2.164,26 aan eerste kosten verrekend met de belegde waarde, op 25 april 2002 een bedrag van € 1.351,75 en op 25 november 2003 een bedrag van € 365,50.

2.6 In maart 2006 heeft de verzekeraar de consument de ‘Wegwijzer AEGON Beleggingsverzekeringen’ gestuurd en tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument waardeoverzichten ontvangen, vanaf 2008 conform het Model De Ruiter.

2.7 In juni 2012 heeft de verzekeraar de consument bericht dat hij op grond van de compensatieregeling van de verzekeraar niet in aanmerking komt voor een tegemoetkoming voor te hoge kosten.

- 2.8 Op 18 november 2023 heeft de consument een klacht over de verzekering ingediend bij de verzekeraar. Partijen zijn niet tot een oplossing gekomen.
- 2.9 Op 25 april 2024 is de verzekering tot uitkering gekomen en is een bedrag van € 77.349,- beschikbaar gekomen.

De klacht en vordering

- 2.10 De consument klaagt dat sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die betrekking hebben op de eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheer-kosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten. De consument voert daarbij het volgende aan. De verzekeraar heeft geen informatie gegeven over (de werking van) de eerste kosten. Dit is intransparant, in het nadeel van de consument en in strijd met de goede trouw. De ingehouden kosten zijn extreem hoog en deze zijn gedurende de gehele looptijd van de verzekering ingehouden, wat een negatieve invloed heeft op het rendement. Ook bij de premieverlagingen heeft de verzekeraar hoge kosten in rekening gebracht. Het beding over premieverlaging staat bovendien onder e) van de blauwe lijst van de richtlijn oneerlijke bedingen. De consument kon of wilde geen hoge premies meer inleggen en als gevolg daarvan heeft de verzekeraar een onevenredig hoge schadevergoeding opgelegd. De kostenbedingen en het premievrijmakingsbeding had de consument bij vrije onder-handelingen niet geaccepteerd. Zij zijn in strijd met de goede trouw en zonder meer verrassingsbedingen. De kosten zijn ook in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Aan de hand van een aantal voorbeelden betoogt de consument dat weinig andere verzekeringen vergelijkbare hoge kosteninhouding kennen.
- 2.11 De consument stelt dat hij ervan uitging dat met de beheerkosten de beheerkosten van de onderliggende fondsen werd bedoeld, niet de beheerkosten van de verzekeraar. Hij beroept zich op de contra proferentem-regel. Ook ten aanzien van de eerste kosten, kosten, doorlopende kosten en kosten voor het premievrijmaken beroept de consument zich op de contra proferentem-regel. Deze kosten zijn zo onduidelijk vermeld, dat de consument er geen rekening mee hoefde te houden dat de verzekeraar extreem hoge kosten in rekening zou brengen.
- 2.12 De verzekeraar heeft volgens de consument mogelijk garantiekosten in rekening gebracht, zonder deze te noemen. Deze kosten zijn volgens de consument in strijd met de redelijkheid en billijkheid.
- 2.13 Door kosten te onttrekken aan de waarde van de verzekering die de verzekeraar beheerde, is volgens de consument sprake van verduistering en van ongerechtvaardigde verrijking.
- 2.14 De consument wil dat de verzekeraar een opgave verstrekt voor de kosteninhouding en de grondslag daarvoor, bij gebreke waarvan de vordering zonder meer moet worden toegewezen. Het overzicht is volgens de consument nodig om vast te stellen of sprake is van oneerlijke bedingen. Ook wil de consument dat de verzekeraar een kopie van het aanvraagformulier en de bijbehorende offerte overlegt.

- 2.15 De verzekeraar heeft volgens de consument zijn bijzondere zorgplicht geschonden door de consument er onvoldoende op te wijzen dat bij de premieverlaging hoge kosten uit de waarde van de polis zouden worden onttrokken. Daarbij voert de consument het volgende aan. Op het moment van inhouding voerde de verzekeraar ook al producten waarbij minder kosten in rekening werden gebracht, zoals het product Levensloop. De verzekeraar had de consument kunnen aanbieden om over te stappen naar dat product, mede nu de verzekeraar al een aantal jaren hoge eerste kosten gerekend.
- 2.16 De verzekeraar moet volgens de consument een herberekening maken van de expiratie-waarde van de verzekering, waarbij de oneerlijke bedingen buiten toepassing blijven, en op basis van die herberekening aan de consument het volgende vergoeden. Het over de inhoudingen misgelopen rendement, vanaf het moment van inhouding. Gebaseerd op een rendement van 5,5% van het Aegon Mixfund, bedraagt de vordering dan € 59.076,-. Of de wettelijke rente over de ingehouden kosten vanaf het moment van inhouding. De hoogste uitkomst vormt de primaire vordering. Verder vordert de consument € 18.573,- voor ten onrechte ingehouden garantiekosten, vermeerderd met misgelopen rendement. Ten slotte vordert de consument € 3.000,- voor kosten bijstand en kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid door de Stichting Woekerclaims.

Het verweer

- 2.17 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Oneerlijke bedingen

- 3.1 Op grond van de Europese richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is een beding oneerlijk als het in strijd met de goede trouw het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. Bij de beoordeling of dit zo is worden alle omstandigheden rond de sluiting van de overeenkomst en de andere bedingen van de overeenkomst, op het moment waarop de overeenkomst is gesloten, in aanmerking genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met de aard van de goederen of diensten waarop de overeenkomst betrekking heeft (artikel 3 lid 1 en 2).
- 3.2 Daarbij is van belang of een beding transparant is in de zin van art. 5 van de richtlijn. Maar ook als moet worden aangenomen dat een beding niet transparant is, dan is het daarmee nog niet oneerlijk. Daarvoor is noodzakelijk dat dit beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort.
- 3.3 In een bijlage bij de richtlijn is een indicatieve lijst opgenomen van bedingen die als oneerlijk kunnen worden aangemerkt. Deze lijst wordt ook wel de 'blauwe lijst' genoemd.

- 3.4 De consument stelt dat ten aanzien van de verzekering sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die buiten toepassing moeten blijven en dat als gevolg daarvan geen van de ingehouden eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. De commissie zal daarom de vraag moeten beantwoorden of de verzekeraar in de verzekering, waarvan de voorwaarden en het polisblad deel uitmaken, oneerlijke bedingen heeft opgenomen. Daarbij stelt de commissie voorop dat alleen een beding dat daadwerkelijk in de verzekering is opgenomen, oneerlijk kan zijn. Met andere woorden, het moet bestaan.
- 3.5 Voor de in rekening gebrachte eerste kosten staat geen beding in overeenkomst. Op deze kosten is de oneerlijkheidstoets dan ook niet van toepassing. Dit geldt ook voor een deel van de in rekening gebrachte doorlopende kosten. Voor zover de consument ten aanzien van deze kosten een beroep doet op de contra proferentem-regel, geldt hetzelfde. Er staat geen beding in de overeenkomst waarop deze regel van toepassing zou kunnen zijn.
- 3.6 De beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten staan op het polisblad. Dit zijn bedingen waarop de oneerlijkheidstoets van toepassing is. De commissie ziet geen aanleiding te oordelen dat deze bedingen in strijd met de goede trouw en daarmee oneerlijk zijn. Weliswaar vermelden de bedingen niet de hoogte van de kosten, wat niet transparant is, maar het is naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat de consument de bedingen niet had aanvaard als hij hierover met de verzekeraar had kunnen onderhandelen. Van belang is daarbij dat niet is komen vast te staan dat tegenover de beheerkosten geen reële prestatie van de verzekeraar stond. Ook moet het gebruik van een “spread” bij aan- en verkoop van beleggingsfondsen op zichzelf gebruikelijk en als algemeen bekend moet worden verondersteld.¹
- 3.7 De consument betoogt ten slotte dat het beding dat betrekking heeft op premieverlaging oneerlijk is. Hij doelt daarmee op artikel 7 van de voorwaarden. Hij stelt het beding op de blauwe lijst bij de richtlijn staat, onder e). Het zou een beding zijn dat ten doel of gevolg heeft *“de consument die zijn verbintenissen niet nakomt, een onevenredig hoge schadevergoeding op te leggen.”* Deze bepaling uit de blauwe lijst is echter niet van toepassing. Alleen al omdat het verlagen van de premie (of premievrijmaken) niet kan worden gelijkgesteld aan het niet nakomen van verbintenissen. De consument heeft als verzekeringnemer immers het recht de premie te verlagen of de verzekering premievrij te laten maken. Dit recht maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Oefent de consument dat recht uit dan is dat geen niet nakoming van een verbintenis ofwel een verplichting door de consument. De commissie ziet ook geen andere reden op grond waarvan het beding oneerlijk geacht moet worden.

¹ Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7 en 5.8.2

Het is niet in strijd met de goede trouw om een deel van de kosten die gedurende de gehele looptijd van de verzekering met de premies moeten worden verrekend, bij het verlagen van de premie of bij het premievrijmaken met de verzekerde waarde te verrekenen.

De commissie verwijst in dit verband ten slotte naar het arrest van het Hof Den Haag van 26 september 2023, waarin het hof heeft geoordeeld dat dit beding niet in strijd is met de goede trouw.²

- 3.8 De consument heeft in dit verband aangevoerd dat geen sprake is van redelijke kosten. Hij vergelijkt de kosten daarbij met kosten van andere verzekeringen, waarbij volgens de consument minder kosten in rekening zijn gebracht. De commissie is echter van oordeel dat ook als zou komen vast te staan dat de kosten van de onderhavige verzekering hoger zijn dan de kosten die voor andere beleggingsverzekeringen in rekening zijn gebracht, wat de commissie op basis van het dossier niet kan vaststellen, deze enkele omstandigheid nog niet maakt dat een beding oneerlijk is.³

Contra proferentem-regel

- 3.9 De consument beroept zich ten aanzien van de in de voorwaarden opgenomen kostenbedingen op de contra proferentem-regel. Deze regel, die is neergelegd in artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW), houdt in dat bij twijfel over de betekenis van een bepaling de voor de consument meest gunstige uitleg voorgaat. Dat in de kostenbedingen op het polisblad en in het beding dat van toepassing is op premievrijmaking, de hoogte van de kosten niet genoemd wordt, maakt de betekenis van deze bedingen niet onduidelijk. Die betekenis is dát er kosten in rekening gebracht worden. Er kan dan ook geen twijfel over bestaan dat de uitleg die de consument aan de bedingen geeft – namelijk dat er in het geheel geen kosten in rekening gebracht worden – niet juist is. Het beroep van de consument op de contra proferentem-regel faalt daarom.
- 3.10 Verder stelt de consument dat hij dacht dat met de op het polisblad genoemde beheerkosten de beheerkosten (TER) van de onderliggende fondsen bedoeld werden en niet de beheerkosten van de verzekeraar. Op het polisblad staat dat op de opbrengst van de fondsen een “geringe inhouding zal plaatsvinden in verband met de kosten van beheer van de fondsen”. Naar het oordeel van de commissie gaat de uitleg die de consument aan deze bepaling wil geven – dat sprake is van de beheerkosten die het fonds in rekening brengt – niet op. Die kosten, fondsbeheerkosten (of TER) zijn kosten die niet de verzekeraar maar de fondsbeheerder in rekening brengt en deze worden verwerkt in de koers van het fonds. Zij komen direct in mindering op het fondsrendement. Omdat dit beding is opgenomen op het polisblad is duidelijk dat dit de door de verzekeraar in rekening gebrachte beheerkosten zijn. In zoverre is van twijfel over de betekenis van dit beding geen sprake. Ook ten aanzien van dit beding gaat het beroep van de consument op de contra proferentem-regel niet op.

² Gerechtshof Den Haag 26 september 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:1852, r.o. 6.114

³ Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7

Garantiekosten

- 3.11 De consument stelt dat de verzekeraar zeer waarschijnlijk garantiekosten in rekening heeft gebracht, ter hoogte van (waarschijnlijk) 0,65% per jaar van de belegde waarde. De verzekeraar heeft dit gemotiveerd betwist. De consument heeft in reactie op deze gemotiveerde betwisting geen bewijs aangedragen dat de verzekeraar garantiekosten in rekening heeft gebracht. Dit is dan ook niet komen vast te staan. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Verjaring schadevergoedingsvorderingen

- 3.12 Voor enige schadevergoeding die de consument vordert doet de verzekeraar een beroep op verjaring. De verzekeraar voert aan dat de consument geen vernietiging vordert van oneerlijke kostenbedingen, maar schadevergoeding en dat deze vordering gebaseerd is op meerdere stellingen. Deze rechtsvordering tot schadevergoeding is volgens de verzekeraar verjaard omdat de consument pas voor het eerst een klacht heeft ingediend over de verzekering op 30 mei 2024 en dat dit meer dan twintig jaar na de ingangsdatum van de overeenkomst is.
- 3.13 De commissie overweegt als volgt. Artikel 3:310 lid 1 BW bepaalt dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt. Dat betekent dat iedere schadevergoedingsvordering die erop is gebaseerd dat de verzekeraar meer kosten heeft ingehouden dan – bij aanvang van de verzekering – is overeengekomen, is verjaard. Het gaat om de schadevergoedingsvorderingen die gebaseerd zijn op de stelling dat sprake is van verduistering en dat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking. Voor zover de consument schadevergoeding vordert op de grondslag dat sprake zou zijn van kosten die in strijd zijn met de redelijk en billijkheid, is deze vordering ook verjaard, op dezelfde grond.

Dwaling

- 3.14 Voor zover de consument stelt dat sprake is van dwaling, overweegt de commissie dat de consument hier geen gevolgen aan verbindt. Hij vordert immers geen vernietiging van de verzekering. De commissie zal deze stelling dan ook niet verder behandelen.

Premieverlaging

- 3.15 Op 25 januari 2001, 25 april 2002 en 25 november 2003 is de premie verlaagd. De verzekeraar heeft verklaard in verband met deze premieverlaging op 25 januari 2001 € 2.164,26 aan eerste kosten is verrekend met de belegde waarde, op 25 april 2002 een bedrag van € 1.351,75 en op 25 november 2003 een bedrag van € 365,50. De consument heeft bezwaar gemaakt tegen deze inhoudingen.
- 3.16 Partijen zijn het erover eens dat artikel 7 van de voorwaarden de grondslag vormt voor het inhouden van nog niet verrekende eerste kosten bij premieverlaging en premievrijmaking.

De commissie zal hier dan ook van uitgaan Van verduistering zoals de consument betoogt, is daarom ook geen sprake. Hierboven heeft de commissie al geoordeeld dat artikel 7 van de voorwaarden geen oneerlijk beding is.

Zorgplicht verzekeraar

- 3.17 Volgens de consument heeft de verzekeraar de doorlopende (bijzondere) zorgplicht geschonden, door niet voor de belangen van de consument te waken. De verzekeraar heeft volgens de consument ten onrechte niet gewaarschuwd dat bij de premieverlaging hoge kosten werden verrekend. Ook stelt de consument dat de verzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door de consument niet te wijzen op een goedkoper product, dat de verzekeraar op dat moment zelf al voerde.
- 3.18 De op een verzekeraar rustende zorgplicht reikt niet zo ver dat hij zijn klanten op goedkopere producten in de markt of in zijn eigen productaanbod moet wijzen.⁴ Dit klacht-onderdeel is dan ook ongegrond. Verder constateert de commissie dat de consument er geen gevolgen aan verbindt dat de verzekeraar hem er niet op zou hebben gewezen dat kosten zouden worden verrekend bij premieverlaging. Hij heeft immers niet gesteld of aannemelijk gemaakt dat hij niet tot premieverlaging of premievrijmaking zou zijn overgegaan indien de verzekeraar hem daar wel op had gewezen. De commissie wijst dit klachtonderdeel daarom af.

Verstrekken documenten en kostenoverzicht

- 3.19 De consument heeft gevorderd dat de verzekeraar het aanvraagformulier en de offerte van de verzekering en een overzicht van de ingehouden kosten verstrekt. De verzekeraar heeft in haar verweer een kostenoverzicht verstrekt. In zijn repliek heeft de consument hier niet op gereageerd. Aan dit deel van de vordering is de verzekeraar dan ook tegemoet gekomen, zodat er geen noodzaak is dat de commissie nader op deze vordering ingaat.⁵ De verzekeraar heeft verklaard niet (meer) over de offerte of het aanvraagformulier te beschikken. De commissie acht dit aannemelijk, zodat zij ook deze vordering zal afwijzen.

Conclusie

- 3.20 De klachten van de consument zijn ongegrond en de commissie zal overgaan tot afwijzen van de vordering.

⁴ Vergelijk GC 2017-127, onder 4.6

⁵ Vergelijk CvB Kifid 2021-0029, onder 6.17 en CvB Kifid 2021-0030, onder 6.6.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl