

E-mail
mhvhuysd@consumentenbond.nl

Datum
4 november 2014

Doorkiesnummer
070-4454549
Doorkiesnummer telefax
070-4454591

Uw kenmerk

Ons kenmerk
MG/78376

Onderwerp
Woekerpolissen

Geacht Bestuur,

De woekerpolisaffaire heeft de aandacht van de Consumentenbond. Wij nemen waar dat gedupeerden nog steeds te kort worden gedaan. Dat vinden wij zeer zorgwekkend. In deze brief vragen wij u dringend stappen te zetten om te komen tot een rechtvaardiger behandeling van deze grote groep consumenten.

De verkoop van ruim 7 miljoen beleggingsverzekeringen heeft het grootste financiële schandaal uit de Nederlandse geschiedenis veroorzaakt. Verzekeraars hebben op grote schaal gebrekkige producten verkocht en hun klanten op het verkeerde been gezet. De schade bedraagt volgens schattingen van economen 20 tot 25 miljard euro. Maar verzekeraars verzuimen in onze optiek om hun verantwoordelijkheid te nemen.

De Consumentenbond roept u op om dat wel te doen. In de eerste plaats willen wij dat verzekeraars gedupeerde consumenten een hogere vergoeding uitkeren voor de schade die zij in het verleden hebben geleden. Daarnaast willen wij dat verzekeraars meer maatregelen nemen om te voorkomen dat de schade voor consumenten met een lopende beleggingsverzekering blijft oplopen. Hieronder beschrijven wij de manier waarop u dat volgens ons zou moeten doen.

De compensatie is ontoereikend

Verzekeraars hebben in 2008 een begin gemaakt met het compenseren van de schade. Een aantal grote verzekeraars is een collectieve compensatieregeling overeengekomen met de stichtingen Verliespolis en Woekerpolis Claim. Een aantal kleinere verzekeraars hanteert een eigen collectieve regeling of heeft geen regeling. Het is voor de Consumentenbond duidelijk geworden dat veel polishouders op deze basis geen, althans geen passende, compensatie krijgen.

Consumentenbond

Er zijn de afgelopen jaren door individuele klanten en door groepen polishouders verschillende procedures aanhangig gemaakt bij de rechter en bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid), die ertoe hebben geleid dat consumenten veel meer compensatie krijgen dan hun verzekeraar in eerste instantie heeft betaald. Wij verwachten dat er meer van zulke richtinggevende uitspraken ten gunste van gedupeerden zullen volgen.

Wij signaleren bovendien dat verzekeraars achter gesloten deuren vaak bereid zijn om veel meer te betalen dan waar, op grond van de compensatieregelingen, aanspraak op gemaakt kan worden. De polishouder moet zich dan wel tot geheimhouding verplichten. Kennelijk proberen verzekeraars op die manier voor hen ongunstige uitspraken van rechter of Kifid te voorkomen. Deze geheime schikkingen sterken ons in onze overtuiging dat de compensatieregelingen van verzekeraars niet adequaat zijn.

De schade loopt nog steeds op

Omdat de compensatie te laag is, is de waarde van het vermogen in de polis ook veel lager dan consumenten mochten verwachten. Dat heeft grote consequenties: consumenten krijgen bijvoorbeeld met grote tegenvallers te maken als ze de hypotheek op hun huis willen aflossen. Als de woekerpolis nog loopt, loopt de schade verder op en wordt de tegenvaller aan het einde van de looptijd nog groter.

Verzekeraars hebben dat lang op zijn beloop gelaten. De Minister van Financiën en de Autoriteit Financiële Markten ("AFM") verlangen dat verzekeraars hun gedupeerde polishouders 'activeren' en ondersteunen. Het doel van dit zogenoemde 'flankerende beleid' is dat om consumenten in beweging te krijgen zodat ze met de verzekeraar die hen de woekerpolis heeft verkocht in gesprek gaan over de stappen die ze zouden moeten zetten om hun positie te verbeteren.

Maar dat activeren en ondersteunen verloopt moeizaam. Uit een begin oktober verschenen AFM rapport komt naar voren dat de verlangde inspanningen van verzekeraars sterk achter blijven bij de verwachtingen. Zo hebben 16 van de 17 verzekeraars de doelstelling niet gehaald om gedupeerden met de meest giftige polissen te helpen. Het betreft ongeveer 250.000 gedupeerden die, ondanks jarenlange premiebetaling, de waarde van hun polis volledig zullen zien verdampen.

Dat komt volgens ons onder andere omdat verzekeraars hun hulp meestal beperken tot een uitleg over wat volgens hen aan waarde in de betreffende polis is opgebouwd en een schets van mogelijke alternatieven. Ze zijn niet verplicht om een gedegen, onafhankelijk advies te (laten) verzorgen dat voldoet aan de eisen van de Wet op het Financieel Toezicht. Consumenten die in beweging willen komen, zouden zo'n grondig advies zelf moeten betalen. Deze drempel vinden wij te hoog.

Bovendien gaan verzekeraars bij het beoordelen van de situatie van de gedupeerde consument uit van hun eigen (volgens ons volstrekt ontoereikende) compensatieregelingen. Ze houden ten onrechte geen rekening met uitspraken van rechter en KIFID en de daarin terugkerende rechtsbeginselen die hebben geleid tot de uitkering van veel meer compensatie.

Voor alle duidelijkheid: verzekeraars moeten beslist doorgaan met het activeren en ondersteunen van polishouders. Daar kan het echter niet bij blijven.

Verzekeraars zijn nu aan zet

De Consumentenbond verlangt dat verzekeraars zich niet blijven verschuilen achter het vermeende gebrek aan activiteit van consumenten en er nu zelf voor zorgen dat de gedupeerde consument krijgt wat hij/zij behoort te krijgen en oorspronkelijk mocht verwachten. Concreet vragen wij dat u de positie van al uw klanten opnieuw beoordeelt en verbetert aan de hand van een lijst van tien vragen die wij hebben opgesteld, een Woekerpolis Checklist (bijlage 1).

De eerste negen vragen van deze checklist gaan over de bepaling van in de polis opgebouwde waarde. Bijvoorbeeld: was er duidelijk met de consument afgesproken dat de "eerste kosten" zouden worden ingehouden? Een verzekeraar die een of meer vragen met 'nee' beantwoordt zal de waarde van de betreffende polis opnieuw moeten berekenen en dat zal meestal een hogere waarde opleveren dan nu uit de waarde-overzichten naar voren komt, verwachten wij.

Vraag tien vraagt u om na te gaan of u genoeg heeft gedaan om de consument in staat te stellen een zorgvuldige afweging te maken over de mogelijkheden die er zijn om te voorkomen dat de schade in de toekomst blijft oplopen. Wij vinden dat verzekeraars gedupeerde polishouders actief moeten wijzen op de mogelijkheid om zelf onafhankelijk advies te vragen met het oog op verbetering van hun positie. Verzekeraars zullen dan ook moeten aanbieden om de redelijke kosten ervan te vergoeden.

De Consumentenbond heeft vooralsnog de volgende vier invalshoeken opgenomen in de checklist:

- a. Prognose (vragen 1 en 2);
- b. Ingehouden kosten (vragen 3 t/m 5);
- c. Premies (vragen 6 t/m 9);
- d. Kosten deskundige bijstand (vraag 10).

We bespreken de vier invalshoeken en bijbehorende tien vragen hieronder in het kort. Voor een nadere juridische onderbouwing van elk van de tien vragen verwijzen we u naar de bijlagen bij de Woekerpolis Checklist (bijlage 2).

a. Prognoses

Vraag 1: Prognose I

Indien er een bruto fondsrendement wordt vermeld: is het eindkapitaal berekend met inachtneming van alle, bij de polishouder in te houden, kosten?

Indien er een netto fondsrendement wordt vermeld: is er dan steeds uitdrukkelijk op gewezen dat het gaat om rendement na aftrek van kosten en is dan ook tevens aangegeven hoe hoog die kosten zijn?

Vraag 2: Prognose II

Is er voor gewaarschuwd dat, in geval van een prognose waarbij van een bepaald (rekenkundig) gemiddeld rendement wordt uitgegaan, in werkelijkheid het (meetkundig) gemiddeld rendement lager is in geval van fluctuaties van het rendement en dat dan ook het eindkapitaal lager is dan is voorgespiegeld?

Bij ontkennende beantwoording van vraag 1 en/of 2 zal de verzekeraar, voor elk van die polishouders, de in de polis opgebouwde waarde moeten herberekenen waarbij niet in de gegeven prognose meegenomen inhoudingen buiten beschouwing blijven en waarbij het ongunstige effect van wisselende rendementen op het te behalen eindkapitaal moet worden gecorrigeerd.

Toelichting

Verzekeraars hebben, bij het aangaan van beleggingsverzekeringsovereenkomsten, vaak prognoses van het te behalen eindkapitaal verstrekt (uitgaande van een bepaald rendement) die onjuist, althans misleidend, zijn.

Prognoses komen vaak hierop neer dat wordt aangegeven dat, als een bepaald rendement (bijvoorbeeld: 8%) wordt gehaald, aan het einde van de looptijd van de polis een bepaald kapitaal wordt verkregen. Het blijkt dat vaak, zonder dat dit wordt uitgelegd, gerekend wordt met een netto rendement.

Dat is het bruto rendement na aftrek van bepaalde kosten, meestal beleggingskosten op fondsniveau. Als die 1% bedragen, is in werkelijkheid geen 8% maar $8 + 1 = 9\%$ rendement nodig om het geprognoseerde kapitaal te halen. Als 8% (bruto) rendement wordt gehaald is de eindwaarde veel lager dan waar de polishouder op rekende.

Verder wordt er bij veel prognoses ten onrechte niet voor gewaarschuwd dat de berekening uitgaat van een vast rendement terwijl de te behalen rendementen steeds zullen wisselen.

Het maakt veel uit of een gemiddeld rendement van bijvoorbeeld 8% wordt behaald door een vast rendement van 8% of door sterk wisselende rendementen. In het laatste geval komt het te behalen eindkapitaal fors lager uit. Ook om die reden kloppen gegeven prognoses vaak niet.

Polishouders mogen erop vertrouwen dat de prognoses juist zijn. De Consumentenbond vindt dan ook dat verzekeraars gehouden zijn om beleggingsverzekeringsovereenkomsten aldus uit te voeren dat het voorgespiegelde kapitaal wordt gehaald als het bij de prognose genoemde rendement zou zijn gerealiseerd. Om die reden moet de in de polis opgebouwde waarde worden herberekend waarbij niet in de prognose meegenomen inhoudingen buiten beschouwing blijven en correctie plaatsvindt voor het nadelige effect van wisselende rendementen.

In dit verband merken wij nog op dat is gebleken dat er regelmatig fouten in de prognose berekeningen zijn gemaakt. Wij vertrouwen erop dat, als u van dergelijke fouten op de hoogte bent, zowel de Consumentenbond als de betreffende polishouders hierover worden geïnformeerd.

b. Kosten

Vraag 3: Kosten I

Op Polisniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "eerste en doorlopende kosten", duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 4: Kosten II

Op Participatieniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "beheerkosten", duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 5: Kosten III

Op Fondsniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "beleggingskosten" (totale kosten beleggingsfonds, aan- en verkoopkosten; op- en afslagen bij aan- en verkoop), duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Bij ontkennende beantwoording van vraag 3 en/of 4 en/of 5 zal de verzekeraar voor elk van die polishouders de in de polis opgebouwde waarde moeten herberekenen, waarbij de ongeoorloofde inhoudingen buiten beschouwing blijven, althans de hoogte er van wordt aangepast.

Toelichting

Verzekeraars houden, in het kader van de uitvoering van de beleggingsverzekeringsovereenkomsten, vaak ten onrechte "kosten" in die niet zijn overeengekomen, althans houden ter zake meer in dan de betreffende polishouder, bij het sluiten van de polis, in redelijkheid mocht verwachten.

Dat juist bij beleggingsverzekeringen de polishouder vaak niet weet dat bepaalde bedragen worden ingehouden, heeft te maken met de complexe structuur van deze producten. Meestal worden kosten en premies op drie verschillende niveaus ingehouden:

- op Polismiveau;
- op Participatieniveau;
- op Fondsniveau.

Voor de grondslag van de meeste inhoudingen verwijzen verzekeraars naar algemene voorwaarden. Vaak zijn de betreffende bepalingen onduidelijk of misleidend. Kosten en premies komen vaak terloops aan de orde op plaatsen in de algemene voorwaarden waar je die niet zou verwachten. Sommige inhoudingen zijn helemaal niet terug te vinden.

Vrijwel steeds ontbreekt voor de polishouder het totaalbeeld. Als verschillende inhoudingen bij elkaar worden gezocht en opgeteld, blijkt dat een groot deel van inleg en rendement naar de verzekeraar gaat.

Al die inhoudingen hebben negatieve gevolgen voor de waarde opbouw in de polis.

De Consumentenbond benadrukt dat voor de consument steeds inzichtelijk moet zijn welke kosten verschuldigd zijn. Inhoudingen, die niet duidelijk in polis of algemene voorwaarden terug te vinden zijn, zijn niet overeengekomen en worden dus ten onrechte ingehouden.

c. Premies

Vraag 6: Premie I

Is in de offerte en algemene voorwaarden duidelijk uiteengezet hoe de overlijdensrisicopremie ("OVR-premie") en de premies voor arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen ("AOV-premies") worden berekend en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 7: Premie II

Is er door (vergeleken met de prognose) lagere rendementen sprake van hogere OVR-premie en is, bij het aangaan van de verzekering, voor dat hefboomeffect gewaarschuwd?

Vraag 8: Premie III

Is er sprake van een OVR-premie die (ook als de prognose zou worden gevolgd) vergeleken met de maandelijkse inleg na verloop van tijd onevenredig hoog wordt, althans fors hoger wordt dan de OVR premie bij aanvang van de looptijd?

Vraag 9: Premie IV

Was, is of wordt de OVR-premie per euro verzekerd kapitaal, onevenredig hoog vergeleken met wat op dat moment marktconform is?

Bij ontkennende beantwoording van vraag 6 en/of 7 en/of 8 en/of 9 zal de verzekeraar, voor elk van die polishouders, de in de polis opgebouwde waarde moeten her berekenen, waarbij de ongeoorloofde inhoudingen buiten beschouwing blijven, althans de hoogte er van wordt aangepast.

Toelichting

Verzekeraars houden, in het kader van de uitvoering van de beleggingsverzekeringsovereenkomsten, vaak meer OVR-premie of AOV-premie in dan is overeengekomen, althans meer dan de polishouder bij het sluiten van de polis mocht verwachten.

Wat hiervoor over kosten uiteen is gezet, geldt tot op zekere hoogte ook voor premies. Inhoudingen, waarvan de grondslag niet duidelijk in de polis documentatie terug te vinden is, zijn niet overeengekomen.

Vaak maakt de polishouder bezwaar tegen de hoogte van de premie. Dan is niet duidelijk in de algemene voorwaarden neergelegd hoe deze wordt berekend. Er kan sprake zijn van een leemte in de overeenkomst die door de rechter nader moet worden ingevuld.

Voorts is van belang dat tegenvallende beleggingsresultaten er toe kunnen leiden dat een veel hogere OVR-premie wordt ingehouden dan waar bij de prognose van is uit gegaan. Dat komt dan door de wijze waarop de OVR-premie wordt berekend (een percentage van het verschil tussen uitkering bij overlijden en opgebouwde waarde). Vaak is bij het sluiten van de polis nagelaten om voor dat hefboomeffect te waarschuwen.

Ook is aan de orde dat in veel gevallen de OVR-premie in latere jaren sterk stijgt, zelfs als de gegeven prognose zou worden gehaald. De polishouder kan dan te maken krijgen met een onevenredig hoge OVR-premielast waar hij/zij ten onrechte bij het aangaan van de overeenkomst niet voor gewaarschuwd is. De onverwacht hoge OVR-premies leiden tot een lagere opbouw van de waarde waardoor het doelvermogen van de betreffende polishouder steeds verder uit beeld raakt.

Tenslotte speelt nog dat de OVR-premies, vergeleken met de tarieven die verzekeraars in latere jaren voor vergelijkbare verzekeringen hanteren, vaak buitensporig hoog zijn. De Consumentenbond is van oordeel dat, in het licht van de problemen waar de houders van deze polissen mee te maken krijgen, het onredelijk is als verzekeraars dan toch aan de oude premie-tabellen blijven vasthouden.

D. Kosten deskundige bijstand

Vraag 10: Vergoeding kosten van deskundige bijstand

Vergoedt u de door een polishouder te maken redelijke kosten van deskundige bijstand met het oog op bepaling van een uit de beëindigde of bestaande polis voortvloeiende rechten en aanspraken respectievelijk met het oog op verbetering voor de toekomst?

Bij ontkennende beantwoording van vraag 10, zal de verzekeraar alsnog, voor elk van die polishouders, de door hem/haar te maken of reeds gemaakte redelijke kosten ter zake moeten vergoeden.

Toelichting

Op grond van art. 6:96 van het Burgerlijk Wetboek heeft een benadeelde recht op vergoeding van redelijke kosten:

- ter voorkoming of beperking van de schade;
- tot vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
- ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

Voor een houder van een woekerpolis zal het dan met name gaan om kosten in verband met:

- a. onderzoek naar gebreken in de (uitvoering van de) die polis;
- b. herberekening van de in die polis opgebouwde waarde, althans vaststelling van geleden schade;
- c. het geldend maken van aanspraken jegens de verzekeraar (sommatie, overleg, etc.);
- d. hersteladvies (en de uitvoering van dat advies) met het oog op beperking van de nadelige gevolgen van die polis.

Conclusie

De Consumentenbond dringt er bij u en andere verzekeraars op aan om:

- a. op de hierboven geschetste manier alle beleggingsverzekeringen te inventariseren door voor elk type polis de 10 vragen van de Woekerpolis Checklist te beantwoorden;
- b. bij negatieve beantwoording van een of meer vragen, over te gaan tot herberekening van opgebouwde waarden in de betreffende polissen;
- c. iedere individuele polishouder inzicht te geven in de resultaten van de inventarisatie en wat dat eventueel voor hem/haar met zich brengt;
- d. voor iedere individuele polishouder de redelijke kosten voor met de polis verband houdende, deskundige, bijstand te vergoeden (dus zowel voor wat betreft aanspraken uit hoofde van de beëindigde of bestaande polis als met het oog op verbetering voor de toekomst).

Wij verwachten dat verzekeraars op deze manier in belangrijke mate tegemoet kunnen komen aan veel voorkomende aanspraken van polishouders. Daarbij tekenen we aan dat we niet alle veel voorkomende bezwaren in de Woekerpolis Checklist hebben kunnen opnemen. Sommige beleggingsverzekeringen hebben specifieke gebreken. Ook leven er bij individuele polishouders allerlei bezwaren die zich niet lenen voor een collectieve benadering.

We beogen met deze brief mede om verjaring van de hiervoor geschetste aanspraken zoveel mogelijk te voorkomen. Voor zover nodig moet deze brief dan ook als een sommatie namens polishouders worden aangemerkt.

Slot

Gelet op de omvang van de schade onder gedupeerden en de lange tijd die zij op een rechtvaardige behandeling moeten wachten, vragen wij u om spoedig op onze oproep te reageren. Wij verzoeken u om ons voor 1 december aanstaande schriftelijk te laten weten of u gehoor geeft aan onze oproep om alsnog recht te doen aan de belangen van gedupeerde consumenten op de manier die wij in deze brief voorstellen.

Met vriendelijke groet,
Consumentenbond

Bart Combée
Algemeen directeur

Bijlagen: 2

Woekerpolis Checklist

J N

Vraag 1: Prognose I

Indien er een bruto fondsrendement wordt vermeld: is dan het eindkapitaal berekend met inachtneming van alle, bij de polishouder in te houden, kosten?

Indien er een netto fondsrendement wordt vermeld: is er dan steeds uitdrukkelijk op gewezen dat het gaat om rendement na aftrek van kosten en is dan ook tevens aangegeven hoe hoog die kosten zijn?

Vraag 2: Prognose II

Is er voor gewaarschuwd dat in geval van een prognose waarbij van een bepaald (rekenkundig) gemiddeld rendement wordt uitgegaan, in werkelijkheid het (meetkundig) gemiddeld rendement lager is in geval van fluctuaties van het rendement en dat dan ook het eindkapitaal lager is dan is voorgespiegeld?

Vraag 3: Kosten I

Op Polisniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "eerste en doorlopende kosten", duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 4: Kosten II

Op Participatieniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "beheerkosten", duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 5: Kosten III

Op Fondsniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "beleggingskosten" (totale kosten beleggingsfonds, aan- en verkoopkosten; op- en afslagen bij aan- en verkoop), duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 6: Premie I

Is in de offerte en algemene voorwaarden duidelijk uiteengezet hoe de overlijdensrisicopremie ("OVR-premie") en de premies vrijstelling en de premies voor arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen ("AOV-premies") worden berekend en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Vraag 7: Premie II

Is er door (vergeleken met de prognose) lagere rendementen sprake van hogere OVR premie en is, bij het aangaan van de verzekering, voor dat hefboomeffect gewaarschuwd?

Vraag 8: Premie III

Is er sprake van een OVR premie die (ook als de prognose zou worden gevolgd) vergeleken met de maandelijkse inleg na verloop van tijd onevenredig hoog wordt, althans fors hoger wordt dan de OVR premie bij aanvang van de looptijd?

Vraag 9 Premie IV

Is er sprake van een premie waarvan de hoogte per euro verzekerd kapitaal, gelet op hetgeen thans marktconform is, onevenredig hoog is?

Vraag 10: Kosten van deskundige bijstand

Vergoedt u de door een polishouder te maken redelijke kosten van deskundige bijstand, met het oog op bepaling van de uit de beëindigde of bestaande polis voortvloeiende rechten en aanspraken respectievelijk met het oog op verbetering voor de toekomst?

© Consumentenbond

Vraag 1. Prognose I

Indien er een bruto fondsrendement wordt vermeld: is dan het eindkapitaal berekend met inachtneming van alle, bij de polishouder in te houden, kosten?

Indien er een netto fondsrendement wordt vermeld: is er dan steeds uitdrukkelijk op gewezen dat het gaat om rendement na aftrek van kosten en is dan ook tevens aangegeven hoe hoog die kosten zijn?

Bij het besluit om al dan niet een bepaalde beleggingsverzekeringsovereenkomst aan te gaan, gaan polishouders vaak af op door de verzekeraar gegeven prognoses. Zij mogen op de juistheid van die prognoses vertrouwen.

Normaal gesproken bestaat een prognose uit:

- een bepaalde datum (meestal de einddatum van de polis);
- een bepaald percentage (het rendement dat moet worden behaald);
- een bepaald bedrag (het kapitaal dat dan wordt verkregen).

Vaak worden er, uitgaande van verschillende rendementen, verschillende eindbedragen gegeven.

In veel gevallen blijkt dat het kapitaal op einddatum toch veel lager uitvalt, ook als de rendementen (waar in de prognoses van wordt uitgegaan) zouden worden gehaald.

Regelmatig is sprake van fouten in de berekeningen. Ook komt nogal eens voor dat bij de prognoses ten onrechte geen rekening is gehouden met kosten die in werkelijkheid wel worden ingehouden.

Verder blijkt dat verzekeraars vaak, zonder dat duidelijk te maken, met een netto rendement hebben gerekend. Dat is dus het ("bruto") rendement na aftrek van bepaalde kosten (meestal de op participatieniveau in te houden beheerkosten en/of de op fondsniveau in te houden beleggingskosten). Het gevolg is dat, om het voorgespiegelde eindkapitaal te kunnen halen, in werkelijkheid een veel hoger rendement nodig is.

Het is misleidend om, in het kader van een prognose, een rendementspercentage te noemen maar er niet bij te vertellen dat er bij de berekeningen van wordt uitgegaan dat er al kosten van zijn ingehouden. Als dat niet uitdrukkelijk aan de polishouder wordt uitgelegd, zal het normaal gesproken zo worden begrepen dat het gegeven percentage ziet op het rendement dat nodig is om het voorgespiegelde eindkapitaal te halen.

Ter illustratie wordt verwezen naar de uitspraak van de rechtbank Haarlem d.d. 17 juni 2009 (LJN: BI7834). De verzekeraar had de aspirant polishouder voorgehouden dat met een rendement van 9% na 30 jaar een kapitaal van NFL 300.000 behaald zou worden. Daarbij werd geen rekening gehouden met de jaarlijks, op fondsniveau ingehouden kosten ter hoogte van 1,5%. In werkelijkheid was dus een rendement van $9 + 1,5 = 10,5\%$ nodig.

De rechtbank heeft in deze zaak geoordeeld dat sprake was van dwaling. Als voor het verkrijgen van het eindkapitaal inderdaad een ("bruto") rendement van 9% nodig was geweest, zou in werkelijkheid door deze polishouder een hogere waarde zijn opgebouwd. De verzekeraar heeft, met een beroep op art 6: 230 lid 1 BW, aangeboden de grond voor de dwaling weg te nemen door het verschil te compenseren. Uiteindelijk heeft de rechtbank, op de voet van art. 6:230 lid 2 BW, de gevolgen van de overeenkomst dienovereenkomstig gewijzigd (eindvonnis d.d. 26 januari 2011, ECLI:NL: RBHAA:2011:BP3482). Overigens is de verzekeraar in hoger beroep gegaan waarna de zaak is geschikt.

Een vergelijkbaar resultaat wordt bereikt als de verzekeraar de overeenkomst nakomt op de wijze zoals de polishouder mag verwachten. De kosten, die bij de prognose zijn vergeten, worden dan ook bij de uitvoering van de overeenkomst weggelaten. Dat komt dus neer op herberekening van de waarde van de polis waarbij de niet in de prognose meegenomen kosten buiten beschouwing blijven.

© Consumentenbond

Vraag 2. Prognose II

Is er voor gewaarschuwd dat, in geval van een prognose waarbij van een bepaald (rekenkundig) gemiddeld rendement wordt uitgegaan, in werkelijkheid het (meetkundig) gemiddeld rendement lager is in geval van fluctuaties van het rendement en dat dan ook het eindkapitaal lager is dan is voorgespiegeld?

Bij de keuze voor een bepaalde beleggingsverzekering spelen de door de verzekeraar gegeven prognose vaak een belangrijke rol. Vooral bij sterk wisselende rendementen blijken die prognoses veel te rooskleurig te zijn.

Er moet worden onderscheiden tussen:

- het rekenkundig gemiddelde: het gemiddelde van de (wisselde) jaarlijkse rendementen
- het meetkundige gemiddelde: het (vaste) percentage dat nodig is om op einddatum het voorgespiegelde eindkapitaal te bereiken.

In het kader van prognoses rekenen verzekeraars normaal gesproken met een vast percentage (meetkundig gemiddelde). Dat is ook het rendementspercentage dat in het kader van de prognoses wordt vermeld.

Polishouders zullen het zo begrijpen dat het voorgespiegelde eindkapitaal wordt bereikt als gemiddeld het opgegeven percentage wordt behaald. Bij sterk wisselende rendementen is dat echter niet het geval. Het (rekenkundig) gemiddelde moet dan fors hoger zijn om het, in het kader van de prognose gegeven, eindkapitaal te kunnen halen.

Prognoses zijn dan ook misleidend indien er geen sprake is van vast rendement en de verzekeraar niet voor het hiervoor geschetste effect heeft gewaarschuwd.

Als deze vraag ontkennend moet worden beantwoord heeft de polishouder aanspraak op een correctie van de opgebouwde waarde ter compensatie van het ongunstige effect van wisselende rendementen op het te behalen eindkapitaal.

Vraag 3: Kosten I

Op Polisiniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als “eerste en doorlopende kosten”, duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Het blijkt dat vaak in de eerste jaren van de looptijd van een polis aanzienlijke bedragen worden ingehouden: “eerste kosten”. Daarnaast wordt vaak gedurende de looptijd een vast bedrag per maand ingehouden: “doorlopende kosten”.

Doorberekenen provisie tussenpersoon

Met name de “eerste kosten” zijn vaak voor de polishouder verborgen gehouden.

Volgens de verzekeraars worden, middels deze inhoudingen, de eigen kosten voor het sluiten en in stand houden van de polis gedekt. Daar maakt dan meestal de door verzekeraar aan de tussenpersoon betaalde provisie (met rente) deel van uit. Het gaat om forse bedragen. Vaak wordt inleg in de eerste jaren grotendeels besteed aan “terugbetaling” van “voorgeschoten” provisie.

De polishouder wist meestal van niets. Er werd niet verteld dat de verzekeraar provisie aan de tussenpersoon betaalde, hoeveel dat was en dat de verzekeraar het betreffende bedrag met rente van zijn/haar inleg inhield.

Investeringspremie/percentage

In sommige polissen wordt (meestal zonder verdere uitleg) aangegeven welk deel of percentage van de inleg wordt geïnvesteerd. Op zich wordt dan vaak wel zichtbaar dat er de eerste jaren meer wordt ingehouden.

De aspirant polishouder moet erop kunnen vertrouwen dat, indien op het polisblad is vermeld welk deel van de ingelegde premie effectief voor de beleggingen zal worden aangewend, deze vermelding correct en volledig is (zie bijv.: KiFiD GC 6 oktober 2011, 2012-239).

Vaak is dat anders. Zo wordt in veel gevallen de indruk gewekt dat het verschil tussen premie en investeringspremie gelijk is aan het totaal van de in te houden kosten en premies. Meestal betreft het echter alleen maar de eerste en doorlopende kosten op polisiniveau. Daarnaast worden er dan op participatie- en fondsniveau nog allerlei andere kosten en premies ingehouden (beheerskosten, beleggingskosten, overlijdensrisicopremie etc.). In werkelijkheid blijft er dus veel minder over voor waarde opbouw in de polis dan een in die polis opgenomen investeringspremie of investeringspercentage doet vermoeden.

Essentiële prestaties; kernbedingen

Op grond van civielrechtelijke beginselen zal vaak moeten worden aangenomen dat door de verzekeraar ingehouden kosten niet verschuldigd zijn.

Het door een polishouder te behalen rendement wordt immers sterk beïnvloed door hetgeen door de verzekeraar als “kosten” wordt ingehouden. Die inhoudingen spelen dan ook een rol bij de door verzekeraars op basis van de beleggingsverzekeringsovereenkomsten te leveren essentiële prestaties. De daarop betrekking hebbende voorwaarden moeten, naar algemene maatstaven van het contractenrecht, uitdrukkelijk en begrijpelijk geformuleerd worden en in de precontractuele fase aan de aspirant-verzekeringnemer kenbaar gemaakt worden. Dat gebeurt vaak niet.

Meestal worden bepalingen over de kosten niet in de polis maar in de bijbehorende algemene voorwaarden opgenomen. Niettemin gaat het vaak wel om de kern van de te verrichten prestatie. Dergelijke bepalingen zijn dan kernbedingen (in de zin van art. 6:231 onder a BW). De verzekeraar zal aanvullend de aandacht van de aspirant verzekeringnemer op die bedingen moeten vestigen (KiFiD CvB, 14 oktober 2010, 2010-11). Vaak is dat niet gebeurd.

Nationale Nederlanden: KiFiD procedure

Dit komt ook aan de orde in de tussenuitspraak van de KiFiD GC d.d. 13 mei 2013 (2013-02) inzake Nationale Nederlanden. De Geschillencommissie overweegt onder meer dat, als er kosten in rekening worden gebracht, dat voor een gemiddelde, oplettende, cliënt op uitdrukkelijke en begrijpelijke wijze in de voorwaarden moet zijn vermeld zodat de consument geacht kan worden daarover bij de totstandkoming te zijn geïnformeerd en het in rekening brengen van deze kosten geacht moet worden te zijn overeengekomen.

In deze tussenuitspraak oordeelde de Geschillencommissie dat Nationale Nederlanden jegens de consument tekort geschoten is door hem niet op duidelijke en begrijpelijke wijze te informeren over “eerste kosten”. Het gevolg hiervan is dat de waarde van de polis herberekend moet worden waarbij het in rekening brengen van eerste kosten buiten beschouwing moet blijven.

Nationale Nederlanden heeft aangevoerd dat zij zou hebben voldaan aan bepaalde toen geldende regelgeving, met name de Regeling Informatieverstrekking aan Verzekeringnemers uit 1994 (“RIAV 1994”). Dit zou volgens Nationale Nederlanden met zich brengen dat haar niet zou kunnen worden tegengeworpen dat er destijds meer informatie aan de consument verstrekt had moeten worden. Ten onrechte probeert Nationale Nederlanden RIAV 1994 zo uit te leggen dat bij financiële producten, waarin ook een levensverzekeringselement is opgenomen, alleen de premie voor de verzekeringsdekking vermeld hoeft te worden.

In deze zaak is er nog geen eindbeslissing van de Geschillencommissie. Uit een beslissing van de Commissie van Beroep d.d. 6 oktober 2014 (2014-031) volgt dat er moet worden gewacht op een uitspraak van het Europese Hof inzake Van Leeuwen/Nationale Nederlanden.

Nationale Nederlanden: procedure Europese Hof

Dit betreft een door een polishouder bij de rechtbank Rotterdam tegen Nationale Nederlanden aanhangig gemaakte procedure over een beleggingsverzekering waar vergelijkbare verweren door de verzekeraar worden gevoerd. RIAV 1994 is gebaseerd op art. 31 van de Derde Europese Richtlijn Levensverzekering. Nationale Nederlanden heeft het er op aangestuurd dat de rechtbank prejudiciële vragen aan het Europese Hof heeft gesteld (tussenvonnis d.d. 28 november 2012, ECL:NL:RBROT:2012:BY5159).

Op 12 juni jl. heeft de Advocaat Generaal bij het Hof geconcludeerd. Kort samengevat komt haar advies hierop neer dat art. 31 van de Derde Europese Richtlijn Levensverzekering juist voorschrijft dat de aspirant polishouder duidelijk geïnformeerd moet worden. Als aan de summiere regels van de op die Richtlijn gebaseerde RIAV 1994 is voldaan, brengt dat op zich niet met zich dat de verzekeraar aan haar informatieplicht heeft voldaan.

De uitspraak van het Europese Hof wordt eind van dit jaar verwacht. Waarschijnlijk zal dan verduidelijkt worden of, en in hoeverre, een verzekeraar kosten, die niet duidelijk in de offerte en algemene voorwaarden zijn terug te vinden en/of waar niet duidelijk de aandacht op is gevestigd, mag inhouden.

Andere regels

Tenslotte is nog van belang dat de informatieverplichting van de verzekeraar in latere jaren verder is uitgewerkt, in een nieuwe versie van deze regeling (RIAV 1998) en in de Code Rendement & Risico. Verzekeraars zijn nogal eens voorbij gegaan aan wat die regelingen voorschreven. Dergelijke schendingen kunnen op zich reeds voldoende reden zijn om aan te nemen dat bepaalde inhoudingen niet verschuldigd zijn (zie bijv.: KiFiD GC 25 maart 2013, 2013-90).

Vraag 4: Kosten II

Op Participatieniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als "beheerkosten", duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Meestal worden ook bedragen ingehouden op het niveau van de beleggingseenheden: "beheerkosten". Vaak gaat het om een jaarlijks percentage van de waarde van die eenheden. Het is niet altijd duidelijk welke prestatie van de kant van de verzekeraar daar tegenover staat.

De inleg van polishouders wordt deels aangewend voor belegging in fondsen met aandelen of obligaties. Dan ontvangen de polishouders dividend of rente. Vaak worden hier dan "beheerkosten" van ingehouden. Hetgeen resteert wordt dan omgezet in beleggingsunits. Aldus vallen de inhoudingen niet zo niet op. In de vroeger aan polishouders verstrekte waarde overzichten was er meestal niets over terug te vinden.

Ook hier gaat het om een veel voorkomende inhouding, die meestal verborgen is. Vaak zijn beheerkosten slechts met moeite in algemene voorwaarden terug te vinden. Deze inhouding wordt dan slechts terloops genoemd, bijvoorbeeld als tussenzin in een artikel in de voorwaarden dat ziet op dividend of rente uitkeringen.

Voor beheerkosten geldt wat hiervoor in bijlage 3 over eerste kosten uiteen is gezet. Die kosten maken deel uit van de essentiële prestatie. Als het in de algemene voorwaarden is opgenomen, zal het vaak om een kernbeding gaan. In de tekst moet deze inhouding duidelijk zichtbaar zijn op een voor de hand liggende plaats. Vòòr het aangaan van de overeenkomst moet de polishouder uitdrukkelijk op deze en andere inhoudingen worden gewezen.

Vraag 5: Kosten III

Op Fondsniveau: zijn de op dit niveau ingehouden kosten, vaak omschreven als “beleggingskosten” (totale kosten beleggingsfonds, aan-en verkoopkosten; op- en afslagen bij aan- en verkoop), duidelijk terug te vinden in de offerte en algemene voorwaarden en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Ook op het niveau van de beleggingsfondsen worden kosten ingehouden. Het valt op dat dit normaal gesproken niet in polis en algemene voorwaarden wordt aangegeven. Meestal is het ook niet uit de verstrekte waarde overzichten op te maken.

Verzekeraars stellen dat zij deze kosten niet hoefden te vermelden omdat deze niet door hen bij de polishouders worden ingehouden. Dat verweer keert ook terug bij de prognoses waar verzekeraars (netto-)rendementen vermelden (zie bijlage 1I). Ook dan blijven de door de fondsen ingehouden kosten voor de polishouder onzichtbaar.

De verzekeraars bieden de beleggingsverzekering aan. Verzekeraars en fondsen zijn vaak nauw met elkaar verweven. Het valt dan ook niet in te zien waarom de verzekeraar aspirant polishouders niet zou moeten informeren over kosten, die door fondsen worden ingehouden. Uiteindelijk zijn het de polishouders die minder rendement krijgen en dus indirect deze kosten dragen.

Het wegmoffelen van de fondskosten geeft een verkeerd beeld van de totale kosten van het product. Sommige polishouders zullen bijvoorbeeld denken dat de kosten zich beperken tot wat in de algemene voorwaarden terug te vinden is (de “beheerkosten”) Andere polishouders hebben zich wellicht gerealiseerd dat de fondsen kosten inhielden, maar zullen er dan weer niet op bedacht zijn geweest dat ook op polis- en participatieniveau forse bedragen worden ingehouden.

Hoe dan ook, ook voor de fondskosten geldt wat hiervoor in bijlage 3 en 4 over verschuldigdheid van inhoudingen uiteen is gezet. Als het niet aan de polishouder duidelijk wordt gemaakt, is het niet verschuldigd.

Vraag 6: Premie I

Is in de offerte en algemene voorwaarden duidelijk uiteengezet hoe de overlijdens- risicopremie ("OVR-premie") en de premies voor arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen ("AOV-premies") worden berekend en zijn polishouders, bij het aangaan van de overeenkomst, ook steeds uitdrukkelijk op de betreffende bepalingen gewezen?

Het door een polishouder te behalen rendement wordt sterk beïnvloed door zowel ingehouden kosten als berekende OVR-premie en AOV- premies. Hiervoor is dus ook van belang hetgeen in bijlage 3 uiteen is gezet over essentiële prestaties en kernbedingen; over RIAV 1994 en andere regelingen alsmede over de "Nationale Nederlanden-procedures" bij KiFiD en Europese Hof.

Voor wat betreft OVR-premie is inmiddels een richtinggevende uitspraak van de Hoge Raad voor handen (Hoge Raad 14 juni 2013, LJN BZ3749). Het betreft de collectieve actie van Stichting Koersplandewegkwijt tegen Aegon over koersplan polissen uit een bepaalde periode. Kort samengevat komt het hierop neer dat in polis en voorwaarden niet was terug te vinden hoe de hoogte van de overlijdensrisicopremie werd bepaald.

Het Hof heeft geoordeeld dat dat een leemte was die ingevuld moet worden en vervolgens zelf, middels de aanvullende werking van redelijkheid en billijkheid, een veel lagere premie vastgesteld. Er wordt voor recht verklaard dat de in de polissen opgebouwde waarde moet worden herberekend met inachtneming van die lagere premie. De Hoge Raad heeft dat oordeel in stand gelaten.

Na die uitspraak heeft Aegon koersplan-polishouders, die niet bij de Stichting waren aangesloten, en houders van andere polissen waar hetzelfde probleem speelt, een compensatie aangeboden.

Deze aanpak verdient navolging bij polissen van andere verzekeraars waar ook niet goed geregeld is hoe de hoogte van de OVR-premie wordt bepaald.

Vraag 7: Premie II

Is er door (vergeleken met de prognose) lagere rendementen sprake van hogere OVR premie en is, bij het aangaan van de verzekering, voor dat hefboomeffect gewaarschuwd?

Vaak wordt in de algemene voorwaarden wel uiteen gezet dat overlijdensrisicopremie moet worden betaald en hoe dat wordt berekend. Dan wordt normaal gesproken de premie voor een bepaald risicobedrag gegeven. Het risicobedrag is dan het verzekerde bedrag bij overlijden verminderd met de op dat moment opgebouwde waarde.

De gedachte achter deze opzet is kennelijk dat het risicobedrag in de loop der jaren afneemt omdat de in de polis opgebouwde waarde stijgt. Door tegenvallende beleggingsresultaten zal het risicobedrag echter in veel gevallen relatief hoog blijven.

De met de leeftijd van de verzekerde stijgende premie heeft dan tot gevolg dat de overlijdensrisicopremie ook sterk toeneemt. Deze premie wordt meestal ingehouden op participatie- niveau. De berekende premie wordt dan omgerekend in participaties die van de polishouder worden afgenomen. Dat draagt er weer aan bij dat de in de polis opgebouwde waarde laag blijft, het risicobedrag hoog blijft en de overlijdensrisicopremie steeds verder toeneemt.

Dit ongewenste gevolg, dat voortvloeit uit de opzet van polissen als de onderhavige, wordt aangeduid als hefboom/inteereffect. In het kader van de "woekerpolisaffaire" is aan dat gevolg al veel aandacht besteed (onder meer door de AFM). Het hefboom/inteereffect kan er toe leiden dat in een polis vrijwel geen waarde meer wordt opgebouwd of zelfs dat de opgebouwde waarde afneemt totdat er uiteindelijk niets overblijft.

Er moet worden aangenomen dat een verzekeraar haar polishouders voorafgaand aan het sluiten van de betreffende overeenkomsten moet waarschuwen voor dit effect en de mogelijke nadelige gevolgen (zie bijvoorbeeld Rechtbank Haarlem 17 juni 2009, LJN BI 7837 en de tussenuitspraak van de KiFiD Geschillencommissie 2013-02 d.d. 13 mei 2013).

Verzekeraars, die hebben nagelaten om te waarschuwen, zijn gehouden om de polishouders ter zake te compenseren.

Vraag 8: Premie III

Is er sprake van een OVR- premie die (ook als de prognose zou worden gevolgd) vergeleken met de maandelijkse inleg na verloop van tijd onevenredig hoog wordt, althans fors hoger wordt dan de OVR premie bij aanvang van de looptijd?

In bijlage 7 is uiteengezet dat de maandelijkse OVR-premie vaak wordt berekend aan de hand van enerzijds het risicobedrag (verschil tussen op dat moment opgebouwde waarde en het verzekerde bedrag bij overlijden) en anderzijds de premie conform een tabel in de toepasselijke algemene voorwaarden waarbij de hoogte toeneemt naarmate de leeftijd stijgt.

De gedachte hierachter is natuurlijk dat in de loop der jaren het risicobedrag daalt (door waarde opbouw in de polis) maar dat de premie stijgt (het risico te overlijden neemt toe naarmate de polishouder ouder wordt). Dan zou de hoogte van de OVR-premie “per saldo” ongeveer gelijk moeten blijven. In ieder geval mag de aspirant polishouder, bij het aangaan van de beleggingsverzekering, er op vertrouwen dat de OVR premie niet te hoog wordt omdat er anders te weinig over blijft om te beleggen.

Niettemin blijkt dat bij veel polissen de OVR-premie in de loop der jaren toch fors toeneemt, zelfs als de gegeven prognose zou worden gehaald. Het gaat dus om stijging die op zich al volgt uit de combinatie van risicobedrag en OVR-premie tabel. Het staat dus op zich los van het hefboom/inteereffect. Door dat effect neemt de OVR-premie nog verder toe als het rendement achter blijft bij de prognoses.

In dergelijke gevallen zal moeten worden vastgesteld welke premie de polishouder in redelijkheid maximaal zou hebben mogen verwachten. De maandelijks in rekening gebrachte premie mag dan niet boven dat maximum uitkomen.

Vraag 9: Premie IV

Was, is of wordt de OVR- premie per euro verzekerd kapitaal, onevenredig hoog vergeleken met wat op dat moment marktconform is?

Verzekeraars houden vaak vast aan de OVR-premietabellen die gelden sinds het sluiten van de polis.

In de loop der jaren is het verzekeren van overlijdensrisico echter veel goedkoper geworden. Mede door de gestegen gemiddelde leeftijd wordt thans met heel andere sterftetabellen gewerkt. Verzekeraars hebben hun OVR-premies in latere jaren ingrijpend verlaagd.

De gehanteerde premietabellen zijn dan ook vaak niet meer marktconform. Mede gelet op de problemen met beleggingsverzekeringspolissen en de verwijten die verzekeraars ter zake gemaakt kunnen worden, is het onredelijk om OVR-premie aan de hand van de verouderde tabellen te blijven rekenen.

Het ligt op de weg van verzekeraars om, zowel voor het verleden als de toekomst, de premies ingrijpend te verlagen in lijn met wat gebruikelijk was en is.

Vraag 10: Kosten van deskundige bijstand

Vergoedt u de door een polishouder te maken redelijke kosten van deskundige bijstand, met het oog op bepaling van de uit de beëindigde of bestaande polis voortvloeiende rechten en aanspraken respectievelijk met het oog op verbetering voor de toekomst?

Art. 6:96 lid 2 BW bepaalt:

2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:

- a) *redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;*
- b) *redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;*
- c) *redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte, wat de kosten onder b) en c) betreft, behoudens voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende proceskosten van toepassing zijn.*

Verzekeraars zijn jegens polishouders hun zorgplicht niet nagekomen, in gebreke voor wat betreft hun uit de beleggingsverzekeringsovereenkomsten voortvloeiende verplichtingen of anderszins in verzuim. Polishouders maken kosten ter voorkoming of beperking van schade (onafhankelijk hersteladvies en de uitvoering van wat wordt aangeraden); kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid (adviezen van juristen, actuarissen) etc.

Het ligt op de weg van de verzekeraars om deze vraag bevestigend te beantwoorden en polishouders aan te bieden dergelijke kosten te vergoeden. Daarbij kan dan ook nader worden ingevuld wanneer te maken kosten redelijk moeten worden geacht.