

Reactie Stichting Geldbelangen op Consultatiedocument Nadere regeling gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft betreffende regels tot het aanzetten van cliënten met een beleggingsverzekering tot het maken van een weloverwogen keuze met betrekking tot die beleggingsverzekering”.

Algemeen

Geldbelangen juicht het toe dat verzekeraars en financieel adviseurs dringender worden aangezet om de consument te begeleiden bij hun beleggingsverzekering. In feite is het absurd dat dit soort producten zijn verkocht voor een langere termijn en consumenten maar aan hun lot zijn over gelaten. Wij steunen dan ook de regels, die in dit document staan.

Daarnaast blijven wij van mening dat intrinsieke fouten zoals nog steeds te hoge kosten én het hanteren van te hoge tarieven voor overlijdensrisico door de verzekeraars zelf gecompenseerd respectievelijk aangepast moeten worden.

Wat betreft de hersteladviezen hebben wij daar nog de volgende vragen, opmerkingen en aanvullingen bij.

Artikel 8.1

Wij zijn zeer verheugd over de bepaling dat de consument moet worden geïnformeerd over het eindbedrag dat bij de aanvang van de verzekering aan hem is voorgespiegeld en wat de verwachte waarde zal gaan worden als de verzekering ongewijzigd zal worden voortgezet. Wij nemen aan dat met de zin “de levensverzekeraar maakt daarbij concreet hoe laatstgenoemde waarde zich verhoudt tot het oorspronkelijke doel van cliënt” bedoeld wordt dat er in ‘niet mis te verstane woorden’ en in euro’s gemeld wordt hoeveel de consument op de einddatum tekort gaat komen (of over houdt).

In de toelichting wordt vermeld dat de levensverzekeraar de cliënt ook laat zien met hoeveel restschuld hij nog blijft zitten als hij niets doet. Door tussenpersonen zijn combinaties gemaakt waarbij er aan de ene kant een levensverzekeraar was en aan de andere kant een geldgever. In zo’n geval zou de verzekeraar kunnen zeggen dat hij niet op de hoogte was (en is) van het uiteindelijk af te lossen bedrag. Wok vinden het geen argument om het een en ander dan maar niet te vermelden. Er is ooit iemand geweest die de constructie bedacht heeft voor de consument. Vaak dus de tussenpersoon. De verzekeraar moet in dat geval wat ons betreft via die tussenpersoon het ooit beoogde doel achterhalen.

Artikel 8.2

Het ‘daadwerkelijke overzien van zijn keuze’ moet goed bepaald worden. Wat ons betreft niet aan de hand van een afvinklijstje.

In het verleden heeft DSB-Bank – in aanloop naar de regels van de Wft – geprobeerd te laten zien dat hij het braafste jongetje van de klas was. Nog voor de wettelijke verplichtingen hanteerden zij een lijst met vragen, die door cliënten aangekruist en ondertekend moest worden. Daarin stonden vragen als: “Hebben wij met u gesproken over het risico van overlijden en arbeidsongeschikt worden?” (Kruisje). “Hebben wij u daarbij voorzien van een adequaat advies?” (Kruisje). Het is algemeen bekend dat DSB

desondanks producten verkocht met veel te hoge kosten, waarvoor tot op de dag van vandaag door curatoren compensatie moet worden verleend.

Artikel 8.3

In dit artikel wordt slechts geconstateerd wat de verzekeraar moet doen als het 'activeringsproces' verlopen is via de adviseur of bemiddelaar.

Wij missen hierbij de verplichting van de verzekeraar om deze adviseur of bemiddelaar te activeren zijn klanten te benaderen. En wat er gebeurt als dat onvoldoende doet.

Verder moet het ons inziens duidelijker worden in welke gevallen de verzekeraar de activeringsactie aan de tussenpersoon mag en kan loslaten. Er bereiken ons signalen dat er een grote apathie is onder de tussenpersonen om actie te ondernemen.

Wij nemen aan dat onder het gestelde bij onderdeel c niet alleen volstaan mag worden met: "de adviseur of bemiddelaar heeft contact gehad met de cliënt" maar dat een meer uitgebreide verslaglegging nodig is.

Artikel 8.4

Wij kunnen ons niet voorstellen dat de cliënt niet kan worden bereikt. De verzekeraar heeft een nog lopende verzekering in zijn portefeuille. Hij moet al sinds 2008 ieder jaar een waarde-opgave sturen. Het terug ontvangen van zo'n waarde-opgave moet toch al voldoende reden zijn om de cliënt te gaan zoeken?

Artikel 8.5

Wij ondersteunen het gestelde dat de verzekeraar zelfstandig maatregelen moet nemen voor niet-opbouwende polissen. Dit kan alleen maar in het voordeel van de consument zijn. Bij een logische redenering kan het niet (meer) opbouwen van vermogen binnen de verzekering allen het gevolg zijn van:

- Te verwachten voortdurend negatieve rendement op de beleggingen
- Het feit dat de verzekeraar een behoorlijke hoeveelheid geld van de inleg af haalt voor
 - Kosten
 - Premies overlijdensrisico en arbeidsongeschiktheid.

Wij missen hier de bepalingen wat de verzekeraar dan zal moeten doen.

- Te verwachten voortdurend negatieve rendementen zijn niet echt aannemelijk. Men zal dan heel snel moeten switchen naar een ander vorm van beleggen.
- Aannemelijker is dat het dat ligt aan te hoge kosten en premies. Is het te verwachten dat de verzekeraar deze uit zichzelf verlaagt? Is het ook aannemelijk dat de verzekeraar de cliënt extra compenseert (ofwel: een bedrag aan de waarde toe voegt?) .

Artikel 8.6

Wij ondersteunen het gestelde dat niet eenmalig moet worden gezien of een verzekering wel of niet nog opbouwend is en dat dit voortdurend gemonitord moet worden.

Artikel 8.7

Ons is niet duidelijk wat verstaan wordt onder de 'pensioen gebonden' beleggingsverzekeringen. Als we de toelichten lezen dan lijkt het hier slechts te gaan om beleggingsverzekeringen met een lijfrentebepaling (of zonder die bepaling, waaruit dan op een of andere manier moet blijken dat de cliënt zijn pensioen ermee wilde aanvullen.) Collectieve verzekeringen worden uitgesloten. Er zijn echter ook beleggingsverzekeringen onder de bepalingen van de Pensioenwet gesloten. (2^e pijler pensioen). Worden deze verzekeringen uitgesloten van hersteladvisering?

Bij c 1^e gaat het over beleggingsverzekeringen die eindwaarde hebben van € 50.000 of hoger. Ons is niet duidelijk welke peildatum voor vaststelling van die waarde gebruikt wordt. Is dat er oorspronkelijke ingangsdatum? Of per 1 januari 2013?

Ten slotte:

In dit geheel missen wij het aspect bij wie de kosten van deze operatie worden gelegd. In het algemeen wordt eenvoudig geroepen dat kosten van hersteladvies voor de consument gratis moet zijn. En terecht; hij heeft doorgaans al veel te veel betaald voor zijn verzekering!

Waar houdt hersteladvies op. Wij vernemen dat er verzekeraars zijn die het hersteladviesproces zo hebben ingericht dat er binnen anderhalf uur na contact met de cliënt een advies kan liggen. Maar dan moet er nog het nodige gebeuren. De consument moet akkoord gaan met het advies. Het moet (intern bij de verzekeraar) verwerkt worden. Bij hypotheekgebonden verzekeringen moet de geldgever meewerken bij het anders inrichten van de verpanding.