



KiFiD
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Aanbeveling Ombudsman Financiële Dienstverlening

Inzake het geschil tussen

particuliere afnemers van een beleggingsverzekering, hierna te noemen 'de consument'

en

bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening aangesloten verzekeringsmaatschappijen,
hierna te noemen 'verzekeraars'

Aanbeveling Ombudsman Financiële Dienstverlening

In het geschil tussen de consument en verzekeraars over door verzekeraars verkochte en door de consument gekochte verzekeringsproducten in de categorie beleggingsverzekeringen is de Ombudsman Financiële Dienstverlening tot een oordeel gekomen als bedoeld in artikel 7 van het Reglement van de Ombudsman.

Het oordeel houdt in een aanbeveling aan de betrokken verzekeraars.

Inleiding

In de loop van 2006 ontstond in de financiële consumentenmarkt een sterk accelererende onvrede over beleggingsverzekeringen. Verwoord door consumentenorganisaties, Kamerleden en media werd op grote schaal ontevredenheid kenbaar gemaakt over de aard en werking van unit-linked en universal life producten, die verzekeraars op de markt hadden gebracht. De klachten richtten zich meer bijzonder op de intransparantie van deze producten, vooral waar het de kostenstructuur betrof. De werking en waardeontwikkeling van deze beleggingsverzekeringen vielen velen sterk tegen en die teleurstelling leek massaal en marktbreed te worden toen de gevolgen van een aantal zeer slechte beursjaren zichtbaar werden. De discussie over gebrek aan inzichtelijkheid en de kostenstructuur was overigens niet nieuw en ook de Ombudsman Verzekeringen, de voorganger van de Ombudsman Financiële Dienstverlening, was goed bekend met deze kwestie en had daaraan al bij herhaling in een reeks van jaarverslagen op kritische wijze aandacht besteed.

Toen organisaties voor de belangen van de particuliere afnemers van deze verzekeringen werden opgericht en deze massale claims aankondigden, nam de minister van Financiën na overleg met leden van de Tweede Kamer het initiatief om J.W. Wabeke en E. du Perron, geschillenbeslechtsers van het per 1 januari 2007 opgerichte en erkende buitengerechtelijke geschilleninstituut Kifid, te vragen suggesties aan te reiken voor een snelle, adequate en buitengerechtelijke beslechting van dit inmiddels marktbrede geschil. Naar aanleiding van dit advies en na overleg met betrokken instanties en partijen werd de Ombudsman Financiële Dienstverlening gevraagd, met inachtneming van diens bevoegdheden en Reglement, met en voor geschilpartijen een uitweg te zoeken. Aangezien de Ombudsman reglementair geen geschillen kan behandelen welke door belangenvertegenwoordigende personen of organisaties voor een groep of groepen consumenten worden voorgelegd, is bij die gelegenheid met vertegenwoordigers van consumentenorganisaties en verzekeraars de afspraak gemaakt dat de Ombudsman zogenoemde voorbeeldzaken in behandeling zou nemen, welke voldoende representatief kunnen worden geacht voor de problematiek die door de consument wordt ervaren met betrekking tot beleggingsverzekeringen. Deze individuele voorbeeldzaken zouden volgens deze afspraak kunnen worden ingediend door raadslieden, verbonden aan consumentenbelangenorganisaties in hun hoedanigheid van rechtshulpverlener van individuele klagende consumenten over beleggingsverzekeringen. Daarnaast zou de Ombudsman uit de instroom van individuele klachtzaken over beleggingsverzekeringen daarvoor in aanmerking komende klachten ambtshalve als voorbeeldzaak kunnen aanmerken. De eventuele uitkomst van de behandeling van deze voorbeeldzaken zou volgens afspraken met verzekeraars, indien en voor zover die uitkomst een tegemoetkoming aan de consument inhoudt, door de betrokken verzekeraar categoriaal worden toegepast op al diens soortgelijke verkochte producten en inzake alle soortgelijke lopende verzekeringsovereenkomsten, ook van de niet in het geschil optredende consumenten.

Een voor de consument gunstig oordeel van de Ombudsman kan volgens artikel 7 van diens Reglement de vaststelling inhouden dat een bemiddelresultaat is bereikt of een aanbeveling zijn aan de betrokken verzekeringsmaatschappij.

In verband met het gegeven dat betrokken consumentenbelangenorganisaties sedert de in februari 2007 gemaakte afspraken eerst in de eerste week van januari 2008 één voorbeeldzaak voor drie

consumenten, gericht tegen één verzekeraar, aan de Ombudsman hebben voorgelegd – maar overigens wel in overleg met de Ombudsman zijn gebleven – is er thans en op de korte termijn, nu in laatstbedoelde zaak het proces van hoor en wederhoor nog gaande is, te weinig basis voor de eventuele vaststelling van een bemiddelresultaat, dat in de geest van de gemaakte procesafspraken categoriaal zou kunnen worden toegepast door de betrokken verzekeraars. Ook is het nog niet voorgekomen dat uitkomsten van door de Ombudsman als exemplarisch beschouwde zaken als voorbeeld dienden voor categoriale toepassing.

Niettemin is thans het moment gekomen dat de Ombudsman Financiële Dienstverlening zijn activiteiten ten behoeve van geschilbeslechting in categoriale zin, zoals beoogd tijdens de in februari 2007 gemaakte afspraken, afrondt en een oordeel geeft in de zin van artikel 7 van diens Reglement. Dit oordeel houdt onder de gegeven omstandigheden in dat aan betrokken verzekeringsmaatschappijen een Aanbeveling wordt gedaan. Met betrokken verzekeringsmaatschappij wordt in dit verband bedoeld de verzekeringsmaatschappij die gedurende de afgelopen achttien maanden door consumenten of hun belangenorganisaties zijn aangesproken inzake de onvrede over hun beleggingsproducten en/of door de Ombudsman zijn benaderd met individuele zaken die als voorbeeldzaken kunnen dienen en welke maatschappijen zich bereid hebben getoond medewerking te verlenen aan geschilbeslechting die is gericht op categoriale toepassing van het resultaat.

Het oordeel van de Ombudsman is onder meer gebaseerd op de bevindingen van zijn onderzoek naar de aard en werking van de litigieuze beleggingsverzekeringsproducten en op de inzichten die in de hoedanigheid van Ombudsman Verzekeringen en na 1 april 2007 als Ombudsman Financiële Dienstverlening werden verkregen bij de bestudering en behandeling van de zaken met betrekking tot beleggingsverzekeringen die door consumenten werden voorgelegd.

Bij de totstandkoming van de Aanbeveling is gelet op: de klachtuitingen van de consument in de zaken, die als voorbeeldzaak hebben gediend, de inbreng in algemene zin van vertegenwoordigers van de stichtingen Verliespolis en Woekerpolis met betrekking tot de problematiek, de opvattingen van het Verbond van Verzekeraars en de inbreng van de betrokken verzekeringsmaatschappijen.

Voorts is overleg gevoerd met de Autoriteit Financiële Markten, De Nederlandsche Bank, de Nederlandse Mededingingsautoriteit en het ministerie van Financiën.

De Ombudsman heeft onafhankelijke actuarissen geraadpleegd en zich georiënteerd bij de collegageschilleninstanties voor de financiële markt in andere EU-landen in verband van FINNET.

De bevindingen en informatie, die de Ombudsman in het kader van de onderhavige procedure heeft verkregen van hiervoor genoemde bronnen en instanties, zijn niet openbaar, deels in verband met de bescherming van de privacy van geschilpartijen, zoals voorzien in het Reglement van de Ombudsman, deels in verband met behoud van rechten en posities van geschilpartijen buiten en na het vertrouwelijke proces bij de Ombudsman en deels in verband met de geheimhoudingsverplichting van genoemde instanties. Van toepassing zijn de artikelen 3d, 4e, 4f, 6j, 6k en 8c van het Reglement Ombudsman Financiële Dienstverlening.

Het oordeel van de Ombudsman is niet bindend. Het is aan geschilpartijen te beslissen over de aanvaarding ervan en een afweging te maken omtrent de goede en kwade kansen van vervolgpcedures en de daarmee verbonden kosten en tijdsduur.

Op de Nederlandse financiële markt zijn circa zeventig levensverzekeraars actief, ieder met een aantal verschillende types beleggingsverzekeringen. Voorts zijn er van de diverse beleggingsverzekeringen diverse generaties op de markt gebracht. De vele producten verschillen bovendien qua systematiek en strekking, zoals koopsom of premiebetalend, dekking, premieverdeling, looptijd, kostenstructuur, etc. Gezien enerzijds de zeer grote diversiteit van beleggingsverzekeringen en anderzijds de opdracht aan de Ombudsman om binnen betrekkelijk korte tijd tot een categoriaal toepasbaar oordeel voor geschilpartijen te komen, is niet anders mogelijk dan een Aanbeveling te formuleren die in generieke zin is geformuleerd.

De beleggingsverzekering, het product

Een levensverzekering op beleggingsbasis, met een al dan niet substantiële overlijdensdekking, is géén spaar- of beleggingsrekening, maar een overeenkomst tot het doen van geldelijke uitkeringen in verband met het leven of dood van de verzekerde mens(en) tegen een afgesproken premiebetaling met daarnaast een kans op vermogensvorming via participatie in beleggingsactiviteiten van de verzekeringsmaatschappij. Een levensverzekering is een ingewikkeld samenstel van enerzijds via de weg van de verzekeringswiskunde vastgestelde verplichtingen van de maatschappij tot uitkering bij leven of overlijden van de verzekerde (de premiereserve) en anderzijds de ter dekking van die verplichtingen aan te houden beleggingen. Met het sluiten van een levensverzekering wordt een meestal langdurige contractuele relatie met een verzekeraar aangegaan mét een aan de aard van de gesloten duurovereenkomst inherente en in het Nederlandse levensverzekeringsbedrijf algemeen gebruikelijke kostenstructuur. Het soort contract, maar ook de wijze van totstandkoming (levensverzekering is een product dat moet worden verkocht en dat geschiedt van oudsher in Nederland in overwegende mate via kantoren van onafhankelijke assurantietussenpersonen op basis van 'no cure, no pay') zijn van invloed op de kostenstructuur van levensverzekeringsovereenkomsten.

Het is in Nederland tot op dit moment gebruikelijk dat een assurantietussenpersoon de verzekeringsconsument geen rekening presenteert voor advieswerkzaamheden indien, om welke reden dan ook, geen verzekering tot stand komt. Als wél een verzekering wordt afgesloten, ontvangt het intermediair een provisie, welke een belangrijk onderdeel vormt van de afsluitkosten. Deze provisie staat veelal onder meer in verband met de duur van de contractperiode en de hoogte van de inleg of premie, ofwel de veronderstelde 'eindwaarde'. De betaalde provisie wordt meestal in de loop van de contractperiode door verzekeraar verrekend met de klant door diens inleg of opgebouwde waarde daarvoor aan te spreken.

Intermediaire dienstverlening wordt van oudsher geboden door zelfstandige, onafhankelijke ondernemingen, sterk variërend in grootte en adviseurs in loondienst. Ook banken treden op als assurantietussenpersoon, welk aspect van dienstverlening de consument zich niet altijd realiseert.

Doorgaans worden de zogenaamde eerste of afsluitkosten van een levensverzekering, voornamelijk bestaande uit afsluitprovisie voor de bemiddelend assurantietussenpersoon of de verzekeringsadviseur in loondienst bij de maatschappij, zoals opgemerkt gerelateerd aan de (potentiële) waarde van de overeenkomst op de einddatum als aan de overeengekomen verplichting tot premiebetaling wordt voldaan. Zo wordt bij levensverzekeringen in euro's de afsluitprovisie van de assurantietussenpersoon of adviseur uitgedrukt in een percentage van het op de polis vermelde verzekerde kapitaal op de einddatum. Voor beleggings- (of unit-linked) verzekeringen, waarvan de verplichtingen niet in euro's, maar in beleggingseenheden (units of participaties) luiden, is het gebruikelijk de eerste kosten uit te drukken in een percentage van de totaal verschuldigde premie (premie x duur).

Daarnaast worden de koper van een levensverzekering de kosten in rekening gebracht voor allerlei handelingen en diensten tijdens het bestaan van de verzekering, zowel te verlenen door de tussenpersoon als de verzekeraar (waardeopgaven, omzetting, wijzigingen, opgave van afkoop- en premievrije waarden, opnames/belening en dergelijke). Overigens, de levensverzekeringen die rechtstreeks, d.w.z. zonder tussenkomst van een bemiddelaar, met een verzekeraar zijn gesloten, kennen in de regel in de plaats van uit te keren provisie opslagen voor verkoop- en marketingkosten. De verschillen in premiestelling zijn geringer dan men zou verwachten.

Vervolgens worden, behoudens bij levensverzekeringen die tegen koopsom (ineens) zijn gesloten, de aan het sluiten en voortbestaan van een verzekering verbonden kosten door de consument (af)betaald door middel van een opslag op de premie dan wel via verrekening met de waarde van de toegewezen participaties, hetzij gedurende de hele looptijd van de verzekering, hetzij gedurende een deel van de verzekeringsduur.

In de aan de Ombudsman voorgelegde geschillen inzake beleggingsverzekeringen komt vrijwel steeds naar voren dat de consument nauwelijks zicht heeft op, of besef heeft van de kosten die in rekening worden gebracht met het sluiten, beheren en administreren van een levensverzekering en evenmin van de wijze waarop die kosten uitwerken op de waarde van de verzekering. Beëindiging van de verzekering eerder dan bij aankoop afgesproken, is bijvoorbeeld ongunstig, omdat dan vaak nog niet alle kosten zijn betaald en deze in één keer worden verrekend.

Het uitsluitend verkopen van levensverzekeringen op basis van voorbeeldkapitalen zonder de nodige aandacht te besteden aan de kostenstructuur en de invloed daarvan op de vermogensvorming, was tot 1 augustus 1999 vrij gebruikelijk, niettegenstaande een voortdurend pleidooi van de Ombudsman voor ruimere voorlichting op het punt van de eerste kosten. Nadien trad enige verbetering op, maar ook toen was van expliciete informatieverstrekking nog geen sprake. De Ombudsman waarschuwde daarvoor in diens jaarverslagen.

Wetenschap over de kostenstructuur van een levensverzekering kan in een aantal gevallen verkeerde beslissingen voorkomen. Met name van die consumenten die zich onvoldoende bewust zijn dat door het sluiten van een levensverzekering een langjarig contract wordt aangegaan. In geval van voortijdige staking van de premiebetaling (of aanzienlijke verlaging van de verschuldigde premie) drukken de eerste kosten onevenredig zwaar op de waarde van de verzekering.

Onvrede over de hoogte van de kosten van een levensverzekering ontstaat wanneer een tegenvallende waardeontwikkeling of de nadelige consequentie van een vroegtijdige tussentijdse beëindiging of aanpassing van de gesloten verzekering (ook premievrijmaking) duidelijk wordt, hetgeen vermeden had kunnen worden door de consument, die op het punt staat een levensverzekering met een spaar- of beleggingselement af te sluiten, daarover op dat moment duidelijke en niet voor misverstand vatbare informatie te verstrekken.

Voorlichting op het punt van de eerste kosten, die aanzienlijk kunnen zijn, is echter bij verzekeraars én tussenpersonen altijd een teer punt geweest.

Omstandigheden die medebepalend zijn geweest voor het oordeel

In de praktijk van de Ombudsman Verzekeringen, de rechtsvoorganger van de Ombudsman Financiële Dienstverlening, vormden teleurstelling over tegenvallende waarde van beleggingsverzekeringen en onbegrip over de kostenlading het grootste deel van de geschillen inzake levensverzekeringen. Sedert 1995 (!) besteedde de Ombudsman in ieder jaarverslag aandacht aan deze door de consument ervaren problematiek en drong hij aan op verbetering van de transparantie. In de praktijk van de Ombudsman Financiële Dienstverlening was de ervaring in 2007 niet anders. Tot voor kort vonden de signalen van de Ombudsman weinig weerklank. Nadat in het begin van de 21ste eeuw de gevolgen van de sterk neergaande beurs in hevige mate merkbaar waren geworden en deze effecten ook de waarde van unit-linked verzekeringen sterk hadden beïnvloed, ontstonden maatschappijbrede onrust en onbegrip over de tegenvallende resultaten van beleggingsverzekeringen.

Het besef dat over de aard en werking van deze verzekeringen te weinig inzicht bij de consument bestond nam snel toe en het gebrek aan transparantie werd het centrale thema van het debat. In de media werd kritiek op beleggingsverzekeringen indringend verwoord door consumentenorganisaties en hun advocaten en zeer grote schadeclaims werden verzekeraars in het vooruitzicht gesteld.

De Autoriteit Financiële Markten stelde, na een onderzoek op basis van steekproeven, dat beleggingsverzekeringen ondoorzichtig en relatief duur zijn.

Verzekeraars verweerden zich, vroegen aandacht voor de in de loop der jaren verbeterde informatieverstrekking over de onderhavige producten, welke volgens hun conclusie destijds naar de mening van twee opeenvolgende ministers van Financiën toereikend zou zijn, en relativeerden het probleem van de kostenlading. Het Centrum voor Verzekeringsstatistiek van het Verbond van Verzekeraars bracht in december 2006 een vergelijkend rapport uit over beleggingsproducten van

banken en verzekeraars. Die vergelijking zou niet bijzonder ongunstig zijn voor verzekeringsproducten op beleggingsbasis.

Op de stellingen van beide kanten kunnen nuanceringen worden aangebracht.

Regelgeving

Slechts met zeer kleine stappen zijn sedert 2000 verbeteringen in de voorlichting over beleggingsproducten bereikt, die echter, tot aan het moment van implementatie van de aanbevelingen van de Commissie De Ruiter in de loop van 2008, naar de opvatting van de Ombudsman onvoldoende zijn geweest.

Ingevolge de aangescherpte (wettelijke) Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers (Riav) en de terzake door de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK) uitgevaardigde beleidsregels, diende sinds 1 augustus 1999 vooraf en schriftelijk de verzekeringnemer o.a. te worden geïnformeerd over de afkoop- en premievrije waarde van de te sluiten overeenkomst na 1, 2, 3, 4, 5, 10, 15, .. jaren op basis van voorgeschreven rendementpercentages.

Tevens was er de zogenaamde Code Rendement en Risico. Via deze gedragscode, mits goed toegepast, wordt de verzekeringsconsument vanaf 1998 geïnformeerd over dát deel van het beleggingsrendement dat de verzekeraar voor zijn dienstverlening in rekening brengt door bij elke prognose of voorbeeldkapitaal, dat gebaseerd is op een bepaald beleggingsrendement, aan te geven wat het bijbehorende productrendement is. Het productrendement behelst het percentage samengestelde interest waarmee de verschuldigde premie (dus de premie inclusief alle opslagen voor kosten en overlijdensrisico) moet worden opgerent om tot hetzelfde resultaat te komen als de prognose. Uit de 'wig' tussen het productrendement en het gehanteerde voorbeeldpercentage kon de consument zien wat zijn premie in feite aan rendement oplevert en hoeveel de dienstverlening van de verzekeraar hem 'kost' in termen van rendement. Een soortgelijk inzicht kan worden ontleend aan de opgaven van de waardeopbouw, afgezet tegen de betaalde bruto premie.

Probleem is steeds gebleven dat veel consumenten die een beleggingsverzekering hebben gesloten de aan hen opgegeven voorbeeldrendementen of prognoses beschouwen als een hen in het vooruitzicht gesteld rendement, hetgeen voorbijgaat aan het risicoaspect van beleggen. Bovendien bood deze informatie aan de particuliere verzekeringnemer onvoldoende helderheid.

Het ging daarbij nog steeds om indirecte transparantie, dat wil zeggen dat de Riav geen expliciete informatie voorschrijft over het niveau van de kosten en risicopremies die door een verzekeraar in rekening worden gebracht.

Dat is overigens evenmin het geval sinds de per 1 juli 2002 door de Autoriteit Financiële Markten (AFM) voor alle 'complexe financiële producten' (dus niet alleen voor levensverzekeringen) ingevoerde Financiële Bijsluiter, die de hiervoor genoemde regelingen gedeeltelijk overlapt en vervangt.

November 2006 deed de toenmalige Raad Van Toezicht Verzekeringen onder nummer 2006/064 Le een uitspraak in een exemplarische zaak waarin door de consument werd geklaagd over – kort samengevat – de intransparantie van zijn levensverzekering op beleggingsbasis en de onjuiste en voor hem niet kenbare wijze van kosteninhouding, premies en hoogte van risicodekking. Verzekeraar had verweer gevoerd daarbij een beroep doende op de omstandigheid dat klager uit de hem verstrekte informatie had kunnen afleiden hoe spaarpremie en risicopremie zich hadden verhouden, wat de kosten bedroegen en dat de verstrekte informatie voldeed aan de ten tijde van het aangaan van de overeenkomst (december 1993) geldende vereisten. De Raad oordeelde niettemin dat deze informatie voor klager onvolledig en niet tijdig was geweest en oordeelde de klacht terzake gegrond.

De Commissie Transparantie Beleggingsverzekeringen, de zogenoemde Commissie De Ruiter heeft in november 2006 gerapporteerd dat de Financiële Bijsluiter tekortschiet en dat het belangrijkste gebrek van de informatieverstrekking aangaande beleggingsverzekeringen is geweest het gebrek aan transparantie voor de consument, die tot onjuiste veronderstellingen en gebrek aan informatie bij de consument leidt.

De consument

Aan de andere kant kan ook de consument niet worden ontslagen van zijn eigen verantwoordelijkheden. Het koopgedrag van consumenten met betrekking tot verzekeringsproducten is, gelet op de impact van deze financiële voorziening, in vergelijking tot de wijze waarop andere belangrijke zaken worden geselecteerd en gekocht, opmerkelijk. Voor de aanschaf van een keuken of een auto worden productvergelijkingen gemaakt, wordt informatie gevraagd en wordt onderhandeld.

Verzekeringsovereenkomsten worden door consumenten meestal gesloten zonder de documentatie goed te lezen, het product te begrijpen en zich elders voor vergelijking te oriënteren.

Bovendien wordt de huidige kritiek op de beleggingsverzekeringen veelvuldig versimpeld en zelfs onjuist gebracht.

Weinig aandacht wordt besteed aan de structuur van deze producten. Dat geldt niet alleen voor consumenten, maar ook voor media en politiek. Veelvuldig en ten onrechte worden onder het begrip 'kosten' ook de risicopremie voor het verzekeringsdeel gebracht. Bovendien blijft onderbelicht dat de afnemer van beleggingsproducten zelf het beleggingsrisico draagt en dat verzekeraar het risico van overlijden, arbeidsongeschiktheid, eventuele garantieonderdelen en dergelijke aspecten van de overeenkomst draagt. Daarnaast heeft ook de consument in de voorgaande jaren weinig belangstelling getoond voor de bezwaren tegen de kritische kanten van beleggingsverzekeringen, zulks ondanks regelmatig – ook door de Ombudsman – gesignaleerde tekortkomingen.

De tussenpersoon

Bij de nuanceringen dient ook aandacht te worden gevraagd voor de rol van het intermediair. De meeste verzekeringsproducten worden verkocht door tussenpersonen, van welke financiële dienstverlener het de primaire taak is de consument deskundig te adviseren en te begeleiden bij de keuze van financiële producten en de totstandkoming van verzekeringsovereenkomsten.

Zoals eerder opgemerkt, treden ook banken voor hun klanten op als verzekeringsintermediair.

In de beeldvorming van de meeste consumenten is de tussenpersoon het verlengstuk of wellicht zelfs de vertegenwoordiger van de verzekeraar. In gevallen waarin de verzekeraar in overwegende mate een intermediair bedrijf in handen heeft of anderszins merkgelieerd naar buiten optreedt, is die veronderstelling wel begrijpelijk. Toch is juridisch gezien de tussenpersoon de hulppersoon voor de consument.

Zoals uit de jaarverslagen van de Ombudsman regelmatig kon worden opgemaakt, is te vaak voorgekomen dat het intermediair zich weinig van zijn primaire taak heeft gekweten en dat in de voorgelegde geschillen regelmatig voorbeelden zijn aangetroffen waarin de tussenpersoon bij zijn advisering van de consument zich in belangrijke mate heeft laten leiden door de hoogte van de provisie – die wordt bepaald door factoren als de gecontracteerde duur van de overeenkomst en de hoogte van de eerste inleg – welke provisie in de concurrentieslag van verzekeraars omhoog werd gestuwd. Vaak bleek daarbij dan dat consumenten waren voorzien van verzekeringsproducten, die niet per se gebrekkig waren, maar niet bij de klant en diens situatie of gewenste mogelijkheden pasten. Op de prestaties van deze producten drukten bovendien vaak op niet voor de consument kenbare wijze de aanzienlijke acquisitiekosten, veroorzaakt door hoge provisie. De latere teleurstelling van de consument, bijvoorbeeld bij premievrijmaking of afkoop, richtte zich dan meestal tegen de verzekeraar, terwijl in

belangrijke mate het debat mede hoorde te worden gevoerd tussen de consument en het betrokken intermediair.

Hieraan moet, ter voorkoming van verkeerde beeldvorming, worden toegevoegd dat de tussenpersoon, die zijn verantwoordelijkheid neemt en de klant deskundig en adequaat adviseert, voor die dienstverlening een vergoeding mag verlangen die door de consument dient te worden betaald.

Deskundige financiële begeleiding en advisering is niet gratis.

Beloning van het intermediair dient uiteraard proportioneel te zijn, met andere woorden in relatie te staan tot het belang en de kwaliteit van advisering en bemiddeling. Wat deze relatie betreft is er met betrekking tot beleggingsverzekeringsproducten veel misgegaan.

In de onderhavige procedure is het intermediair echter geen partij.

Derhalve zullen eventuele klachten over c.q. aanspraken jegens betrokken intermediaire dienstverleners individuele separate procedures dienen te volgen.

Wetgever en fiscus

In dit verband dient ook een kanttekening te worden gemaakt bij de opvattingen en het handelen van de politiek en de overheid. De opvattingen van politici over de toereikendheid van informatieverstrekking aangaande financiële producten veranderde in de loop der jaren. Hoewel de Ombudsman bij herhaling had gewaarschuwd tegen de intransparantie van beleggingsverzekeringen stelden opeenvolgende ministers van Financiën dat de informatieverstrekking door (beleggings)verzekeraars goed zou zijn, hetgeen door de volksvertegenwoordiging niet werd bekritiseerd. Thans wordt sinds enige tijd daarover anders geoordeeld.

Niet onvermeld mag bovendien blijven dat in een reeks van jaren de aanschaf van beleggingsverzekeringen fiscaal gefaciliteerd werd en zelfs gestimuleerd door berichten – ook vanuit de overheid – over de fiscaal aantrekkelijke mogelijkheden om via deze producten belasting te vermijden of uit te stellen en op gunstige wijze voorzieningen te treffen voor aanvullende ouderdagsvoorzieningen, hypothecaire verplichtingen en dergelijke. Ook werkgevers boden deze producten aan aan hun personeel in de vorm van zogenoemde spaarregelingen terwijl van ‘sparen’ in de juiste zin van het woord geen sprake was. Aan het einde van ieder jaar was zelfs sprake van een ‘pushmarket’ waar gestimuleerd werd het fiscale jaar af te sluiten met een aftrekbare koopsomstorting.

De overheidsregelgeving werd echter vervolgens enkele malen gewijzigd en facilitering (belastingaftrekmogelijkheden, bedrijfsspaarregelingen, etc.) ongedaan gemaakt. De wisselende politieke keuzes en daarmee verband houdende wijzigingen van beleid en wetgeving terzake troffen bijzonder de levensverzekeringscontracten die gesloten waren voor de lange termijn. Bij het sluiten van het contract werd door partijen uitgegaan van een bepaald belastingregime en de beleggingsverzekering werd gesloten voor vele jaren. De gedurende de looptijd opgetreden fiscale veranderingen hebben storend gewerkt.

De Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft jegens de overheid en politiek geen bevoegdheden. In deze Aanbeveling worden dan ook geen suggesties of adviezen, gericht aan de overheid of politiek, opgenomen.

Oordeel

Met inachtneming van het voorgaande is de Ombudsman tot een hierna volgend oordeel gekomen op grond van de navolgende overwegingen.

De Ombudsman heeft, na bestudering van de hem bekende beleggingsverzekeringen en de bij de verkoop ervan gehanteerde informatieverstrekking, alsmede de hem voorgelegde geschillen over

beleggingsverzekeringen, geconcludeerd dat het doorgaan in de offertefase, doch vrijwel steeds ten tijde van de toezending van de polis en de polisvoorwaarden, redelijkerwijs voor de consument kenbaar kan zijn geweest dat deze een beleggingsverzekering kocht, bestaande uit een risicodeel (de gevolgen van overlijden, arbeidsongeschiktheid, etc.) en een beleggingsdeel (voor vermogensvorming) en dat de premie (inleg) deels bestemd was voor het ene deel, deels voor het andere deel. Deze conclusie houdt evenwel niet in dat het voor de consument duidelijk was hoe de verdeling en toekenning van spaar- en risicodeel was.

Voorts is de Ombudsman van mening dat de consument ermee bekend moet zijn geweest dat een deel van zijn inleg werd aangewend voor de betaling van de kosten, verbonden aan het product en de verkoop en administratie ervan. Deze opvatting impliceert evenwel niet dat het voor de consument duidelijk was hoeveel kosten hem in rekening werden gebracht, hoe die inhouding geschiedde en hoeveel van het rendement van zijn 'spaardeel' door verzekeraar wordt ingehouden.

Bij bewuste keuze door de consument voor een beleggingsverzekering moet worden aangenomen dat het beleggingsrisico geheel voor de consument is, zoals dat het geval is na de keuze voor andere financiële producten op beleggingsbasis.

Bij de bewuste keuze voor een financieel product, dat de gevolgen van bepaalde risico's enigerlei wijze dekt, moet worden aangenomen dat de consument zich kan realiseren dat een deel van zijn inleg nodig is voor de dekking van het risico.

Algemeen gesproken mag ook de consument beseffen dat een verzekering nu eenmaal niet 'gratis' is en dat een verzekeraar, als iedere aanbieder van producten of diensten, uiteraard een marge nastreeft.

De hoogte van de gehanteerde risicopremie en de hoogte en systematiek van de kosteninhoudingen blijken evenwel, na bestudering van de beleggingsproducten van verzekeraars, waaronder de productinformatie voor de consument, en bij de behandeling van de voorgelegde geschillen doorgaans onvoldoende duidelijk.

De Ombudsman concludeert dat het cruciale manco van de beleggingsverzekeringen in het algemeen, gunstige uitzonderingen daargelaten, de intransparantie voor de consument is geweest. Verzekeraar, als ontwikkelaar en aanbieder van deze producten, is voor die tekortkoming verantwoordelijk, onverminderd de verantwoordelijkheid van het intermediair.

Bij de beoordeling van beleggingsovereenkomsten rijst de vraag of, onder de geschetste omstandigheden, steeds gesproken kan worden van een zuivere en volledige wilsovereenstemming tussen de consument en verzekeraar op onderdelen van de overeenkomst, die voor de consument als contractpartij niet kenbaar, althans niet duidelijk zijn geweest ten tijde van het aangaan van de overeenkomst. Deze onduidelijkheid betreft de hoogte van de risicopremie, kosten die de consument op diens inleg in mindering worden gebracht en de inhoudingen op het rendement van het beleggingsdeel van het verzekeringsproduct. De hoogte van de risicopremie, derhalve de beschikbare som voor het spaardeel, en de mate en wijze van kosteninhoudingen zijn van groot belang voor de werking van het product en de kwaliteit ervan, en voor de bepaling in hoeverre het product voldoet aan de verwachting die de consument daarover redelijkerwijs mocht hebben.

Onduidelijkheid daarover tussen de contractpartijen dienaangaande vergt nadere bepaling van de overeenkomst.

De Ombudsman beveelt verzekeraar aan de risicopremie en de kosten van door hen verkochte beleggingsverzekeringen op hierna aan te geven wijze alsnog te begrenzen en bij gebleken overschrijding van die grenzen de consumenten te compenseren door teruggave van te veel in rekening gebrachte kosten en deze te doen terugvloeien in het product.

Alleen die kosten en risicopremies mogen door verzekeraar in rekening worden gebracht voor zover die enerzijds redelijk zijn voor het ontwikkelen, verkopen en uitvoeren van de beleggingsverzekering en die anderzijds de werking van het product, die de consument in redelijkheid mocht verwachten, niet frustreren.

Met andere woorden geformuleerd zou ten aanzien van de beleggingsverzekeringen de (kwaliteits)eis hebben moeten gelden, dat deze producten ook na kosteninhouding, in vergelijking met alternatieve financiële producten die gericht zijn op vermogensvorming, onder gemiddelde marktomstandigheden nog economisch nut voor de consument hebben.

Bij de bepaling van het hierna te formuleren redelijk geachte kostenpercentage is de Ombudsman – in het kader van deze Aanbeveling – uitgegaan van een beursontwikkeling van 6 procent per jaar en zulks over een periode van 15 jaren. Dit percentage is enigszins ontleend aan de volgens prudentiële uitgangspunten veilige aanname van jaarlijks en over een lange periode te behalen rendementen.

De Ombudsman acht overigens termen aanwezig om de consequenties van de aanbeveling enigszins te matigen. Uit de hiervoor beschreven omstandigheden en de hierboven geformuleerde overwegingen komt naar voren, dat het niet juist zou zijn alleen verzekeraars verantwoordelijk te houden voor de ontstane situatie rondom beleggingsverzekeringen. De eigen verantwoordelijkheid van de consument, de hiervoor geduide verantwoordelijkheid van het intermediair dat in deze procedure niet heeft geparticipeerd, en het hiervoor geduide beleid en regelgeving van overheid en politiek, alsmede het besef dat het niet vanzelfsprekend is de maatschappelijke inzichten van heden onverkort te laten gelden voor het verleden met een verstrekkende terugwerkende kracht, vragen om de matigende werking van de redelijkheid en de billijkheid.

Zoals eerder aangegeven kan onder de gegeven omstandigheden geen ander oordeel door de Ombudsman worden geformuleerd dan een Aanbeveling en bovendien een Aanbeveling die noodzakelijkerwijs in generieke zin wordt geformuleerd. De Ombudsman verwacht van verzekeraars, indien zij de Aanbeveling wensen over te nemen en toe te passen, dat zij in goed en constructief overleg met consumenten en consumentenbelangenorganisaties de in deze Aanbeveling niet expliciet geregelde aspecten met inachtneming van de uitgangspunten van de Aanbeveling zullen oplossen en regelen.

De hierna te formuleren kostenmaximering is – zoals de term al inhoudt – maximaal bedoeld, d.w.z. differentiatie onder het maximum kan aan de orde komen in verband met de verscheidenheid aan producten.

Deze Aanbeveling ziet niet op de toekomst, welke voor de verzekeringsbedrijfstak na de invoering van de modellen De Ruijter en de jaarlijkse waardeopgave aan de consument, anders is dan het verleden.

De Ombudsman beveelt aan met terugwerkende kracht t.a.v. in het verleden gesloten contracten een kostenmaximering toe te passen en waar een hogere kostenlading is gehanteerd de consument met inachtneming van de aanbevolen maximering te compenseren op hierna aan te geven wijze.

1. Alle omstandigheden in aanmerking genomen en op grond van de aangegeven overwegingen zou met betrekking tot de tot heden afgesloten levensverzekeringen op beleggingsbasis de inhouding van de kosten op het bruto rendement van het beleggingsdeel redelijk zijn geweest tot een maximum van 2,5%. Waar die afslag hoger is geweest, dient de consument te worden gecompenseerd op een wijze als hierna aan te geven.
2. De omstandigheden brengen met zich dat het redelijk en billijk is de onder 1. bedoelde compensatie te matigen, omdat zoals hiervoor overwogen, i.v.m. de medebetrokkenheid van andere contractpartijen en de geschetste ontwikkelingen, niet verzekeraar als enige partij in het geschil op diens verantwoordelijkheid kan worden aangesproken. De eventueel noodzakelijke compensatie dient te geschieden als volgt:
3. Actieve premiebetalende en koopsomverzekeringen die zijn afgesloten voor 1-1-2008 kennen

een kostenmaximering over de gehele looptijd. De kostenmaximering houdt in dat het eindkapitaal van een contract minimaal gelijk is aan het kapitaal van een identiek contract waarbij per jaar 3,5% als percentage van de dan aanwezige fondswaarde aan totale kosten in rekening worden gebracht. Identiek contract houdt in gelijke bruto premie, risicopremie (zie 7.), premiertermijn en premieverdeelsleutel, maar waarbij alle kostensoorten, dus inclusief TER en andere beleggingsfondskosten, worden vervangen door een jaarlijkse 3,5% heffing over het fonds. Deze aanpak komt overeen met een maximale afslag van 3,5% op het bruto fondsrendement over de gehele duur.

4. Voor premievrijgemaakte en verlaagde verzekeringen (afgesloten voor 1-1-2008) geldt een kostenmaximering over de gehele looptijd, die wordt afgeleid van de situatie, voorafgaand aan de premievrijmaking of eerste verlaging. Het effect van deze kostenmaximering wordt op vergelijkbare wijze vastgesteld als onder 3. op basis van de status van het contract voorafgaand aan de premievrijmaking of eerste verlaging.
Het recht op een extra uitkering uit hoofde van kostenmaximering bestaat derhalve alleen als dit recht ook aanwezig is op basis van de situatie voor de premievrijmaking of verlaging. Na premievrijmaking of verlaging wordt een evenredig deel van dit recht, dat bestond op de laatste (werk)dag voorafgaand aan de premievrijmaking of eerste verlaging, toegekend (refererend aan de oorspronkelijke duur en premie: bijvoorbeeld gebaseerd op de verhouding tussen de som van de premies na de wijziging en de oorspronkelijke som van de premies).
Onverminderd het voorgaande worden de eerste kosten, die op het moment van premievrijmaking direct in rekening zijn gebracht, aan de polis toegevoegd en vloeien derhalve in waarde terug in het product, tenzij sprake is van een product waarbij die eerste kosten tijdsevenredig en over de gehele looptijd werden toegerekend.
5. Het effect van de kostenmaximering wordt vastgesteld per 1-1-2008. In geval van voortzetting van het contract wordt uiterlijk op de (oorspronkelijke) einddatum verrekend. Het effect van kostenmaximering zal uiterlijk in 2009 aan de polishouder worden gecommuniceerd.
6. De kostenmaximering betreft alle kosten. Premies voor overlijdensrisico, arbeidsongeschiktheid en verzorgingsdekking zijn geen kosten.
7. Voor de premie van de overlijdensrisicodekking geldt dat deze niet hoger hoort te zijn dan bij dezelfde verzekeraar voor een vergelijkbaar risico bij een zelfstandige risicoverzekering in rekening wordt gebracht op het moment van afsluiten van die verzekering, derhalve zulks zonder daar bovenop oneigenlijke opslagen in rekening te brengen.
8. In geval van tussentijdse beëindiging door de consument vóór 1-1-2008 en binnen vijf jaar na aanvang van de looptijd van de verzekering geldt deze Aanbeveling t.a.v. kostenmaximering niet. In geval van tussentijdse beëindiging door de consument vóór 1-1-2008 na ten minste vijf jaar looptijd wordt een kostenmaximering naar evenredigheid vastgesteld, vergelijkbaar als onder punt 4 (premielvrijmaking) waarbij de situatie op de laatste (werk)dag voorafgaand aan de afkoop bepalend is.
Voorts dient te gelden dat de consument een verzoek om compensatie gemotiveerd en gedocumenteerd (polisbescheiden) aan verzekeraar voorlegt.
9. Beleggingsverzekeringen die zijn afgesloten voor 1-1-2008 met een netto garantie ten aanzien van het rendement, d.w.z. garantie na aftrek van de total expense ratio van het beleggingsfonds en waarvan de garantie ten minste 3% bedraagt van het saldo van de beleggingen, derhalve een garantie van ten minste 3% over het netto fondsrendement (fondsrendement na aftrek van de TER), kennen een kostenmaximering over de gehele looptijd van maximaal 4,5%. Voor producten met garantie vanaf 0% tot 3% over het netto fondsrendement geldt een kostenmaximering van 4%.

In deze kostenmaximering zijn inbegrepen de 'kosten' van garantie.

Verzekeraars wordt aanbevolen, inzicht te geven in het garantie-element en ervoor te zorgen dat het daarmee verbonden kostenniveau in redelijke overeenstemming is met de prijs voor de garantie.

De garantie geldt bij een volledig doorlopen duur.

Ten aanzien van deze regeling worden de omschrijving van de garantie en het garantiekapitaal, zoals bepaald in de polis(voorwaarden), gevolgd.

10. Consumenten wordt – ook na de toepassing van eventuele reparatie – éénmalig de gelegenheid geboden gratis te switchen naar een andere fondsenkeuze, te kiezen uit de fondsen die verzekeraar aanbiedt.

11. Op zogenaamde euro-verzekeringen is deze Aanbeveling niet van toepassing.

Den Haag, 4 maart 2008

J.W. Wabeke,
Ombudsman Financiële Dienstverlening