

Vergaderjaar 2013–2014

29 507

Regels voor de financiële dienstverlening (Wet financiële dienstverlening)

Nr. 122

BRIEF VAN DE MINISTER VAN FINANCIËN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 maart 2014

Over de problematiek met beleggingsverzekeringen is de afgelopen jaren regelmatig gesproken en zijn er al diverse brieven aan uw Kamer gezonden. Klanten hebben in het verleden polissen afgesloten voor bijvoorbeeld aflossing van hun hypotheek of als oudedagsvoorziening, die later niet aan bleken te sluiten bij hun verwachtingen. Deze problematiek blijft mijn aandacht hebben. Naar aanleiding van mijn toezeggingen hierover in het algemeen overleg van 11 september 2013 (Kamerstuk 29 507, nr. 121) met uw Kamer komen in deze brief de stappen aan de orde die nu gezet worden om de positie van deze klanten te verbeteren. Het gaat dan ten eerste om de toetsing van de nazorg van verzekeraars en adviseurs door de AFM. Verder wordt aandacht besteed aan het door verzekeraars onderzoeken van de mogelijkheden voor eenzijdige aanpassingen. Ook de stand van zaken met betrekking tot de Commissie individuele schrijnende gevallen komt aan de orde. Er is een aantal algemene problemen bij beleggingsverzekeringen weer te geven, waar ik eerst hieronder kort op in zal gaan in samenhang met de stappen die al zijn gezet.

Problematiek beleggingsverzekeringen

De problemen bij beleggingsverzekeringen leiden ertoe dat klanten vaak minder hebben opgebouwd dan hun oorspronkelijke doelstelling was. Een duidelijk probleem bij beleggingsverzekeringen uit het verleden is dat de kosten die in rekening zijn gebracht in veel gevallen intransparant en erg hoog waren. Om hiervoor compensatie te bieden hebben verzekeraars en consumentenstichtingen akkoorden gesloten waarin een algemene kostencompensatie voor alle klanten¹ is geboden. Een belangrijk probleem is het achterblijven van beleggingsresultaten. Hoewel dit risico deels inherent is aan het product beleggingsverzekering, is het van groot

¹ Indien kosten boven een bepaalde grens in rekening zijn gebracht.

belang dat polishouders weten of hun polis nog aansluit bij hun doelstellingen. Sinds een aantal jaren worden klanten jaarlijks geïnformeerd over de waarde van hun polis, waardoor zij tijdig zouden kunnen anticiperen op het achterblijven van de waarde. Hierbij wordt opgemerkt dat dit niet voldoende is gebleken om klanten daadwerkelijk te activeren. Een ander probleem was dat de polissen te beperkte mogelijkheden boden om toekomstgericht verbeteringen aan te brengen. Door middel van het flankerend beleid van verzekeraars en de in nauw overleg met uw Kamer opgestelde *best of class* zijn de toekomstgerichte verbeteringsmogelijkheden uitgebreid. Zo kan nu vrijwel altijd worden gekozen voor goedkopere beleggingen en zijn overstapkosten weggenomen. Een probleem daarbij is dat, hoewel het beleid van verzekeraars verbeterd is, weinig klanten gebruik maakten van de mogelijkheden om een beleggingsverzekering aan te passen. Daarom zet de AFM in op het aanzetten van verzekeraars en adviseurs tot het activeren van hun klanten met een beleggingsverzekering. Deze nazorg wordt sinds 2012 getoetst. Het belangrijkste doel daarvan is dat verzekeraars en adviseurs hun klanten activeren zodat zij een bewuste keuze maken over of en hoe zij verder willen met hun beleggingsverzekering. Voor de gevallen waarin het niet lukt om klanten te activeren ben ik van mening dat verzekeraars zich zouden moeten inzetten om te bezien of eenzijdige wijzigingen van de beleggingsverzekering behulpzaam kunnen zijn. Verder hebben zich bij de verkoop van beleggingsverzekeringen destijds ook meer specifieke problemen voorgedaan die kunnen verschillen per polis, advies en klant, bijvoorbeeld met betrekking tot onjuiste of onvolledige informatieverstrekking. Met betrekking tot dergelijke gebreken bieden het Kifid, de rechterlijke macht en sinds 2013 ook de Commissie individuele schrijvende gevallen de mogelijkheid voor klanten om hun specifieke casus voor te leggen en een onafhankelijke beslechting van hun geschil te verkrijgen.

Rapportage AFM nazorg beleggingsverzekeringen 2013

Bij deze brief bied ik u het rapport aan dat de Autoriteit Financiële Markten heeft opgesteld om in kaart te brengen welke vorderingen verzekeraars en adviseurs in 2013 hebben gemaakt met betrekking tot het activeren van klanten². Deze rapportage bevat, zoals ook in mijn brief van 13 december 2013 aangekondigd³, nog geen toetsing op streefcijfers. Deze zomer zal de AFM voor het eerst rapporteren in hoeverre de verzekeraars voldoen aan de gestelde streefcijfers, die in de brief van 13 december 2013 zijn toegelicht. Deze rapportage wordt uiteraard ook aan uw Kamer aangeboden. Van verzekeraars heb ik begrepen dat zij in principe voornemens zijn zelf hun individuele prestaties ten opzichte van de streefcijfers zoals die zijn geformuleerd voor het einde van het eerste kwartaal van 2014, openbaar te maken.

De AFM heeft de nazorg bij achttien verzekeraars getoetst. Daarbij is zowel gekeken naar de kwaliteit van de aanpak van de activatie als naar de vooruitgang die daarbij is geboekt. Hierbij geldt dat hoe kwetsbaarder de klant is, hoe meer prioriteit de AFM van verzekeraar en adviseur verwacht. Onder het activeren van klanten verstaat de AFM bij beleggingsverzekeringen het aanzetten tot en ondersteunen van klanten zodat (1) die inzicht krijgen in de financiële situatie van hun polis, (2) overzicht krijgen van hun verbetermogelijkheden en, (3) indien nodig, stappen ondernemen om hun situatie te verbeteren. Ook een bewuste keuze van de klant om zijn situatie niet te wijzigen, kan daarvan de uitkomst zijn. Een geactiveerde klant is dus een klant die aantoonbaar een bewuste keuze heeft gemaakt over zijn

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

³ Kamerstuk 29 507, nr. 121.

polis. Idealiter maakt iedere klant met een beleggingsverzekering een bewuste keuze met betrekking tot de vraag of en hoe de klant de beleggingsverzekering wil voortzetten. De AFM is zich ervan bewust dat het activeren van klanten niet altijd eenvoudig is, maar biedt verzekeraars ook handvaten, in de vorm van succesvolle voorbeelden van verzekeraars en adviseurs, met betrekking tot effectieve benadering van klanten. Hoewel de AFM vooruitgang ziet ten opzichte van het voorgaande jaar, constateert zij ook dat er nog een lange weg te gaan is. Verzekeraars hebben een aanpak bepaald, die door de AFM voor een belangrijk deel van de verzekeraars als gedegen worden betiteld, maar moeten in 2014 nog serieuze stappen zetten om de streefcijfers daadwerkelijk te halen en te zorgen dat de (meest) kwetsbare klanten zo spoedig mogelijk worden geactiveerd. Ook is nog verschil te zien tussen de grotere en kleinere verzekeraars. Vooral de meeste kleinere verzekeraars zijn volgens de AFM nog niet met dezelfde urgentie en intensiteit bezig. Bij adviseurs concludeert de AFM dat er in 2013 voortgang is geboekt, maar dat de resultaten onderling nog verschillen. Ik verwacht van verzekeraars en adviseurs dat zij zich ten eerste zullen inzetten om deze klanten te activeren. De eerste rapportage over streefcijfers van deze zomer is voor mij een belangrijk meetmoment. Op dat moment kan worden bepaald of de voortgang die verzekeraars en adviseurs hebben gemaakt voldoende is om vertrouwen te hebben in het realiseren van de streefcijfers en belangrijker, het helpen van hun klanten.

Eenzijdige wijzigingen beleggingsverzekeringen

Zoals ik tijdens het algemeen overleg van 11 september heb benadrukt moet de eerste inzet van verzekeraars gericht zijn op het samen met de klant verbeteren van lopende beleggingsverzekeringen. Wanneer na voldoende inspanningen blijkt dat dit bij bepaalde klanten niet lukt, is het van belang dat verzekeraars ook andere mogelijkheden bezien om in ieder geval de positie van de (meest) kwetsbare klanten te verbeteren. Een van de mogelijkheden is dat door middel van eenzijdige aanpassingen de positie van de klant alsnog verbeterd zou kunnen worden. De mogelijkheden voor eenzijdige aanpassingen zijn mede afhankelijk van de individuele portefeuilles van verzekeraars. Daarom is het aan verzekeraars zelf om hun portefeuilles door te lichten en de mogelijkheden voor eenzijdige aanpassingen te bezien. Ik heb hen opgeroepen om het mij te melden als zij juridische belemmeringen tegenkomen bij gewenste aanpassingen.

Inmiddels heeft het Verbond van Verzekeraars mij laten weten dat verzekeraars de verschillende aspecten van eenzijdig wijzigen van verzekeringsovereenkomsten serieus (hebben) bezien. Ten aanzien van de vraag naar juridische belemmeringen constateert het Verbond dat het eenzijdig wijzigen van contracten door de verzekeraar of de verzekeringnemer juridisch niet is toegestaan. Indien vast zou staan dat de aanpassing nu en in de toekomst geen kans op nadelige uitkomsten oplevert voor de betreffende klanten, dan kan een verzekeraar besluiten daaraan voorbij te kunnen gaan. Daarbij is het van groot belang om daarbij ook de zorgplicht naar de klant toe en het klantbelang centraal te stellen.

Dat in algemene zin het ongewenst is dat één van de partijen bij de overeenkomst, en zeker de partij die over het algemeen een grotere machtspositie heeft, eenzijdig een overeenkomst wijzigt, staat buiten kijf. Wanneer een eenzijdige wijziging echter in het belang van de klant is en er voldoende wordt ingezet op het informeren van de klant over die wijziging, verwacht ik van verzekeraars dat zij deze mogelijkheden serieus bezien.

Daarom zijn de verzekeraars opgeroepen actief te zoeken naar mogelijkheden om de positie van deze klanten te verbeteren. Daarbij is van belang dat in het verleden naar aanleiding van bijvoorbeeld de compensatieakkoorden en het flankerend beleid reeds eenzijdige aanpassingen van het kostenniveau hebben plaatsgevonden. Kortom, verzekeraars moeten naar mijn mening goed onderzoek doen naar concrete mogelijkheden om, in aanvulling op de inzet voor de activering van klanten, in ieder geval bij niet-opbouwende polissen, de diverse mogelijkheden te benutten om de positie van de betreffende klanten te verbeteren. Ik verwacht van verzekeraars de komende tijd serieuze inzet op dit punt en zal uw Kamer deze zomer, gelijktijdig met de eerste toetsing op streefcijfers, informeren over de voortgang.

Commissie individuele schrijnende gevallen

Tijdens het algemeen overleg over beleggingsverzekeringen met uw Kamer op 11 september 2013 heb ik toegezegd uw Kamer nader te informeren over de Commissie individuele schrijnende gevallen. De Commissie is in het voorjaar van 2013 opgericht door de Stichting Verliespolis, de Stichting Woekerpolicclaim, de Vereniging VEB NCVB, de Vereniging Eigen Huis, de Vereniging Consument & Geldzaken en het Verbond van Verzekeraars en bestaat uit mr. dr. M. Oosting (voorzitter), prof. mr. C.E. du Perron (commissielid) en dhr. P.P.C. van Zijp (commissielid). De taak van de Commissie is de behandeling van klachten van polishouders bij de zes grootste verzekeraars over de wijze waarop hun verzekeraar uitvoering heeft gegeven aan de regeling voor schrijnende gevallen die die verzekeraar is overeengekomen. Het oordeel van de Commissie is bindend voor de verzekeraar en de polishouder. Door de Commissie worden geen kosten in rekening gebracht aan de polishouder. Informatie over de Commissie is te vinden op de website van de Commissie (www.commissieisg.nl).

De Commissie heeft begin september 2013 per brief de zes grote verzekeraars opgeroepen om op hun websites klanten ook te attenderen op het bestaan van de Commissie. Inmiddels hebben de 6 grote verzekeraars en de twee hiervoor genoemde stichtingen en drie verenigingen aan dit verzoek voldaan. De Commissie is in 2013 tweemaal bijeengekomen en heeft toen de procesregeling (met als basis het reglement voor de commissie) en de inhoud van de website vastgesteld. De Commissie heeft in 2013 één klacht ontvangen en tot dusver in 2014 nog één. Beide klachten zijn door de Commissie niet-ontvankelijk verklaard, omdat deze niet vielen binnen de voorwaarde van het reglement dat men zich met een klacht over de toepassing van de schrijnende gevallen-regeling eerst moet hebben gewend tot de desbetreffende verzekeraar. Wanneer deze klanten na het doorlopen van de klachtenprocedure bij hun verzekeraar nog steeds van mening zijn dat ze een schrijnend geval zijn waarvoor niet afdoende compensatie is geboden, kunnen zij op dat moment alsnog hun casus voorleggen aan de Commissie. In het algemeen overleg van 11 september 2013 heb ik aangegeven dat het mogelijk is dat verzekeraars er zelf voor kiezen om schrijnende gevallen ruimhartig af te doen om niet naar de Commissie te hoeven. Op die manier zou de Commissie ook een belangrijke toegevoegde waarde kunnen hebben. Anderzijds is het ook mogelijk dat de Commissie nog onvoldoende bekendheid heeft bij klanten die mogelijk schrijnende gevallen zouden kunnen zijn. De Commissie bespreekt daarom zeer binnenkort met alle instellers de mogelijkheid om meer aandacht te besteden aan het bestaan van de Commissie.

De Minister van Financiën,
J.R.V.A. Dijsselbloem