RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2004/31 Le

i n d e k l a c h t nr. 2003.5541 (146.03)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager, die geboren is in 1951, heeft bij verzekeraar met ingang van 13 juni 1991 een verzekering gesloten die voorziet in een uitkering op de einddatum 13 juni 2003, mits klager dan in leven is, van de guldenswaarde van de dan ten behoeve van klager uitstaande participaties in drie fondsen. Deze fondsen en de verdeling daarover zijn: een rentefonds voor 40%, een aandelenfonds voor 40% en een vastgoedfonds voor 20%. Voorts voorziet de verzekering in een uitkering van ƒ 14.400,- bij overlijden van klager voor de einddatum. De premie bedraagt ƒ 100,- per maand.

In artikel 24 van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is bepaald: 'Binnen twee maanden na een polisverjaardag wordt door de maatschappij een overzicht opgesteld van de per die polisverjaardag ten behoeve van de verzekeringnemer uitstaande participaties in het (de) door hem aangewezen fonds(en). Op aanvraag van de verzekeringnemer wordt dit overzicht - mits deze aanvraag binnen 1 jaar na die polisverjaardag is gedaan - aan hem verstrekt (…)'.

Bij brief van 28 juli 2003 heeft verzekeraar aan klager bericht dat de verzekering op 13 juni 2003 tot uitkering is gekomen, dat een bedrag van € 6.526,68 aan klager is uitgekeerd en dat daarbij is uitgegaan van de koers van de fondsen op 13 juni 2003.

De klacht

Verzekeraar is in gebreke gebleven ter zake van:

1. de informatieverstrekking;
2. een ondoorzichtige structuur van offerte, prognoses en einduitkering, waardoor verwachtingen worden gewekt die niet nagekomen worden;
3. het ontbreken van een correcte klachtafhandeling;

4. het onterecht verwijzen naar de verantwoordelijkheid van derden, namelijk de tussenpersoon;

2004/31 Le

5. insinuaties over de hoogte van de verdiensten van de tussenpersoon.
Ad 1. Verzekeraar heeft onvoldoende informatie verstrekt:
a. Pas vanaf 1996 stuurde hij voortgangsberichten, ondanks eerdere telefonische verzoeken daartoe. In de polisvoorwaarden verplicht verzekeraar zich daartoe.
b. Na het voortgangsbericht van 11 maart 2003 reageerde hij niet adequaat op verzoeken van de tussenpersoon. Het antwoord liet op zich wachten en met de afwikkeling van de polis was de nodige tijd gemoeid. Zijn antwoord van 27 mei 2003 was algemeen van aard en bevatte geen antwoord op gestelde vragen.
c. Op de einddatum van de verzekering ondernam verzekeraar geen actie om tot uitkering over te gaan. Ook verstrekte hij geen informatie over het behaalde resultaat. Na klagers interventie (de tussenpersoon kreeg geen adequate reactie) zond hij een korte brief over de hoogte van de einduitkering zonder enige toelichting (bijvoorbeeld over koersontwikkeling, behaald rendement en aantal participaties). In een brief van 28 juli 2003 heeft klager de gang van zaken op dit punt geschetst. Verzekeraar is in zijn brief van 15 augustus 2003 niet ingegaan op de essentie van klagers klacht. Ook verzuimde hij de informatie te verstrekken die ten grondslag lag aan de einduitkering, zodat klager nogmaals om die informatie moest vragen. In zijn brief van 2 oktober 2003 verwees verzekeraar naar het behaalde historisch rendement als zijnde van belang voor het behaalde eindresultaat. Een overzicht daarvan werd niet verstrekt. Verzekeraar verwees naar een overzicht over de laatste 5 jaar, terwijl de looptijd bepalend is voor het eindresultaat. Verzekeraar meldde wel aan de tussenpersoon dat de informatieverstrekking op een aantal punten ongelukkig was. Juist dat is de basis van klagers klacht. Enige vorm van begrip (excuses of nadere uitleg) is verzekeraar vreemd.
Ad 2. De informatieverstrekking over de beleggingsverzekering (de offerte in 1991, tussentijdse rapportages) wekte verwachtingen die niet overeenkomen met het eindresultaat. Uit de verstrekte informatie valt niet af te leiden dat het resultaat zo sterk negatief beïnvloed werd door marktontwikkelingen. De einduitkering is lager dan het ingelegde kapitaal. De koersen op de einddatum en het historisch rendement van de fondsen rechtvaardigen een hogere uitkomst. In de offerte werd een verwacht resultaat voorgespiegeld dat de besluitvorming bij het afsluiten van de verzekering sterk heeft beïnvloed. Hetzelfde geldt voor de tussentijdse prognoses van het te behalen resultaat, waardoor klager geen tussentijdse vragen over het verwachte eindresultaat heeft gesteld. De koers op einddatum geeft geen afwijkend beeld ten opzichte van de offerte. Ook het historisch rendement verklaart geen grote afwijkingen ten opzichte van de offerte. Verzekeraar wijst op het historisch rendement. In zijn brief van 23 oktober 2003 heeft klager een berekening gemaakt die een hogere uitkomst laat zien dan de feitelijke uitkering. Verzekeraar wijst ook op een lagere aandelenkoers op de einddatum. Ook het effect daarvan, ten opzichte van de prognoses in 2001, had moeten leiden tot een hogere einduitkering.
Ad 3. Verzekeraar heeft geen afdeling voor de afhandeling van klachten. Hij wil liever niet met de klant in gesprek en verwijst telkens naar de tussenpersoon. Maar ook de tussenpersoon komt er bij verzekeraar niet doorheen. De door verzekeraar beleden missie staat in schril contrast met de werkelijkheid.

2004/31 Le

Ad 4. Verzekeraar verwees naar de tussenpersoon en diens verantwoordelijkheid om informatie te verstrekken. Zijn eigen verantwoordelijkheid poetst hij hiermee weg. Klager heeft echter een overeenkomst met verzekeraar. De tussenpersoon staat daarbuiten.
Ad 5. Verzekeraar maakte telefonisch opmerkingen over het 'opstrijken' van een grote marge door de tussenpersoon. De opmerkingen zijn niet van belang: er bestaat geen overeenkomst tussen klager en de tussenpersoon. Wel zijn de opmerkingen ongepast. Verzekeraar heeft ten tijde van de offerte afspraken gemaakt over de marge voor de tussenpersoon. Invloed op de geprognosticeerde einduitkering is er niet.

De handelwijze van verzekeraar schaadt diens naam en ook het imago van verzekeringsmaatschappijen en financiële instellingen in het algemeen, aldus klager.

Het standpunt van verzekeraar

Klager heeft zijn klachten geuit in brieven aan (de directie van) verzekeraar zelf, de Ombudsman Verzekeringen en de Raad van Toezicht. De klachten zijn niet erg duidelijk geformuleerd.

Op de door klager betaalde premies werden gedurende een beperkt aantal jaren de eerste kosten ingehouden en op de voor de verzekering uitstaande participaties werden periodiek de doorlopende kosten voor administratie en beheer alsmede de overlijdensrisicopremie in mindering gebracht. Dit betekent dat niet de gehele premie werd geïnvesteerd in participaties en dat tussentijds ook nog participaties werden onttrokken ter dekking van kosten. Dit is in overeenstemming met de verzekeringsvoorwaarden.

In zijn aanbieding van 7 juni 1991 heeft verzekeraar op basis van een drietal rendementen een prognose gegeven van de eindwaarde van de verzekering, rekening houdend met alle eerste en doorlopende kosten. Op basis van bijvoorbeeld een constant jaarlijks rendement van 7% in de beleggingsfondsen luidde de prognose voor de uitkering op de einddatum ƒ 17.140,-. Op het tweede blad van de aanbieding werd uitdrukkelijk vermeld dat het 'beleggingsdeel' van de premie zou worden aangewend voor aankoop van participaties (en dus niet de gehele premie).

Vanaf januari 1996 heeft verzekeraar klager - naar aanleiding van zijn telefonisch verzoek op 15 januari 1996 - jaarlijks geïnformeerd over de ontwikkeling van de beleggingsfondsen en het aantal en de waarde van de voor zijn verzekering uitstaande participaties. Verzekeraar heeft klager daarbij ook telkens een voorbeeld van de eindwaarde gegeven op basis van een voorbeeld rendement (waaraan overigens uitdrukkelijk geen rechten konden worden ontleend, omdat de rendementen uit het verleden geen enkele garantie boden voor de toekomst). Reeds in januari 1997 heeft hij klager (onder invloed van de naderende Riav 1998) gewezen op de invloed van eerste en doorlopende kosten op de waardeontwikkeling van zijn verzekering.

Zowel tijdens de looptijd als bij expiratie heeft verzekeraar op gebruikelijke wijze informatie verstrekt over de verzekering. Van telefonische verzoeken om een jaaropgave in de jaren 1992-1995 blijkt niets uit het dossier.

In de loop van 2003 heeft verzekeraar uitgebreide informatie over de (expiratie van de) verzekering aan zowel de verzekeringsadviseur als aan klager zelf verstrekt. Reeds op 11 maart 2003 heeft hij bovendien schriftelijk de naderende 2004/31 Le

expiratie van de verzekering aangekondigd en een vrijblijvende indicatie gegeven van de te verwachten uitkering. In de brief verzocht hij om toezending van de originele polis en een ingevuld en getekend verzoek tot uitbetaling. Deze stukken heeft hij eind juni 2003 ontvangen, maar vermoedelijk zijn deze niet terstond naar de uitbetalingsafdeling doorgezonden. Op 22, 24 en 25 juli 2003 informeerden de adviseur en klager naar de voortgang terzake van de expiratie. Verzekeraar heeft op 28 juli 2003 het expiratiekapitaal aan klager overgemaakt en heeft op 15 augustus 2003 rentevergoeding aangeboden wegens de vertraagde uitbetaling.

Verzekeraar heeft gekozen voor een klantgerichte klachtenbehandeling, waarbij zijn verantwoordelijke administratieve en commerciële afdelingen rechtstreeks worden betrokken onder supervisie van een lid van de directie. Verzekeraar coördineert alle klachten - nadat overleg via de verzekeringsadviseur niet tot een bevredigend resultaat mocht hebben geleid - via een centraal punt bij zijn directie. De suggestie dat een gestructureerde klachtenbehandeling bij verzekeraar ontbreekt is dus niet terecht.

Klager gaat er ten onrechte aan voorbij dat hij zich bij zijn keuze voor dit levensverzekeringsproduct heeft laten bijstaan door zijn verzekeringsadviseur en dat hij zich daarom voor uitleg van het product, de kosten en de tariefstructuur in eerste instantie had moeten wenden tot het intermediair. Daarmee schuift verzekeraar geen verantwoordelijkheden door naar het intermediair, maar wijst hij klager er slechts op dat hij zelf - na het door hem bij zijn tussenpersoon ingewonnen advies - gekozen heeft voor deze beleggingsverzekering. Voor dat advies werd de tussenpersoon met provisie beloond. Deze provisie maakt onderdeel uit van de reeds in de jaaropgaven vanaf 1997 expliciet vermelde eerste kosten. Verzekeraar begrijpt niet goed wat klager bedoelt met insinuaties over de hoogte van de verdiensten van de tussenpersoon. Als klager wil weten wat zijn adviseur heeft verdiend, moet hij dat aan zijn tussenpersoon zelf vragen. De kosten van onder meer verkoop en provisie zijn verdisconteerd in de tariefstelling en komen derhalve (indirect) wèl tot uiting in het prognosekapitaal dat in de aanbieding van 1991 is weergegeven. De invloed van ook die kosten op het verzekerd kapitaal was derhalve bekend alvorens klager besloot om de beleggingsverzekering af te sluiten. Bovendien is algemeen bekend dat een tussenpersoon door de verzekeraar wordt beloond door middel van provisie en dat de verzekeringnemer daarnaast geen nota van zijn adviseur voor verrichte werkzaamheden rond het afsluiten krijgt toegestuurd. De verzekeraar verdisconteert die kosten in zijn tariefstelling.

In 1991 bestonden nog geen wettelijke regels op grond waarvan een verzekeraar bepaalde informatie bij het afsluiten van een verzekering diende te verschaffen. Toch heeft verzekeraar de meest relevante informatie in zijn offerte opgenomen, zoals de hoogte van de premie, de (overlijdensrisico-)dekking en de te verwachten uitkering op de einddatum op basis van een prognoserendement waarin rekening werd gehouden met alle kosten.

De Ombudsman Verzekeringen heeft in zijn oordeel van 5 november 2003 uitgebreid stilgestaan bij de relevante regelen omtrent informatieverschaffing en aangeven dat in 1991 de Riav 1994 en 1998, de Code Rendement en Risico, de beleidsregels van de PVK en de in 2002 ingevoerde Financiële Bijsluiter geen van alle van toepassing waren. Voorts heeft de Ombudsman erop gewezen dat de onderhavige levensverzekering niet in ongunstige zin afwijkt van hetgeen gebruikelijk is.

2004/31 Le

De aanbieding van 7 juni 1991 ging uit van een jaarpremie van ƒ 1.200,- (jaarlijks vooraf te voldoen). Klager heeft echter een verzekering aangevraagd tegen een maandpremie van ƒ 100,-. Dit had een dubbel effect op het rendement:
a. Het beleggingsdeel van iedere maandpremie wordt (conform de voorwaarden) pas belegd op de werkdag volgend op ontvangst van de betaling en dus niet al jaarlijks vooruit. De laatste maandpremie werd dus elf maanden later belegd dan bij jaarbetaling vooraf het geval zou zijn geweest.
b. Bij maandbetaling wordt een extra kostenopslag van 5,6% in rekening gebracht omdat er elfmaal per jaar meer geïncasseerd en belegd moet worden dan bij jaarbetaling. Per saldo wordt bij maandbetaling dus minder in participaties geïnvesteerd dan bij jaarbetaling.

Als klager jaarlijks vooraf ƒ 1.200,- had geïnvesteerd, zouden de voor de verzekering gedurende de looptijd aangekochte participaties in de beleggingsfondsen achteraf bezien op jaarbasis gemiddeld met circa 7,2% in waarde zijn gestegen. Bij maandbetaling wordt het beleggingsdeel van de premies gemiddeld bijna een half jaar later geïnvesteerd en is het beleggingsdeel van de premie circa 5,6% lager (als gevolg van de termijnopslag). Dit heeft uiteraard een negatief effect op het werkelijk behaalde rendement.

Alleen al hierom is het onjuist om de in juni 1991 afgegeven prognosebedragen voor een verzekering tegen een jaarpremie van ƒ 1.200,- van toepassing te achten op de feitelijk door klager afgesloten verzekering tegen maandpremie van ƒ 100,-.

Anders dan in de aanbieding van juni 1991 als uitgangspunt is genomen was in werkelijkheid geen sprake van een constant jaarlijks gemiddeld rendementspercentage in de drie beleggingsfondsen van circa 7%. De feitelijke koersontwikkeling van de drie fondsen was veel grilliger en onderling bovendien heel verschillend. Vanaf begin 2000 is de waarde van het aandelenfonds sterk gedaald.

Er bestaan geen (wettelijke) voorschriften die verzekeraar verplichten om tijdens de looptijd of na expiratie een volledig overzicht te geven van alle premiebetalingen, van de data waarop en de koers waartegen het beleggingsdeel van de premie werd geïnvesteerd in participaties, en dus ook niet van de periodieke kostenonttrekkingen voor administratie en beheer en wat dies meer zij. Verzekeraar heeft op verzoek van klager vanaf januari 1996 jaarlijks wel een opgave gedaan van de stand van zaken van zijn verzekering, maar verder reikte zijn verplichting niet. Zijn administratie van een beleggingsverzekering is een voortschrijdend systeem, waarin elke volgende stap wordt geënt op de vorige. In de looptijd van klagers verzekering zijn maandelijks telkens meerdere mutaties verricht (investering van de premie in de fondsen; onttrekking van eerste en doorlopende kosten; onttrekking van risicopremie, alsmede de bijbehorende mutaties in aantallen participaties). Het is schier ondoenlijk om daarvan achteraf

een gedetailleerd overzicht te geven en verzekeraar is daartoe dan ook niet - kosteloos - bereid. Dit zou vele uren werk betekenen.
Verzekeraar is uitgebreid ingegaan op alle vragen van klager. Ook met de uitvoerige reactie van de Ombudsman Verzekeringen nam klager echter geen genoegen.
Het lijkt of klager bij voortduring zijn levensverzekering op basis van participaties wil vergelijken met een zuiver beleggingsdepot bij een bank in

combinatie met een (dalende) risicoverzekering. Hij gaat daarmee geheel voorbij aan de tarief- en kostenstructuur van de onderhavige levensverzekering.
Informatie over de kosten had klager overigens uit de aanbieding van juni 1991, de verzekeringsvoorwaarden en de jaaropgaven vanaf 1996 kunnen vernemen.
Als klager het advies, bijvoorbeeld in de jaaropgave van januari 2000, ter harte had genomen en in verband met de naderende einddatum zijn participaties in het aandelenfonds had geswitcht naar minder risicovolle participaties zoals in het rentefonds, zou de koersdaling van het aandelenfonds geen negatieve invloed hebben gehad op de uitkering. In januari 2000 was nog meer dan 55% van de waarde van de verzekering belegd in het aandelenfonds. Het rentefonds is vanaf januari 2000 tot juni 2003 met ongeveer 20% in waarde gestegen, terwijl het aandelenfonds in die periode met ruim een derde in waarde daalde.

Het commentaar van klager
Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd. Dat een extra kostenopslag van 5,6% plaatsvond bij premiebetaling per maand, is nieuw voor klager en blijkt noch uit de offerte noch uit de jaarlijkse overzichten.

Het oordeel van de Raad
Klachtonderdeel 1.
a. Blijkens artikel 24 van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden wordt het in dat artikel bedoelde overzicht op aanvraag van de verzekeringnemer verstrekt. Klager stelt al voor 1996 telefonisch om voortgangsberichten te hebben verzocht. Verzekeraar heeft aangevoerd dat van telefonische verzoeken om een jaaropgave in de jaren 1992 -1995 niets blijkt uit het dossier. De Raad kan niet tussen partijen bindend vaststellen feiten waaromtrent partijen van mening verschillen terwijl doorslaggevend bewijs ontbreekt. Verdedigbaar is echter dat niet is komen vast te staan dat verzekeraar in strijd heeft gehandeld met het bepaalde in artikel 24 van de verzekeringsvoorwaarden.
b en c. Aangezien klager zich niet erover heeft uitgelaten welke vragen zijn tussenpersoon aan verzekeraar heeft gesteld, kan de Raad niet oordelen of het door verzekeraar bij brief van 27 mei 2003 gegeven antwoord onvoldoende was.
Pas op 28 juli 2003 zond verzekeraar aan klager een brief waarin hij meedeelde dat een bedrag van € 6.526,68 op de reeds op 13 juni 2003 geëxpireerde verzekering aan klager was uitgekeerd, en dat daarbij was uitgegaan van de koers van de fondsen op 13 juni 2003. Beter ware geweest als verzekeraar de brief eerder had verstuurd en daarin meer informatie had verstrekt, waaronder ook over het aantal participaties en de koers op de expiratiedatum. Verzekeraar heeft op 15 augustus 2003 voor de vertraagde uitkering (deze vond ook op 28 juli 2003 plaats) een rentevergoeding aangeboden.

Daarentegen kon verzekeraar menen in de na 27 mei 2003 met klager gevoerde correspondentie, deels in brieven van zijn directie, uitgebreid op de bij klager levende vragen te zijn ingegaan.
Klachtonderdeel 2.
Klager verwijt verzekeraar dat in de offerte en de vanaf 1996 verstrekte overzichten verwachtingen zijn gewekt die niet overeenkomen met het eindresultaat.
Verzekeraar heeft aangevoerd dat in 1991 nog geen wettelijke regels bestonden op grond waarvan hij bepaalde informatie bij het afsluiten van een verzekering diende te verschaffen en dat hij vanaf 1996 aan klager jaarlijks overzichten aangaande zijn
2004/31 Le

verzekering heeft verstrekt, die onder de invloed van de nieuwe regelgeving steeds uitgebreidere informatie gaven over de waarde van zijn verzekering op dat moment, de mogelijke eindwaarde en de kosten.
Verzekeraar heeft verder aangevoerd dat aan klager bij het aangaan van de overeenkomst duidelijk is gemaakt dat op de betaalde premies kosten in mindering zouden worden gebracht en dat niet de gehele premie zou worden aangewend voor belegging in de door klager gekozen fondsen.
Voorts heeft hij aangevoerd dat het resultaat van de door klager afgesloten verzekering zeer nadelig is beïnvloed doordat tegen de einddatum ervan de aandelenkoersen zo sterk zijn gedaald en voorts doordat klager in plaats van voor een jaarpremie voor een maandpremie heeft gekozen.
Ten slotte heeft verzekeraar aangevoerd dat de Ombudsman Verzekeringen erop heeft gewezen dat de onderhavige levensverzekering wat betreft de kostenstructuur niet in ongunstige zin afwijkt van hetgeen gebruikelijk is in het Nederlands verzekeringsbedrijf.
Het aldus gemotiveerde standpunt acht de Raad verdedigbaar, mede gelet op de stand van de wet- en regelgeving ter zake in 1991 en de relevante jaren daarna. De vraag of de door verzekeraar in de offerte voor de verzekering en in zijn overzichten vanaf 1996 gegeven prognoses al dan niet juist zijn vergt een onderzoek, waarvoor in deze klachtprocedure geen plaats is.
Klachtonderdeel 3.
Verzekeraar heeft aangevoerd dat hij heeft gekozen voor een klantgerichte klachtenbehandeling, waarbij zijn verantwoordelijke administratieve en commerciële afdelingen rechtstreeks worden betrokken onder supervisie van een lid van de directie en alle klachten - nadat overleg via de verzekeringsadviseur niet een bevredigend resultaat heeft gebracht - worden geleid via een centraal punt bij zijn directie. Voorts blijkt uit de door klager zelf overgelegde brieven van 15 augustus en 2 oktober 2003 van de directie van verzekeraar, dat deze directie zich de klachten van klager ter harte heeft genomen.
Dit een en ander leidt ertoe dat niet kan worden geoordeeld dat verzekeraar ter zake van dit klachtonderdeel de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.
Klachtonderdeel 4.
Aangezien de onderhavige verzekering is tot stand gekomen door bemiddeling van klagers verzekeringsadviseur, kon verzekeraar klager in eerste instantie voor de beantwoording van de bij klager gerezen vragen naar deze adviseur verwijzen. Door aldus te handelen heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf evenmin geschaad.
Klachtonderdeel 5.
Zoals hiervoor onder *Klachtonderdeel 1* reeds is overwogen kan de Raad niet tussen partijen bindend vaststellen feiten waaromtrent partijen van mening verschillen terwijl doorslaggevend bewijs ontbreekt. Naar blijkt uit het verweerschrift ontkent verzekeraar de door klager gestelde telefonische opmerkingen over het ‘opstrijken’ van een grote marge

door de tussenpersoon. Bewijs voor het ene of andere standpunt ontbreekt. Ook ten aanzien van klachtonderdeel 5 kan dus niet worden geoordeeld dat verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht ongegrond.

2004/31 Le

Aldus is beslist op 19 april 2004 door Mr. E.M. Wesseling-van Gent, voorzitter, Mr. J.G.C. Kamphuisen, Mr. E.J. Numann, Mr. F.R. Salomons en Mr. J.R. Schaafsma, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. E.M. Wesseling-van Gent)

De Secretaris:

(Mr. S.N.W. Karreman)