



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Jaarverslag 2007

van de Ombudsman Financiële Dienstverlening

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
Bordewijklaan 10
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Tel: 0900 - fklacht (0900 - 355 22 48)

**Klachteninstituut Financiële Dienstverlening - Postbus 93257 - 2509 AG - Den Haag -
Tel. 070 333 89 60 - Fax 070-3338969 - www.kifid.nl**



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

De Ombudsman Financiële Dienstverlening en de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening werken elk op basis van een reglement. Dit reglement is te raadplegen op de website van het Kifid.

www.kifid.nl



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Inhoud

1	Woord vooraf	3
2	Bankieren en vertrouwen	5
2.1	Transacties met passen en pincodes	5
3	Beleggen en vertrouwen	7
4	Verzekeren en vertrouwen	8
4.1	Annuleringsverzekering	10
4.2	Anw-hiaatverzekering	10
4.3	Arbeidsongeschiktheidsverzekering	11
4.3.1	Onduidelijke uitleg van voorwaarden	11
4.3.2	Geen afstemming bij keuringen	13
4.4	Beleggingsverzekering	13
4.4.1	Onvoldoende proactieve houding	13
4.4.2	Vertrouwen in het intermediair	14
4.4.3	Gevolgen van premiemutaties	14
4.4.4	Het uitstellen van de einddatum	15
4.5	Betalingsbeschermingsverzekering	16
4.5.1	Discutabel beroep op verzwijging	16
4.5.2	Onduidelijke polisvoorwaarden	16
4.5.3	Koppelvekoop	17
4.5.4	Nieuwe verzekering na oversluiten van de lening	17
4.5.5	Geen of slechts gedeeltelijke terugbetaling van de koopsom	17
4.5.6	Tussenpersonen die in hun zorgplicht tekortschieten	18
4.6	Contraverzekering	18
4.7	Inboedelverzekering	20
4.8	Levensverzekering	21
4.8.1	Verzwijging of verstrekking van onjuiste gegevens	21
4.8.2	Vertraging in de afwikkeling van een overlijdensclaim	22
4.8.3	Oneigenlijke toepassing van de 'en bloc'-clausule	22
4.9	Lijfrenteverzekering	24
4.9.1	Ondoordachte adviezen	24
4.9.2	Rechtstreekse verzending van belangrijke mededelingen	24
4.10	Pensioenverzekering	25
4.10.1	Positieve ontwikkelingen	25
4.10.2	Onvoldoende aandacht voor de tijdsevenredige toets	26
4.10.3	Verlate uitkering	27
4.10.4	Klachten over de uitvoering door verzekeraars	27
4.11	Pleziervaarttuigverzekering	28
4.12	Reis- en zorgverzekering	29
4.12.1	Ongelukkige samenloop	29
4.12.2	Oneigenlijke toepassing van de 'en bloc'-clausule	29



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

1 Woord vooraf

Voor de geschillenbeslechting in de financiële dienstverlening was 2007 een belangrijk jaar. Op 1 april 2007 ging immers het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening van start. Het Kifid is ingesteld voor de behandeling van alle geschillen, onder één regime, tussen aanbieders en afnemers van financiële producten en diensten, of dat nu effecten zijn, bankdiensten, kredieten, verzekeringen, intermediaire adviezen et cetera. Het Kifid biedt een aanpak in twee fasen. De eerste fase is een bemiddelfase, waarin een Ombudsman optreedt, die voor de meeste zaken door bemiddeling, verwijzing of advisering een oplossing kan aandragen. De tweede fase betreft de geschillenbeslechting, waarin een commissie geschillen die de Ombudsman niet kan oplossen en die van voldoende belang zijn, zo de consument dat wenst, kan bekijken en, wanneer de partijen daarmee instemmen, over die geschillen bindend kan oordelen. Het voor u liggende jaarverslag betreft de eerste fase, de bemiddelfase. In het verslag geef ik als Ombudsman Financiële Dienstverlening de lezer een indruk van de zaken die ik door bemiddeling, verwijzing of advisering al dan niet tot een oplossing kon brengen.

Mijn jaarverslag heb ik, zoals ik dat in het verleden als Ombudsman Verzekeringen ook telkens deed, rond een thema opgebouwd. In dit eerste jaarverslag is dat het thema vertrouwen. Het economisch verkeer functioneert op basis van vertrouwen. Voor een goed functionerend handelsverkeer is vertrouwen een uitgangspunt en in het bijzonder is dat het geval in de financiële markten. Zonder vertrouwen is geen gezonde relatie tussen afnemers en aanbieders van financiële diensten en producten bestaanbaar. Voor zo'n relatie is immers meer nodig dan wervende reclameteksten, aansprekende reclamebeelden, fraaie brochures, kleurrijke aanbiedingen en veelbelovende offertes, contracten en brieven. Van wezenlijk belang is, dat tussen de afnemers en de aanbieders van financiële producten en diensten een zuivere wilsovereenstemming tot stand is gekomen. Partijen moeten over en weer weten en begrijpen wat ze van elkaar kunnen en mogen verwachten en moeten erop kunnen vertrouwen dat zij de op hen rustende verplichtingen op een juiste manier nakomen.

In veel van de mij voorgelegde geschillen is sprake van een vertrouwensbreuk, in die zin dat een van de partijen meent dat een bepaalde verplichting niet of onvoldoende is nagekomen. Dergelijke vertrouwensbreuken doen zich voor ten aanzien van beleggingen, bankdiensten, kredieten, verzekeringen, intermediaire adviezen et cetera. Denk daarbij aan bijvoorbeeld teleurstellingen over de beperkte duur van hypotheekofferten, wijzigingen van rentetarieven, wijzigingen van bankdiensten, het eigen risico van de consument voor wat betreft het gebruik van zijn pinpas, de onvermoede kosten van beleggingsverzekeringen, leningen met betalingsbeschermingsverzekeringen van een dusdanig tarief, dat het voordeel van de goedkopere rente daarmee teniet wordt gedaan en betalingsbeschermingsverzekeringen die niet opzegbaar blijken te zijn. Teleurstellingen vanwege vermeende vertrouwensbreuken doen zich ook voor in de sfeer van de advisering aan de klant, waarin niet-adequate producten zijn geadviseerd of niet goed zijn uitgelegd en waarin onnodige afkopen, premievrijmakingen en



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

oversluitingen voorkomen, die achteraf gezien eigenlijk alleen in het belang van de financiële aanbieder of bemiddelaar zijn geweest en niet in het belang van de klant. Al dit soort situaties knagen aan het vertrouwen dat tussen afnemers en aanbieders, tussen consumenten en dienstverleners, zo essentieel is voor het economisch verkeer op de financiële markten. Daarenboven werd de bemiddeling en beslechting van de mij voorgelegde geschillen veelvuldig bemoeilijkt door het sfeerbepalende publieke debat, in media en politiek, over teleurstellende beleggingsproducten van banken en verzekeraars. Er was duidelijk ten gevolge daarvan vaak sprake van krachtige uitingen van onvrede en wantrouwen van de kant van de consument en een lastig te doorbreken verharding van standpunten van partijen.

Als Ombudsman Financiële Dienstverlening zal ik, zo veel mogelijk in de traditie van de Geschillencommissie Bankzaken, de Klachtencommissie van het Dutch Securities Institute en het Klachteninstituut Verzekeringen, trachten bij te dragen aan het oplossen en waar mogelijk voorkomen van geschillen in de financiële markten. Ik doe dit in het besef dat bepaalde klachten bijzonder hardnekkig zijn en wel onuitroeibaar lijken. Aan die terugkerende onmin tussen consumenten en aanbieders van financiële producten en diensten liggen stevast een te grote productiedwang en winstbejag bij de financiële aanbieders enerzijds en te onoplettend en achteloos gedrag bij de consumenten anderzijds ten grondslag. Als geschillenbeslechter kan ik, afgezien van het behandelen van al die individuele geschillen, niet veel meer doen dan aan het einde van het jaar verslag doen van mijn bevindingen en het herhalen van mijn beslissingen. Ik kan immers moeilijk tot belangenbehartiging van de consument overgaan en evenmin de rol van toezichthouder op de financiële dienstverleners op me nemen. Ook ik ben, met andere woorden, afhankelijk van het opmerkingsvermogen van consumenten en aanbieders met betrekking tot wat ik in mijn verslagen aangeef. Ik hoop daarom dat ook dit verslag over 2007 de aandacht krijgt die het mijns inziens verdient.

Tot slot moet ik hier opmerken, dat het verslag over 2007 vooralsnog minder volledig is dan de verslagen die ik als Ombudsman Verzekeringen uitbracht (en die via de website van het Kifid nog zijn te raadplegen). Dit komt met name doordat veel klachten die wettelijk verplicht eerst door de aanbieders werden behandeld, pas aan het einde van de verslagperiode in de bemiddelfase werden ingebracht en daarnaast doordat de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening in het verlengde van die bemiddelfase in 2007 nog maar enkele zittingen heeft gehad. Bovendien zal het verslag van het Kifid als organisatie waarschijnlijk pas in een later stadium aan dit verslag van de Ombudsman Financiële Dienstverlening worden toegevoegd. Mogelijk zal dan ook een uitgebreider verslag in druk verschijnen.

Niettemin hoop ik dat dit verslag kan bijdragen aan het vertrouwen in de financiële dienstverlening in Nederland.

Mr. J.W. Wabeke
Ombudsman Financiële Dienstverlening

2 Bankieren en vertrouwen

In de periode van 1 april tot en met 31 december 2007 heb ik als Ombudsman Financiële Dienstverlening de eerste ervaringen opgedaan met het behandelen van klachten en geschillen met betrekking tot bankdiensten en -producten. Die ervaringen zijn vanzelfsprekend nog beperkt gebleven, aangezien de eerste klachttopvang sinds begin 2007 als gevolg van nieuwe wetgeving verplicht bij de financiële aanbieder zelf geschiedt. De bankklachten zijn daardoor in een wat later stadium in het verslagjaar binnengekomen en er is dus nog maar een beperkt overzicht van afgehandelde zaken. Bij de behandeling en de beoordeling van bankklachten werd dankbaar van de jurisprudentie gebruikgemaakt die in de afgelopen jaren door de Geschillencommissie Bankzaken is ontwikkeld, om zo de buitengerechtelijke beoordeling van dit soort geschillen in dezelfde lijn te kunnen voortzetten.

Ook in de contractuele relatie tussen de bank en de klant is vertrouwen vanzelfsprekend een essentiële basisvoorwaarde. Daar worden hoge eisen aan gesteld, die voor beide partijen gelden. Bij bijvoorbeeld wijzigingen van voorwaarden en wijzigingen in het dienstenpakket is het van groot belang, en de klant moet daarop kunnen vertrouwen, dat de bank op voorhand op een heldere manier met de klant communiceert, dat die voorwaarden en dat dienstenpakket niet eindeloos onveranderd zullen blijven. Bovendien moet de klant, wanneer hij met dergelijke wijzigingen wordt geconfronteerd, voldoende gelegenheid krijgen om een behoorlijk alternatief te zoeken of andere maatregelen te treffen. Van de klant wordt verwacht, dat hij op een correcte manier van de aangeboden diensten gebruikmaakt en zich goed bewust is van de zorgplicht die op hem rust. Die zorgplicht is in de bankvoorwaarden beschreven en de klant heeft deze bij het openen van zijn rekening ondertekend. Ik raad consumenten aan die bankvoorwaarden te bewaren.

De meest voorkomende klachten met betrekking tot bancaire producten en diensten betreffen genoemde wijzigingen van voorwaarden of in het dienstenpakket (bijvoorbeeld ten aanzien van het versturen van bankafschriften, het in rekening brengen van kosten of het vergoeden van rente) en het gebruik van pinpassen en vermoedens van fraude daarmee. Over deze laatste categorie klachten gaat de volgende casus.

2.1 Transacties met passen en pincodes

Wie was onzorgvuldig?

Een klant van een bank bemerkte na ontvangst van zijn bankafschrift dat van zijn rekening 350 euro was afgeschreven. Het bedrag was via een geldautomaat opgenomen. Volgens de man was het onmogelijk dat hij daar, op dat moment, geld had gepind. Hij liet meteen zijn pinpas blokkeren en vervoegde zich vervolgens aan de balie van de bank om het bedrag terug te vorderen. De bank was daar niet toe bereid. Volgens de bank had de transactie op normale wijze plaatsgevonden, met een pas en bijbehorende pincode, en dus kon de bank geen onzorgvuldigheid worden verweten. De klant ging daar niet mee akkoord en richtte zich na enkele



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

briefwisselingen met de bank tot mij. Mijn conclusie was, hetgeen ik de klager ook heb bericht, dat de bank inderdaad niet onzorgvuldig was geweest en dus niet aan terugbetaling van het afgeschreven bedrag kon worden gehouden.

De beschreven casus staat niet op zich. Klachten van bankklanten die menen dat ten onrechte geld van hun rekening is afgeschreven, na een transactie via een geldautomaat, doen zich in grote getale voor. De klanten betwisten daarbij dat de financiële dienst, te weten de opname van geld met hun pas en de bijbehorende pincode, door hen is afgenomen. De discussies tussen de klagers en hun bank spitsen zich doorgaans toe op de invulling van het begrip onzorgvuldigheid, waarbij de bank veelal de stelling betreft dat niet is gebleken dat de klant zorgvuldig met zijn pas en de bijbehorende pincode is omgegaan en dat evenmin is gebleken dat de bank op enigerlei wijze onzorgvuldig is geweest.

Aldus discussiërend ontstaat dan een situatie waarbij de bewijspositie van beide partijen in een ultieme conflictsituatie, namelijk een procedure ten overstaan van de burgerlijke rechter, niet nader is uitgewerkt. Ik meen echter dat daartoe wel degelijk aanleiding is, omdat anders het risico bestaat dat partijen zich louter op een detail focussen, terwijl de kwestie ook aspecten heeft die vaak ten onrechte niet aan de orde komen, maar die uiteindelijk wel beslissend voor de uitkomst zijn. Op dit punt wil ik benadrukken dat ik als Ombudsman Financiële Dienstverlening vanzelfsprekend niet in de plaats van de burgerlijke rechter treedt, maar dat ik tracht, waar dat mogelijk is, het vertrouwen tussen partijen te herstellen en hen inzicht te geven in hun positie jegens elkander. Deze formele overweging neemt echter niet weg, dat een vordering in het civiele recht in het algemeen een eventueel te bewijzen grondslag (ofwel een 'titel') moet bezitten, wil de vordering althans door de rechter (dus in de ultieme conflictsituatie) kunnen worden toegewezen. Met andere woorden: degene die iets vordert, in dit geval de klant die van de bank een terugbetaling vordert, moet voor die vordering een aanknopingspunt hebben. Handelingen van (al dan niet bekende) derden spelen in beginsel geen rol bij de beoordeling van de rechtsverhouding tussen partijen.

Mijns inziens is in de casus en in vergelijkbare gevallen een samenstel van overeenkomsten tussen de partijen van toepassing, die van de volgende hoofdlijnen uitgaat. Om te beginnen vertrouwt de consument zijn geld aan de bank toe. De bank belooft om zorgvuldig met dat geld om te gaan. Deze zorgplicht is expliciet neergelegd in de contractvoorwaarden die tussen de partijen gelden. In het bijzonder is tussen de twee partijen geregeld, dat de consument ermee instemt dat wanneer er een specifieke, uitsluitend aan de consument kenbaar gemaakte viercijferige code wordt gebruikt, in samenhang met de verstrekte pinpas, het direct daarna ingetoetste bedrag ten laste van het saldo van de rekening van de consument wordt gebracht. Dit alles vanzelfsprekend onder uitgifte van de daarbij behorende financiële dienst, met name de uitgifte van bankbiljetten of de overboeking ten gunste van een derde door middel van een geldautomaat. Dit is in het kort wat het contract tussen de partijen impliceert. Daarbij is in het kader van deze klacht van belang dat de consument heeft beloofd zorgvuldig om te gaan met zowel de pinpas als de daarbij behorende viercijferige pincode.

De bewijstechnische positie van de consument is daarmee een gegeven. De geschetste procedure, afspraken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de pinpas komen immers pas te vervallen vanaf het moment dat de bank ervan op de hoogte wordt gesteld dat de pinpas moet worden geblokkeerd. Wat daarvoor is gebeurd, onttrekt zich vanzelfsprekend aan ieders waarneming. Deze omstandigheid leidt ertoe, dat een discussie over de kwalificatie van het gedrag van de consument (als wel of niet zorgvuldig) weinig zinvol lijkt, waar niet is vast komen te staan dat de bank onzorgvuldig gedrag kan worden verweten. Onder verwijzing naar hetgeen hierboven omtrent een vereiste titel voor een vordering is opgemerkt, lijkt een discussie over een eventueel verweer van de bank, inhoudende dat de consument zelf niet zorgvuldig is geweest, eerder een subsidiaire.

De basis van het hierboven omschreven systeem wordt vanzelfsprekend door wederzijds vertrouwen gevormd. Zou dit ontbreken, dan vervalt ook daarmee de basis voor een voortgezette contractuele relatie. Enerzijds moet de bank erop kunnen vertrouwen dat uitsluitend de rechtmatige houder de pas onder zijn beheer heeft en houdt, terwijl ook het vertrouwelijk karakter van de pincode wordt gewaarborgd. Anderzijds mag de consument erop vertrouwen dat de apparatuur en de systemen, zoveel als dat in het kader van het voorkomen van misdaad reëel is, veilig en adequaat functioneren. Ik meen dat in alle redelijkheid in de beschreven casus en in vergelijkbare gevallen niet blijkt, dat er enige grond is voor de veronderstelling dat de bank schending van haar zorgplicht kan worden verweten. Ook hier geldt immers de civielrechtelijke regel, dat degene die iets stelt bij ontkenning daarvan, daarvan de concrete bewijslast draagt.

3 Beleggen en vertrouwen

Sinds het Kifid operationeel is, kunnen geen klachten meer bij de Klachtencommissie van het Dutch Securities Institute (DSI) worden ingediend. De Klachtencommissie van het DSI (afgekort KCD) kende een andere procedure dan het Kifid. Klachten die ontvankelijk zijn, doorlopen bij het Kifid eerst een procedure bij mij als Ombudsman Financiële Dienstverlening. Ik heb tot taak te onderzoeken of de klacht zich voor oplossing door bemiddeling leent. Mocht dat niet het geval zijn of kan de klager zich niet met mijn advies verenigen, dan kan de klager zich daarna tot de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening wenden.

De verplichte bemiddelfase is nieuw voor zaken op het gebied van beleggen. De KCD kende weliswaar in haar procedure in de vorm van de enkelvoudige kamer eveneens de mogelijkheid om partijen voor een mondelinge behandeling op te roepen, maar van een verplichting was geen sprake. Deze mondelinge behandeling vond plaats voor één lid van de KCD, mr. A.C. Monster, en had als doel de mogelijkheden voor een schikking tussen de partijen te beproeven. Het werd echter aan de voorzitter van de enkelvoudige kamer en aan de secretaris van de KCD overgelaten of zij een zaak daar al dan niet geschikt voor achtten.

De verplichte bemiddelfase is voornamelijk een schriftelijke proceduregang, maar ook in beleggingszaken worden partijen in voorkomende gevallen voor een



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

onderhoud uitgenodigd, met het doel een schikking te beproeven. Deze mondelinge behandeling verschilt in de praktijk niet van de procedure in de vorm van de enkelvoudige kamer bij de KCD. De KCD-expertise op het gebied van beleggen is daarbij gewaarborgd, doordat mr. Monster met ingang van 1 april 2007 als Substituut-Ombudsman Financiële Dienstverlening werd benoemd en hij in die hoedanigheid uitsluitend zaken op het gebied van beleggen behandelt. Daarnaast is de expertise op het gebied van beleggen bij het Kifid gewaarborgd, doordat alle leden van de KCD, met uitzondering van mr. Monster, lid van de kamer Beleggen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening zijn.

Hoewel een groot deel van de DSI-deelnemers op basis van de Wft verplicht bij het Kifid is aangesloten, gold dit aanvankelijk niet voor een belangrijke groep van DSI-deelnemers, zoals de vermogensbeheerders. Echter, met de inwerkingtreding per 1 november 2007 van de 'Markets in Financial Instruments Directive' (MiFID), is ook deze groep verplicht bij het Kifid aangesloten. Daardoor kunnen klachten tegen deze groep van aangeslotenen sinds 1 november 2007 door het Kifid in behandeling worden genomen.

In vergelijking met de procedure bij de KCD is de procedure bij het Kifid nog laagdrempeliger. De procedure bij het Kifid kent slechts één ontvankelijkheidstermijn en geen drempel voor wat betreft het geleden financiële nadeel. Daardoor werden in 2007 bij de afdeling Beleggen van het Kifid een groot aantal klachten ingediend die de KCD niet in behandeling zou hebben genomen. Bij de KCD gold een éénjaartermijn, die overigens ook in het reglement van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening is opgenomen. Vooral het ontbreken van die termijn in de procedure van het Kifid was debet aan de stroom van effectenleaseklachten bij het Kifid gedurende het eerste halfjaar. De speelruimte voor de Substituut-Ombudsman is in deze zaken beperkt, wetende dat de Geschillencommissie wel de éénjaartermijn hanteert, zou de klacht aan haar worden voorgelegd. Daarom is de Substituut-Ombudsman in het afgelopen jaar met de grote aanbieders van effectenleaseproducten gesprekken aangegaan, om met hen tot nadere procedureafspraken te komen, rekening houdend met de actuele stand van de jurisprudentie op dat moment. Deze aanbieders waren daar helaas niet toe bereid, als gevolg van de vele rechterlijke procedures die inmiddels op het terrein van de effectenleaseklachten zijn gevoerd en de standpunten die in deze procedures zijn ingenomen.

Opvallend was, dat inadequate communicatie aan de zijde van vooral de financiële instelling de oorzaak van een aanzienlijk aantal klachten was. Consumenten raakten geïrriteerd, niet alleen door de inadequate communicatie over de aard, de risico's en de prestaties van een product, maar ook door de wijze waarop zij door de financiële instelling werden benaderd wanneer zij zich met een klacht tot deze instelling wendden. Het zou in een redelijk aantal gevallen niet tot een klachtindiening bij het Kifid zijn gekomen, indien de financiële instelling de consument gedurende de hele periode van hun relatie, van het aanbieden van een product tot de afhandeling van een klacht, als een serieuze gesprekspartner zou hebben behandeld, die open, volledig en zonder verborgen agenda tegemoet moet worden getreden. Het is betreurenswaardig om dit achteraf te moeten constateren.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Uiteraard heeft ieder in deze relatie zijn eigen gerechtvaardigde belang. Wanneer consumenten en financiële instellingen jegens elkaar in hun wensen en verwachtingen volledige openheid betrachten en deze waar mogelijk schriftelijk vastleggen, zullen zij elkaar uiteindelijk steeds in het midden weten te vinden.

4 Verzekeren en vertrouwen

Vertrouwen is vanzelfsprekend ook de basis van verzekeren. Wat dat betreft horen de ervaringen van klanten met verzekeraars en tussenpersonen tot de bouwstenen van het economisch vertrouwen. Veel verzekeringsproducten beogen verzekerden, wanneer zich een schade voordoet, voor wat betreft hun levensstandaard te beschermen en hen zo in economisch opzicht zekerheid te bieden. In die zin hebben de activiteiten van verzekeraars ook een sociale functie. Zonder de eigen verantwoordelijkheid van consumenten als contractpartij uit het oog te verliezen, moeten zij toch, wanneer zich een verzekerde gebeurtenis voordoet, erop kunnen vertrouwen dat hun verzekeringsproduct hun behoefte aan zekerheid naar behoren bevredigt. Dit vereist zowel van de verzekeraar als van de tussenpersoon kennis van zaken en betrouwbaarheid, naast transparante producten en contracten.

Een verzekeringsovereenkomst wordt in het algemeen als een overeenkomst 'uberrimae fidei' aangemerkt. Dit wil onder meer zeggen, dat de verzekeringnemer en de verzekeraar bij het sluiten van de verzekering tegenover elkaar verplicht zijn om aan de hoogste eisen van goede trouw te voldoen. De verzekeringnemer moet dus voor het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten meedelen die hij kent of behoort te kennen en op basis waarvan de verzekeraar beslist of en op welke voorwaarden hij de verzekering zal willen sluiten. Van de verzekeraar mag worden verlangd, dat hij het aanvraagformulier zo inricht dat daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk kenbaar wordt gemaakt welke feiten voor hem van belang zijn voor de beoordeling van het risico. Bovendien moet de verzekeraar ervoor zorgen, dat de klant in de precontractuele fase goed inzicht in het geboden product heeft en erop mag vertrouwen dat de productinformatie juist en volledig is. Ook tijdens de looptijd van een verzekering moet sprake zijn van goede trouw. Een verzekerde moet erop kunnen vertrouwen dat zijn verzekering in algemene zin dekking biedt tegen de risico's die de benaming van de polis of de informatie in de brochure suggereert. Ook moet hij erop kunnen vertrouwen dat in de algemene voorwaarden geen ongebruikelijke dekkingsuitsluitingen zijn opgenomen en dat polisbepalingen na een schade niet op een onredelijke wijze ten nadele van hem worden uitgelegd. Niet in de laatste plaats is vertrouwen essentieel voor een goede relatie tussen de verzekeringnemer en diens adviseur of intermediair.

Gezien het bovenstaande is het begrijpelijk dat de begrippen 'vertrouwen' en 'verzekeren' gemakkelijk met elkaar in verband worden gebracht. Het verzekeringsbedrijf profileert zich bijvoorbeeld graag met teksten als 'verzekeren is een kwestie van vertrouwen', 'verzekeren is op wederzijds vertrouwen gestoeld' en 'verzekeren heeft alles met mensen en vertrouwen te maken'. Ook in de Gedragscode Verzekeraars wordt die relatie tussen verzekeren en vertrouwen gelegd: "Verzekeren is gebaseerd op vertrouwen. Enerzijds moet de



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

verzekeringsconsument erop kunnen vertrouwen dat wij als verzekeraars aan onze financiële verplichtingen kunnen en zullen voldoen. Anderzijds moeten wij erop kunnen vertrouwen dat de verzekeringsconsument tijdig zijn premie betaalt en op een eerlijke en betrouwbare wijze informatie verstrekt en eventuele schaden claimt.”

‘Vertrouwen’ kan op verschillende manieren worden gedefinieerd, maar een passende definitie van vertrouwen in deze context is mijns inziens: ‘De verwachting dat de wederpartij zich aan zijn woord houdt, gewekte verwachtingen honoreert, oog voor het belang van anderen heeft en zich niet uitsluitend op zijn eigen voordeel richt’. Op het vlak van verzekeringen betekent dit, dat de consument bijvoorbeeld mag verwachten dat een product wordt geadviseerd dat bij hem past, dat alle eigenschappen van dat product goed worden uitgelegd, dat vooraf een duidelijk inzicht in de kosten wordt gegeven, dat de verzekeraar of tussenpersoon adequaat bijstand verleent, dat uitkeringen binnen een redelijke termijn worden betaald, dat de dossiervorming bij de wederpartij op orde is en dat ook het belang van de nabestaanden niet uit het oog wordt verloren. In de dagelijkse praktijk wordt het vertrouwen van de consument hierin veelal niet beschaamd, maar helaas, soms ook wel.

Zorgvuldigheid en transparantie zijn bijzonder belangrijk ten aanzien van advisering, verkoop en het afnemen van levensverzekeringen waarvan de prestaties afhankelijk van de aandelenkoersen zijn. Het moge duidelijk zijn, dat verzekeren en beleggen moeilijk te combineren economische activiteiten zijn, waarbij vertrouwen tussen partijen soms zwaar op de proef wordt gesteld. De Consumentenmonitor van het Verbond van Verzekeraars laat bovendien zien dat de consument van een verzekeraar zekerheid wil. Hierbij speelt de kwaliteit van het product een rol in de mate van vertrouwen. Hoe meer verzekeringsproducten bij de wens van de klant aansluiten, hoe meer vertrouwen de klant in de branche heeft. Mij komt dit als reëel over, maar juist daarom bevreemdt het me, dat verzekeraars en tussenpersonen dit soms uit het oog verliezen.

Sinds verzekeraars hun interne klachtenproces verder gestalte geven, wordt hen wat dat betreft steeds duidelijker wat de mogelijke knelpunten zijn. Aan de hand daarvan kunnen zij passende maatregelen nemen en ik heb de indruk dat verzekeraars hier veel tijd en aandacht aan schenken. Fouten maken is menselijk en behoeft voor de wederpartij niet meteen een reden te zijn om te gaan klagen. Onbegrip en irritaties ontstaan pas als de financiële dienstverlener met onvoldoende empathie en zorgvuldigheid het ontstane probleem benadert. Geschillen kunnen veelal in de kiem worden gesmoord door voor overleg open te staan, de klager voldoende persoonlijke aandacht te geven en te proberen om constructief tot een oplossing te komen. Helaas is nog niet iedereen in de bedrijfsmatige wereld van het belang van zo’n benadering doordrongen.

4.1 Annuleringsverzekering

Niet vliegen met een gesloten gipsverband



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Twee bevriende echtparen hadden een vliegreis naar Turkije geboekt, maar drie weken voor het vertrek liep een van de dames een gecompliceerde polsbreuk op. De pols moest tot driemaal toe worden gezet, er werd een spalk aangelegd en een week voor het vertrek kwam er een gesloten gipsverband omheen. De vrouw in kwestie had haar arts gevraagd of de vakantie door kon gaan. Die zag geen problemen en gaf toestemming om te gaan vliegen. Ook werd, zelfs vier keer, telefonisch navraag gedaan bij de touroperator en ook daar zag men geen probleem met betrekking tot de vliegreis. Bij het inchecken echter werd mevrouw door een medewerkster van Schiphol aangesproken. Zij deelde mee dat het gips moest worden opgeknapt, omdat de pols tijdens de vlucht kon gaan opzwellen en vochtophopingen konden ontstaan. Mevrouw gaf echter aan dat de pols nog lang niet stabiel genoeg was. Vervolgens kwam de medische dienst van de luchthaven erbij. Deze hanteert een protocol dat men mag vliegen met een gipsverband om een van de ledematen, mits dit niet circulair is, dat wil zeggen dat het gipsverband doorklieft moet zijn. Het was echter niet mogelijk om het gipsverband van mevrouw te doorklieven en daarom adviseerde de medische dienst de vlucht naar Turkije te annuleren. De claim op de annuleringsverzekering werd in eerste instantie afgewezen. De maatschappij gaf aan, dat als de behandelend arts geen probleem zag, er kon worden gevlogen. Echter, omdat de touroperator kennelijk niet bekend was geweest met het beleid van Schiphol ten aanzien van passagiers met een gesloten gipsverband, waar betrokkene wel op had mogen vertrouwen, was de verzekeraar bereid voor alle vier verzekerden een vergoeding te verlenen overeenkomstig de kosten van annulering als die op de ongevaldatum of direct daarna had plaatsgevonden (vijftig procent van de reissom).

4.2 Anw-hiaatverzekering

Nieuwe aanbieding minder gunstig

Een werknemer werd ermee geconfronteerd, dat op de einddatum van het door zijn werkgever gesloten collectieve contract de overeenkomst niet werd verlengd. Begin 2006 was er een nabestaandenlijfrente (Anw-plus) verzekerd van 5.445,36 euro op jaarbasis, tegen een jaarpremie van 317,25 euro. Omdat de verzekeraar geen bevredigend antwoord kon geven op de vragen van de betrokkene, legde deze de kwestie aan mij voor. Na enige briefwisselingen met de verzekeraar en de klager kwam uiteindelijk naar voren, dat de onderhandelingen over het eventueel verlengen van het collectieve contract waren stukgelopen, doordat de nieuwe aanbieding minder gunstige voorwaarden kende. De werkgever had vervolgens besloten om met een andere verzekeraar in zee te gaan. De door de werknemer te betalen premie was echter fors hoger.

In een situatie als in deze casus hebben de werknemers en hun nabestaanden weliswaar een groot belang bij een zogeheten Anw-hiaatverzekering, maar helaas moeten zij wanneer een collectief contract afloopt, maar afwachten hoe de zaken uiteindelijk zullen uitpakken. Bij het stuklopen van de onderhandelingen zal de oorspronkelijke polis worden geroyeerd en is het de vraag of en tegen welke voorwaarden en premie het Anw-hiaat opnieuw kan worden verzekerd. Dit dossier liet dan ook duidelijk de keerzijde van een collectieve regeling zien. Tijdens de looptijd van het contract kan de werknemer weliswaar van de aanwezige voordelen



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

profiteren, maar dit is slechts tijdelijk. Na afloop van de overeenkomst ontstaat een onzekere situatie en kan de werknemer er niet zonder meer op vertrouwen, dat de (oorspronkelijke) dekking in stand blijft, terwijl meestal juist prijs wordt gesteld op het verzekerd kunnen blijven tot bijvoorbeeld de 65ste verjaardag. Met het oog op de zekerheid die een verzekering moet bieden, is dit een onwenselijke situatie. Mijns inziens mogen verzekerden erop vertrouwen dat de belangen van hun nabestaanden zo goed mogelijk worden gewaarborgd. Het is duidelijk dat de relatie tussen werkgever, werknemer en verzekeraar in dit geval een driehoeksverhouding betrof, waarin de werknemer weinig meer dan een 'lijdend voorwerp' was.

4.3 Arbeidsongeschiktheidsverzekering

4.3.1 Onduidelijke uitleg van voorwaarden

Een aantal deelonderwerpen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn in het verzekeringscontract niet geregeld of ze kunnen niet of nauwelijks worden geregeld of er bestaan geen sluitende polisbepalingen voor. Bijvoorbeeld begrippen als 'ziekte', 'passende arbeid' en in het algemeen 'arbeidsongeschiktheid' zijn niet eenduidig, over de vraag of een bepaalde arbeidsongeschiktheidsverzekering een sommenverzekering of een schadeverzekering is, bestaat geen overeenstemming, de weging van gewijzigde (beroeps)werkzaamheden leidt tot discussies enzovoort. Bij geschillen over dergelijke onderwerpen moet het standpunt van de verzekeraar onder meer aan wettelijke bepalingen en aan maatstaven van redelijkheid en billijkheid worden getoetst. Verzekerden moeten daarop kunnen vertrouwen. Blijkt overigens uit de voorwaarden niet of de verzekering een sommen- of schadeverzekering is, dan geldt voor de consument de meest gunstige uitleg.

Onderverzekerd?

Een rijkschoolhouder had een na-eerstejaarsuitkering uit hoofde van een arbeidsongeschiktheidsverzekering op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid, waarbij destijds niet voor het bijverzekeren van het Waz-risico was gekozen. De man was volledig arbeidsongeschikt voor zijn beroepsbezigheden en was uit eigen beweging parttime in loondienst getreden. Hij verwierf dus inkomsten in een andere baan en werd daarom op zijn uitkeringsrechten gekort. Als gevolg daarvan was de man ten opzichte van de periode vóór zijn arbeidsongeschiktheid meer dan 25 procent in inkomen achteruitgegaan. De verzekeraar weet dit aan 'onderverzekering', hoewel de verzekeringsovereenkomst geen bepalingen omtrent dit begrip kende. Ter verdediging van het standpunt van de verzekeraar kan worden aangevoerd, dat de vermelding van het verzekerde beroep op de polis uitsluitend betrekking had op de schattingsmethodiek van de mate van arbeidsongeschiktheid. De aanpassing van de uitkering volgde impliciet uit het karakter van een schadeverzekering, omdat anders de situatie kon ontstaan dat de verzekerde na zijn arbeidsongeschiktheid een hoger inkomen had dan daarvoor. Dit druist niet alleen in tegen de doelstelling en het karakter van deze verzekering, maar het kan ook de belangen van de verzekeraar ernstig schaden. Er zou dan immers in zekere zin een financiële bonus op arbeidsongeschiktheid kunnen ontstaan. Daarom ook wordt in de regel niet meer dan tachtig procent van het gemiddelde inkomen verzekerd. In een arbeidsdeskundige rapport in deze casus



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

werd gesuggereerd de verzekerde, bij wijze van tegemoetkoming, de keuze te laten om de dekking op te schorten, tegen een verminderde premie. Wat mij betreft was nu de vraag of bij de premiestelling van deze verzekering met bovenstaand fenomeen rekening was gehouden, en zo ja, in welk opzicht.

Indien het inkomen van de verzekerde in de periode voor de verlaging van de uitkering ook beduidend lager was dan zijn inkomen voor zijn arbeidsongeschiktheid, zou de verzekeraar over onderverzekering kunnen spreken, bijvoorbeeld doordat de verzekerde het Waz-risico niet had bijverzekerd. Mijns inziens spelen in dergelijke kwesties twee aspecten een rol: 1) onderverzekering: het verzekerde bedrag is lager dan (tachtig procent van) het gemiddelde inkomen; 2) korting op de uitkering wegens het verwerven van inkomsten, ondanks volledige arbeidsongeschiktheid voor het eigen verzekerde beroep. Ten aanzien van deze twee aspecten kan ik het volgende vaststellen.

Onderverzekering is uitsluitend bij schadeverzekeringen mogelijk en dus in het algemeen ook bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Doorgaans is in de polis aangegeven dat de verzekerde recht op een periodieke uitkering heeft bij derving van inkomen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid. Dit is mijns inziens niet precies hetzelfde als een (periodieke) uitkering tot een bedrag dat direct aan de gederfde inkomsten is gerelateerd.¹ De modelvoorwaarden van het Verbond van Verzekeraars zijn op dit punt veel duidelijker. Hierin is namelijk bepaald dat de verzekering ten doel heeft de begunstigde *schadevergoeding* te verlenen bij derving van inkomsten tengevolge van arbeidsongeschiktheid.² Indien kan worden aangenomen dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering een schadeverzekering is, dan is de omvang van de uitkering in de verzekeringsvoorwaarden geregeld, terwijl de mate van arbeidsongeschiktheid volgens de polisvoorwaarden op basis van het verzekerde beroep wordt bepaald. Bij een mate van arbeidsongeschiktheid van tachtig tot honderd procent kan de uitkering honderd procent van de verzekerde jaarrente bedragen. Wordt aanvaard dat de verzekerde in de zin van de polis volledig arbeidsongeschikt is, dan gaat het mijns inziens niet aan om wegens vermeende onderverzekering, met een beroep op het indemniteitsbeginsel, de mate van arbeidsongeschiktheid en daarmee de uitkering te verlagen. In mijn visie is trouwens bij vrijwel iedere arbeidsongeschiktheidsverzekering sprake van onderverzekering. Het is immers gebruikelijk om niet hoger dan ongeveer tachtig procent van het inkomen uit arbeid te verzekeren. Onderverzekering mag naar mijn mening in feite nooit problemen opleveren. Iemand met een inkomen van bijvoorbeeld 40.000 euro die voor vijftig procent arbeidsongeschikt is, heeft in mijn beleving gewoon recht op uitkering van de helft van de verzekerde som. Heeft hij 32.000 euro verzekerd, dan heeft hij dus recht op 16.000 euro en heeft hij maar 20.000 euro verzekerd, dan heeft hij recht op 10.000 euro. Dat is naar mijn oordeel

¹ Zie ook E.J. Wervelman, Kroniek van de particuliere AOV, in: AV&S, februari 2007, blz. 34 e.v.

² Hoofdstuk II, artikel 2.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

volstrekt normaal. Voor zover ik weet is er om die reden ook geen jurisprudentie of literatuur over dit onderwerp.³

Vervolgens dan de vraag of het terecht is de uitkering te verlagen wegens het verwerven van inkomsten in een ander beroep, in een parttime baan. In de casus staat vast dat de verzekerde voor zijn eigen oorspronkelijk verzekerde beroep volledig arbeidsongeschikt is en dat hij als medewerker in parttime loondienst inkomsten heeft. Indien de verzekeringsvoorwaarden op dit punt niet duidelijk zijn, kan het Burgerlijk Wetboek een argument geven om de uitkering niet te verminderen.⁴ Ik zie dan ook onvoldoende reden om op de vastgestelde uitkering te korten. Het indemniteitsbeginsel geldt mijns inziens alleen als verzekerde in een duidelijk voordeliger positie zou geraken⁵ en daarvan lijkt mij geen sprake. Zolang het totale inkomen van de verzekerde, dus de AOV-uitkering plus de looninkomsten, lager is dan het inkomen voor zijn arbeidsongeschiktheid, moet de verzekeraar mijns inziens de afgesproken uitkeringen doen, tenzij in de verzekeringsvoorwaarden expliciet anders is overeengekomen. Verzekeraars moeten in dergelijke situaties de polisvoorwaarden strikt naleven en voor verlaging van de uitkering, indien de polis daarin uitdrukkelijk voorziet, geen oneigenlijke rechtsgronden aanvoeren. Een standpunt telkens anders motiveren is immers al snel in strijd met de redelijkheid en billijkheid.

4.3.2 Geen afstemming bij keuringen

Ten aanzien van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen heb ik gedurende een reeks van jaren, en voor het laatst in mijn jaarverslag over 2005, aanbevolen om bij elk medisch specialistisch onderzoek dat verder gaat dan een controle of bezoek op huisartsniveau, af te stemmen welke specialist daarvoor zal worden gevraagd. Ook heb ik aanbevolen om af te stemmen welke vragen hem of haar zullen worden voorgelegd over de gevolgen van een ongeval of een ziekte. Helaas moet ik nogal eens constateren dat deze aanbevelingen niet worden nageleefd. Ik vind dat zorgelijk, ook al omdat de bedrijfstak eigenlijk nimmer op mijn suggesties op dit punt heeft gereageerd. Daarom wil ik verzekeraars nog eens op het hart drukken in voorkomende gevallen de genoemde zaken met hun verzekerden af te stemmen. Consumenten moeten er mijns inziens op kunnen vertrouwen dat aanbevelingen van de Ombudsman, waarvan verzekeraars hebben aangegeven deze te zullen volgen, vervolgens niet in de wind worden geslagen. Bovendien kan dat vertrouwen op de verzekeraars zelf terugstralen, omdat de bedoelde afstemming er blijk van geeft dat zij hun verzekerden serieus nemen.

4.4 Beleggingsverzekering

³ Uitgezonderd E.J. Wervelman, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, 2004. Echter, de hierin gememoreerde uitspraken RvT IV-96/8 en 96/9 (pagina's 394 en 395) missen mijns inziens toepassing op de beschreven casus, omdat hierin sprake was van verwerving van inkomen buiten het eigen bedrijf.

⁴ Artikel 6:238 lid 2 BW.

⁵ Artikel 7:960 BW.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

4.4.1 Onvoldoende proactieve houding

In voorgaande jaarverslagen heb ik veelvuldig aandacht gevraagd voor de problematiek rondom beleggingsverzekeringen. Kan men bijvoorbeeld vanuit conceptueel oogpunt nog wel van een verzekering spreken als (bijna) alle risico's op de verzekeringnemer worden afgewenteld en geen enkel uitzicht op een gegarandeerde uitkering wordt geboden? Wat is in dat geval nog de toegevoegde waarde van een verzekeraar? Wat is er precies verzekerd? Hoe valt het met het verlangen van de consument naar vertrouwen en zekerheid te rijmen, als partijen te weinig oog hebben voor een adequaat beheer van de beleggingspolis? De premie betalen en vervolgens stil blijven zitten tot de einddatum is bereikt, en dan maar bezien hoe de koers van het gekozen beleggingsfonds uitpakt, vind ik een onvoldoende proactieve houding van alle betrokken partijen. In dit opzicht valt nog veel te winnen en heeft bijvoorbeeld het intermediair de kans om zijn professionaliteit te bewijzen.

4.4.2 Vertrouwen in het intermediair

De introductie van beleggingsverzekeringen en vormen van winstdeling hebben, gezien het aantal klachten over deze onderwerpen, het vertrouwen in de levensverzekeringsbranche geen goed gedaan. De vraag is in hoeverre het intermediair hierbij een rol speelt. Bij intermediairmaatschappijen is het duidelijk, dat het intermediair voor de verzekeringsconsument het eerste aanspreekpunt is en dat diens rol belangrijker wordt naarmate het verzekeringsproduct ingewikkelder is. Bij de behandeling van klachten valt het op, dat verzekeringsconsumenten kritisch naar levensverzekeraars zijn, maar ten aanzien van hun intermediair een tweeslachtige houding aannemen. Consumenten zijn wel kritisch ten aanzien van het aan hen verstrekte advies - het aantal klachten is wat dat betreft veelbetekenend - maar meestal pas achteraf en vaak omdat een andere adviseur hen daartoe aanzet. Vaak lijkt het erop, dat de nieuwe adviseur weer blindelings het vertrouwen van de klant geniet.

Goedgelovig of vertrouwen?

Een verzekeringnemer, die in het bezit was van een aantal levensverzekeringspolissen op beleggingsbasis, werd door een nieuwe adviseur benaderd. Deze constateerde dat het rendement van de lopende polissen achterbleef, doordat de achterliggende beleggingsfondsen minder goed presteerden. De nieuwe adviseur raadde aan om voor andere, op dat moment beter presterende fondsen te kiezen, die echter niet aan de bestaande verzekeringen konden worden verbonden. Deze moesten daarom voortijdig worden afgekocht en er moest een nieuwe verzekering worden gesloten. Zowel het een als het ander had natuurlijk financiële gevolgen. Later klaagde de verzekeringnemer erover, ingefluisterd door zijn oude adviseur, dat hij ook op een andere manier in de beter renderende beleggingsfondsen had kunnen beleggen en dat hij derhalve was misleid. De vraag is natuurlijk wel, hoe de nieuwe adviseur zo gemakkelijk het vertrouwen van de klant kon winnen. De verzekeringnemer stelde zelf in zijn klacht, dat hij van nature goedgelovig is en op de mensen vertrouwt die hem begeleiden.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Was hij in dit geval te goedgegelovig of mocht hij erop vertrouwen dat zijn belangen goed werden behartigd?

Enerzijds mag van de verzekeringsconsument enig kritisch vermogen worden verwacht en anderzijds moet het intermediair beseffen, dat zijn adviezen vaak in vertrouwen worden opgevolgd. In het belang van het vertrouwen in de verzekeringsbranche is het te wensen dat intermediairs geen misbruik van het in hen gestelde vertrouwen maken.

4.4.3 Gevolgen van premiemutaties

Een kostbare flexibele premiebetaling

Een man had gedurende acht jaar in totaal zo'n 15.000 euro premie betaald en kwam er toen achter dat de opgebouwde waarde van zijn beleggingspolis nog maar 1.224 euro bedroeg. Mij werd de vraag voorgelegd in hoeverre dit redelijk was. De polis, uit 1998, voorzag in een recht op flexibele premiebetaling, een overlijdensdekking van 110 procent van de beleggingswaarde en beleggingen in een aandelenfonds. De verzekeraar had aangegeven altijd bereid te zijn om informatie over de kostenopbouw van de levensverzekering te verstrekken, maar acht jaar na het afsluiten van de verzekering bleek die informatie aanmerkelijk uitgebreider te zijn dan destijds. De verzekeraar beriep zich daarbij op het feit dat er indertijd geen vastomlijnde regels waren die tot vergaande transparantie verplichtten. Mijn actuarieel adviseur stelde vast, dat betrokkene weliswaar van de mogelijkheid van flexibele premiebetaling gebruik had gemaakt, maar dat hij dit eigenlijk beter achterwege had kunnen laten. In 1999 was de premie van 3.829 naar 5.513 euro per jaar verhoogd en een jaar later weer naar de oorspronkelijke jaarpremie verlaagd. Bij de berekening van de afkoopwaarde per september 2006 werd op de toen aanwezige poliswaarde van 4.760 euro alsnog een bedrag van 3.536 euro aan eerste kosten in mindering gebracht. Toen pas gingen bij betrokkene de alarmbellen rinkelen. Hij stelde dat zijn verzekeringsadviseur indertijd had aangegeven, dat van jaar tot jaar kon worden besloten hoeveel premie zou worden betaald, maar ook de verzekeraar moest erkennen dat die premiemutaties voor de polishouder niet gunstig waren geweest. Uit de beschikbare documentatie kon echter niet worden herleid dat de polishouder redelijkerwijs van die financiële gevolgen op de hoogte kon zijn. De vraag was zelfs of de betrokken adviseur die gevolgen kon kennen en dus zijn cliënt wellicht onbedoeld op het verkeerde been had gezet. De verzekeraar was echter niet bereid om de klager tegemoet te komen door de waarde bij te stellen. De klager had klaarblijkelijk weinig vertrouwen in een goede afloop en liet mij daarom weten dat verdere bemiddeling mijnerzijds achterwege kon blijven.

Mijns inziens had de verzekerde er redelijkerwijs op mogen vertrouwen dat zowel de verzekeraar als de adviseur hem er vooraf op zou hebben gewezen, dat hij niet lichtzinnig met de optie van flexibele premiebetaling moest omgaan.

4.4.4 Het uitstellen van de einddatum

Plots een geheel nieuwe klant



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Een man had drie polissen die op 62- en 64-jarige leeftijd tot uitkering zouden komen, maar op dat moment had hij nog geen behoefte om daarvoor een lijfrente aan te kopen. Hij vroeg daarom of het mogelijk was de eindleeftijd te verschuiven. Zijn adviseur en verzekeraar zagen geen bezwaar en gaven vervolgens drie nieuwe polissen af, waarbij de nieuwe expiratedata niet vaststonden. De verzekeringnemer mocht zelf kiezen wanneer hij de poliswaarde in een lijfrente wilde omzetten. De adviseur en de verzekeraar vertelden er echter niet bij, dat er een aanzienlijk bedrag aan kosten (provisie) op de ingelegde koopsommen werd ingehouden. De klager was al lange tijd cliënt bij de adviseur en de verzekeraar, maar werd dus bij het verlengen van de einddatum kostentechnisch als een geheel nieuwe klant behandeld. Had klager hier attent op moeten zijn? Mijns inziens had hij erop mogen vertrouwen, dat slechts 'verlengingskosten' in rekening zouden worden gebracht. Ook vind ik het niet verdedigbaar dat de adviseur opnieuw het volle pond aan provisie ontving. De verzekerde had bij de verlenging laten doorschemeren, dat hij gezien zijn leeftijd waarschijnlijk rond zijn 65ste of 66ste tot aankoop van een lijfrente zou overgaan, maar uiteindelijk werd dat pas bij zijn 70ste verjaardag.

In de beschreven casus heb ik vastgesteld dat de beleggingswinst, door de volle kostenbelading, substantieel had moeten zijn, wilde de polishouder in ieder geval geen verlies lijden. Bij aankoop op 65-jarige leeftijd moest bijvoorbeeld minstens een rendement van 6,3 procent per jaar worden gemaakt om tenminste 'break-even' te spelen. Op 70-jarige leeftijd was dit nog zo'n 3 procent per jaar. In werkelijkheid lag het behaalde beleggingsrendement rond 0 procent. Mijn actuaris stelde uiteindelijk vast, dat de expiratiewaarde van de drie polissen slechts 76 procent van de inleg bedroeg. Dit was dus een pijnlijke exercitie voor de klant. Hij wilde slechts de einddatum uitstellen, koos ondanks de redelijk korte beleggingshorizon toch voor een beleggingsverzekering, wist uiteindelijk door een risicomijdende fondskeuze het koersverlies beperkt te houden, maar zag zijn ingelegde geld in een paar jaar tijd met 24 procent verdampen. De belangrijkste oorzaak hiervan was, dat de adviseur er klaarblijkelijk prijs op stelde om het uitstel niet als verlenging te beschouwen, maar als een geheel nieuw verzekeringscontract. Wil de klant er in zo'n constructie positief uitspringen, dan moet er sprake zijn van hoge rendementen, die door de veelal korte beleggingshorizon moeilijk zijn te behalen.

4.5 Betalingsbeschermingsverzekeringen

Wanneer een financieel zekerheidsproduct niet aan de verwachtingen voldoet, kan het vertrouwen in de financiële dienstverlening ernstig worden geschaad. Vaak is dit het geval met betalingsbeschermingsverzekeringen bij hypotheeken, leningen of kredietverstrekkingen. Betalingsbeschermingsverzekeringen horen financiële risico's af te dekken die uit een leen- of kredietovereenkomst voortvloeien. De verzekering keert de restantschuld uit bij overlijden en (een deel van) de termijnbedragen gedurende arbeidsongeschiktheid of onvrijwillige werkloosheid van de verzekerde. De premie wordt vaak als een eenmalige koopsom berekend, die dan in de lening of het krediet wordt meegefinancierd, maar betaling per maand of per jaar komt ook voor. De verzekeringnemer hoeft doorgaans slechts een



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

voorgedrukt certificaat met enkele algemene verklaringen te ondertekenen, waaronder een verklaring over de gezondheid van de aanvrager en de eventuele medeverzekerde.

4.5.1 Discutabel beroep op verzwijging

Helaas heeft ook in het verslagjaar weer een aantal verzekeraars betalingsbeschermingsverzekeringen gesloten na het stellen van slechts enkele gezondheidsvragen en vervolgens een beroep op verzwijging gedaan, alsof een volwaardige acceptatieprocedure was gevolgd. Ook met andere verzekeringen waarvoor medische informatie wordt gevraagd, blijft dit een hardnekkig probleem. Soms wordt bij de acceptatie van verzekeringen zo weinig medische informatie gevraagd, dat een beroep van verzekeraars op verzwijging nauwelijks nog mogelijk is. Al in 1994 verloor een verzekeraar een rechtszaak hierover, onder meer omdat de verzekerde niet was gekeurd, geen vragenlijst over zijn gezondheidstoestand had hoeven invullen en volgens de rechtbank geen relatie had hoeven leggen tussen de eenvoudige vraag naar zijn gezondheidstoestand en zijn vermoeidheids- en rugklachten. Nogmaals geef ik verzekeraars te kennen, dat zij de keuze hebben tussen enerzijds het hanteren van uitgebreidere aanvraagformulieren, met meer gedetailleerde gezondheidsvragen, en anderzijds nog slechts in uitzonderlijke en zeer duidelijke situaties een beroep op verzwijging doen.

4.5.2 Onduidelijke polisvoorwaarden

Veel betalingsbeschermingsverzekeringen worden verkocht zonder dat de overeenkomst voor de (vaak ondeskundige of onoplettende) verzekeringnemer helemaal duidelijk is. De verzekeraar is er vaak zeer deskundig in de polisvoorwaarden zo gunstig mogelijk voor de maatschappij te redigeren. De vraag is echter of het belang van de klant voldoende in acht wordt genomen. Sluiten product en behoefte op elkaar aan? Zijn de polisvoorwaarden transparant? Dit laatste is vaak niet het geval als het om het begrip onvrijwillige werkloosheid (of onvrijwillig ontslag) gaat. Moet een verzekeraar zich aan de begrippen conformeren zoals die in het arbeidsrecht gelden of kan hij er een eigen uitleg aan geven? In het arbeidsrecht is onvrijwillig ontslag, dus ontslagaanzegging door de werkgever waartegen de werknemer zich verzet, niet mogelijk zonder een rechterlijke uitspraak (ontbinding van de arbeidsovereenkomst) of een administratiefrechtelijke beslissing (toestemmingverlening aan de werkgever voor het ontslag). Ontslag door louter ontslagaanzegging door de werkgever is dus niet mogelijk. De werknemer kan erin berusten, waardoor het een ontbinding van de arbeidsovereenkomst met onderling goedvinden wordt, of de werknemer kan bezwaar maken, waarna de tussenkomst van de rechter of een administratiefrechtelijke beslissing nodig is. Vaak legt de werknemer zich uiteindelijk neer bij de ontslagaanzegging als er bijvoorbeeld sprake is van een sociaal plan of een afvloeiingsregeling. Formeel is er dan geen sprake van onvrijwillig ontslag.

4.5.3 Koppelverkoop



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Bij de verkoop van betalingsbeschermingsverzekeringen is mijns inziens vaak sprake van koppelverkoop. Het soms gunstige rentepercentage voor de lening geldt immers alleen maar als ook de betalingsbeschermingsverzekering wordt gesloten. De premies die verzekeraars voor zulke betalingsbeschermingsverzekeringen denken nodig te hebben, zijn vaak hoog en doen het voordeel van het gunstige rentepercentage soms geheel teniet. Het is daarom noodzakelijk dat over die premies in de precontractuele fase helder met de klant wordt gecommuniceerd, maar in veel gevallen gebeurt dat niet. De hoogte van de koopsom (die veelal tegen een doorsneetarief wordt aangeboden, dat wil zeggen uitsluitend afhankelijk van het geleende bedrag en dus niet van leeftijd, geslacht of andere factoren die het risico beïnvloeden) wordt vaak in zekere mate gecamoufleerd, doordat de kosten van de risicodekking, met het oog op overzichtelijke maandlasten, in de kredietovereenkomst worden ondergebracht. Doordat de consument bovendien pas na de transactie de polis ontvangt waaruit de totale verschuldigde koopsom voldoende kenbaar wordt, is het soms voor hem zelfs in het geheel niet duidelijk of hij één of meer betalingsbeschermingsverzekeringen koopt.

4.5.4 Nieuwe verzekering na oversluiten van de lening

Betalingsbeschermingsverzekeringen leiden ook bij het oversluiten van leningen tot klachten. Consumenten worden bestookt met aanbiedingen voor het afsluiten van kredieten en vooral ook voor het oversluiten daarvan. Omdat zij een betalingsbeschermingsverzekering hebben afgesloten, wanen ze zich veilig, zelfs voor het geval zij wegens arbeidsongeschiktheid niet meer aan de aflossingsverplichting kunnen voldoen. Zij weten echter niet, want daar zijn ze door de opeenvolgende kredietverleners en -bemiddelaars niet op gewezen, dat voor die betalingsbeschermingsverzekering bij het oversluiten van de ene geldlening naar de andere telkens een nieuwe wachttijd ingaat. Dit betekent dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van een aandoening die voor de oversluiting al aanwezig was, maar nog niet tot uitval had geleid, daarna als arbeidsongeschiktheid als gevolg van een al bestaande aandoening niet meer onder de dekking van het nieuwe contract valt. Bij het oversluiten van leningen ontbreekt het niet alleen aan informatie over dergelijke consequenties voor de verzekeringsdekking, maar ook zijn de relevante polisvoorwaarden niet eenduidig. Het blijkt bijvoorbeeld mogelijk dat een nieuwe verzekering wordt gesloten, terwijl de oude formeel nog niet is beëindigd. Dit alles klemmt vanzelfsprekend nog meer in het geval de financier van het krediet onder dezelfde vlag opereert als de verzekeraar van de betalingsbescherming.

4.5.5 Geen of slechts gedeeltelijke terugbetaling van de koopsom

Regelmatig krijg ik zaken voorgelegd waarin de polishouder niet over de hoogte van de koopsom klaagt, maar wel over het gedeelte van de koopsom dat na vroegtijdige aflossing van het krediet wordt terugbetaald. Soms voorzien de voorwaarden in het geheel niet in restitutie van een deel van de betaalde koopsom, ook al is de geldlening in zijn geheel afgelost. De verzekering blijft dan de hele overeengekomen looptijd in stand. Voorzien de voorwaarden wel in restitutie, dan



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

levert het terugontvangen bedrag vaak een teleurstelling op. Sinds enige tijd is de informatievoorziening hierover door de desbetreffende verzekeraars sterk verbeterd. Toch blijkt dat veel consumenten op dit punt nog steeds onaangenaam worden verrast. Ik benadruk daarom dat consumenten zich niet alleen goed door de verzekeraar of tussenpersoon moeten laten informeren, maar ook zelf de voorwaarden goed moeten lezen voordat ze een verzekering sluiten. Zeker bij verzekeringen die in het algemeen een substantieel financieel belang vertegenwoordigen, moeten consumenten goed weten wat voor product zij kopen.

4.5.6 Tussenpersonen die in hun zorgplicht tekortschieten

Juist met betrekking tot niet-opzegbare verzekeringen tegen niet te restitueren koopsommen moeten tussenpersonen zeer zorgvuldig handelen. Wat dat betreft is het niet voldoende om een afkoelings- of bedenkttermijn van dertig dagen in de polisvoorwaarden op te nemen. Na ontvangst van de voorwaarden veronderstelt de verzekerde immers dat ze de afspraken bevestigen die hij op het oog had. De tussenpersoon moet ervoor zorgen dat de consument op heldere en eenduidige wijze voorlichting ontvangt. De consument moet immers in het licht van zijn verzekeringsbehoefte verantwoorde beslissingen kunnen nemen. Niet-opzegbare verzekeringen tegen niet te restitueren koopsommen hebben wat dat betreft de schijn tegen.

Bij klachten over betalingsbeschermingsverzekeringen in het licht van de hierboven beschreven omstandigheden kan ik vaak weinig voor de consument betekenen. Ik vermoed dat veel consumenten zich te veel op het gewenste geldbedrag en de zo laag mogelijke rente richten en onvoldoende bij de nevenproducten stilstaan die bijna altijd onlosmakelijk, ofwel verplicht, tot de transactie horen. Deze consumenten zouden zich teleurstellingen kunnen besparen door het financiële voorstel goed door te nemen. Dat voorstel blijkt meestal minder rooskleurig dan het lage rentepercentage van de lening doet vermoeden, als ook de kosten van de betalingsbeschermingsverzekering in de berekening worden betrokken. In dit verband wil ik benadrukken dat de consument ook zelf moeite moet doen om vóór het sluiten van de transactie de toepasselijke voorwaarden zorgvuldig door te lezen.

4.6 Contraverzekering

Met enige regelmaat discussiëren partijen over het al dan niet verzekerd zijn van een contradekking. Meestal gebeurt dit wanneer een verzekerde kort na de ingangsdatum van de uitkeringsfase van de verzekering is overleden en er op de polis geen fiscaal toegestane begunstigde voor een nabestaandenuitkering is vermeld. Als er dan geen sprake is van een eventuele medeverzekerde of een nabestaandendeckking, vervalt de polis en komt de poliswaarde aan de verzekeraar ten goede. Dit is nu eenmaal inherent aan de verzekeringssystematiek. Verzekeraars moeten immers ook het zogeheten langlevensrisico voor hun rekening nemen. Wanneer het om substantiële bedragen gaat, kan dat tot onbegrip bij de erfgenamen leiden. Zij menen dan 'aanspraak' op de poliswaarde te kunnen maken. Om dit kapitaalverlies tegen te gaan, bestaat de mogelijkheid om een



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

zogenheten contraverzekering te sluiten. Bij overlijden van de verzekerde keert zo'n verzekering aan de begunstigten een vooraf overeengekomen bedrag uit, bijvoorbeeld de inleg minus de eventueel reeds gedane uitkeringen. Wel moeten de nabestaanden zelf deze overeenkomst met een verzekeraar aangaan en er zijn kosten aan verbonden. Daarom blijft het sluiten van zo'n verzekering een afweging tussen de kosten en baten, de aard van de voorziening en de persoonlijke financiële situatie. Mij lijkt het in ieder geval raadzaam om in het adviesgesprek de mogelijkheid van een eventuele contradekking altijd aan de orde te laten komen, overigens zonder dat de verplichting zou moeten bestaan om een dergelijke polis af te sluiten, en dat de gemaakte keuze expliciet in het polisdossier wordt vastgelegd. Dit laatste is vanzelfsprekend buitengewoon belangrijk. Op die manier kan een discussie na het overlijden van de verzekerde in de kiem worden gesmoord.

Wel ingelicht, maar ook voorgelicht?

Op 1 september 2005 sloot een 53-jarige man in verband met een gouden handdruk een kapitaalverzekering. De koopsom bedroeg 119.497 euro, de looptijd was twaalf jaar en er was een eindkapitaal gegarandeerd van 184.658 euro. De betrokkene overleed op 25 april 2006, waarna de polis zonder uitkering kwam te vervallen. De nabestaanden konden zich echter niet voorstellen dat er, gezien de hoogte van de inleg, geen contraverzekering was gesloten. Zij beklagden zich daarover bij de adviseur, maar deze stelde nadrukkelijk dat tijdens de adviesgesprekken alle opties aan de orde waren geweest, maar dat zijn cliënt zelf de keuze had gemaakt om van een dergelijke verzekering af te zien. De man was immers ongehuwd en had het meeste baat bij een zo hoog mogelijk eindkapitaal als aanvulling op zijn pensioen. De discussie tussen de partijen verliep moeizaam, mede doordat de adviseur van mening was dat de gespreksverslagen en aantekeningen voor interne registratie en vastlegging bedoeld waren en daarom niet konden worden ingezien. Ik vond dit een opmerkelijk standpunt en maakte dat ook kenbaar aan de klachtenmedewerker van de betrokken adviseur. Deze deelde mijn mening en had geen bezwaar tegen het beschikbaar stellen van alle relevante documentatie. Op grond van het dossier kwam duidelijk naar voren, dat betrokkene was gewezen op het feit dat na zijn overlijden geen uitkering zou volgen. Dit stond ook expliciet op het aanvraagformulier vermeld. In hoeverre hij op de mogelijkheid van een contraverzekering was gewezen, bleef de vraag, maar daarin zag ik onvoldoende ruimte om de partijen door bemiddeling dichter tot elkaar te brengen.

Geen sofinummer, dus geen contraverzekering

Op 27 mei 2005 sloot een 66-jarige man een direct ingaande lijfrente voor de duur van vijf jaar. De koopsom bedroeg 24.776 euro en de uitkering kwam op een bedrag van 441,79 euro per maand uit. Kort daarna overleed hij. Hoewel de man gehuwd was, was de lijfrente op één leven gesloten. Op de polis stond expliciet vermeld dat na het overlijden van de verzekerde voor de einddatum geen verdere uitkeringen zouden plaatsvinden. Ook was in de productleeswijzer de contraverzekering opgenomen. Nadat de zoon van de man tevergeefs de interne klachtenprocedure bij de financiële dienstverlener had gevolgd, besloot hij de kwestie aan mij voor te leggen. Uit het dossier kon ik opmaken, dat het wel degelijk de intentie van de man was geweest om zijn vrouw als begunstigde op de polis op te voeren, maar dat de adviseur van mening was dat dit op grond van de richtlijnen



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

van de betrokken verzekeraar niet mogelijk was. De echtgenote had immers als Braziliaanse nog geen sofinummer. Ik vroeg mij af of dit daadwerkelijk een obstakel kon zijn. Op de website van de Belastingdienst las ik immers: "De Belastingdienst registreert alleen belastingplichtigen en verzekeren voor de sociale verzekeringen. Als u niet tot deze groep behoort, krijgt u geen sofinummer. In dat geval kunt u natuurlijk wel een bankrekening openen of een levensverzekering afsluiten." Ook richting de zoon liet de Belastingdienst weten, dat het niet hebben van een sofinummer geen reden was om niet als begunstigde op een polis te worden vermeld. Pas wanneer de begunstigde aanspraak op resterende lijfrente-uitkeringen zou maken, zou een sofinummer moeten worden aangevraagd. In het overleg met de adviseur en de verzekeraar lieten deze mij weten, dat het toch niet mogelijk was om de echtgenote zonder sofinummer als begunstigde op de polis aan te tekenen. De redenen hiervoor waren niet louter administratief, maar lagen vooral op het terrein van 'compliance' en risicobeheersing. Bovendien was de betrokkene op de contradekking gewezen, maar vanwege de kosten had hij daarvan afgezien. De adviseur en de verzekeraar zagen dan ook geen aanleiding om de echtgenote tegemoet te komen. Ik vond dit geen redelijk standpunt. Fiscaal waren er immers geen obstakels om bij het afsluiten van de polis de echtgenote als begunstigde aan te merken. Mijns inziens had een meer proactieve houding van de adviseur (overleg met de Belastingdienst of het benaderen van een andere verzekeraar) meer voor de hand gelegen en was het niet terecht dat de echtgenote door de starre houding van de verzekeraar 'stilaan uit beeld was verdwenen'. En waarom was de keuze om van een contraverzekering af te zien, niet op schrift gesteld? Na een aantal briefwisselingen vond ik de adviseur en de verzekeraar bereid om de echtgenote, ter finale kwijting, met een bedrag van 2.400 euro coulancehalve tegemoet te komen. De klagers vonden dit een zeer mager gebaar, hetgeen ik kon begrijpen, maar gingen er uiteindelijk schoorvoetend mee akkoord.

4.7 Inboedelverzekering

Veroordeling verzwegen

In 2003 sloot een samenwonend stel enkele schadeverzekeringen en in 2004 werd het pakket bij dezelfde verzekeraar met een inboedelverzekering uitgebreid. Dat kon toen pas, omdat de lopende verzekering niet eerder opzegbaar was. Bij het sluiten van deze verzekering gebruikte de tussenpersoon een elektronisch aanvraagformulier, waarop hij de gegevens invulde die hij nog uit 2003 had. In november 2004 werd er ingebroken. Tijdens het gesprek met de expert kwam ter sprake, dat een van de partners medio 2003 wegens betrokkenheid bij een vechtpartij strafrechtelijk was veroordeeld. Hij had opzettelijk in vereniging geweld gepleegd en een politieman zwaar lichamelijk letsel toegebracht. De claim werd vervolgens met een beroep op verzwijging afgewezen. In de polis was immers een clausule opgenomen, dat de verzekering tot stand was gekomen op grond van de verklaring van de verzekerde dat hij in de afgelopen acht jaar geen strafrechtelijke veroordelingen had gehad. De partners stelden een klacht op, die op verzoek van hun advocaat niet door de Ombudsman, maar direct door de Raad van Toezicht



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Verzekeringen werd behandeld. De Raad oordeelde⁶ dat ervan kon worden uitgegaan dat de tussenpersoon in deze situatie uitsluitend als vertegenwoordiger van de verzekeringnemers was opgetreden. De onjuiste opgave door de tussenpersoon kwam dan ook voor hun rekening. Gezien de aard van de strafbare feiten vond de Raad het verdedigbaar, dat een redelijk handelende verzekeraar de aanvraag zou hebben afgewezen als de juiste informatie over het strafrechtelijk verleden was verstrekt.

Wanneer een verzekering door een assurantietussenpersoon wordt aangevraagd en deze geen voorbehoud kenbaar maakt, mag een verzekeringnemer erop vertrouwen dat de verzekering overeenkomstig zijn wensen tot stand komt. De zorgplicht van een assurantietussenpersoon brengt onder andere met zich mee, dat hij de verzekeraar voldoende inlichtingen verschaft om te voorkomen dat deze later een beroep doet op het niet voldoen aan de mededelingsplicht en een schadeclaim om die reden afwijst. Een tussenpersoon moet daarom uitdrukkelijk naar een eventueel strafrechtelijk verleden vragen. Op dat punt bestaat geen spontane mededelingsplicht. De tussenpersoon in de casus was daarom aansprakelijk voor de gevolgen van de onjuiste invulling van de gegevens. De beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de tussenpersoon deed nog een poging om met een beroep op 'eigen schuld' en het ontbreken van een causaal verband tussen de gestelde fout van de tussenpersoon en de schade van zijn cliënten, de verplichting tot schadevergoeding te ontlopen, maar vergeefs. In dit geval zou een bekwame assurantietussenpersoon zijn cliënt ongetwijfeld hebben geadviseerd de verzekering bij de vorige maatschappij te laten lopen en niet over te sluiten.

Het via internet en intranet sluiten en wijzigen van verzekeringsovereenkomsten wordt langzamerhand gemeengoed. Natuurlijk mag dat er niet toe leiden, dat verzekerden achteraf met de gevolgen worden geconfronteerd van de beantwoording van vragen die hen niet zijn voorgelegd of van polisbepalingen die de geldigheid van het contract afhankelijk stellen van bepaalde gegevens waar niet uitdrukkelijk naar is gevraagd. Daarnaast wil ik in dit verband op het risico wijzen dat digitale informatie, met name in het geval van langlopende contracten en bijvoorbeeld ook na fusies, gemakkelijk verloren kan gaan. Consumenten adviseer ik daarom zulke polisvoorwaarden in ieder geval te printen.

4.8 Levensverzekering

4.8.1 Verzwijging of verstrekking van onjuiste gegevens

Het Verbond van Verzekeraars, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, het Breed Platform Verzekerden en Werk en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie hebben een aantal jaren geleden afspraken gemaakt over het opsporen van mogelijke verzwijging of verstrekking van onjuiste gegevens bij de aanvraag van een verzekering. Het onderzoek daarvan is aan de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens opgedragen. Voor

⁶ Uitspraken 2007/083 Br en 2007/084 Br.T.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

de betrokken verzekeraars is de beslissing van deze commissie bindend. Soms speelt deze commissie een rol in de dossiers die ik behandel, zoals ook in de volgende casus.

Twijfel weggenomen, meteen betaald

Een nabestaande werd met de situatie geconfronteerd dat een verzekeraar bij de behandeling van de overlijdensclaim terughoudend was. Doordat alle correspondentie via haar adviseur werd verstuurd, had zij de indruk dat de procedure minder vlot verliep dan noodzakelijk zou zijn. Toen er bij de afwikkeling van de claim vertraging optrad, riep zij mijn bemiddeling in. Op mijn verzoek reageerde de verzekeraar op de gang van zaken zoals die door de betrokkene was geschetst. Het bleek dat de verzekeraar twijfelde of wel tot uitbetaling moest worden overgegaan, omdat de verzekerde binnen één jaar na het sluiten van de levensverzekering was komen te overlijden. Daarom had de verzekeraar om een machtiging verzocht om medische informatie over het overlijden op te kunnen vragen. Na mijn tussenkomst liet de verzekeraar mij weten, dat deze machtiging achterwege kon blijven. Het dossier zou immers toch ter beoordeling aan de Toetsingscommissie worden voorgelegd. In de tussentijd lag de afhandeling van de claim uiteraard stil en kon nog niet tot uitbetaling van het kapitaal worden overgegaan. De Toetsingscommissie vond uiteindelijk de twijfel van de verzekeraar over de rechtmatigheid van de overlijdensclaim ongegrond, waarna de verzekerde som ter grootte van 60.000 euro meteen werd uitbetaald.

Het kan echter ook anders verlopen. De volgende ervaring is daar een bijzonder kwalijk voorbeeld van.

Geen aanwijzingen voor fraude, maar toch geen uitkering

Een verzekeraar wees de claim van een nabestaande af op grond van mogelijke verzwijging. Het ging daarbij om een bedrag van ruim 75.000 euro. De maatschappij stelde, dat zij de verzekering niet op dezelfde voorwaarden zou hebben afgesloten als zij bij de aanvraag alle gegevens omtrent de gezondheid van de verzekeringnemer had gekend. Na overleg met mijn onafhankelijk geneeskundig adviseur betwijfelde ik of het standpunt van de verzekeraar houdbaar was. Omdat de maatschappij mijn mening niet deelde en ook omdat zij de zaak niet op eigen initiatief aan de Toetsingscommissie had voorgelegd, stelde ik voor dat alsnog te doen. Het reglement van de Toetsingscommissie schrijft voor, dat in het geval het overlijden tussen twee en vijf jaar na het sluiten van de verzekering plaatsvond, alleen een onderzoek kan worden ingesteld indien de verzekeringsmaatschappij sterke aanwijzingen voor fraude overlegt. De Toetsingscommissie kwam in deze zaak tot het bindende oordeel dat deze sterke aanwijzingen niet aanwezig waren. Zij zou daarom geen onderzoek instellen. De verzekeraar was het hier niet mee eens en hoewel de commissie geen aanleiding zag om haar standpunt te herzien, bleef de verzekeraar bij zijn standpunt dat hij niet tot uitkering hoefde over te gaan. Ook de tussenkomst op mijn verzoek van het Verbond van Verzekeraars, om de verzekeraar op andere gedachten te brengen en op het bindende karakter van het oordeel van de Toetsingscommissie te wijzen, mocht niet baten. Nadat ik de klager over deze gang van zaken had ingelicht, liet zij mij weten dat ze een advocaat in de arm had genomen en dat ze had besloten om de handelwijze van de



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

desbetreffende verzekeraar aan de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening voor te leggen. Begin 2008 was deze commissie nog niet tot een bindende uitspraak gekomen.

Ik ben bang dat de betrokkene in deze casus nog maar weinig vertrouwen in de verzekeringsbranche zal hebben.

4.8.2 Vertraging in de afwikkeling van een overlijdensclaim

Geen uitkering vanwege vage vermoedens

Ruim twee jaar na het overlijden van een verzekerde was de verzekeraar nog steeds niet tot uitkering van het verzekerde kapitaal bij overlijden overgegaan. Namens de begunstigde en enige erfgename, een minderjarige, wendde de executeur testamentair zich daarom tot mij. De verzekeraar gaf aan, dat op grond van de polisvoorwaarden eerst een proces-verbaal bij het Openbaar Ministerie moest worden opgevraagd, maar omdat de zaak nog in onderzoek was, wilde het OM daar geen kopie van afgeven. Daarom liet de uitbetaling van het verzekerde kapitaal op zich wachten. Desondanks wilde de verzekeraar, op mijn verzoek, tot uitkering overgaan en gaf daarbij aan, dat hij had willen uitsluiten dat de begunstigde bij het overlijden van de verzekerde betrokken was. Waar een vermoeden in die zin op berustte, is mij niet duidelijk geworden. Ook is de maatschappij niet ingegaan op mijn vraag waar precies in de voorwaarden was opgenomen dat de verzekeraar gerechtigd was om deze voorwaarde te stellen. Mijns inziens was de verzekeraar voorbijgegaan aan de afspraken in het verzekeringscontract, op grond waarvan de begunstigde op een snellere uitbetaling had mogen vertrouwen.

4.8.3 Oneigenlijke toepassing van de 'en bloc'-clausule

Een 'en bloc'-clausule is een bepaling die het de verzekeraar mogelijk maakt om in bepaalde categorieën verzekeringen eenzijdig wijzigingen in de premies of de voorwaarden aan te brengen. Zo'n clausule zie ik in toenemende mate in veel verzekeringsovereenkomsten en ik ontvang veel klachten over de toepassing ervan. Het is mijns inziens zeer de vraag in hoeverre het verschijnsel 'en bloc' zich met het begrip vertrouwen verdraagt. Door een overeenkomst eenzijdig te wijzigen, onder omstandigheden die de consument geen reële mogelijkheid geven zonder schade (financieel verlies) afscheid te nemen, tast de verzekeraar immers de zekerheid en het vertrouwen aan die de verzekeringsconsument van het door hem gekochte product verwacht.

De 'en bloc'-clausule is standaard voorzien van de mogelijkheid voor de consument om de overeenkomst te beëindigen als hij het niet eens is met de wijziging die de verzekeraar heeft voorgesteld. Zonder deze mogelijkheid zou de 'en bloc'-clausule 'onredelijk bezwarend' en dus verboden zijn. Hoe reëel is echter die uitstap- of overstapmogelijkheid? Levensverzekeraars beroepen zich soms op de ervaringen met 'en bloc'-wijzigingen in schadeverzekeringen. Die argumentatie gaat mijns inziens niet op. Het gaat daarbij om totaal andere effecten dan welke na een 'en bloc'-wijziging in levenpolissen optreden. De overeenkomst beëindigen kan wellicht



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

in het geval van sommige schadeverzekeringen een uitkomst zijn, omdat de verzekeringnemer in die situatie probleemloos naar een andere aanbieder kan overstappen, maar bij een levensverzekering of een natura-uitvaartverzekering kan de verzekerde dit in veruit de meeste gevallen niet zonder financieel nadeel doen. Afkopen of premievrij maken leidt in de regel tot een teleurstellend resultaat. En overstappen naar een andere levensverzekeraar zal per definitie tot een hogere premie leiden, omdat men nu eenmaal ouder is geworden (nog los van het opnieuw moeten betalen van zogenoemde afsluitkosten). Daarnaast is er altijd het risico dat men door een minder goede gezondheid niet of slechts tegen een opslag zal worden geaccepteerd.

Het is met andere woorden vrijwel onmogelijk om bij levensverzekeringen en natura-uitvaartverzekeringen een 'en bloc'-clausule toe te passen zonder de verzekeringnemer in financieel opzicht min of meer ernstig te hinderen. De stelling van de Minister van Financiën, bij de beantwoording van Kamervragen naar aanleiding van een 'en bloc'-herziening van veel lopende polissen door een grote natura-uitvaartverzekeraar, dat de kosten in dergelijke gevallen uiteraard beperkt dienen te blijven tot een zodanig niveau dat het overstappen er niet door wordt gehinderd, moet ik daarom van de nodige vraagtekens voorzien voor wat betreft de praktische uitvoering daarvan.

Elke verzekeraar die dat kennelijk wenselijk acht, kan tegenwoordig aan de hand van de 'en bloc'-clausule besluiten om eenzijdig de polisvoorwaarden te wijzigen. Bovendien heeft een aantal verzekeraars deze clausule tussentijds en eenzijdig doorgevoerd, bijvoorbeeld bij mutaties of bij een wijziging van de polisvoorwaarden. Soms gebeurt dit zelfs op een dusdanige wijze, dat de gemiddelde consument dit over het hoofd ziet.

In dit verband constateer ik ook, dat op het gebied van overlijdensrisicoverzekeringen het afgelopen jaar een hevige concurrentiestrijd is ontstaan. Nieuwe klanten worden gelokt door substantieel lagere premies aan te bieden dan de premies die voor bestaande polishouders gelden. Ik heb begrepen dat ongeveer de helft van de desbetreffende verzekeraars een 'en bloc'-clausule in zijn voorwaarden heeft opgenomen. Daarom lijkt mij de kans voorstelbaar, dat deze maatschappijen in de (nabije) toekomst eenzijdig zullen besluiten om de premie (fors) te verhogen. Consumenten kunnen bij zo'n premieverhoging overstappen, maar nogmaals, dat is natuurlijk lastig wanneer zij op leeftijd zijn of een verslechterde gezondheid hebben.

Toeziachter AFM heeft al eens aangegeven dat verzekeraars consumenten vooraf moeten voorlichten over wat de 'en bloc'-clausule inhoudt en onder welke omstandigheden zij daar een beroep op mogen doen. Een algemene formulering geeft in dat opzicht te weinig houvast en mijns inziens is het daarom de vraag of de 'en bloc'-clausule in de voorwaarden altijd wel voldoende helder, eenduidig en expliciet is omschreven. Ik benadruk daarom, dat het vertrouwen van de consument in het verzekeringsproduct als zodanig en in de verzekeringsbedrijfstaak als geheel, erbij gebaat is dat de consument vooraf zoveel mogelijk duidelijk wordt gemaakt wat de 'en bloc'-clausule inhoudt en wat de effecten kunnen zijn van de



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

toepassing ervan. Dat betekent dat een verzekeringnemer moet weten in welke gevallen een verzekeraar een polis eenzijdig kan wijzigen. Terzijde merk ik hierbij op, dat mijns inziens een 'en bloc'-clausule de verzekeraar slechts de mogelijkheid biedt om de premie of de voorwaarden te wijzigen, maar niet de verzekerde prestatie. Wil de verzekeraar tevens die mogelijkheid voorbehouden, dan zal hij uiteraard de verzekeringnemer bij het sluiten van de verzekering daarvan schriftelijk in kennis moeten stellen.

Los van dit alles blijft het voor mij een vraag waarom levensverzekeraars nu, in tegenstelling tot vroeger, behoefte hebben aan deze zo ingrijpende clausule. Bestaat er dan geen expertise meer om zekerheidsproducten aan te bieden, zonder daarbij alle of bijna alle risico's op de cliënt af te wentelen? Ik kan het mij niet voorstellen. Ik meen dat de polishouder moet kunnen vertrouwen op het product dat de verzekeraar met al zijn deskundigheid heeft ontwikkeld en gecalculeerd.

Kortom, ik vraag me af of het begrip 'en bloc' wel verenigbaar is met het karakter van een levensverzekering. Het heeft immers een enorme impact op het vertrouwen en de zekerheid die juist een levensverzekering op de lange termijn beoogt te bieden. Wanneer een verzekeraar meent een en ander te moeten inperken, dan leidt dit tot onbegrip bij polishouders en kan dit met hoog oplopende emoties gepaard gaan. Het spreekt daarom vanzelf dat als een verzekeraar daadwerkelijk de werking van de 'en bloc'-clausule inroept, hij dat jegens de polishouders dient te motiveren en te onderbouwen.

4.9 Lijfrenteverzekering

4.9.1 Ondoordachte adviezen

Veel vertrouwen in de toekomst

Een 23-jarige vrouw genoot plotselinge landelijke bekendheid als zangeres en werd veelvuldig voor optredens gevraagd. Het eerste jaar was zeer succesvol. Via haar management kwam zij met een verzekeringsadviseur in contact, die haar voorstelde een lijfrenteverzekering te sluiten. Gekozen werd voor een polis met een looptijd van 32 jaar en een premie van maar liefst 1.263 euro per maand. Blijkbaar hadden alle partijen erg veel vertrouwen in de carrière van de betrokkene. De bekendheid was echter maar van korte duur, met alle gevolgen van dien voor haar inkomen. De adviseur stelde daarom voor de premie naar vijftig euro per maand te verlagen. De verzekeraar honoreerde het verzoek, maar bracht de polishouder voor deze mutatie bijna 4.000 euro in rekening. Het kostenniveau bleef namelijk op de hoge aanvangspremie gebaseerd. Het moge duidelijk zijn dat dit een onaangename verrassing was. Nadat ik de partijen erop had gewezen dat voor dit probleem een oplossing moest worden gevonden zonder dat hun cliënt hiervoor financieel behoefde te bloeden, kon dit dossier op een vlotte wijze worden afgewikkeld. Voorop blijft echter staan, dat de verzekeringsadviseur en de verzekeraar een dergelijke polis nooit hadden mogen adviseren en sluiten, zonder expliciet op de financiële risico's van een premieverlaging te wijzen.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

4.9.2 Rechtstreekse verzending van belangrijke mededelingen

Verzekeraar draagt het risico

Een polishouder had een lijfrenteverzekering die op 1 november 2003 de einddatum bereikte, maar deze expiratedatum was hem door persoonlijke omstandigheden volledig ontgaan. Hij stelde dat hij hierover pas in april 2006 voor het eerst een brief van de verzekeraar ontving. Hierin deelde de maatschappij mee, dat de termijn waarbinnen volgens de Belastingdienst een (direct ingaande) lijfrente moet zijn aangekocht, namelijk zes maanden, al was overschreden. De polishouder werd vervolgens geconfronteerd met een belastingaanslag van ruim 5.000 euro, wat zelfs meer was dan het expiratiekapitaal. Hij vond dat dit bedrag voor rekening van de verzekeraar moest komen, omdat deze hem te laat op de expiratie had geattendeerd. De verzekeraar stelde echter, dat wel degelijk eerder brieven aan de polishouder en diens assurantietussenpersoon waren verzonden. Medio juli 2003 zou de eerste brief aan de polishouder zijn verstuurd en vervolgens zouden herinneringsbrieven aan de tussenpersoon zijn verzonden, met het verzoek deze aan de verzekeringnemer door te sturen. Een van deze brieven, van 12 januari 2004, vermeldde de fiscale consequenties van de gang van zaken. De polishouder en de tussenpersoon hielden echter vol dat ze deze brieven niet hadden ontvangen. In dit licht heb ik de verzekeraar naar een uitspraak van de Raad van Toezicht Verzekeringen verwezen, waarin is geoordeeld dat een verzekeraar bij belangrijke mededelingen voor de verzekeringnemer er niet mee kan volstaan deze mededelingen aan de assurantietussenpersoon te doen en ervan uit te gaan dat deze de mededeling aan de verzekeringnemer zal doorgeven. De verzekeraar zal de desbetreffende mededeling zelf aan de verzekeringnemer moeten doen en draagt ook het risico dat de mededeling de verzekeringnemer niet bereikt of het risico dat niet kan worden bewezen dat de mededeling de verzekeringnemer heeft bereikt. Uiteindelijk ging de maatschappij overstag en toonde zich bereid de volledige belastingaanslag te vergoeden.

In de beschreven casus trok de verzekeraar het boetekleed aan, maar mijns inziens had ook de assurantietussenpersoon dat mogen doen. Een polishouder moet erop kunnen vertrouwen dat ook zijn tussenpersoon hem tijdig op de expiratedatum en de fiscale gevolgen van een niet-tijdige aankoop wijst. Daarnaast mag ook van polishouders zelf een proactieve houding worden verwacht. Bij de uitvoering van een verzekeringscontract hebben alle partijen een eigen verantwoordelijkheid.

4.10 Pensioenverzekering

4.10.1 Positieve ontwikkelingen

Door de nieuwe Pensioenwet (PW), de Wet aanpassing fiscale behandeling VUT/ prepensioen en introductie levensloop (VPL) en Pension Fund Governance zijn pensioenen volop in de belangstelling komen te staan. Van belang is ook het Uniform Pensioenoverzicht, dat met ingang van 2007 werd geïntroduceerd. Pensioenfondsen en verzekeraars hebben zich geconformeerd aan een eenduidig overzicht, waarin het reeds opgebouwde pensioen en het te bereiken pensioen



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

worden vermeld. Ook zogeheten slapers (zij die nog niet de pensioendatum hebben bereikt, maar geen deelnemer meer zijn) en andere belanghebbenden (zoals ex-partners met een recht op 'bijzonder' nabestaandenpensioen) zullen ten minste eens in de vijf jaar een overzicht van hun pensioenaanspraak tegemoet gaan zien. Verder zal er een zogeheten Pensioenregister worden opgezet, dat vermoedelijk na 2010 operationeel zal zijn. Hierin zullen de pensioenaanspraken van de consument uit huidige en voorgaande dienstverbanden worden geregistreerd. Voorts zal iedere werknemer binnen een maand na indiensttreding een aanbod tot het sluiten van een pensioenovereenkomst ontvangen en vervolgens binnen drie maanden na het sluiten van de pensioenovereenkomst een zogenoemde startbrief door de pensioenuitvoerder. Behalve een populaire versie van het pensioenreglement zullen de hoofdkenmerken van de pensioenovereenkomst in deze startbrief worden vermeld.

4.10.2 Onvoldoende aandacht voor de tijdsevenredige toets

Ondanks deze positieve ontwikkelingen speelt nog een stevige problematiek rond pensioenen die bij verzekeraars zijn ondergebracht, waar ik als Ombudsman Verzekeringen in mijn jaarverslagen bij herhaling aandacht voor heb gevraagd. Het gaat hierbij om de teleurstellende waardeontwikkeling van pensioenverzekeringen op beleggingsbasis bij beschikbare premieregelingen (ook wel 'defined contribution'-regelingen). Deze geringe waardeopbouw is mijns inziens niet alleen het gevolg van de algehele misère op de aandelenbeurs, maar ook van de kostenstructuur van het product. De zogeheten eerste kosten van een individuele levensverzekering zijn immers in absolute zin hoger bij een langlopende overeenkomst dan bij een kortlopend contract. Dit leidt tot hoge eerste kosten bij een pensioenpolis voor bijvoorbeeld een 25-jarige werknemer met een pensioenpolis die op 65-jarige leeftijd zal expireren. Mijns inziens is dit niet alleen in strijd met de Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij de arbeid (WGBL), maar ook met de Pensioen- en spaarfondsenwet (PSW), die tot 1 januari 2007 van kracht was. Artikel 7a van deze wet bepaalde immers dat de opbouw en de financiering van de pensioenaanspraken gedurende het deelnemerschap ten minste evenredig in de tijd moesten plaatsvinden. Al in 2000 gaf de toenmalige Verzekeringskamer te kennen, dat dit artikel niet alleen voor een salarisdiensttijd gold, maar ook voor beschikbare premieregelingen. Niettemin waren er in voorgaande jaren nog steeds verzekeraars die deze dwingende uitleg van de Verzekeringskamer naast zich neerlegden. Pas nadat ik hen op de circulaire over artikel 7a en de werking voor beschikbare premieregelingen had gewezen, waren zij bereid de waarde aanzienlijk te verhogen. Vooral voor jongere werknemers, die bovendien in de regel vaker dan oudere werknemers van werkkring veranderen, was de toepassing van artikel 7a meer dan een pleister op de bloedende wond.

Inmiddels is de Pensioenwet (PW) van kracht geworden. Mogelijk als gevolg van een succesvolle lobby van verzekeraars als pensioenuitvoerder is evenredige verwerving van pensioenaanspraken uitsluitend nog van toepassing voor uitkerings- en kapitaalovereenkomsten en niet meer voor premieovereenkomsten (artikel 17 PW). Ten opzichte van de PSW is dit een verslechtering voor alle deelnemers aan een beschikbare premieregeling.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Niets opgebouwd na vijf jaar premiebetaling

Een klaagster nam van 1 april 1999 tot 1 mei 2004 deel aan een pensioenregeling. Het ging om een semicollectieve kapitaalverzekering op basis van een beschikbare premie. Een gegarandeerd kapitaal met winstdeling was het uitgangspunt en er was dus geen sprake van beleggingsrisico. Na haar uitdiensttreding verzocht zij de verzekeraar om de opgebouwde waarde aan de nieuwe pensioenuitvoerder over te dragen. Hoewel tot dan 7.695 euro aan premie was betaald, kreeg de klaagster een kort briefje van de maatschappij dat de premievrije waarde per ontslagdatum nihil was. Pas na aandringen door de tussenpersoon volgde een cijfermatig overzicht. Hieruit bleek dat 'het nog niet verhaalde deel van de kosten' meer bedroeg dan de reservewaarde van de polis. Na een controle van de berekeningen moest de verzekeraar echter toegeven, dat bij de premievrijmaking vergeten was om de polis op evenredige opbouw en financiering te toetsen (artikel 7a PSW). Deze fout werd uiteraard betreurd. Het premievrije (gemengde) kapitaal kwam uiteindelijk neer op een bedrag van 5.417 euro, uit te keren bij overlijden of bij in leven zijn op de pensioendatum in 2038. Ingeval van een waardeoverdracht was een bedrag van 1.708 euro beschikbaar. Nadat ik mijn onafhankelijk adviseur had gevraagd zich over dit dossier te buigen, moest de verzekeraar erkennen dat er wederom een fout was gemaakt. Het premievrije kapitaal moest worden verhoogd tot 11.907 euro op de einddatum en 7.695 euro bij eerder overlijden. Daarnaast moest de beschikbare overdrachtswaarde worden verhoogd van 1.708 euro naar 3.325 euro. Kortom, een pijnlijk dossier.

Het mag natuurlijk niet zo zijn dat bij premievrijmaking een tijdsevenredige toets wordt vergeten. Dit staat nog los van de vraag wat de toegevoegde waarde van dit pensioenproduct precies is, wanneer de kosten van een dusdanig niveau zijn, dat zelfs na een dienstverband van vijf jaar een gering deel van de totale inleg als opgebouwde waarde overblijft. Een pensioenbreuk ligt in dat geval, ondanks de mogelijkheid tot waardeoverdracht, al snel op de loer.

4.10.3 Verlate uitkering

Eerst verhuisd en toen vergeten

Een 70-jarige man vond in zijn kast een pensioenpolis, die al in juli 2001 tot uitkering had moeten komen. Door persoonlijke omstandigheden en een verhuizing naar het buitenland was hij deze verzekering vergeten. In totaal was 45.000 euro beschikbaar, waarvoor een periodieke pensioenuitkering moest worden aangekocht. De verzekeraar bood aan om vanaf 1 juli 2006 een bedrag van 4.200 euro per kwartaal uit te keren. De man vroeg zich echter af waarom hij niet met terugwerkende kracht vanaf juli 2001 recht op pensioen had. Nadat de man zich tot mij had gewend, heb ik de verzekeraar een aantal vragen gesteld, onder meer in hoeverre hij zich had ingezet om het adres van de betrokkene te achterhalen en of het redelijk was om alleen interest over de voorgaande vijf jaar te vergoeden. De maatschappij gaf aan, dat zij nooit de intentie had gehad om de inmiddels achterliggende termijnen te laten vervallen. Ik wilde dit best aannemen, maar de offerte in het dossier gaf toch een ander beeld. Door een herberekende verhoogde uitkering was er actuariael gezien weliswaar geen 'verlies' van pensioenkapitaal,



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

maar de verzekeraar was eraan voorbijgegaan dat bij een reguliere afhandeling al vijf jaar pensioen zou zijn uitgekeerd. Was dit wel een genoeg evenwichtige verdeling tussen de partijen, mede gezien de leeftijd van de verzekerde? Zou de verzekeraar bijvoorbeeld niet te veel profijt hebben van een vroegtijdig overlijden van de betrokkene? Het dossier bevatte overigens ook een fiscale complicatie. De klager woonde inmiddels in België en wilde de uitkeringen bruto ontvangen. Dit kon alleen met instemming van de fiscus en de afgegeven verklaring van de Belastingdienst was in eerste instantie alleen voor de toekomst geldig. Ik heb de betrokkene daarom geadviseerd om contact met de bevoegde inspecteur op te nemen, om te proberen uit de ontstane impasse te komen. Na enige tijd liet de man mij weten dat het hem uiteindelijk was gelukt om fiscale goedkeuring te verkrijgen en dat de verzekeraar alsnog had besloten om met terugwerkende kracht tot 1 juli 2001 tot uitkering over te gaan.

Het dossier kende dus een bevredigende afloop, maar mijns inziens had de betrokkene erop mogen vertrouwen dat de verzekeraar op eigen initiatief meer coulant met deze kwestie zou zijn omgegaan. Alle gevolgen van de verlate expiratie, onder andere doordat de verzekeraar ook zelf gedurende vijf jaar geen actie had ondernomen, werden namelijk aanvankelijk volledig op de consument afgewenteld!

4.10.4 Klachten over de uitvoering door verzekeraars

De financiële wereld is het aan zichzelf verplicht de consument een laagdrempelige geschillenbeslechting aan te bieden. Daarmee kan een vaak langdurige en kostbare gang naar de rechter worden voorkomen, maar uiteraard niet worden verboden. De consument mag erop vertrouwen dat partijen aan wie hij zijn geld toevertrouwt, een goede interne klachtenregeling kennen. Indien de onvrede niet via zo'n interne klachtenregeling kan worden weggenomen, kan vervolgens het geschil buiten de rechter om door deskundigen worden beslecht.

Met de inwerkingtreding van het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, het eerste en tot nu toe enige klachteninstituut zoals in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is bedoeld, bleek de bemiddeling in klachten over de uitvoering van het pensioenreglement van de verzekeraar als pensioenuitvoerder eigenlijk niet meer tot mijn bevoegdheden te horen.

Pensioenuitvoerders worden in de Wft niet als financiële ondernemingen genoemd, pensioen wordt niet als financiële dienst in deze wet vermeld. Bij pensioen gaat het uiteraard om de uitvoering van een arbeidsvoorwaarde. Er is doorgaans geen sprake van een vrije marktkeuze voor de consument. In het geval de bedrijfstak geen verplicht gesteld bedrijfstakpensioenfonds kent of de onderneming niet een eigen ondernemingspensioenfonds, maakt de werkgever en niet de werknemer een



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

keuze voor een verzekeraar. Niet de pensioen- of aanspraakgerechtigde, maar de werkgever is te beschouwen als afnemer van het pensioenproduct.⁷

Bovendien staat de Pensioenwet de behandeling van pensioen als een financiële dienst van verzekeraars in de weg. In artikel 6 van de wet wordt de verhouding tussen een verzekeraar als pensioenuitvoerder en de pensioen- of aanspraakgerechtigde nadrukkelijk van de Wft uitgesloten. Pensioen- of aanspraakgerechtigden met een klacht over de uitvoering van een pensioenreglement door een bedrijfstak- of ondernemingspensioenfonds kunnen sinds 1995 terecht bij mijn collega, de Ombudsman Pensioenen. Voor hen die met een verzekeraar in de rol van pensioenuitvoerder te maken hebben, geldt dat niet.

In het recente verleden waren levensverzekeraars en werknemers gewend aan de behandeling van pensioenklachten door mijn rechtsvoorganger, de Ombudsman Verzekeringen. Nu is het echter onzeker of het Kifid in klachten over het pensioenreglement van verzekeraars zal kunnen bemiddelen. Hopelijk kan in het volgende jaarverslag hierover nader worden bericht. Ik ben immers van mening dat ook deze groep belanghebbenden op een laagdrempelige geschillenbeslechting door een Ombudsman mogen vertrouwen. Het is zaak dat de betrokken bedrijfstakken hierin op korte termijn duidelijkheid brengen.

4.11 Pleziervaartuigverzekering

Wel of geen schade?

De eigenaar van een pleziervaartuig kocht een paar blikken vernis om daarmee het hardhouten interieur van zijn boot te behandelen. Nadat hij dat had gedaan, bleek dat de vernis niet wilde drogen en uitharden. Laboratoriumonderzoek door de fabrikant leverde op, dat de vernisleverancier een verouderd product had geleverd. Er zat niets anders op dan de vernis te verwijderen en de klus opnieuw uit te voeren. Een gespecialiseerd schildersbedrijf bracht daarvoor een offerte uit voor een totaalbedrag van ruim 9.000 euro. De eigenaar claimde dit bedrag op zijn pleziervaartuigverzekering, maar de claim werd afgewezen. Er zou immers geen sprake zijn van een van buiten komend onheil, van een eigen gebrek of van een onzeker voorval. Later werd nog naar een polisbepaling verwezen waarin het begrip schade nader werd omschreven. De kwestie spitste zich daarmee toe op de vraag of door het opbrengen van de inferieure vernis schade aan het vaartuig was ontstaan. In de juridische literatuur bestaat geen overeenstemming over hetgeen als een beschadiging moet worden beschouwd, in het geval de ene stof zich aan de andere hecht, maar daarvan weer kan worden gescheiden zonder dat de stoffelijke structuur wordt aangetast. Dat kan gaan van een lichte vervuiling door gewoon stof tot het opbrengen van ondeugdelijke verf die moeilijk is te verwijderen en waarvoor de inschakeling van een professioneel bedrijf noodzakelijk is. Inmiddels had de vernisleverancier al een vergoeding beschikbaar gesteld van

⁷ Juist nu C-polissen niet meer mogen worden gesloten. De uitvoeringsovereenkomst, waarvan het verzekeringscontract deel uitmaakt, kan alleen maar door de werkgever met de pensioenuitvoerder worden gesloten.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

dertig arbeidsuren à vijftig euro per uur plus gratis vervangende vernis en schuurmiddelen. De verzekeraar deed uiteindelijk een aanbod om daar nog eens 1.500 euro aan toe te voegen, onder handhaving van het afwijzende standpunt. Ik heb de verzekerde geadviseerd daarmee akkoord te gaan om een slepende procedure te voorkomen, waarbij bovendien niet zeker was dat betrokkene nog extra financiële schade aannemelijk kon maken.

4.12 Reis- en zorgverzekering

4.12.1 Ongelukkige samenloop

Goed verzekerd, maar toch

Tijdens een wintersportvakantie in Frankrijk overkwam een verzekerde een ongeval. De kosten van de medische behandeling bedroegen 265 euro. De verzekerde claimde dit bedrag bij haar zorgverzekeraar, die het bedrag vergoedde. Na afloop van het verzekeringsjaar bleek, dat dit bedrag op de no-claimrestitutie van 255 euro in mindering was gebracht. Er waren op de zorgverzekering verder geen uitkeringen gedaan en per saldo kwam dus een bedrag van 255 euro alsnog voor rekening van de verzekerde. Zij claimde dit bedrag vervolgens op haar reisverzekering, maar deze claim werd op grond van de verzekeringsvoorwaarden afgewezen. Daarin was bepaald dat nota's van medische kosten eerst bij de zorgverzekeraar moesten worden ingediend. Omdat vervolgens de vermogensschade als gevolg van de vermindering van de no-claimrestitutie geen gedekte schade op de reisverzekering was, werd de claim afgewezen. Het ging hier immers niet meer om medische kosten, maar om het verval van een recht op restitutie van een no-claimbedrag. De verzekerde bleef uiteindelijk met een schadepost van 255 euro zitten, terwijl zij toch van mening was dat ze door haar basiszorgverzekering met buitenlanddekking en haar reisverzekering ruimschoots voldoende verzekerd was tegen de kosten van een medische behandeling tijdens haar vakantie. Hoewel de afwijzing op grond van de bepalingen in beide polissen niet onjuist was, werd de reisverzekeraar bereid gevonden het no-claimbedrag alsnog coulancehalve te vergoeden.

4.12.2 Oneigenlijke toepassing van de 'en bloc'-clausule

In het verslagjaar heb ik verschillende keren geconstateerd, dat gevolmachtigden of verzekeraars de zogenoemde 'en bloc'-clausule naar mijn oordeel oneigenlijk toepassen. Eerder in dit verslag ben ik al ingegaan op de toepassing daarvan bij levensverzekeringen, natura-uitvaartverzekeringen en overlijdensrisicoverzekeringen. Mogelijk doen verzekeraars dit om tussentijds van een niet meer gewenst risico af te komen. Ik acht deze praktijk onjuist, omdat daardoor niet alleen de goede naam van het verzekeringsbedrijf, maar ook het vertrouwen van de consument ernstig wordt geschaad. Voor verzekeraars of gevolmachtigden die ten onrechte een beroep op de 'en bloc'-clausule hebben gedaan, zou het mijns inziens niet langer mogelijk moeten zijn om zich van het risico te ontdoen, ook niet door naar een middel te grijpen dat wel in de polisvoorwaarden is geregeld.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

De teloorgang van de dekking

Een verzekerde ontving van een zorgverzekeraar een doorlopende reispolis, waarvan de voorwaarden op diens briefpapier waren afgedrukt. Op het polisblad stond vermeld, dat de zorgverzekeraar bij een andere verzekeraar, maatschappij A, een reisverzekering voor de verzekerde had afgesloten. Op dat polisblad was ook de naam van een besloten vennootschap van de zorgverzekeraar vermeld. Die naam was bijna hetzelfde als de naam van de zorgverzekeraar zelf. In de polisvoorwaarden was bepaald dat onder 'de verzekeraar' maatschappij A werd verstaan. Uit die voorwaarden viel ook op te maken, dat bij de uitvoering van de verzekering voor de zorgverzekeraar en voor diens besloten vennootschap geen taak was weggelegd. Op een gegeven moment werd de premie niet meer automatisch afgeschreven. Nadat de verzekerde eind februari 2007 om opheldering had gevraagd, ontving hij van de zorgverzekeraar het bericht dat zijn reisverzekering per 1 januari 2007 in een andere doorlopende reisverzekering was gewijzigd. Dat was gebeurd, omdat hij vanaf die datum alleen een reisverzekering bij de zorgverzekeraar kon sluiten in combinatie met een bij hem gesloten zorgverzekering en een aanvullend pakket. De zorgverzekeraar bood zijn verontschuldiging aan en meldde dat de verzekerde de betaalde premie zou terugontvangen. Hij zou kort nadien van weer een andere verzekeraar, maatschappij B, een nieuw aanbod krijgen om aldaar per 1 januari 2007 een nieuwe reisverzekering te sluiten. De verzekerde diende over deze gang van zaken bij mij een klacht in, waarna ik de betrokken verzekeraars om een toelichting heb gevraagd. Volgens verzekeraar A was hij niet verantwoordelijk voor het ontstaan van de klacht, omdat het risicodragerschap van de verzekering per 1 juli 2005 naar verzekeraar B was overgegaan. De zorgverzekeraar en verzekeraar B erkenden wel dat een en ander was misgegaan.

Op basis van alle informatie die ik in deze casus van betrokkenen heb gekregen, kan mijns inziens het volgende worden geconcludeerd.

- De verzekeringsvoorwaarden van de reispolis zijn met een beroep op de zogenoemde 'en bloc'-clausule (artikel 11 van de Algemene Voorwaarden) met ingang van 1 januari 2007 in een 'zorgreisverzekering' van verzekeraar B (!) gewijzigd. De verzekeringnemer behoort van deze wijziging in kennis te worden gesteld. Dit is wel gebeurd, maar te laat.
- In de nieuwe voorwaarden van de 'zorgreisverzekering' is bepaald dat de verzekering 'automatisch' eindigt indien geen van de verzekerden meer als (zorg)verzekerde van de zorgverzekeraar is aan te merken en wel op dezelfde datum als de datum waarop de zorgverzekering is beëindigd (artikel 1.7 van de Bijzondere Voorwaarden).
- De laatstgenoemde bepaling zou op zich rechtsgeldig kunnen zijn. Toch vraag ik mij af of het een verzekeraar of gevolmachtigde in zo'n situatie vrij staat om de 'en bloc'-clausule aan te grijpen om de reisverzekering automatisch te (laten) eindigen. Er kunnen immers ook andere polismogelijkheden worden aangewend om dat doel te bereiken. De toegepaste methode verdient mijns inziens zeker niet de voorkeur.
- Bij zo'n beëindiging is het de bedoeling (geweest) dat een alternatief product van verzekeraar B wordt aangeboden.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Alle partijen hebben toegegeven dat de gang van zaken niet correct is geweest. De zorgverzekeraar en verzekeraar B hebben erkend dat er fouten zijn gemaakt. Ze hebben zich verontschuldigd, de dekking van de reispolis gratis tot 1 maart 2007 verlengd en de klager een bos bloemen gestuurd. De klager heeft de zorgverzekeraar voor de afhandeling bedankt, waaruit ik heb afgeleid dat de kwestie voor hem was afgedaan. Bovendien had hij zich inmiddels elders verzekerd, hetgeen impliceert dat er voor hem geen materieel belang meer aanwezig was.

Het mag gezien de aard van het verzekeringsproduct, namelijk het bieden van zekerheid, duidelijk zijn, dat de toepassing van een 'en bloc'-clausule slechts met de grootst mogelijke terughoudendheid mag worden ingeroepen. Dat werd nog eens onderstreept door een rechterlijke uitspraak over de toepassing van de 'en bloc'-clausule.⁸ In die uitspraak werd expliciet vastgesteld, zoals algemeen in het handelsverkeer en contractueel geldt, dat ook verzekeraars verplicht zijn om in redelijkheid en billijkheid te handelen. Daarmee is willekeurige toepassing van 'en bloc'-clausules vrijwel uitgesloten. Overigens is ook de verzekeringnemer gehouden tot een opstelling 'naar redelijkheid en billijkheid'. Dit kan inhouden dat hij erin moet berusten als zijn verzekeraar, gedwongen door de omstandigheden (denk bijvoorbeeld aan een onvoorziene sterke kostenstijging of aan de mogelijk rampzalige gevolgen van terroristische acties) de werking van de 'en bloc'-clausule inroept om zich tegen de financiële gevolgen van zulke ontwikkelingen en gebeurtenissen te wapenen.

⁸ LJN: BA6717, Voorzieningenrechter Rechtbank Utrecht, 229633 / KG ZA 07-411.