

Vergaderjaar 2015–2016

29 507

Regels voor de financiële dienstverlening (Wet financiële dienstverlening)

Nr. 138

BRIEF VAN DE MINISTER VAN FINANCIËN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 oktober 2015

De problematiek rond beleggingsverzekeringen uit het verleden heeft al een flink aantal jaren de aandacht van mij, uw Kamer en de samenleving. Er zijn verschillende stappen gezet om de positie van klanten met een in het verleden afgesloten beleggingsverzekering te verbeteren. Zo is er generieke compensatie overeengekomen in akkoorden tussen verzekeraars en consumentenstichtingen, is het flankerend beleid van verzekeraars verbeterd en zijn er verschillende (rechts)zaken gevoerd en nog aanhangig over specifieke problemen bij klanten met een beleggingsverzekering. Op dit moment wordt vanuit de overheid vooral de nadruk gelegd op de nazorg voor klanten met een beleggingsverzekering. Om dit beleid kracht bij te zetten heb ik eerder dit jaar de verplichting voor verzekeraars om klanten met een beleggingsverzekering te activeren ook in regelgeving vastgelegd. Hierdoor kan de Autoriteit Financiële Markten (hierna: AFM) handhavend optreden als blijkt dat verzekeraars onvoldoende resultaat boeken met het activeren van klanten.

In deze brief worden de hoofdpunten van de rapportage van de AFM over de laatste stand van zaken met betrekking tot nazorg bij beleggingsverzekeringen weergegeven. Verder wordt in deze brief ingegaan op de invulling van een aantal toezeggingen op het gebied van beleggingsverzekeringen.

Rapportage AFM

Bijgevoegd treft u de rapportage van de AFM over de nazorg bij beleggingsverzekeringen over de meetmomenten 30 juli 2015 en 21 augustus 2015¹. Er zijn twee meetmomenten opgenomen in deze rapportage in verband met de inwerkingtreding van de bovengenoemde regelgeving waarmee de verplichtingen van verzekeraars wettelijk zijn vastgelegd. Om

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

te toetsen of verzekeraars aan de daarin vastgestelde vereiste resultaten hadden voldaan, heeft de AFM naast het eerder gecommuniceerde meetmoment van 30 juni 2015 bij het verstrijken van de deadline voor niet-opbouwende en hypotheekgebonden polissen op 21 augustus 2015² nogmaals een meting gedaan.³

Uit deze meting blijkt dat zeven verzekeraars⁴ al hun klanten met een niet-opbouwende polis hebben geactiveerd dan wel voor deze klanten een andere oplossing hebben gevonden. Daarnaast waren er drie verzekeraars⁵ die weliswaar niet al hun klanten hadden geactiveerd of een oplossing hadden gevonden, maar afgerond wel op een percentage van 100% uitkomen. Zeven verzekeraars⁶ hebben – ook afgerond – dit percentage nog niet gehaald, waarvan één verzekeraar⁷ significant achter blijft. De AFM heeft de bevoegdheid om te handhaven bij verzekeraars die niet voldoen aan hun verplichtingen. Het al dan niet starten van een handhavingstraject wordt niet openbaar gemaakt, wel worden eventueel opgelegde boetes en verbeurde dwangsommen openbaar gemaakt.

Voor hypotheekgebonden beleggingsverzekeringen geldt dat alle verzekeraars op het meetmoment 21 augustus 2015 ten minste 80% van hun klanten hadden geactiveerd. Daarmee hebben alle verzekeraars voldaan aan de wettelijke deadline voor deze categorie beleggingsverzekeringen.

Met de inwerkingtreding van de regelgeving zijn ook vereiste resultaten voor het activeren van klanten met een pensioengebonden beleggingsverzekering van kracht geworden. De deadline voor het activeren van klanten met een pensioengebonden beleggingsverzekeringen verstrijkt op 31 december 2016. Het vereiste resultaat en de deadline voor beleggingsverzekeringen met overige doelstellingen dient nog te worden vastgesteld. Over het vereiste resultaat en de deadline voor deze categorie zal de AFM later dit jaar meer duidelijkheid geven.

De verplichting tot het activeren van klanten met een beleggingsverzekering geldt voor beleggingsverzekeringen die voor 1 januari 2013 zijn afgesloten. In de rapportage is per categorie weergegeven hoeveel van de beleggingsverzekeringen die voor 1 januari 2013 zijn afgesloten nog liepen medio 2015. Dit betreft in totaal nog ruim 2,7 miljoen beleggingsverzekeringen; per 1 januari 2013 waren dit er 3,7 miljoen. Deze afname komt voort uit het tot uitkering komen van de beleggingsverzekering of een verzoek tot afkoop van de beleggingsverzekering waartoe klanten onder andere overgaan nadat zij door hun verzekeraar zijn geactiveerd. Van deze beleggingsverzekeringen was medio 2015 ongeveer 17% een hypotheekgebonden beleggingsverzekering, 49% een pensioengebonden beleggingsverzekering en 34% betrof een beleggingsverzekering met een overige doelstelling. Met deze cijfers wordt uitvoering gegeven aan de motie van het lid Omtzigt⁸ op de wijze waarop ik tijdens het debat op

² De datum van 21 augustus 2015 is een maand na inwerkingtreding van de vereiste resultaten die zijn opgenomen in de Nadere regeling gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft. De algemene maatregel van bestuur op grond waarvan deze vereiste resultaten konden worden opgenomen in de Nadere regeling is op 18 juli 2015 in werking getreden.

³ De AFM heeft een nieuwe meting gedaan bij verzekeraars die met betrekking tot niet-opbouwende polissen op 30 juni 2015 nog niet hadden voldaan aan de doelstelling 100% van de klanten te activeren. Voor hypotheekgebonden polissen heeft de AFM slechts bij één verzekeraar een nieuwe meting gedaan.

⁴ a.s.r., Generali, Hollands Welvaren, Legal & General, Leidsche, Loyalis en VvAA.

⁵ Aegon, Delta Lloyd en Nationale-Nederlanden.

⁶ ABN Amro Leven, Achmea, Allianz, BNP Paribas, Conservatrix, De Goudse en Reaal (Vivat).

⁷ Reaal (Vivat).

⁸ Kamerstuk 29 507, nr. 135.

20 mei 2015 heb gemeld. In de motie van het lid Omtzigt wordt verzocht om een totaaloverzicht van het aantal afgesloten beleggingsverzekeringen en de oplossingspercentages te presenteren per product of productgroep. Zoals aangegeven tijdens het voortgezet algemeen overleg worden de oplossingspercentages in de AFM-rapportage weergegeven per categorie (in deze rapportage: niet-opbouwend en hypotheekgebonden) en per verzekeraar. Informatie per product en per verzekeraar is niet beschikbaar en zou kunnen leiden tot concurrentiegevoelige informatie waarvan niet geëist kan worden dat deze openbaar wordt gemaakt.

Tevens zijn in de rapportage ook de resultaten weergegeven van de (verkennde) onderzoeken die de AFM heeft verricht naar de kwaliteit van het activeren en de kwaliteit van het hersteladvies. Bij het onderzoek naar de kwaliteit van het activeren is, conform mijn toezegging tijdens het algemeen overleg van 15 april 2015, aandacht besteed aan de redenen van klanten om een beleggingsverzekering niet aan te passen.⁹ Uit het consumentenonderzoek blijkt dat de meeste respondenten op de hoogte zijn van het mogelijke probleem dat zij hebben met hun beleggingsverzekering. Ook blijkt dat meer dan de helft van de respondenten zelf in actie is gekomen om extra informatie in te winnen en dat een groot deel van de respondenten buiten de beleggingsverzekering om maatregelen heeft getroffen. In het onderzoek komt echter ook een kleinere groep klanten naar voren die, ondanks alle inspanningen van verzekeraars, mogelijk niet voldoende op de hoogte is van het probleem en/of die niet in actie komt om het probleem op te lossen. Deze groep betreft ongeveer 20% van de in het consumentenonderzoek onderzochte consumenten. De AFM geeft aan dat de huidige aanpak van verzekeraars op deze groep klanten niet het gewenste effect heeft. Hierover zal de AFM met de verzekeraars in gesprek treden. Voor meer gedetailleerde informatie over de uitkomsten van het onderzoek verwijst ik naar bijgevoegde rapportage van de AFM.

Tot slot heb ik toegezegd de AFM te vragen of er signalen zijn dat adviseurs zich onvoldoende houden aan de wettelijke meewerkverplichting die geldt bij nazorg in relatie tot de regelgeving die verplichtingen voor verzekeraars in het leven heeft geroepen. Op dit moment zijn er geen signalen dat adviseurs in groten getale onvoldoende meewerken bij het activeren van klanten met een beleggingsverzekering; wel blijft dit aspect een punt van aandacht voor de AFM.

Mogelijkheden voor klanten om bijstand te zoeken

Tijdens het algemeen overleg van 24 september 2015 over de toekomst van de verzekeringssector is gesproken over het voorstel dat de voorzitter van de Commissie Verzekeraars, op persoonlijke titel, heeft gedaan tijdens de hoorzitting over de toekomst van de verzekeringssector. Dit voorstel was om bij het Kifid een apart loket te openen waar klanten een oordeel kunnen krijgen over de redelijkheid van aan hen gedane compensatievoorstellen. In de discussie tijdens het algemeen overleg is gesproken over de achterliggende redenen van dit voorstel en aspecten bij vormgeving. Het probleem dat geadresseerd zou moeten worden, is dat klanten behoefte kunnen hebben aan ondersteuning als zij een aanbod van de verzekeraar krijgen. Klanten die eerder een product niet (volledig) hebben doorzien, kunnen – terecht of onterecht – ook twifelen of een aanbod van de verzekeraar voldoende aansluit bij hun situatie. Er zijn twee situaties waarin dit kan spelen. Ten eerste gaat het om de mogelijkheden die de verzekeraar biedt in het kader van de nazorg. Ten tweede gaat het om eventuele aanvullende compensatie (naast die uit de

⁹ Kamerstuk 29 507, nr. 136, blz. 29.

akkoorden tussen verzekeraars en consumentenstichtingen) die een verzekeraar biedt binnen een klachtenprocedure.

De ondersteuning van klanten in de eerste situatie moet in beginsel worden geboden door de oorspronkelijke adviseur of de verzekeraar zelf. De verzekeraar moet op grond van de, deze zomer in werking getreden, verplichting in regelgeving de klant informeren over zijn beleggingsverzekering en de verbeteringsmogelijkheden, zodat de klant een bewuste keuze voor de toekomst kan maken. De AFM houdt toezicht op de uitvoering van deze verplichting; op die manier wordt voldoende kwaliteit bij de informatie en de manier van benaderen van de klant gewaarborgd. Daarnaast heeft het Nibud op 1 oktober 2015 een informatieportaal gelanceerd waar klanten praktische informatie en tips over beleggingsverzekeringen kunnen vinden.¹⁰ Uiteraard kan zich ook de situatie voordoen dat de klant geen adviseur meer heeft of de voormalige adviseur en/of verzekeraar niet meer (voldoende) vertrouwt. Voor dergelijke situaties hebben verzekeraars aangekondigd een onafhankelijk adviesloket in te richten waar klanten kosteloos hersteladvies kunnen krijgen. Hoewel bij hersteladviezen dus voorstelbaar is dat klanten onzekerheid ervaren, zijn er afdoende mogelijkheden voor klanten om bijstand te zoeken en zou de inrichting van een aanvullend loket weinig toevoegen aan de bestaande mogelijkheden.

In de tweede situatie gaat het om klanten die een klacht hebben ingediend bij de verzekeraar over hun beleggingsverzekering en in reactie daarop van de verzekeraar een aanbod voor compensatie van schade krijgen. Veel van deze klanten laten zich in deze fase al bijstaan door de verschillende actieve stichtingen en verenigingen die zich richten op het bijstaan van klanten in procedures over beleggingsverzekeringen. Een klant die dergelijke bijstand heeft, zal doorgaans weinig behoefte hebben om het aanbod ook te laten toetsen bij een loket, aangezien de vereniging of stichting deze rol al vervult. Voor een klant met bijstand is het waarschijnlijk juist belangrijk om de huidige functie van het Kifid, als laagdrempelige geschillenbeslechter te behouden. Een loket bij Kifid waar een oordeel kan worden verkregen over het aanbod van de verzekeraar, maakt het namelijk complex om Kifid daarna als geschillenbeslechter dezelfde zaak te laten afdoen. Klanten die geen bijstand hebben in de klachtenprocedure kunnen twijfelen of een aanbod van de verzekeraar voldoende aansluit bij de problemen in hun beleggingsverzekering, maar kunnen dit in beginsel niet kosteloos toetsen bij een deskundige partij. Er zijn op dit moment geen gegevens over de omvang van deze groep. Voor de afweging of voor deze groep, al dan niet via het Kifid, mogelijkheden geboden moeten worden om bijstand te zoeken bij de beoordeling van het voorstel van de verzekeraar is het van belang om inzicht te krijgen in de omvang van deze groep. De komende periode wordt ernaar gestreefd om dat inzicht te verkrijgen en afhankelijk van de uitkomst daarvan eventuele mogelijkheden te verkennen.

Zoals tijdens het algemeen overleg is toegezegd is wel alvast, in het kader van het gesignaleerde probleem dat klanten in de genoemde situaties behoefte aan bijstand kunnen hebben, gesproken met het Kifid. Het creëren van de mogelijkheid om in een eerdere fase dan het indienen van een klacht bij Kifid als geschilleninstantie, een voorstel voor te leggen aan Kifid vereist een nieuw reglement voor deze activiteit naast de geschillenbeslechting. Dit zal door de betrokken partijen (verzekeraars en consumenten(organisaties)) moeten worden bepaald, om te zorgen dat de activiteit zo goed mogelijk aansluit bij de bedoelingen. Kifid zal vervolgens beoordelen of een zo gerealiseerd reglement werkbaar en uitvoerbaar

¹⁰ www.nibud.nl/beleggingsverzekeringen.

voor haar is. Het is dus van belang dat vertegenwoordigers van consumenten en verzekeraars met elkaar in gesprek gaan om te bezien of behoefte bestaat aan een dergelijk loket en zo ja, hoe dat kan worden vormgegeven.

Omkering van de bewijslast

Naar aanleiding van een verzoek van het lid Nijboer (PvdA) heb ik tijdens het algemeen overleg van 15 april 2015 toegezegd de mogelijkheden voor omkering van de bewijslast bij zaken met betrekking tot beleggingsverzekeringen te onderzoeken (Kamerstuk 29 507, nr. 136). De heer Nijboer noemde in dit kader dat verzekeraars zouden moeten bewijzen dat beleggingsverzekeringen die klanten nu nog hebben, nog steeds passen bij de wensen en behoeftes van die klant. In zekere zin gebeurt dit al bij nazorg, waarbij op grond van de regelgeving die 18 juli 2015 in werking is getreden, de AFM handhavend kan optreden als verzekeraars onvoldoende kwantitatieve of kwalitatieve resultaten behalen. Hoewel er in de procedure van nazorg geen bewijslastverdeling is zoals die bij geschillen voor een rechter of geschilleninstantie gebruikelijk is, ligt de verplichting om initiatief te nemen richting de klant bij de verzekeraar en moet de verzekeraar de klant ook aanzetten tot het maken van een bewuste keuze. Uiteraard is het nog wel de klant zelf die de keuze moet maken tot voortzetting, wijziging of stopzetting (al dan niet in combinatie met geheel of gedeeltelijk oversluiten naar een ander product). Alleen de klant kan immers beslissen welk product bij zijn persoonlijke situatie en behoeftes past. In het genoemde algemeen overleg werd in dit kader het voorbeeld genoemd van een overlijdensrisicoverzekering uit het verleden met hoge kosten die maar doorloopt. Waarschijnlijk werd bedoeld op een overlijdensrisicoverzekering die onderdeel is van een beleggingsverzekering. Als sprake is van een dergelijke verzekering moet de verzekeraar in het kader van de nazorg de klant informeren over de mogelijkheden om (kostenloos) over te sluiten naar een goedkopere overlijdensrisicoverzekering en/of de overlijdensrisicoverzekering los te zetten van de beleggingsverzekering. Wanneer de klant kiest voor oversluiten van de overlijdensrisicoverzekering (met dezelfde dekking) binnen dezelfde verzekeraar hebben verzekeraars aangegeven daarvoor geen nieuwe gezondheidsonderzoeken te eisen. De nazorg is kwalitatief pas voldoende als de informatie van de verzekeraar voldoende de urgentie voor die klant uitstraalt en als de informatie de klant in staat stelt en aanzet om een bewuste keuze te maken. Voor deze verbeteringen voor de toekomst is derhalve geen bewijslastverdeling van toepassing, waardoor omkering ook niet aan de orde is.

Naast de meer toekomstgerichte nazorg kan een klant die van mening is dat zijn beleggingsverzekering niet passend is (door gebreken in de informatieverstrekking, de advisering of het product zelf) zich richten tot het Kifid of de burgerlijke rechter. Aangezien het gaat om de civiele bewijslastverdeling zijn mogelijkheden voor omkering van de bewijslast gezamenlijk met mijn collega van Veiligheid en Justitie bezien. Het Kifid en de rechter zijn geëquipeerd om te bepalen of schade is ontstaan door gebreken uit het verleden. Bij de behandeling van geschillen door een rechter of alternatieve geschillenbeslechter, zoals het Kifid, is van belang wie van de partijen wat moet bewijzen. Bij Kifid wordt voor de bewijslastverdeling zoveel mogelijk aangesloten bij het civiele recht en de civiele rechtspraak. In het vervolg van deze brief wordt daarom alleen de civiele bewijslastverdeling toegelicht.

In civiele zaken geldt voor de bewijslastverdeling als hoofdregel de verdeling van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Op grond van dat artikel heeft de partij die zich beroept op de

rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten of rechten ook de bewijslast van die feiten. In datzelfde artikel zijn ook al uitzonderingen op deze hoofdregel opgenomen. Het gaat om bijzondere regels met betrekking tot de bewijslastverdeling of om de eisen van redelijkheid en billijkheid. Daarnaast zijn in de rechtspraak criteria ontwikkeld voor de verdeling van de bewijslast die veel ruimte bieden om rekening te houden met de informatie- en bewijspositie van partijen. Zo zal van een verzekeraar eerder informatie over de inhoud van de polis worden gevraagd dan van een klant. De verzekeraar zal vragen over kosten, rendement en dergelijke moeten beantwoorden, als de consument die gegevens niet (meer) heeft. In jurisprudentie zijn voorbeelden te zien van zaken waarin rechters recht doen aan de minder sterke positie van de klant ten opzichte van de financieel dienstverlener, door middel van bewijslastverdeling. Het Kifid heeft bijvoorbeeld overwogen dat bij onvolledige of onjuiste informatieverstrekking door de verzekeraar over een beleggingsverzekering, het aan de verzekeraar is om aannemelijk te maken dat de klant de verzekering bij een juiste voorstelling van zaken wel zou hebben gesloten.¹¹ In een effectenlease zaak heeft de Hoge Raad aangegeven dat het oorzakelijk verband tussen onvoldoende informatieverstrekking en het niet aangaan van de overeenkomst door de klant in beginsel wordt aangenomen. De aanbieder kan wel tegenbewijs leveren, waarbij de vereisten aan het bewijs zwaarder zijn naar mate de aanbieder uit de positie van de klant had moeten begrijpen dat de risico's voor de klant te groot waren.¹²

De doelstelling van het voorstel voor omkering van de bewijslast zal waarschijnlijk gelegen zijn in het streven om de klant in een sterkere positie te brengen. De vraag is echter of de huidige praktijk binnen de wettelijke bewijslastverdeling en de mogelijkheden voor rechters om rekening te houden met het verschil tussen professionele partijen als verzekeraars enerzijds en consumenten als klanten anderzijds redenen geeft om de wettelijke bewijslastverdeling aan te passen voor klanten met een beleggingsverzekering. De jurisprudentie met betrekking tot beleggingsverzekeringen geeft hier mijn inziens geen redenen toe, nu er geen voorbeelden zijn van situaties waarin enkel de bewijslastverdeling zaken ten nadele van klanten heeft beslist. Een wijziging in regelgeving ten behoeve van een aanpassing in de bewijslastverdeling is daarmee mijns inziens niet nodig. Daarbij is relevant dat mijn collega van Veiligheid en Justitie al werkt aan een voorstel van wet met als doel een collectieve schadevergoedingsactie bij een rechter mogelijk maken.¹³ Begin 2016 gaat het desbetreffende wetsvoorstel voor advies naar de Raad van State. Consumenten en bedrijven kunnen straks makkelijker hun schade collectief verhalen. Representatieve belangenorganisaties kunnen op grond van voornoemd wetsvoorstel naar de rechter stappen om namens een groep gedupeerden die door dezelfde of soortgelijke schadeveroorzakende gebeurtenissen schade hebben geleden een schadevergoeding in geld te vorderen.

Schikkingen

In de media zijn de afgelopen tijd verschillende berichten verschenen over schikkingen met betrekking tot beleggingsverzekeringen.¹⁴ Ook in de

¹¹ Commissie van Beroep Kifid 14 oktober 2010, GCHB 390-L70021.

¹² HR 5 juni 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH2815.

¹³ <https://abonneren.rijksoverheid.nl/nieuwsbrieven/archief/artikel/39/10810891-cc39-4639-a249-d05bc6e92fc1/d343df47-1618-4c51-b977-d9605ff0cbdd>

¹⁴ http://economie.eenvandaag.nl/tv-items/62103/verzekeraar_asr_koopt_woekerpolis_slachtoffers_af; <http://nos.nl/artikel/2030267-geheime-schikking-woekerpolissen-politie.html>.

algemene overleggen met uw Kamer van 15 april en 24 september 2015 is gesproken over deze berichten in de media.

Wanneer een klant een klacht heeft, kan hij die klacht indienen bij de verzekeraar. Iedere financiële onderneming moet op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft) een klachtenprocedure hebben om dergelijke klachten laagdrempelig te behandelen. De verzekeraar kan tijdens deze klachtenprocedure de klacht gegrond verklaren en de klant een schikking aanbieden. Als de verzekeraar de klacht niet gegrond verklaart, kan de klant zijn klacht voorleggen aan het Kifid of de rechter. De verzekeraar moet de klant ook uitdrukkelijk wijzen op deze mogelijkheid. Ook gedurende een procedure bij het Kifid of de rechter bestaat de mogelijkheid dat klant en verzekeraar alsnog samen een schikking treffen. Het initiatief voor een dergelijke schikking kan bij elk van de beide partijen liggen. Zo kan tijdens een procedure duidelijk worden dat een zaak meer of minder sterk is of kunnen partijen meer begrip voor elkaars standpunten krijgen. In dergelijke situaties kan alsnog een schikking worden getroffen en doet de rechter of geschillenbeslechter geen uitspraak. Een overeenkomst tussen twee partijen, zoals een schikking, wordt in de regel niet openbaar gemaakt. Daarnaast wordt in schikkingen vaker gewerkt met een geheimhoudingsbepaling. In een dergelijke bepaling spreken beide partijen af niet extern over de schikking te communiceren. Een uitspraak van een rechter of geschillenbeslechter wordt doorgaans wel openbaar. Het voordeel van het openbare karakter van een uitspraak van een rechter of geschillenbeslechter is dat zich jurisprudentie kan vormen op grond waarvan andere klanten kunnen bepalen of hun klacht reëel is.

Zoals ik tijdens de genoemde algemene overleggen ook heb gezegd, zie ik in beginsel geen problemen bij het treffen van schikkingen. Een schikking is een privaatrechtelijke overeenkomst tussen twee partijen. Een dergelijke overeenkomst is een goede manier om een geschil op te lossen. Een schikking kan de tijd en kosten van een procedure besparen en daarmee voor beide partijen belangrijke toegevoegde waarde hebben. Hoewel ik in beginsel dus geen problemen zie bij het overeenkomen van schikkingen en ook de voordelen zie voor zowel klanten als verzekeraars, kan door vertrouwelijke schikkingen, waarvan het bestaan wel bekend wordt maar de inhoud van de afspraken niet, het beeld ontstaan dat schikkingen worden geheimgehouden, omdat de informatie uit de schikkingen ook voor andere klanten relevant zou kunnen zijn. Of dat beeld klopt is niet te beoordelen, aangezien de schikkingen niet openbaar zijn. De tot dusver betrokken verzekeraars (Nationale Nederlanden en a.s.r.) geven aan dat in de genoemde schikkingen sprake was van maatwerk.

Tijdens het algemeen overleg van 24 september 2015 heb ik toegezegd de mogelijkheden voor een rol voor de toezichthouder bij het toetsen van schikkingen (in het kader van rechtsgelijkheid) te onderzoeken. Het huidige wettelijk kader in de Wft bevat geen bevoegdheden voor de toezichthouder om te toetsen of gelijke behandeling van klanten bij schikkingen is geborgd. Een wijziging van het wettelijk kader om een dergelijke bevoegdheid op te nemen, ligt mijns inziens niet voor de hand. In het kader van het streven naar gelijke behandeling van klanten biedt openheid van verzekeraars de beste waarborg. Als sprake is van openheid, kunnen ook andere klanten beoordelen of zij in aanmerking komen voor een schikking of waarom dit niet het geval is. Daarnaast kan openheid voorkomen dat een onjuist beeld ontstaat van de redenen waarom een schikking wordt getroffen. Als sprake is van openheid voegt een rol voor een toezichthouder niets toe. De toezichthouder zou dan in een soort rechterlijke rol terecht komen die niet past bij de verantwoordelijkheid van een toezichthouder in de verdeling van de publieke machten in Nederland. Juist bij schikkingen met betrekking tot een product als

beleggingsverzekeringen, waarbij al veel in het verleden mis is gegaan, is het van belang dat verzekeraars alles op alles zetten om het vertrouwen in hen weer te herstellen. Ik acht het daarom wenselijk dat verzekeraars transparant zijn over schikkingen en heb verzekeraars om die reden tijdens het genoemde algemeen overleg ook opgeroepen zoveel mogelijk transparant te zijn over (criteria voor) schikkingen.

Van verzekeraars heb ik begrepen dat zij bij schikkingen met betrekking tot beleggingsverzekeringen geen geheimhoudingsbepalingen meer zullen opnemen en zich niet zullen beroepen op geheimhoudingsbepalingen uit het verleden. Dit zie ik als een positieve stap in het proces om het vertrouwen van klanten in de sector te herstellen. De klanten waarmee een schikking is getroffen, kunnen er dan zelf voor kiezen om schikkingen al dan niet openbaar te maken. Aangezien deze klanten ook partij zijn bij de schikking en belangen hebben, kunnen ze echter ook een voorkeur hebben voor geheimhouding. Ik hoop dat deze door verzekeraars aangekondigde stap bijdraagt aan de gewenste transparantie en gelijke behandeling van klanten met een beleggingsverzekering.

Openheid over provisies

Tijdens het algemeen overleg op 14 april 2015 en het debat over beleggingsverzekeringen op 20 mei 2015 is gesproken over provisies. Ik heb toegezegd in deze brief weer te geven wat een cliënt mag vragen om helderheid te verkrijgen over de provisies die zijn betaald en of wettelijk is vastgelegd dat inzage moet worden geboden en op welke wijze dat kan.

Sinds 1 januari 2013 geldt een provisieverbod voor complexe en impactvolle producten zoals beleggingsverzekeringen. Voor beleggingsverzekeringen die na die datum zijn gesloten is provisietransparantie derhalve niet aan de orde. De klant betaalt rechtstreeks aan de adviseur of bemiddelaar, er wordt geen provisie meer betaald door de verzekeraar aan de adviseur of bemiddelaar. Bij beleggingsverzekeringen die voor 1 januari 2013 zijn afgesloten kan wel nog sprake zijn van door de verzekeraar aan de adviseur of bemiddelaar betaalde provisies. Sinds 1 oktober 2009 moest een adviseur of bemiddelaar voorafgaand aan het sluiten van een complex product, zoals een beleggingsverzekering, transparant zijn over de provisies die hij ontving van de aanbieder. Klanten die tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2013 een beleggingsverzekering hebben afgesloten, zijn bij het afsluiten dus geïnformeerd over de provisie. Daarnaast was de adviseur of bemiddelaar op grond van de destijds geldende regelgeving verplicht om op verzoek van de consument informatie over de werkelijke hoogte van de afsluitprovisie en het jaarlijkse bedrag aan doorlopende provisie te verstrekken.¹⁵ Ook op basis van de thans geldende regelgeving moet een adviseur of bemiddelaar de klant voor beleggingsverzekeringen die zijn afgesloten voor 1 januari 2013 op uitvoerige, accurate en begrijpelijke wijze mededeling doen van het bestaan, de aard en het bedrag van eventuele provisie die hij ontvangt of, indien het bedrag niet kan worden achterhaald, de wijze van berekening van de provisie.¹⁶

Revisierente en overige fiscale aspecten

Met betrekking tot revisierente is tijdens het algemeen overleg van 15 april 2015 toegezegd eventuele problemen in beeld te brengen. De Staatssecretaris van Financiën is verantwoordelijk voor fiscale zaken, zoals het in rekening brengen van revisierente. In de nota naar aanleiding van het verslag bij de Fiscale verzamelwet 2015 is een uitgebreide

¹⁵ Stb. 2006, nr. 520.

¹⁶ Artikel 86k van het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen.

toelichting opgenomen met betrekking tot het in rekening brengen van revisierente.¹⁷ Daarnaast heb ik tijdens het algemeen overleg op 15 april 2015 aangegeven open te staan voor signalen over fiscale belemmeringen gedurende de nazorg bij beleggingsverzekeringen. In dat kader geef ik, mede namens de Staatssecretaris van Financiën, hieronder de inspanningen in de uitvoeringspraktijk weer die zijn gedaan om aanpassingen en omzettingen van beleggingsverzekeringen zonder fiscale problemen te laten plaatsvinden.

Sedert 2010 wordt door de Belastingdienst in overleg met de betrokken branches bezien in hoeverre fiscale begeleiding noodzakelijk is van beleggingsverzekeringen waarvoor compensaties of herstructureringen plaatsvinden in het kader van (collectieve) compensatieregelingen of oplossingen op klantniveau.¹⁸ De fiscale begeleiding ziet in de eerste plaats op compensaties met terugwerkende kracht voor te hoge kosten en te hoge premies voor risicodekkingen alsmede op de verlaging van die kosten en premies voor de toekomst. Voor zover noodzakelijk hebben daarbij enerzijds goedkeuringen plaatsgevonden om te waarborgen dat de betreffende beleggingsverzekeringen niet de eerbiedigende werking van vroegere regimes zouden verliezen. Anderzijds is goedgekeurd dat incidenteel ter compensatie uitgekeerde bedragen niet worden aangemerkt als handelingen in strijd met de voorwaarden van het fiscale regime. In de tweede plaats ziet de fiscale begeleiding in het Besluit Collectieve compensatieregelingen voor beleggingsverzekeringen op het door goedkeuringen fiscaal geruisloos mogelijk maken van herstructurering van gemengde verzekeringen. Het verlagen of loskoppelen van overlijdensdekkingen als gevolg waarvan verhoging mogelijk is van de uitkeringen bij in leven zijn, is hier een voorbeeld van. Aanpassing en uitbreiding van het Besluit zal plaatsvinden indien dat op basis van signalen van aanbieders, tussenpersonen of belanghebbenden noodzakelijk blijkt om problemen bij klanten te voorkomen.

Naast de beschreven fiscale begeleiding wordt in het algemeen de omzetting van met name kapitaalverzekeringen, al dan niet in samenhang met overgang naar een andere aanbieder, zodanig begeleid dat deze fiscaal geruisloos kan plaatsvinden. Goedkeurend beleid ter zake is bijvoorbeeld opgenomen in het Verzamelbesluit Kapitaalverzekeringen.¹⁹ Daarnaast kunnen klanten een lijfrenteovereenkomst fiscaal geruisloos omzetten in een ander lijfrenteproduct, mits het nieuwe lijfrenteproduct voldoet aan de wettelijke voorwaarden voor een fiscaal gefaciliteerd product.

Gelet op deze al bestaande fiscale begeleiding van wijzigingen in beleggingsverzekeringen is er thans geen noodzaak om nog nadere maatregelen te treffen op dit vlak.

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

¹⁷ Kamerstuk 34 220, nr. 6, blz. 5–6.

¹⁸ Die fiscale begeleiding is opgenomen in het Besluit Collectieve compensatieregelingen voor beleggingsverzekeringen. Besluit van 20 december 2011, nr. BLKB 2011/1954M.

¹⁹ Besluit van 6 december 2014, BLKB2014/1763MM.