

Geachte heer [naam], mevrouw [naam]

U hebt op [datum] bij Kifid een klacht ingediend tegen [naam financieel dienstverlener].

Bij deze bericht ik u dat ik geen mogelijkheid zie succesvol te bemiddelen tussen u en uw financiële dienstverlener(s).

Ik licht dat hieronder toe.

Uw klacht heeft betrekking op de (gevolgen van de) overeenkomst die u op [datum] met uw verzekeraar heeft gesloten. Op grond van deze overeenkomst heeft u (eenmalig of periodiek) een geldbedrag aan uw verzekeraar afgedragen. Tegenover deze betaling stond de verplichting van de verzekeraar om aan het einde van de looptijd van de overeenkomst de waarde van de opgebouwde beleggingen uit te keren en tussentijds een overlijdensdekking aan te bieden. In de overeenkomst is bepaald dat de verzekeraar kosten voor haar diensten in rekening mocht brengen.

Dit soort overeenkomsten, beleggingsverzekeringen genoemd, werd door de snelle stijging van de aandelenkoersen in de jaren '90 van de vorige eeuw zeer populair. Later bleek echter dat veelal niet werd voldaan aan de door de verzekeraars voorgespiegelde verwachtingen omtrent de opbrengst van de beleggingen. Toen bij onderzoek naar de oorzaken daarvan onder meer duidelijk werd dat maar een deel van de inleg daadwerkelijk werd belegd, was de zogenoemde woekerpolisaffaire geboren.

De klachten die mij over deze overeenkomsten hebben bereikt zijn veelal gelijkloidend en zijn, deels in de bewoordingen van klagers, als volgt samen te vatten:

- de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten zijn niet vooraf bepaald, van welke onbepaaldheid de verzekeraar misbruik heeft gemaakt door te hoge bedragen aan kosten in mindering te brengen op het te beleggen bedrag;
- de premie voor de dekking van het overlijdensrisico is te hoog, doordat enerzijds het risicokapitaal als gevolg van de tegenvallende beleggingsresultaten steeds verder is gestegen (hefboomeffect) en anderzijds de premie jaarlijks toeneemt in verband met de hogere leeftijd van de verzekerde;
- de voorlichting over de overeenkomst is misleidend en in ieder geval onvoldoende, met name omtrent de kosten en de kans op tegenvallende rendementen bij dalende beurskoersen, zodat de verzekeraar en/of adviseur is tekortgeschoten in de door hem te betrachten zorgvuldigheid jegens de consument. Bij juiste voorlichting, zo stelt menigeen, zou de overeenkomst niet zijn aangegaan.

Vrijwel alle verzekeraars hebben inmiddels met consumentenorganisaties schikkingovereenkomsten gesloten, althans handelen conform deze overeenkomsten, welke inhouden dat slechts kosten tot een bepaald maximum in rekening gebracht mochten worden en dat in geval meer in rekening is gebracht dan dit maximum, het meerdere aan de consument wordt vergoed (de zgn. compensatieregelingen). Op andere punten zijn de verzekeraars de consumentenorganisaties niet tegemoet gekomen.

De woekerpolisaffaire is een duidelijk voorbeeld van “massaschade” en massaschade leent zich bij uitstek voor collectieve afwikkeling. Nu de verzekeraars niet bereid zijn gebleken anders dan met betrekking tot de kosten de consumenten collectief tegemoet te komen, zie ik niet in dat ik in de bemiddelende sfeer een verdergaand resultaat voor u kan behalen dan waarop u recht heeft op basis van de voor u geldende compensatieregeling. Ik heb overigens tot op heden geen aanleiding om te menen dat deze compensatieregelingen onjuist worden uitgevoerd. Mocht dat in de toekomst anders worden, dan krijgt u daarover bericht.

U zult zich afvragen waarom ik u eerst nu informeer. Dit houdt verband met het onderzoek naar de woekerpolisaffaire dat de Minister van Financiën de Tweede Kamer dit voorjaar heeft toegezegd. De resultaten van dit onderzoek wilde ik afwachten om te kunnen beoordelen of verdere bemiddeling zinvol zou kunnen zijn. Recent is mij duidelijk geworden dat het onderzoek van de Minister de (inhoud van de) compensatieregelingen ongemoeid laat en zich richt op het zogenaamde flankerend beleid (bijvoorbeeld het verbeteren van lopende producten of het wegnemen van drempels bij het overstappen naar andere verzekeringen). Ik leid hieruit af dat ook in uw zaak de verzekeraar niet verder zal willen gaan dan hetgeen hij met de consumentenorganisaties is overeengekomen.

Oordeel

Op grond hiervan en onder verwijzing naar artikel 7 van mijn Reglement concludeer ik dat uw klacht onbemiddelbaar is.

Vervolgmogelijkheden

Ik kan mij voorstellen dat dit voor u een teleurstellend bericht is. Het staat u thans vrij uw klacht voor te leggen aan de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, dan wel aan de burgerlijke rechter.

Voor het geval u overweegt uw klacht voor te leggen aan de Geschillencommissie attendeer ik u op het feit dat hiervoor een termijn van drie maanden geldt, te rekenen vanaf de dagtekening van deze brief. Meer informatie over de procedure bij de Geschillencommissie vindt u in het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening en op onze website www.kifid.nl.



Met vriendelijke groet,
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

mr. A. C. Monster
Ombudsman Financiële Dienstverlening