

Vergaderjaar 2011–2012

**29 507**

## **Regels voor de financiële dienstverlening (Wet financiële dienstverlening)**

**Nr. 113**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN FINANCIËN**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2012

Op 1 december 2011 is tijdens een algemeen overleg gesproken over het flankerend beleid bij beleggingsverzekeringen.<sup>1</sup> Eind 2012 moeten verzekeraars hun (verbeterde) flankerend beleid geheel hebben gerealiseerd. Deze brief beoogt de stand van zaken op dit moment weer te geven op basis van een tussenrapportage. Over de stand van zaken eind 2012 zal een eindrapportage worden uitgebracht. Uw Kamer wordt hierover begin 2013 geïnformeerd.

#### **Aanleiding monitoring best of class flankerend beleid**

In het verleden zijn er bij beleggingsverzekeringen op een aantal fronten dingen misgegaan. Er zijn verschillende maatregelen getroffen om dergelijke problemen voor de toekomst te voorkomen. In dit kader wil ik wijzen op de verschillende wetgevingspakketten die ik heb ingevoerd en voorgesteld om de financiële sector te hervormen. Belangrijke maatregelen zijn onder andere het invoeren van de transparantieregels, de introductie van het provisieverbod en het productontwikkelingsproces, versterking van de vakbekwaamheidseisen en de bankierseed (die voor de hele financiële sector gaat gelden, waaronder verzekeraars en adviseurs). Dit najaar wordt het wetgevingspakket 2013 behandeld in uw Kamer, het wetgevingspakket 2014 is al in voorbereiding.

Beleggingsverzekeringen zijn overeenkomsten die zijn gesloten tussen verzekeraar en klant. De overheid is daarbij geen partij en kan dus ook niet ingrijpen in bestaande overeenkomsten. Verzekeraars hebben zichzelf echter verplicht om hun flankerend beleid te verbeteren. De doelstelling van het flankerend beleid is om klanten de mogelijkheid te geven om toekomstgericht hun positie te verbeteren.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2011/12, 29 507, nr. 112.

## Tussenrapportage

De rapportage van de feitelijke tussenstand van zaken bij de grote verzekeraars is opgesteld door Deloitte<sup>1</sup>. In de tussenrapportage wordt getoetst of het flankerend beleid voldoet aan de best of class. De peildatum die is gehanteerd is 1 juni 2012. Het is toegelicht als bepaalde aspecten in voorbereiding zijn en in de loop van 2012 worden geïmplementeerd. Over de stand van zaken aan het eind van 2012 wordt een eindrapportage opgesteld, deze wordt begin 2013 aan uw Kamer aangeboden.

De tussenrapportage wordt aan de hand van de boxen 1 tot en met 3 uit de brief van 24 november verder toegelicht. Volledigheidshalve wordt eerst de box weergegeven en vervolgens de bevindingen van de tussenrapportage over deze onderdelen.

### **Box 1. Best of class «klant weet wat hij heeft»:**

- Verzekeraars verstrekken hun klanten begrijpelijke en bruikbare, individuele informatie over wat de eventuele compensatie voor het product betekent. Verzekeraars informeren de klant over de mogelijkheden voor verbetering van hun situatie, bijvoorbeeld door aanpassing van het product, waarbij de klant zoveel mogelijk geactiveerd wordt om goed te bekijken wat in zijn situatie het beste is om te doen;
- Verzekeraars ontwikkelen laagdrempelige informatiemogelijkheden voor hun klanten, zodat zij zelf kunnen onderzoeken wat hun mogelijkheden zijn (bijvoorbeeld internettools);
- Adviseurs geven bij lopende polissen advies over aanpassingen van deze polis zonder daarvoor aanvullende kosten in rekening te brengen;
- Als de klant geen adviseur (meer) heeft bieden verzekeraars daar oplossingen voor, bijvoorbeeld door middel van een helpdesk. De verzekeraar brengt daarvoor de klant geen kosten in rekening. Ook kan de verzekeraar de klant wijzen op alternatieve adviesmogelijkheden.

Best of class is alle klanten in 2012 informeren over de voor hen individueel geldende compensatie. Uit de tussenrapportage opgesteld door Deloitte blijkt dat alle verzekeraars volgens hun huidige planning zorgen dat de vereiste informatieverstrekking aan al hun klanten met een beleggingsverzekering eind 2012 volledig is afgerond, met uitzondering van Reaal en Delta Lloyd. Reaal verwacht 90% van de klanten met een beleggingsverzekering in 2012 te informeren over de compensatie. De overige klanten verwacht Reaal zo snel mogelijk daarna te informeren. Delta Lloyd heeft 100% van de klanten al in 2009 geïnformeerd over de compensatie op einddatum. In het voorjaar van 2012 heeft Delta Lloyd besloten de compensatie per 31 december 2012 in de polis te storten. Delta Lloyd verwacht in de tussenrapportage klanten met een beleggingsverzekering uiterlijk 30 juni 2013 over de voor hen geldende compensatie te informeren. De eindrapportage zal ook op dit onderdeel ingaan. De tussenrapportage van Deloitte ziet op de activiteiten van verzekeraars en bevat geen informatie over adviseurs. Ook voor de activiteiten van adviseurs geldt dat een tussenstand wordt gegeven, de definitieve stand van zaken zal eind 2012 worden opgemaakt. De informatie over de activiteiten van adviseurs die hieronder is weergegeven is afkomstig van de AFM en Adfiz. Veel adviseurs bieden hun klanten de mogelijkheid om een gratis hersteladvies te krijgen. Zowel Adfiz, als koepelorganisatie van adviseurs, als de AFM, als toezichthouder, hebben hier aandacht van de adviseurs voor gevraagd. Via Adfiz zijn vele voorbeelden gedeeld van adviseurs die zich actief inzetten om de positie van hun klanten te

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

verbeteren en geen kosten voor advies rekenen. Er zijn ook signalen ontvangen dat nog niet alle adviseurs een gratis en volledig passend hersteladvies bieden aan de klanten waaraan zij in het verleden een beleggingsverzekering hebben geadviseerd. De AFM neemt dergelijke signalen zeer serieus en besteedt in haar toezicht aandacht aan de passendheid van adviezen.

De tussenrapportage geeft aan dat verzekeraars hun klanten eenvoudig toegankelijke manieren bieden om algemene informatie met betrekking tot hun beleggingsverzekering te krijgen. Ook voor klanten die om welke reden dan ook geen adviseur meer hebben, worden volgens de tussenrapportage laagdrempelige mogelijkheden geboden om advies te krijgen.

**Box 2. Best of class «klant weet wat hij krijgt»:**

- Verzekeraar vraagt geen kwijting bij uitbetaling compensatie;
- De tot nu toe verschuldigde compensatie wordt in de polis gestort.

Best of class is geen kwijting vragen. Uit de tussenrapportage blijkt dat alle verzekeraars hebben verklaard dat zij geen kwijting zullen vragen bij uitbetaling van de compensatie. De (uitbetaling van de) compensatie heeft dus geen enkel gevolg voor de mogelijkheid van klanten om (alsnog) naar Kifid of de rechter te stappen, als in hun situatie de compensatie onredelijk is of er andere gebreken zijn met betrekking tot de beleggingsverzekering. In de tussenrapportage is ook weergegeven dat verzekeraars zich niet zullen beroepen op eventueel in het verleden door klanten, bij uitbetaling van de compensatie op grond van de overeenkomsten met de consumentenstichtingen, getekende kwijting.

Met betrekking tot het moment van storten van de compensatie voldeden ten tijde van het algemeen overleg van 1 december 2011 nog niet alle verzekeraars aan de best of class. De tussenrapportage laat een aantal verbetering van dit beeld zien. Dit voorjaar hebben ook Delta Lloyd en AEGON besloten om de compensatie nu in de polis te storten. De klanten van deze verzekeraars krijgen ook op korte termijn de compensatie in de polis gestort waardoor zij, met de compensatie als onderdeel van hun tegoed, de blik op de toekomst kunnen richten. Alle verzekeraars voldoen dus nu aan de best of class op dit punt. Achmea en AEGON storten de compensatie over de gehele looptijd nu in de polis. De overige verzekeraars storten nu de compensatie over het deel van de looptijd dat al verstreken is. Vervolgens wordt gedurende de looptijd van de polis periodiek de verschuldigde compensatie in de polis gestort.

**Box 3. Best of class «klant is voor de toekomst beter af»:**

- Binnen het lopende product is wisselen naar goedkopere fondsen of van risicodekking eenmalig of binnen de periode van uitvoering van het flankerend beleid, zonder kosten mogelijk;
- Een aanbieder biedt goedkopere en betere alternatieve producten aan;
- Als de klant voor een alternatief product kiest bij dezelfde of een andere aanbieder, worden er geen kosten als gevolg van de overstap berekend.
- Aanbieders onderwerpen de nieuwe en aangepaste producten aan grondige analyse door middel van hun review- en productontwikkelingsprocessen.

Om te voldoen aan de best of class moeten zowel klanten die er, om welke reden dan ook, voor kiezen om hun lopende beleggingsverzekering te houden, als klanten die overstappen naar een alternatief product, beter af zijn door het flankerend beleid van de verzekeraars. Ook met betrekking tot dit onderdeel van de best of class zijn in de tussenrapportage verbeteringen zichtbaar ten opzichte van de stand van zaken tijdens het

algemeen overleg van 1 december 2011. In lopende producten introduceren Nationale Nederlanden en AEGON vanaf 2013 een kostenmaximum van 1,25%.<sup>1</sup>

Er is alleen voldaan aan de best of class als het binnen lopende producten zowel mogelijk is om gratis over te stappen naar goedkopere beleggingsmogelijkheden als de mogelijkheid van een goedkopere vormgeving van overlidensrisicodekking wordt geboden. Alle verzekeraars met uitzondering van Achmea en Reaal bieden volgens de tussenrapportage deze beide mogelijkheden of zeggen toe deze per 1 januari 2013 te bieden. Achmea en Reaal bieden wel de mogelijkheid om kostenloos de overlidensrisicodekking te wijzigen. Uit de rapportage blijkt dat bij Achmea nog niet voor alle labels is aangetoond dat alle klanten goedkopere beleggingsmogelijkheden krijgen. Ook bij Reaal wordt voor een beperkt deel van portefeuille aangegeven dat men nog bezig is met alternatieven om te zorgen dat de kosten van de beleggingen voor alle klanten van Reaal verlaagd worden. De eindrapportage die uw Kamer begin 2013 ontvangt zal ook op dit punt volledige duidelijkheid bieden.

Best of class is geen kosten berekenen als gevolg van een overstap of afkoop. De tussenrapportage leert dat overstap naar alternatieve producten of afkoop bij alle verzekeraars kostenloos is, met uitzondering van bepaalde labels van Achmea en AEGON. Bij Achmea geldt voor de labels Avero en Interpolis nog dat bij overstap naar een andere aanbieder maximaal € 150,- aan afkoopkosten moeten worden betaald. AEGON kent bij 10% van de portefeuille nog verrekening van eerste kosten bij afkoop (bij dit deel van de portefeuille worden de eerste kosten over de gehele looptijd gespreid). Omdat de klant bij deze polissen bij afkoop een rekening krijgt gepresenteerd, wordt deze verrekening ook gezien als een overstapbelemmering. In de eindrapportage zal het beeld eind 2012 met betrekking tot het beleid bij overstap of afkoop worden weergegeven.

### *Conclusie rapportage*

Samenvattend kan op basis van de tussenrapportage worden gezegd dat verzekeraars serieuze stappen hebben gezet om hun flankerend beleid te implementeren en ook nog te verbeteren ten opzichte van het in november 2011 geboden overzicht. Naast de implementatie van het flankerend beleid, zijn ook additionele beleidswijzigingen te zien die het belang van de klant dienen. Met betrekking tot het nu in de polis storten van de compensatie hebben de verzekeraars die in het overzicht dat in november 2011 aan uw Kamer is verstrekt nog niet volledig aan dit onderdeel van de best of class voldeden (zij storten de compensatie pas aan het einde van de looptijd) inmiddels besloten hun beleid ook best of class te maken. Ook heeft een tweetal verzekeraars besloten voor de toekomst de totale kosten van hun beleggingsverzekeringen te maximeren op een niveau van 1,25%. Voor klanten is dat qua transparantie, maar vooral financieel, een belangrijke stap vooruit. Het flankerend beleid moet in 2012 worden gerealiseerd. De tussenrapportage geeft het beeld per 1 juni 2012. Verzekeraars hebben nog niet alles gerealiseerd, ze hebben daarvoor nog een half jaar. Op basis van de tussenrapportage kan nog niet geconcludeerd worden of verzekeraars eind 2012 zullen voldoen. In de eindrapportage met peildatum eind 2012 zal duidelijk worden of verzekeraars volledig gaan voldoen.

### **Moties**

Naar aanleiding van het algemeen overleg zijn twee moties aangenomen.<sup>2</sup> De motie van de leden Plasterk en Blanksma-Van den Heuvel verzoekt de monitoring van de kostencompensatieakkoorden die zijn afgesloten tussen verzekeraars en consumentenstichtingen transparant en

<sup>1</sup> AEGON kent bij grotere polissen een lager kostenmaximum en voor garantiepolissen een hoger kostenmaximum. Voor de precieze informatie wordt verwezen naar bijgevoegde rapportage van Deloitte.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2011/12, 29 507, nrs. 110 en 111.

inzichtelijk te maken. De gesloten akkoorden verplichten de verzekeraars om de uitvoering van de in de akkoorden vastgelegde afspraken, te laten toetsen door een onafhankelijke accountant. In de akkoorden is geen verplichting opgenomen om deze toetsing ook openbaar te maken. Verzekeraars hebben aangegeven de accountantstoetsing of de uitkomsten daarvan op hun website te zullen plaatsen zodra dit het wel het geval is. Bij Delta Lloyd en Achmea heeft al een accountantstoetsing plaatsgevonden en is deze ook gepubliceerd op de website. In de eindrapportage die begin 2013 aan uw Kamer wordt aangeboden, zal ook aandacht worden besteed aan deze accountantstoetsing.

De motie van de leden Blanksma-Van den Heuvel en Plasterk verzoekt het onderdeel schrijvende gevallen van de akkoorden ook in de hierboven genoemde monitoring te betrekken en aandacht te besteden aan de geschillencommissie schrijvende gevallen. Verzekeraars en stichtingen hebben laten weten dat een commissie schrijvende gevallen op korte termijn zal worden ingesteld. De verwachting van verzekeraars en stichtingen is dat deze klanten vanaf ongeveer dit najaar bij de dan geïnstalleerde commissie terecht kunnen. In de eindrapportage zal eveneens aandacht worden besteed aan de geschillencommissie en schrijvende gevallen in het algemeen.

### **Wegnemen overstapbelemmeringen**

Tijdens het algemeen overleg is ook gesproken over andere dan financiële overstapbelemmeringen. Als een overstap naar een ander product of een andere aanbieder in het belang van een klant is, mag de klant onder geen beding onnodige hobbels worden opgeworpen. Dergelijke hobbels kunnen bestaan in afkoopkosten, maar ook in onnodige processen die klanten belemmeren.

Specifiek is de termijn besproken waarbinnen het kapitaal wordt overgedragen naar de andere aanbieder. Vanuit uw Kamer werd een termijn van maximaal 30 dagen genoemd. Naar aanleiding van het algemeen overleg is contact gezocht met verzekeraars en banken, aangezien zij samen verantwoordelijk zijn voor een soepele kapitaaloverdracht als klanten willen overstappen. Het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Banken hebben in de in juni gehouden ledenvergaderingen een nieuw protocol goedgekeurd ter stroomlijning van kapitaaloverdrachten (PSK). Het nieuwe protocol gaat per 1 juli 2012 in. In dit protocol is een maximale termijn opgenomen van 14 dagen. Bij een betaling na deze termijn krijgt de klant wettelijke rente vergoed. Deze termijn gaat gelden nadat de overdrager (bijvoorbeeld de verzekeraar) alle stukken heeft ontvangen. Om het proces te versoepelen is de informatiestroom van overdrager naar ontvanger geüniformeerd en de overgang van fiscale verantwoordelijkheden geregeld, zodat daardoor geen vertraging hoeft te ontstaan. Verder is van belang dat ook andere aanbieders van fiscaal gefaciliteerde producten die geen bank of verzekeraar zijn, het PSK kunnen toepassen. Partijen die nu de voorganger van het protocol toepassen hebben een overgangstermijn afgesproken tot 1 januari 2013 om hun systemen aan te passen. Voor andere aanbieders gaat het protocol per instapdatum gelden.

Verder is tijdens het algemeen overleg aandacht gevraagd voor problemen bij wijziging van de verpanding. Beleggingsverzekeringen die zijn bedoeld voor aflossing van de hypotheek worden doorgaans verpand aan de hypotheekgever. Als de klant overstapt naar een andere aanbieder, moet de hypotheekgever als belanghebbend bij de polis akkoord gaan. De meeste hypotheekgevers zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Banken. De Nederlandse Vereniging van Banken heeft aan mij het volgende verklaard: «*De Nederlandse Vereniging van Banken onderschrijft*

*dat het voorkomen en wegnemen van ongerechtvaardigde belemmeringen voor overstappen van groot belang is. Waar het de acceptatie van verpandingsproducten betreft geldt dat deze producten door banken zorgvuldig beoordeeld moeten worden. Daarbij moet een oordeel worden geveld over de financiële positie van de consument, zijn wensen en voorkeuren en potentiële toekomstige risicoscenario's als arbeidsongeschiktheid of werkloosheid. Het product dat geadviseerd wordt moet daarbij aansluiten. Wanneer een product voor de consument zeer nadelige voorwaarden, kosten of risico's die niet passen bij het profiel van deze consument met zich meebrengt (zoals beleggingen), of wanneer een bank slecht zicht heeft in de ontwikkeling van de waarde-opbouw, kan dit leiden tot onverantwoorde kredietverstrekking. De beoordeling of de verstrekking en/of verpanding verantwoord is maakt elke bank individueel waarbij de klant bij die afweging centraal staat.»* Uiteraard is van belang dat bij overstappen een goede afweging wordt gemaakt. Wel wordt ervan uitgegaan dat het centraal stellen van het belang van de klant betekent dat niet op oneigenlijke gronden geweigerd zal worden om een ander product als onderpand toe te laten. In gevallen waarin de positie van de klant verbeterd kan worden door een overstap moet coulant worden omgegaan met aspecten als verpanding. Klanten die van mening zijn dat op oneigenlijke gronden een product wordt geweigerd door de hypotheekverstrekker kunnen dat signaleren bij de AFM. Het wegnemen van overstapbelemmeringen heeft brede aandacht. Zo heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit aangekondigd een onderzoek te doen naar overstapbelemmeringen bij onder andere hypotheeken. Ik volg dit met belangstelling.

### **Behandeling klachten met betrekking tot beleggingsverzekering door Kifid**

Tijdens het genoemde algemeen overleg is toegezegd dat in deze brief aandacht geschonken zou worden aan de aankondiging van Kifid om instellingen een terugkoppeling te geven over algemene aandachtspunten die volgen uit zaken. Kifid heeft in 2012 algemene aandachtspunten teruggekoppeld naar de betrokken instellingen. De verwachting is dat instellingen bij zaken waarin dezelfde aandachtspunten spelen, hebben gehandeld naar de punten uit de terugkoppeling. Kifid heeft de volgende informatie verstrekt over de stand van zaken met betrekking tot beleggingsverzekeringzaken.

Dit jaar heeft de Ombudsman ongeveer 60 klachten over beleggingsverzekeringen binnen gekregen. Klachten over de uitvoering van de compensatieregelingen (ongeveer 25 stuks) zijn door hem behandeld. Grote lijn in deze klachten betrof de termijn die de verzekeraar nodig had om tot vaststelling van de (hoogte van de) compensatie te komen. Dit soort klachten neemt langzamerhand af omdat de meeste verzekeraars in een afrondend stadium zijn bij de vaststelling van de (hoogte van de) compensatie, dan wel de uitvoering van de compensatieregeling inmiddels geheel hebben afgerond. Klachten die inhielden dat men meer compensatie wilde hebben dan op grond van de compensatieregelingen gerechtvaardigd zou zijn, zijn door de Ombudsman niet in behandeling genomen. Dit betroffen ongeveer 35 klachten. In deze gevallen is aan klager en aan de verzekeraar bericht dat de Ombudsman op basis van zijn reglement voornemens was deze klachten rechtstreeks in handen te stellen van de Geschillencommissie van Kifid (omdat het schikkingstadium met het bereiken van de compensatieregelingen was gepasseerd). Het is vervolgens aan partijen overgelaten of zij de weg naar de Geschillencommissie wilden volgen dan wel of zij een nieuwe poging wilden wagen om, buiten de Ombudsman om, tot een schikking te komen. Uit het aantal zaken dat aan de Geschillencommissie is voorgelegd, kan

worden afgeleid dat in een aantal gevallen partijen er kennelijk alsnog samen zijn uitgekomen. Een aanzienlijk deel van de doorverwezen klagers heeft zich inmiddels tot de Geschillencommissie gewend. De eerste klachten zullen na het zomerreces door de Geschillencommissie worden beoordeeld. De door klagers aan de Geschillencommissie voorgelegde problematiek betreft in zijn algemeenheid de kwaliteit van de advisering en informatievoorziening in het kader van de totstandkoming van de beleggingsverzekering. Overigens constateert de Geschillencommissie dat in een aantal gevallen partijen alsnog in onderling overleg tot een oplossing zijn gekomen.

De minister van Financiën,  
J. C. de Jager