

Vergaderjaar 2012–2013

**29 507**

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

**Nr. 114**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 april 2013

Deze brief is een vervolg op de tussenrapportage van het flankerend beleid beleggingsverzekeringen die op 5 juli 2012 naar uw Kamer is gezonden.<sup>1</sup> Bij de onderhavige brief wordt u de eindrapportage over het flankerend beleid van verzekeraars aangeboden<sup>2</sup>, waarin de stand van zaken per 31 december 2012 is opgenomen. In deze rapportage wordt weergegeven hoe het flankerend beleid van verzekeraars zich verhoudt tot de eerder geformuleerde *best of class*.<sup>3</sup> Op een aantal onderdelen is voor de volledigheid aanvullende informatie opgenomen over de stand van zaken per 31 maart 2013. Dat betreft bijvoorbeeld het informeren van klanten over de voor hen geldende individuele compensatie.

De rapportage is, net als de eerdere tussenrapportage, opgesteld door Deloitte. In de tussenrapportage die eerder aan uw Kamer is aangeboden werd alleen gerapporteerd over de zes grootste levensverzekeraars (Achmea, AEGON, ASR, Delta Lloyd, Nationale Nederlanden en REAAL), omdat het merendeel van de beleggingsverzekeringen bij deze verzekeraars is afgesloten. In de eindrapportage zijn ook de kleinere aanbieders van beleggingsverzekeringen toegevoegd (Allianz, BNP Paribas Cardif, Conservatrix, Generali, De Goudse, Legal & General, Loyalis, Robein en VvAA), aangezien ook voor klanten die bij een kleinere verzekeraar zijn aangesloten belangrijk is dat zij gebruik kunnen maken van een goed flankerend beleid.

Verzekeraars hanteren voor klanten met een beleggingsverzekering een flankerend beleid naast de (kosten)compensatie die is overeengekomen tussen verzekeraars en de stichtingen Verliespolis en Woekerpolisclaim. Onderdelen van het flankerend beleid zijn bijvoorbeeld het tijdig en volledig informeren van klanten en het bieden van mogelijkheden om in

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 507, nr. 113.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 507, nr. 106.

lopende beleggingsverzekeringen kosteloos goedkopere beleggingen toe te voegen of om zonder enige belemmering over te stappen naar een ander product.

Om het flankerend beleid van de verschillende verzekeraars te verbeteren is in overleg met uw Kamer een *best of class* geformuleerd. Individuele verzekeraars hebben naar aanleiding van die *best of class* verschillende verbeteringen in hun flankerend beleid aangebracht. Om te zorgen dat niet alleen beleidswijzigingen worden aangekondigd, maar dat het beleid ook daadwerkelijk wordt verbeterd, wordt over de toepassing van het flankerend beleid gerapporteerd. Bijgevoegd treft u de rapportage over de toepassing van het flankerend beleid in 2012. De rapportage is opgesteld door Deloitte.

### Beleggingsverzekeringen

Beleggingsverzekeringen zijn overeenkomsten die zijn gesloten tussen verzekeraar en klant. Door veel klanten is de beleggingsverzekering destijds afgesloten om een bepaald doel te halen zoals een (aanvullende) oudedagsvoorziening of een voorziening om de eigenwoningschuld af te lossen. In het verleden zijn er bij beleggingsverzekeringen op verschillende fronten dingen misgegaan, waardoor het behalen van de oorspronkelijke doelen moeilijker is geworden. In het vervolg van deze brief wordt ingegaan op het flankerend beleid. Met het flankerend beleid wordt beoogd mensen met een beleggingsverzekering de mogelijkheid te geven om toekomstgericht hun situatie te verbeteren. De overige fronten waarop dingen zijn misgegaan zijn: te hoge en intransparante kosten, zorgplichtproblemen en tegenvallende beleggingsresultaten. Voor de te hoge en intransparante kosten is beoogd een oplossing te zoeken door middel van de akkoorden die zijn gesloten tussen verzekeraars en de stichtingen Verliespolis en Woekerpolisclaim en compensatieregelingen die kleinere verzekeraars hebben voorgelegd aan de ombudsman of anderszins hebben vastgesteld. Met betrekking tot zorgplichtproblemen is sprake van individuele of specifieke gebreken in bijvoorbeeld de informatieverstrekking door een adviseur of verzekeraar. Het Klachteninstituut financiële dienstverlening (Kifid) of de rechter kunnen in deze gevallen zorgen dat recht wordt gedaan aan de belangen van klanten. Verder is bij beleggen, al dan niet door middel van een beleggingsverzekering, inherent sprake van een risico op koersdalingen. In recente jaren is sprake geweest van tegenvallende beleggingsresultaten, wat ook een negatieve invloed heeft op de huidige waarde van beleggingsverzekeringen.

In het vervolg van deze brief wordt alleen ingegaan op beleggingsverzekeringen die in het verleden zijn afgesloten. Voor producten die recent zijn en worden afgesloten is in regelgeving een aantal maatregelen getroffen om dergelijke problemen te voorkomen. Zo zijn bijvoorbeeld de regels voor het verstrekken van informatie over dergelijke producten uitgebreid, is een provisieverbod geïntroduceerd en zijn regels met betrekking tot het productontwikkelingsproces gesteld. De Autoriteit Financiële Markten (AFM) houdt toezicht op grond van deze en andere regelgeving. Ook in het verleden afgesloten beleggingsverzekeringen hebben de bijzondere aandacht van de AFM. Zo heeft de AFM in oktober 2012 de publiciteit gezocht om klanten met een beleggingsverzekering rechtstreeks aan te spreken om in actie te komen. Ook tot verzekeraars en adviseurs heeft de AFM zich gericht, met als doel dat zij hun klanten activeren om hun positie te verbeteren. De AFM heeft ook onderzoek gedaan naar de kostenstructuur van nieuwe producten die kunnen dienen als vervanging van de oude beleggingsverzekeringen. De meeste nieuwe producten hebben lagere kosten dan de oude producten, daardoor kan de klant over het algemeen een hogere opbrengst verwachten ten opzichte van de oude producten. Deze werkzaamheden van de AFM sluiten goed aan bij het

flankerend beleid dat verzekeraars nu toepassen. In het kader van het centraal stellen van het klantbelang heeft de AFM over de stand van zaken tot september 2012 geconcludeerd dat de door verzekeraars geleverde inspanning nog onvoldoende klanten hebben bereikt. De AFM heeft aangegeven dat verzekeraars diverse plannen en intenties hebben aangekondigd om in aanvulling op het flankerend beleid klanten te activeren. Deze plannen zijn nog niet meegenomen in de stand van zaken tot september 2012. In 2013 wordt opnieuw bezien hoe verzekeraars binnen dit dossier het belang van hun klanten centraal stellen. De verschillende verzekeraars gaven in het verleden elk hun eigen invulling aan het flankerend beleid. Er is, op initiatief van het ministerie van Financiën, een *best of class* geformuleerd met de belangrijkste punten van het flankerend beleid, zodat alle verzekeraars een zo hoog mogelijk niveau van flankerend beleid hebben en getoetst kan worden of verzekeraars aan de *best of class* voldoen. De doelstelling van het flankerend beleid is om klanten de mogelijkheid te geven om toekomstgericht hun positie te verbeteren. Dat begint met de klant duidelijkheid bieden over de beleggingsverzekering die hij in het verleden heeft afgesloten (box 1 «klant weet wat hij heeft»). Verder is het van belang dat de klant duidelijkheid krijgt over de compensatie (box 2 «klant weet wat hij krijgt»). Ten slotte hoort de klant alle mogelijkheid te worden geboden om voor de toekomst beter af te zijn (box 3 «klant is voor de toekomst beter af»).

### Rapportage Deloitte

De belangrijkste punten uit de rapportage worden toegelicht aan de hand van de *best of class* zoals opgenomen in de boxen 1 tot en met 3 uit de brief van 24 november 2011. Volledigheidshalve wordt eerst weergegeven wat *best of class* is en worden vervolgens de bevindingen over deze onderdelen weergegeven. Het flankerend beleid van de verzekeraars is, volgens het rapport, inmiddels op de meeste punten in lijn met de *best of class*. In deze brief wordt vooral aandacht besteed aan de punten waarop verzekeraars hun flankerend beleid nog kunnen verbeteren.

#### **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.

Uit het rapport van Deloitte blijkt dat de meeste verzekeraars, conform de *best of class*, de vereiste informatieverstrekking aan al hun klanten met een beleggingsverzekering in 2012 hebben afgerond. Het gaat om informatie over de individuele compensatie die de klant daadwerkelijk ontvangt. De afwijkingen van de *best of class* die zichtbaar zijn in het

overzicht worden hieronder beschreven. Voor zover geen beschrijving over een verzekeraar wordt opgenomen, betekent dat dat de verzekeraar de *best of class* zoals in de box beschreven toepast.

Helaas zal een deel van de klanten pas in 2013 de vereiste informatie ontvangen. AEGON en Loyalis hebben in 2012 bijna 100% van hun klanten met een beleggingsverzekering geïnformeerd (AEGON heeft 98% op 31 december 2012, 99,8% op 31 maart 2013, Loyalis heeft ook bijna de 100% bereikt) en moeten dus nog een zeer beperkt aantal klanten informeren in 2013. Reaal heeft in 2012 42% van de klanten met een beleggingsverzekering geïnformeerd over de compensatie. Begin 2013 is een inhaalslag gemaakt waardoor per 31 maart 2013 inmiddels 96,5% van de klanten met een beleggingsverzekering van Reaal is geïnformeerd over de compensatie. AEGON, Allianz, Delta Lloyd en De Goudse hebben in de loop van 2012 besloten de compensatie niet op einddatum te storten maar de compensatie direct in de polis te storten. De klanten van deze verzekeraars waren wel geïnformeerd over de individuele compensatie op einddatum en worden in 2013 geïnformeerd over het bedrag aan compensatie dat zij nu daadwerkelijk zullen ontvangen. Generali stort de compensatie niet direct in de polis, maar biedt polishouders de mogelijkheid om voor directe storting van de compensatie te kiezen. Deze keuze wordt gegeven omdat de klant bij directe storting een garantie van 6% verliest waarmee het compensatie bedrag is berekend. Robein kent geen compensatie toe, wel zijn de klanten hierover geïnformeerd. Robein heeft aangegeven dat klanten een klacht kunnen indienen als ze vinden dat zij toch in aanmerking zouden moeten komen voor compensatie. Legal & General heeft ook aangegeven dat klanten die geen compensatie krijgen een klacht kunnen indienen en wijst haar klanten op de mogelijkheid op onafhankelijke toetsing door bijvoorbeeld het KIFID.

De rapportage van Deloitte ziet op de activiteiten van verzekeraars met betrekking tot hun flankerend beleid. De informatie over de activiteiten van adviseurs is afkomstig van de AFM. De AFM besteedt in haar toezicht ook aandacht aan hersteladvies voor klanten met een beleggingsverzekering. Het beeld van de AFM is dat de adviseurs die hun klanten met een beleggingsverzekering een hersteladvies hebben gegeven dat doorgaans kosteloos doen. Tegelijkertijd blijkt dat nog niet alle adviseurs hun klanten hebben benaderd voor een hersteladvies. Ook adviseurs hebben een verantwoordelijkheid voor de zaken die in het verleden mis zijn gegaan bij beleggingsverzekeringen. Ik roep adviseurs die hun klanten nog niet hebben voorzien van gratis hersteladvies op dit in ieder geval bij klanten met beleggingsverzekeringen die voor compensatie in aanmerking komen alsnog op korte termijn te doen.

Verzekeraars bieden hun klanten eenvoudig toegankelijke manieren om algemene informatie met betrekking tot hun beleggingsverzekering te krijgen. Er worden verschillende manieren van informeren gebruikt, van brieven tot app's, maar bij elke verzekeraar heeft de klant de mogelijkheid om de vereiste informatie boven tafel te krijgen. Deloitte heeft getoetst of verzekeraars informatie verstrekken, daaraan voldoen alle verzekeraars. In het kader van het onderzoek naar het centraal stellen van het klantbelang dat de AFM het komende jaar gaat uitvoeren komt ook aan de orde of de verstrekte informatie effectief is. Ook hanteren de verschillende verzekeraars verschillende manieren om een klant die om welke reden dan ook geen adviseur meer heeft verder te helpen. Vaak wordt doorverwezen naar een andere adviseur, een aantal verzekeraars verstrekt ook zelf adviesmogelijkheden.

#### **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.

Alle verzekeraars hebben richting Deloitte aangegeven dat zij geen kwijting zullen vragen bij uitbetaling van de compensatie. 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. De verzekeraars hebben ook verklaard dat zij geen beroep zullen doen op eventueel in het verleden bij uitbetaling van de compensatie gevraagde kwijting. Ik ben tevreden dat verzekeraars dit onderdeel van de best of class allemaal hebben overgenomen.

*Best of class* is om de compensatie direct in de polis te storten. De meeste verzekeraars hanteren inmiddels dit beleid. In 2012 hebben ook Delta Lloyd, Allianz, De Goudse en AEGON besloten om de compensatie direct in de polis te storten. Conservatrix, Aegon, Loyalis, Nationale Nederlanden en Reaal storten de compensatie op het moment waarop ze de klant informeren. Voor zover klanten nog geïnformeerd moeten worden over de compensatie, moet de storting dus ook nog plaatsvinden. Bij de overige verzekeraars die direct storten hebben de stortingen reeds plaatsgevonden. De klanten die de storting nog niet hebben ontvangen, moeten deze op korte termijn krijgen waardoor zij, met de compensatie als onderdeel van hun tegoed, de blik op de toekomst kunnen richten. Achmea, AEGON en Legal & General storten de compensatie over de gehele looptijd nu in de polis. Legal & General past aan het eind van de verzekering nog een controle toets toe om te borgen dat de klant de juiste compensatie ontvangt. Een correctie vindt dan alleen plaats in het voordeel van de klant. De overige verzekeraars storten nu de compensatie over het deel van de looptijd dat al verstreken is en bezien nu of in de rest van de looptijd jaarlijks of compensatie verschuldigd is. Of, zoals VvAA het heeft vormgegeven, storten nu compensatie over de gehele looptijd maar bij tussentijdse afkoop wordt de compensatie over de rest van de looptijd in mindering gebracht op de waarde van de polis. Twee kleinere verzekeraars voldoen niet aan de *best of class*. Generali stort de compensatie pas op einddatum<sup>4</sup> en Robein kent geen compensatieregeling. Alle andere verzekeraars voldoen op dit onderdeel aan de *best of class*, waarbij wordt opgemerkt dat Achmea, AEGON en Legal & General door het nu in de polis storten van de compensatie over de gehele looptijd zelfs boven de *best of class* uitstijgen.

De compensatieregelingen zelf behoren niet tot het flankerend beleid en zijn daarmee geen onderdeel van deze beoordeling. Evenwel hecht ik eraan om op te merken dat er in ieder geval bij de kleinere verzekeraars die geen compensatieregeling met de stichtingen zijn overeengekomen en geen compensatieregeling aan de ombudsman hebben voorgelegd, nog ruimte voor verbetering van de compensatie en onafhankelijke toetsing van die compensatie bestaat. Robein kent geen compensatieregeling maar biedt klanten de (reeds bestaande) mogelijkheid om een klacht in te dienen. Conservatrix en Legal & General hebben zelf een compensatieregeling opgesteld en op basis daarvan aan een deel van de polishouders compensatie toegekend. Aangezien deze verzekeraars eenzijdig beslissen om al dan niet voor compensatie te kiezen is het juist bij hen belangrijk dat zij volledige transparant zijn over de regeling en de gehanteerde criteria en berekeningen. Ook heeft het toegevoegde waarde om een onafhankelijke partij, zoals een accountant, een toets te laten uitvoeren en

<sup>4</sup> De klant kan ervoor kiezen om de compensatie nu te laten storten, maar dan vervalt bij Generali een garantie van 6% waarmee bij het berekenen van de compensatie rekening is gehouden.

die toets ook openbaar te maken. Uiteindelijk kan uiteraard het Kifid of een rechter een oordeel geven over de redelijkheid van de compensatie. Toetsing van de naleving van de compensatieregeling door een externe accountant en publicatie van die toets op de website van de verzekeraar draagt bij aan de duidelijkheid en uitlegbaarheid van de compensatie en is daarom onderdeel van de *best of class*. De meeste verzekeraars hebben de toetsing door een externe accountant al openbaar gemaakt (of in ieder geval al een eerste deel). Bij een deel van de verzekeraars moet nog toetsing plaatsvinden (AEGON, Conservatrix, Loyalis, Nationale-Nederlanden, Reaal). Bij AEGON is de toetsing in gang gezet en moet deze nog worden afgerond. De genoemde verzekeraars kondigen aan vervolgens de resultaten openbaar te maken. Bij Robein is geen toets verricht aangezien er geen compensatieregeling is. Bij De Goudse en VvAA is wel een toets uitgevoerd door een externe accountant, maar deze wordt niet openbaar gemaakt. Bij VvAA is de toets alleen voor leden opvraagbaar. Bij Allianz heeft de externe accountant die de jaarrekeningcontrole verricht, daarbij de voorziening voor de compensatie getoetst. Ik roep deze verzekeraars op om alsnog te zorgen dat een toegankelijk geformuleerde toets wordt gepubliceerd op de website op een voor klanten eenvoudig vindbare plek.

**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.

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 moeten beter af zijn door het flankerend beleid van de verzekeraars.

Binnen lopende producten moet het volgens de *best of class* mogelijk zijn om gratis over te stappen naar zowel goedkopere beleggingsmogelijkheden als een goedkopere vormgeving van overlijdensrisicodekking. De meeste verzekeraars bieden deze mogelijkheden. Dit is erg belangrijk voor klanten die er om welke reden dan ook voor kiezen om in het bestaande product te blijven. De producten van Legal & General die onder de door hen opgestelde compensatieregeling vallen zijn vrijwel niet aanpasbaar en voldoen daarmee niet aan dit onderdeel van de *best of class*, het gaat om circa 2% van de portefeuille van Legal & General.

De mogelijkheid om kosteloos over te stappen naar een separate overlijdensrisicoverzekering of de risicodekking binnen het lopende product kosteloos aan te passen wordt geboden bij alle grote verzekeraars. Bij de grotere verzekeraars gelden als bijzonderheden alleen dat Nationale-Nederlanden deze mogelijkheid tot 1 juni 2014 kosteloos biedt (de overige verzekeraars hanteren geen einddatum voor deze mogelijkheid). Overigens is het in het belang van klanten om (in overleg met hun adviseur) zo snel mogelijk te bezien of ze aanpassing van de overlijdensrisicodekking wenselijk vinden. Bij de kleinere verzekeraars wordt op verschillende manieren omgegaan met de mogelijkheden om de

overlijdensrisicodekking aan te passen. Allianz biedt de mogelijkheid om kosteloos over te stappen naar een separate overlijdensrisicoverzekering. Bij BNP Paribas Cardif, Conservatrix, De Goudse en VvAA is aanpassen van de overlijdensrisicodekking alleen binnen de polis mogelijk.

Het is niet eenvoudig de kosten van de beleggingen binnen lopende producten bij de verschillende verzekeraars te vergelijken. Wel is duidelijk dat de meeste verzekeraars een serieuze kostenverlaging hebben gerealiseerd. In lopende producten hebben Nationale Nederlanden en AEGON vanaf 2013 een kostenmaximum van 1,25% geïntroduceerd. De meeste verzekeraars hebben ook weergegeven welke TER's (total expense ratio) de verschillende beleggingsfondsen die zij hebben hanteren. In het overzicht van Deloitte wordt voor verschillende verzekeraars weergegeven welke TER de beleggingsfondsen die zij aanbieden hebben. De verzekeraars met de goedkopere fondsen worden daardoor voor klanten aantrekkelijker. Behalve Conservatrix (en Legal & General, zoals hierboven toegelicht) bieden verzekeraars al hun klanten beduidend goedkopere beleggingsmogelijkheden. De klanten kunnen bij alle verzekeraars ten minste eenmalig kosteloos switchen naar andere beleggingsfondsen. Hoewel dit geen expliciet onderdeel van de *best of class* is, verwacht ik dat verzekeraars in ieder geval hun klanten met polissen waarbij zich in de toekomst een nihilstelling<sup>5</sup> kan voordoen actief benaderen zodat de klant met zijn adviseur en de verzekeraar kan zoeken naar een oplossing.

*Best of class* is dat ook alternatieve producten worden aangeboden. De grote verzekeraars bieden naast aanpassingen in het lopende product ook alternatieve producten, zoals bijvoorbeeld banksparen. Van kleinere verzekeraars kan niet altijd verwacht worden dat ze zelf alternatieve producten aanbieden. Bij verzekeraars die zelf geen alternatieve producten in het productaanbod hebben (omdat ze zich bijvoorbeeld alleen op bepaalde specifieke producten richten), verwacht ik een extra inspanning om klanten te adviseren of door te verwijzen naar een adviseur die kan aangeven of een ander product misschien beter passend is.

*Best of class* is dat geen kosten in rekening worden gebracht bij afkoop. Onder afkoopkosten wordt verstaan alle kosten die door de verzekeraar in rekening worden gebracht bij het beëindigen of oversluiten van de beleggingsverzekering. Juist de klanten die in het verleden een beleggingsverzekering hebben aangeschaft moeten geen belemmeringen worden opgelegd als zij hun positie willen verbeteren. Achmea heeft in dit kader recent besloten de afkoopkosten die bij een deel van de portefeuille nog in rekening werden gebracht af te schaffen. AEGON en De Goudse voldoen niet voor hun hele portefeuille aan de *best of class*. AEGON brengt bij de productlijn *Fund/Safe* nog niet verrekenende eerste kosten in rekening bij afkoop. De Goudse brengt bij een deel van de producten nog niet verrekenende eerste kosten in rekening bij afkoop, maar heeft andere afkoopkosten afgeschaft. VvAA, heeft de afkoopkosten verlaagd, maar brengt bij afkoop nog steeds aan- en verkoopkosten in rekening en voldoet dus niet aan de *best of class*. Een verzekeraar voldoet alleen aan de *best of class* als geen afkoopbelemmeringen bestaan voor alle klanten met een beleggingsverzekering (dus niet alleen klanten met een beleggingsverzekering die voor compensatie in aanmerking komen). Legal & General heeft alleen de afkoopbelemmeringen weggenomen voor klanten die voor compensatie in aanmerking komen en klanten die binnen Legal & General blijven en voldoet hiermee dus niet aan de *best of class*.

---

<sup>5</sup> Wanneer blijkt dat de waarde van de polis op enig moment € 0 is.

Alle verzekeraars hebben een klachtenregeling en geven aan dat schrijnende gevallen ook een klacht kunnen indienen. De meeste verzekeraars hebben een separate regeling voor schrijnende gevallen (een coulanceregeling). Bij de toepassing van een dergelijke regeling is het vooral belangrijk dat de verzekeraar daadwerkelijk coulant omgaat met schrijnende gevallen. Ook is het belangrijk dat verzekeraars hun klanten erop attenderen dat zij, als hun situatie schrijnend zou kunnen zijn, een beroep kunnen doen op de klachten- of coulanceregeling.

#### Conclusie rapportage

Op basis van de rapportage kan in algemene zin worden geconcludeerd dat verzekeraars in het afgelopen jaar positieve stappen hebben gezet. Hun flankerend beleid is verbeterd. Zo hebben Delta Lloyd, AEGON en Legal & General besloten de compensatie nu te storten in plaats van aan het einde van de looptijd en heeft Achmea de nog bestaande overstapdrempels verwijderd. In de rapportage wordt getoetst of verzekeraars aan de *best of class* voldoen. Hoewel op veel punten wel wordt voldaan, voldoen nog steeds niet alle verzekeraars volledig aan de *best of class*. Op de punten waar nog niet aan de *best of class* wordt voldaan zie ik nog ruimte voor verbetering. Vooral bij een aantal kleinere verzekeraars ontbreken *checks and balances* met betrekking tot de compensatie en onderdelen van het flankerend beleid die daarbij aanhaken. Voor een kleinere verzekeraar is het verklaarbaar dat niet voor uitgebreide onderhandelingen met stichtingen wordt gekozen, maar het is wel van belang dat ook dergelijke verzekeraars zorgen dat de compensatie niet alleen eenzijdig wordt vastgesteld en er voor de klant makkelijk vindbaar en begrijpelijk verantwoording afgelegd wordt over de gemaakte keuzes.

Tussen het beleid van de verzekeraar en beleving van de klanten zit helaas ook nu nog vaak een kloof. Het is belangrijk dat verzekeraars nu niet achterover leunen maar doorgaan met juist deze klanten, die in het verleden een polis hebben gesloten waar zij vaak om goede redenen niet meer gelukkig mee zijn, te begeleiden naar een beter product. Beter is in dit geval vooral een product dat de oorspronkelijke doelen van klanten weer in zicht brengt. De AFM vervult hierbij een belangrijke rol door verzekeraars te blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheden om hun klanten te bewegen om ook daadwerkelijk hun uitgangspositie te verbeteren. In het kader van het project waarbij de AFM toetst in hoeverre het klantbelang centraal wordt gesteld is vorig jaar een specifieke module «nazorg beleggingsverzekeringen» toegevoegd. Uit de volgende toetsing door de AFM zal blijken of beleid ook daadwerkelijk leidt tot activering van klanten. Ik zie deze toetsing als vervolg op het in kaart brengen van het flankerend beleid.

#### Commissie individuele schrijnende gevallen (CISG)

In de akkoorden die ten behoeve van de kostencompensatie zijn gesloten tussen de grotere verzekeraars en de stichtingen Verliespolis en Woekerpolisclaim is ook overeengekomen dat er een commissie komt ten behoeve van de beoordeling van schrijnende gevallen. Deze commissie is recent ingesteld. De heer mr. dr. M. Oosting, voormalig Nationale ombudsman en staatsraad bij de Raad van State, is bereid gevonden voorzitter van de commissie te zijn. Klanten van een van de zes grotere verzekeraars die van mening zijn dat zij onder de reikwijdte van de regeling voor schrijnende gevallen vallen, kunnen zich eerst richten tot hun verzekeraar. Als de verzekeraar en de klant van mening verschillen over de vraag of de klant een schrijnend geval is, kan de klant zich richten



tot de commissie individuele schrijvende gevallen. Als de commissie concludeert dat sprake is van een schrijvend geval, beslist de commissie voor dat geval bindend.

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