

**MONITORING COMMISSIE
GOVERNANCE PRINCIPES VERZEKERAARS**



**RAPPORTAGE
GOVERNANCE PRINCIPES VERZEKERAARS
DECEMBER 2012**



INHOUDSOPGAVE

• Samenvatting	pag. 3
• Summary	pag. 7
• Hoofdstuk 1 - Inleiding	pag. 11
• Hoofdstuk 2 - Toelichting op de Code en de Commissie	
2.1 Zelfregulering	pag. 12
2.2 De reikwijdte van de Code	pag. 12
2.3 De principes van de Code	pag. 13
2.4 De Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars	pag. 13
• Hoofdstuk 3 - Algemene ontwikkelingen met betrekking tot thema's uit de Code	
3.1 Initiatieven vanuit de verzekeringssector	pag. 14
3.2 Belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving	pag. 15
3.3 Activiteiten toezichthouders AFM en DNB	pag. 15
3.4 Impact van de ontwikkelingen op de sector	pag. 19
3.5 Consumentenvertrouwen	pag. 19
• Hoofdstuk 4 - Werkwijze en Activiteiten van de Commissie	
4.1 Activiteiten gericht op het internaliseren van de Code in de sector	pag. 21
4.2 Het onderzoek naar de rapportage over de naleving van de Code	pag. 22
• Hoofdstuk 5 - Bevindingen	
5.1 Algemeen beeld	pag. 26
5.2 Bevindingen NBA	pag. 26
5.3 Bevindingen rondom Klantbelang Centraal	pag. 27
5.4 Uitkomsten onderzoek KPMG	pag. 28
• Hoofdstuk 6 - De toekomst van de Code	pag. 44
Bijlagen	
1. Governance Principes Verzekeraars	pag. 49
2. Instellingsbesluit	pag. 58
3. Samenstelling van de Commissie	pag. 59
4. Paper KBC	pag. 61
5. Overzicht van verzekeraars die hebben deelgenomen aan de activiteiten van de Commissie	pag. 69
6. Overzicht van verzekeraars die betrokken zijn geweest in het onderzoek	pag. 70
7. Lijst met afkortingen	pag. 78



Dit is de tweede rapportage van de Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars (hierna: de Commissie) over de naleving door verzekeraars van de Governance Principes Verzekeraars.

De Commissie heeft zich in 2012 ingezet om de naleving van de Governance Principes Verzekeraars (hierna: de Code) te monitoren. De Commissie heeft zich daarbij ten doel gesteld niet alleen de naleving van de Code te monitoren, maar ook een bijdrage te leveren aan de inbedding van de Code in de sector. Aangezien de Code een cultuurverandering beoogt, heeft de Commissie een aantal activiteiten in gang gezet die beoogden om de sector een spiegel voor te houden, om verzekeraars de gelegenheid te bieden van elkaar te leren en om feedback over de Code te vergaren.

De Commissie baseert haar bevindingen in dit rapport op de zes bedrijfsbezoeken die zij heeft afgelegd, op de vijf bijeenkomsten die zij heeft georganiseerd met daarin de participatie van 72 verschillende verzekeraars, op het onderzoek door KPMG naar de naleving van de Code en op gesprekken met *stakeholders* zoals de drie koepels (Verbond van Verzekeraars, ZN en FOV), de Monitoring Commissie Code Banken, de AFM, DNB en het Ministerie van Financiën.

Verzekeraars spannen zich in om de Code na te leven, in een omgeving die nog veel meer van ze vraagt. In het kader van Verzekeraars Vernieuwen worden stappen gezet om het consumentenvertrouwen te herstellen: het Keurmerk Klantgericht Verzekeren, de modernisering van het distributiemodel, de afhandeling van de woekerpolisaffaire. Daarnaast heeft de sector te maken met twee veeleisende toezichthouders, de AFM en DNB, en een actieve wetgever die de sector confronteert met steeds nieuwe eisen. De door de Code beoogde zelfregulering wordt als gevolg daarvan steeds meer ingehaald door (deels overlappende) wet- en regelgeving, en nieuwe en strenge normstelling.

Commissie ziet positieve ontwikkelingen bij verzekeraars

De Commissie heeft tijdens de bedrijfsbezoeken die zij heeft afgelegd gemerkt dat verzekeraars zich goed bewust zijn van de cultuurveranderingen die nodig zijn en heeft gezien met hoeveel enthousiasme verzekeraars zich in directiekamers en op de werkvloer inzetten voor de noodzakelijke veranderingen gericht op het terugbrengen van de aandacht voor het belang van de klant. Dit gebeurt door middel van cultuur- en veranderingstrajecten en projecten gericht op verbetering van de bedrijfsvoering en de bediening van de klant. Overigens zijn deze ontwikkelingen niet alleen op het conto van de Code te schrijven.

Bij de bijeenkomsten die zij heeft georganiseerd heeft de Commissie gezien dat verzekeraars zonder uitzondering bereid bleken om een programmaonderdeel in te vullen en hun ervaringen te delen met andere verzekeraars. Ook de goede opkomst en actieve participatie van de deelnemers tijdens de bijeenkomsten en de positieve signalen die de Commissie na afloop van de bijeenkomsten ontving, worden door de Commissie als positief opgevat.

Het onderzoek naar de rapportage over de naleving

De Commissie heeft KPMG onderzoek laten uitvoeren naar de wijze waarop verzekeraars de naleving van de Code rapporteren, waarbij gebruik is gemaakt van door verzekeraars ingevulde vragenlijsten en een check op jaarverslagen. De Commissie heeft in dat onderzoek onder andere onderscheid gemaakt tussen de groep Wft-verzekeraars en de groep kleinere FOV-leden. De eerste groep met daarin 97 respondenten bevat onder andere de leden van Verbond en ZN en de grotere leden van FOV. Deze groep realiseerde in 2011 een bruto premievolume van € 78,2 mrd. op de Nederlandse markt. Uit het onderzoek naar de naleving blijkt dat, gemeten naar premievolume, 71% van de markt die deze groep bestrijkt, de Code voor 80-100% toepast. Als we daarbij voegen de groep die aangeeft de Code of onderdelen daarvan na te leven en/of in de toekomst toe te zullen passen, komen we uit op 99,8%.

De Commissie heeft apart gekeken naar de kleinere FOV-leden. Deze groep bevat 56 respondenten die gezamenlijk in 2010 een bruto premievolume van € 228 mln. realiseerden. De groep is pas in een later stadium betrokken bij de Code en is daarom nog bezig met de implementatie van de Code. Op dit moment past 3% van de markt die de kleinere FOV-leden bestrijken, de Code voor 80-100% toe. Als we daarbij voegen de groep die aangeeft de Code of onderdelen daarvan na te leven en/of in de toekomst toe te zullen passen, komen we uit op 97%.

Bevindingen op de onderdelen van de Code

De principes met betrekking tot de Raad van Commissarissen en Raad van Bestuur worden goed toegepast. Kleinere en onderlinge verzekeraars wijken nogal eens af en dit wordt verklaard door hun omvang en aard (traditioneel bestuursmodel, toezicht door de leden). Permanente educatie is vooral bij kleinere verzekeraars nog niet overal professioneel opgepakt.

De implementatie van de principes voor Risicomanagement wordt door veel verzekeraars gekoppeld aan de komende invoering van Solvency II. De grote verzekeraars zijn al grotendeels op orde en geven veel toelichting. De kleinere zijn nog bezig en kiezen voor proportionele toepassing. Het principe over de Product Approval Procedure (PAP) wordt minder goed toegepast; de PAP en de inbedding ervan in de organisatie is veelal nog in ontwikkeling.

De principes met betrekking tot Audit worden met uitzondering van de grote verzekeraars, minder goed toegepast. Vooral bij verzekeraars met kleine omvang is er vaak geen interne auditfunctie.

Voor beloningsbeleid is sprake van een behoorlijke toepassing. Op de onderdelen variabele beloning en beloning in aandelenpakketten is sprake van een hoge score 'niet van toepassing'.

Klantbelang Centraal

De Commissie heeft dit jaar rondom het thema Klantbelang Centraal (KBC) drie bijeenkomsten georganiseerd, op basis waarvan zij begin oktober een paper heeft uitgebracht. De Commissie komt tot de conclusie dat verzekeraars zich actief inzetten om het thema KBC met al zijn facetten te incorporeren in de bedrijfscultuur. Tegelijkertijd is het een moeilijk thema, met een lange looptijd en zijn nog niet alle verzekeraars er even ver mee. Het borgen van de zorgplicht tegenover de klant vraagt niet alleen om zaken goed te doen, maar vereist ook een waarborg dat er geen zaken tussendoor slippen. Dat vraagt voortdurende aandacht die niet in regelgeving te vangen is. KBC is bij uitstek een thema waarover verzekeraars ook de komende jaren met elkaar in gesprek moeten gaan en blijven om te leren van elkaar en elkaar uit te dagen tot verdere verbeteringen.

Hoe verder

Over het geheel genomen komt de Commissie tot de conclusie dat de sector zich in brede zin bewust is van de situatie en de noodzaak tot veranderingen. De sector heeft vanaf 2011 de Code en wat daarmee samenhangt serieus opgepakt. De Commissie oordeelt positief over de implementatie van de Code. Het consumentenvertrouwen laat echter nog geen significante stijging zien ten opzichte van het lage niveau dat al sinds 2009 wordt gemeten. Verzekeraars werken er aan om het vertrouwen te verbeteren, maar de Commissie ziet meer inspanning om als individuele verzekeraar het vertrouwen van de klant terug te winnen dan om als sector het vertrouwen terug te winnen. Mogelijk hebben de positieve ontwikkelingen met betrekking tot de naleving van de Code en de inspanningen in de sector mede daardoor nog niet geleid tot het realiseren van het uiteindelijke doel van de Code: herstel van het consumentenvertrouwen. De emotie van de klanten staat hernieuwd vertrouwen nog in de weg.

De Commissie pleit er daarom voor om door te gaan met de Code. Het consumentenvertrouwen is momenteel nog zo broos dat het een verkeerd signaal zou zijn wanneer verzekeraars de Code en de monitoring ervan door buitenstaanders nu al zouden afschaffen. Het argument dat het in de sector al weer op orde is zal de buitenwereld alleen maar kritischer maken. En het argument dat er al zoveel toezicht is zal ook met het nodige cynisme worden beantwoord. De Code heeft bovendien naar de mening van de Commissie een belangrijke toegevoegde waarde boven wetgeving: de Code doet namelijk een moreel appel op verzekeraars en dat valt in wetgeving niet te vatten. Bovendien vereist de Code dat verzekeraars transparant zijn over hun governance. Daarmee dient men het gehele maatschappelijke verkeer in plaats van alleen de toezichthouders. Eén keer per jaar in het kader van de Code integraal rapporteren over zaken die je grotendeels in het kader van de wetgeving al op orde moet hebben, is niet teveel gevraagd.

Verzekeraars zijn volop aan de slag, maar de sector is er nog niet. De Commissie hoopt dat de positieve bevindingen van de Commissie over de naleving van de Code, de sector stimuleren tot het zetten van een volgende stap: voortgaan met de Code en nadenken hoe het gedachtegoed van de Code en de positieve bevindingen van de Commissie zodanig over het voetlicht kunnen worden gebracht dat ook consumenten overtuigd raken van de positieve ontwikkelingen. Naar de mening van de Commissie moet de sector het nut van de Code meer uitdragen en daarover het debat aangaan met de samenleving en relevante actoren daarin. Voor de Code zelf geldt dat het feit dat de Code op veel punten door wetgeving is achterhaald, ondervangen kan worden door een veranderings- en vernieuwingsslag te maken die de bepalingen van de Code veel meer laat richten op gedrag en cultuur en daarnaast op zaken als deskundigheid en compliance. Daarbij zou ook moeten worden gekeken hoe de Code kan aansluiten op de al eerder ingezette Gedragscode Verzekeraars (Verbond) en de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap (ZN). Beide codes bevatten voor de aspecten cultuur en gedrag waardevolle aanknopingspunten in relatie tot de Code.

De Commissie streeft ernaar om uiterlijk in maart 2013 een nadere concretisering te formuleren van mogelijke aanpassingen in de Code. Dit past ook binnen de taakstelling van de Commissie. Het gedetailleerd ontwerpen van een 'Code 2.0' zou moeten gebeuren door verzekeraars zelf, in afstemming met relevante partijen zoals de minister van Financiën.





SUMMARY

This is the second report from the Insurer Governance Principles Monitoring Commission (Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars) hereafter referred to as 'the Commission') on compliance by insurers with the Insurer Governance Principles.

In 2012 the Commission worked on monitoring compliance with the Insurer Governance Principles (hereafter referred to as 'the Code'). The Commission also set itself the goal not only of monitoring compliance with the Code, but also of contributing to the embedding of the Code in the sector. Given that the Code envisages a change in culture, the Commission initiated a number of activities with the intention to hold a mirror up to the sector, to give insurers the chance to learn from each other, and to collect feedback on the Code.

The Commission bases its findings in this report on the six company visits which it carried out, the five meetings which it organised that were attended by 72 different insurers, the KPMG study into compliance with the Code and the discussions with stakeholders such as the three umbrella organisations (the Dutch Association of Insurers (Verbond), the Association of Dutch Health Insurers (ZN) and the Federation of Mutual Insurers (FOV)), the Banking Code Monitoring Commission (Monitoring Commissie Code Banken), the Netherlands Authority for the Financial Markets (AFM), De Nederlandsche Bank (DNB) and the Ministry of Finance.

Insurers are making an effort to comply with the Code, in an environment which imposes even greater demands on them. Within the framework of the 'Insurers Innovate' (VerzekeraarsVernieuwen) programme, steps are being taken to restore consumer confidence. These include the Client-oriented Quality Mark Insurance (Keurmerk Klantgericht Verzekeren), the modernisation of the distribution model and the conclusion of the profiteering scandal. The sector also has two demanding supervisory authorities - the AFM and DNB - and an active legislator that confronts the sector with more and more new demands. As a result, the self-regulation intended by the Code is being increasingly outstripped by (partially overlapping) legislation and regulations, and new and strict standards.

The Commission can see positive developments by insurers

During the company visits the Commission noticed that insurers are very well aware of the required changes in culture and also observed how enthusiastically insurers are working in board rooms and on the work floor to implement the necessary changes which are intended to restore the focus on the client's interests. This is being done by means of cultural and change processes and projects designed to improve operations and service for the client. Incidentally, these developments cannot all be attributed to the Code.

At the meetings it organised, the Commission observed that insurers - without any exceptions - were prepared to take responsibility for a programme element and share their experiences with other insurers. The Commission also sees the good turnout and active participation by participants during the meetings and the positive reports received by the Commission after the meetings as encouraging.

The study into reporting on compliance

The Commission asked KPMG to conduct a study into the way in which insurers report on compliance with the Code, which involved using questionnaires completed by insurers and a check of annual reports. One of the things the Commission did in that study was to make a distinction between the group of Wft (Financial Supervision Act) insurers and the group of smaller FOV members. The first group of 97 respondents included, among others, the members of Verbond and ZN and the larger FOV members. In 2011, this group achieved a gross premium volume of €78.2 billion on the Dutch market. The study of compliance shows that, measured by premium volume, 71% of the market covered by this group applies between 80% and 100% of the Code. If we add to this group the group which indicates compliance with the Code or parts thereof and the group which indicates that it will apply the Code in the future, the result is 99.8%.

The Commission carried out a separate study of the smaller FOV members. This group contains 56 respondents that jointly realised a gross premium volume of €228 million in 2010. The group was only included in the Code at a later stage and as a result is still implementing it. Currently 3% of the market covered by the smaller FOV members applies between 80% and 100% of the Code. If we add to this group the group which indicates compliance with the Code or parts thereof and the group which indicates that it will apply the Code in the future, the result is 97%.

Findings relating to elements of the Code

The principles relating to the Supervisory Board and the Executive Board are being properly applied. Smaller and mutual insurers sometimes deviate from the Code due to their size and nature (traditional management model, supervision by the members). Permanent education is not yet being implemented everywhere in a professional approach, particularly in the case of smaller insurers.

A large number of insurers link the implementation of the principles for Risk Management to the upcoming introduction of Solvency II. Most of the large insurers are already properly organised and provide a lot of information. The smaller ones are still engaged in the process and are opting for proportional application. The principle relating to the Product Approval Procedure (PAP) is applied less satisfactorily. PAP and the embedding thereof in the organisation is often still a work in progress.

The principles relating to Audit are applied less satisfactorily, with the exception of the large insurers. Small insurers in particular often have no internal audit function.

Remuneration policy is adequately applied. There is a high 'not applicable' score for the elements of variable remuneration and remuneration in blocks of shares.

Placing the client's interests first (Klantbelang Centraal)

This year the Commission organised three meetings relating to the theme of placing the client's interests first, which provided a basis for a paper which the Commission published at the beginning of October. The Commission has come to the conclusion that insurers are working actively to incorporate the theme of placing the client's interests first in all its facets into their corporate culture. At the same time, it is a difficult theme, with a long duration and some insurers are lagging behind compared to others. Safeguarding the duty of care towards the client does not just mean doing things properly, but also that a safeguard is in place to ensure that nothing slips through the net. That demands a continual focus that cannot be captured in regulations. Placing the client's interests first is an excellent example of a theme which insurers will also have to discuss and continue discussing in the years ahead in order to learn from each other and challenge each other to implement additional improvements.

The future

Generally speaking, the Commission concluded that the sector is broadly aware of the situation and the need for change. Since 2011 the sector has been seriously addressing the Code and all of the related issues. The Commission has a positive opinion regarding implementation of the Code. However, consumer confidence has not yet increased to any significant extent from the low level that has persisted since 2009. Insurers are working to increase that confidence, but the Commission has observed that a greater effort is being made by individual insurers than by the sector as a whole to regain client confidence. Consequently the positive developments relating to compliance with the Code and the efforts being made in the sector may not yet have resulted in the realisation of the ultimate objective of the Code, namely the restoration of consumer confidence. Client emotions are still hampering any renewal of confidence.

The Commission therefore advocates continuation of the Code. At the moment, consumer confidence is still so fragile that discontinuation of the Code and the monitoring thereof by outsiders at this early stage would send out the wrong signal. The argument that things in the sector have already been put right will only make the outside world even more critical. The argument that there is already a lot of supervision will also generate a certain degree of cynicism. What is more, in the Commission's opinion, the Code has important added value over and above legislation because it makes a moral appeal to insurers and that cannot be laid down in law. Moreover, the Code requires insurers to be transparent about their governance. This is to the benefit of society as a whole and not just the supervisory authorities. It is not too much to ask insurers to provide a comprehensive report once a year, within the framework of the Code, on matters which should largely be in order already under the law.

Although insurers are making a huge effort, the sector still has some way to go. The Commission hopes that its positive findings with regard to compliance with the Code stimulate the sector to take the next step, which is to carry on with the Code and reflect on how the ideas behind the Code and the Commission's positive findings can be brought into the limelight in such a way that consumers also become convinced of the positive developments. In the Commission's opinion the sector must communicate the benefit of the Code more clearly and initiate the debate with society as a whole and the key players in particular. As far as the Code itself is concerned, the fact that many of its elements have been superseded by legislation can be best dealt with by changes and reforms that result in the Code's provisions focusing more on behaviour and culture, as well as on matters such as expertise and compliance. An assessment should also be made of how the Code can link up with the Code of Conduct for Insurers (Gedragscode Verzekeraars) (Verbond) and the Code of Conduct for Sound Health Insurance Practice (Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap) (ZN) which were introduced earlier. Both codes contain valuable starting points as regards the aspects culture and behaviour in relation to the Code.

The Commission's aim is to formulate more concrete proposals on possible changes to the Code by no later than March 2013. This is also in keeping with the Commission's tasks. The detailed drafting of a 'Code 2.0' should be done by insurers themselves in coordination with relevant parties such as the Minister of Finance.





Hoofdstuk 1

INLEIDING

Dit is de tweede rapportage van de Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars (hierna: de Commissie) over de naleving door verzekeraars van de Governance Principes Verzekeraars.

De Governance Principes Verzekeraars (hierna: de Code) zijn in december 2010 vastgesteld door het Verbond van Verzekeraars (Verbond), met ingangsdatum 1 januari 2011. Vervolgens hebben ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Federatie van Onderlinge Verzekeraars (FOV) de Code onderschreven. De Governance Principes Verzekeraars (hierna: de Code) zijn inhoudelijk vrijwel gelijk aan de Code Banken en bevatten een aantal principes op het gebied van governance, risicomanagement, audit en beloningsbeleid. De Code is een vorm van zelfregulering, die in de loop van 2011 wettelijk verankerd is.

Om de toepassing van de Code te monitoren heeft de Minister van Financiën een Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars ingesteld die jaarlijks aan de minister en de drie koepels haar bevindingen ten aanzien van de toepassing van de Code door verzekeraars rapporteert.

In december 2011 bracht de Commissie haar eerste rapportage uit. Die rapportage bevatte de eerste voorlopige bevindingen van de Commissie ten aanzien van het naleven door verzekeraars van de Governance Principes Verzekeraars. De Commissie kwam tot het oordeel dat de sector aan de slag was gegaan met de implementatie van de Code, maar dat bij een aantal verzekeraars het gevoel van urgentie leek te ontbreken. Er was sprake van een (te) rooskleurig beeld over wat men zelf nog zou moeten doen om van volledige naleving te kunnen spreken. Daarnaast constateerde de Commissie dat de implementatie vooral gezien werd als een *compliance* exercitie. Zij vroeg er aandacht voor dat de Code ook benut moest worden om een cultuurverandering te realiseren. Ook pleitte de Commissie ervoor dat de Code meer eigendom zou worden van de sector en dat niet langer zou worden vastgehouden aan het beeld dat de Code is opgedrongen door politiek en maatschappij. Alleen dan kon het beoogde doel van de Code, herstel van het vertrouwen van de consument in verzekeraars, gerealiseerd worden.

Met de rapportage die nu voor u ligt rapporteert de Commissie voor de tweede keer. De Commissie beoogt met deze rapportage een uitgebreid beeld te geven van de naleving door verzekeraars. Zij heeft in 2012 kunnen constateren dat verzekeraars een heel eind op weg zijn met de implementatie van de Code in hun bedrijfsvoering. Deels heeft dit te maken met het feit dat onderdelen van de Code ook in wetgeving verwerkt zijn en er dus een stok achter de deur zit. Maar ook voor een onderwerp als Klantbelang Centraal, waarbij verzekeraars vooral moeten inzetten op cultuurtrajecten, ziet de Commissie dat verzekeraars dit serieus oppakken. Kleine verzekeraars blijken regelmatig af te wijken van de bepalingen in de Code, maar dat is in deze fase en mede gezien hun grootte en karakter, begrijpelijk.

In bijgaande rapportage gaat de Commissie nader op haar bevindingen in. De rapportage begint met een toelichting op de Code en de instelling en taakomschrijving van de Commissie. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 enkele algemene ontwikkelingen beschreven die bepalend zijn voor de context waarin verzekeraars opereren. In hoofdstuk 4 worden de werkwijze en de activiteiten beschreven die de Commissie heeft ondernomen. Hoofdstuk 5 geeft een beeld van de bevindingen van de Commissie, waarbij nader wordt ingegaan op de principes uit de Code en enkele specifieke thema's waar de Commissie dit jaar aandacht aan heeft besteed. Ten slotte formuleert de Commissie in hoofdstuk 6 een aantal aanbevelingen ten aanzien van de toekomst van de Code.

TOELICHTING OP DE CODE EN DE COMMISSIE

2.1 Zelfregulering

De Code is een vorm van zelfregulering afgesproken tussen de verzekeraars die lid zijn van het Verbond, ZN en/of FOV. Het doel van de Code is het zorgen voor (transparantie over) goede governance, evenwichtig risicomanagement, een verantwoord beloningsbeleid en waarborgen dat de belangen van de klant gediend worden, opdat het vertrouwen van consumenten in verzekeraars hersteld kan worden. Dit vertrouwen is als gevolg van de kredietcrisis en de affaire rondom de woekerpolissen sterk afgenomen. De tekst van de Code is vrijwel gelijk aan de Code Banken. De complete Code treft u aan in bijlage 1.

2.2 De reikwijdte van de Code

In de Code is vastgelegd voor wie de Code van toepassing is. Dat zijn alle verzekeraars die beschikken over een Wft-vergunning. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen activiteiten in Nederland of in een andere lidstaat en of de activiteiten al dan niet door middel van een bijkantoor worden verricht. De toepassing van de Code op activiteiten en bijkantoren – van verzekeraars waarop de Code van toepassing is – in staten die geen EU-lidstaat zijn en op buitenlandse verzekeringsdochtermaatschappijen van verzekeraars waarvoor de Code geldt, wordt aanbevolen. Hetzelfde geldt voor activiteiten en bijkantoren in Nederland van verzekeraars met een in een andere lidstaat verleende vergunning. Voor buitenlandse verzekeraars die opereren in Nederland of Nederlandse verzekeraars die in het buitenland opereren komt dit neer op het volgende:



De Code is in 2011 bij Algemene Maatregel van Bestuur aangewezen als gedragscode in de zin van artikel 391 lid 5 van boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Het betreffende Besluit bevat tevens nadere voorschriften omtrent de inhoud van het jaarverslag van verzekeraars en legt vast dat verzekeraars voor het eerst in het jaarverslag over 2011 moeten rapporteren over de naleving van de Code. Tevens is in dit Besluit vastgelegd dat de accountant van de verzekeraar moet nagaan of de verzekeraar de betreffende informatie in het jaarverslag of in een bijlage bij het jaarverslag heeft opgenomen.

De rapportageplicht geldt voor alle verzekeraars die in het Besluit worden vermeld. Dit zijn alle verzekeraars die beschikken over een Wft-vergunning, maar ook alle verzekeraars die beschikken over een verklaring van De Nederlandsche Bank (DNB) als bedoeld in artikel 3 of 4 van het Besluit reikwijdtebepalingen Wft (dit betreft de onderlinge waarborgmaatschappijen). Via de AMvB is dus vastgelegd dat de rapportageplicht ook geldt voor verzekeraars die niet lid zijn van een koepel.

Samengevat zijn er dus drie segmenten die te maken hebben met de Code en betrokken zijn in het onderzoek van de Commissie:

- verzekeraars met een Wft-vergunning: schade (inclusief zorg), leven, natura uitvaart en herverzekeraars;
- buitenlandse verzekeraars die in Nederland actief zijn op grond van de vergunning van hun moeder in een EU/EER-land;
- verzekeraars met een DNB-verklaring als bedoeld in artikel 3 of 4 van het Besluit reikwijdtebepalingen Wft.

De Commissie heeft voor haar onderzoek gekozen om deze drie segmenten te rangschikken in vijf onderzoeksgroepen:

- I. verzekeraars met een Wft-vergunning, niet zijnde de kleinere FOV-leden;
- II. kleinere FOV-leden (d.w.z. de FOV-leden die niet tevens lid zijn van het Verbond en/of ZN);
- III. buitenlandse verzekeraars;
- IV. verzekeraars met een DNB-verklaring, niet zijnde de kleinere FOV-leden;
- V. herverzekeraars.

In hoofdstuk 4 treft u nadere informatie aan over de samenstelling van de onderzoeksgroepen.

2.3 De principes van de Code

De onderliggende gedachte van de Code is dat verzekeraars hun maatschappelijke betrokkenheid tonen door zich op transparante wijze te verantwoorden over hun governance, de organisatie van het risicomanagement, de organisatie van de auditfunctie en het gehanteerde beloningsbeleid. Belangrijke invalshoek daarbij is dat het belang van de klant centraal wordt gesteld en dat de verzekeraar de zorgplicht verankert in de cultuur van de verzekeraar.

In de preambule van de Code is vastgelegd dat voor de werking van de Code niet de mate waarin deze naar de letter wordt nageleefd bepalend is (geen 'afvinkgedrag'), maar de wijze waarop met de intenties van de Code wordt omgegaan. Voor een goede werking van de Code is het van belang dat verzekeraars de achterliggende gedachten van de Code stevig onderdeel gaan laten uitmaken van de cultuur en de bedrijfsvoering.

In de preambule is tevens vastgelegd dat de verzekeraar in zijn jaarverslag vermeldt op welke wijze hij de principes van de Code in het voorgaande jaar heeft toegepast. Hier wordt dus bedoeld 'comply AND explain'. Daarnaast heeft de verzekeraar volgens paragraaf 1 van de Code de mogelijkheid om een principe niet of proportioneel toe te passen, mits daarover uitleg wordt geboden. Dit wordt aangeduid met de uitdrukking 'comply OR explain'.

In dit rapport hanteert de Commissie de volgende definities voor toepassen en naleven. Toepassen is het strikt volgen van een bepaling zoals verwoord in de Code. Naleven is zowel het toepassen van een bepaling, als het niet-toepassen met een gemotiveerde uitleg.

2.4 De Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars

In de preambule van de Code is vastgelegd dat de naleving van de Code jaarlijks wordt gemonitord door een onafhankelijke monitoringsinstantie. Deze Commissie is medio 2011 in overleg met de drie koepels ingesteld door het Ministerie van Financiën. De Commissie heeft als taak de naleving van de Code te monitoren, onder meer door:

- de toepassing van de Code te inventariseren;
- eventuele leemtes, onduidelijkheden en onevenwichtigheden in de Code te signaleren;
- aanbevelingen te doen over mogelijke aanpassingen van de Code.

In dit rapport legt de Commissie verantwoording af hoe zij deze taken in 2012 heeft ingevuld. De Commissie heeft getracht haar activiteiten op het gebied van de monitoring te laten bijdragen aan een beter begrip in de sector van de toegevoegde waarde van de Code.

In 2012 zijn de activiteiten van de Commissie gefinancierd uit bijdragen van het Ministerie van Financiën en de drie koepels: Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en Federatie van Onderlinge Verzekeraars.

Het instellingsbesluit van de Commissie treft u aan in bijlage 2. Voor de samenstelling van de Commissie wordt verwezen naar bijlage 3.

Hoofdstuk 3

ALGEMENE ONTWIKKELINGEN MET BETREKKING TOT THEMA'S UIT DE CODE

Met de Code beogen verzekeraars op basis van zelfregulering een gedragsverandering in de sector te weeg te brengen. De Code staat daarbij niet op zichzelf; het is een onderdeel van de activiteiten die door verzekeraars worden ondernomen om zelf de beoogde gedragsverandering te realiseren. Naast de initiatieven uit de sector zijn bovendien, mede als gevolg van de financiële crisis, door overheden op nationaal en internationaal niveau verschillende (wetgevings)ontwikkelingen in gang gezet. Daarnaast ontplooiën De Nederlandsche Bank (DNB) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM) verschillende toezichtactiviteiten gericht op verzekeraars. In dit hoofdstuk komen deze algemene ontwikkelingen aan de orde, voor zover die bepalend zijn voor de context waarin verzekeraars opereren en die raken aan de thema's uit de Code.

Allereerst zal worden ingegaan op de activiteiten van de verzekeraars zelf. Vervolgens worden kort de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving geschetst. Daarna volgt een korte impressie van de activiteiten die de toezichthouders DNB en AFM over de periode 2011 en/of 2012 hebben ondernomen binnen de verzekeringssector.

3.1 Initiatieven vanuit de verzekeringssector

Verzekeraars gebruiken al vele jaren het instrument van de zelfregulering om onderlinge afspraken over de invulling en afhandeling van verzekeraarskwesities vast te leggen. Zo zijn de zorgverzekeraars onderling de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap (2011) overeengekomen. De belangrijkste generieke code die verzekeraars onderling hebben afgesproken is de Gedragscode Verzekeraars van het Verbond (2002, grondig herzien in 2011). De naleving van deze (en andere gedragscodes van het Verbond) wordt getoetst door de onafhankelijke Stichting toetsing verzekeraars. De Gedragscode Verzekeraars geldt als een fundament voor het handelen van de sector en is geoperationaliseerd in het programma VerzekeraarsVernieuwen. Dit programma is gestart in 2009 en heeft als doel het realiseren van een cultuuromslag binnen de verzekeraars en het zichtbaar maken van die omslag voor de buitenwereld. Het programma loopt langs drie lijnen:

- *het klantbelang centraal stellen* (verzekeraars zorgen ervoor dat hun producten en processen zoveel mogelijk aansluiten bij de verwachtingen van de klant);
- *problemen oplossen* (als de klant van een verzekering meer verwacht dan de polis biedt, gaan verzekeraars op zoek naar een oplossing);
- *handelen vanuit gezamenlijke kernwaarden* (de kernwaarden bieden van zekerheid, dingen mogelijk maken voor klant en samenleving, en maatschappelijk betrokken zijn, zijn leidend voor de sector).

VerzekeraarsVernieuwen is geen statisch initiatief, maar wordt continu gevoed en ingevuld met deelactiviteiten. Belangrijke initiatieven in het kader van VerzekeraarsVernieuwen zijn o.a. de modernisering van het distributiemodel, het jaarlijkse Klanttevredenheidsonderzoek over de hele sector, de Governance Principes Verzekeraars en het Keurmerk Klantgericht Verzekeren (KKV).

Het Keurmerk Klantgericht Verzekeren is gestart in 2010 en garandeert een continue kwaliteit van dienstverlening en klantgerichtheid van een verzekeraar en maakt dit ook zichtbaar. Het wordt door de Stichting toetsing verzekeraars verleend aan verzekeraars die voldoen aan strenge eisen op het gebied van kwaliteit van dienstverlening en klantgerichtheid. De normen voor klantgerichtheid waar verzekeraars aan moeten voldoen vallen onder vijf thema's:

1. begrijpelijke, heldere informatie en voorlichting;
2. zorgvuldige en voortvarende dienstverlening;
3. goede bereikbaarheid;
4. klanttevredenheid;
5. kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmanagement.

Bij elk van de thema's zijn toetsnormen geformuleerd waar de verzekeraar aantoonbaar aan dient te voldoen. Een verzekeraar ontvangt het Keurmerk als in de beoordelingsprocedure blijkt dat hij voldoet aan de normen. Na ontvangst van het Keurmerk worden verzekeraars regelmatig opnieuw beoordeeld. Inmiddels zijn er zo'n 50 verzekeraars die het Keurmerk hebben behaald. Zij dekken 60% van de markt voor bruto premievolume. De normen voor het Keurmerk worden jaarlijks aangescherpt, mede op basis van input van experts afkomstig uit de verzekeringsbranche en uit consumentenorganisaties, maar ook op basis van consumentenonderzoek en klachten/signalen van consumenten over de dienstverlening en klantgerichtheid van verzekeraars.

3.2 Belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving

Verzekeraars worden niet alleen geacht zich in te zetten om de beginselen uit de Code te implementeren, maar ze worden ook geconfronteerd met de noodzaak om wet- en regelgeving te implementeren die overlap vertoont met thema's en principes uit de Code. In dat kader zijn in ieder geval de volgende ontwikkelingen vermeldenswaardig:

- de Regeling beheert beloningsbeleid financiële ondernemingen van DNB (ingangsdatum 1 januari 2011). Het Besluit beheert beloningsbeleid is inmiddels ook opgenomen in het gedragsdeel van het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft (BGFO).
- de Wet introductie geschiktheidseis (per 1 juli 2012), waarmee de deskundigheidseis in de Wft is vervangen door een geschiktheidseis. Naar aanleiding van deze wetswijziging hebben de AFM en DNB per 1 juli 2012 de Beleidsregel Deskundigheid 2011 herzien tot de Beleidsregel Geschiktheid 2012, die van toepassing is voor bestuurders en interne toezichthouders.
- het bonusverbod staatsgesteunde ondernemingen, op grond waarvan bij financiële ondernemingen die staatssteun genieten geen bonussen aan de bestuurders mogen worden uitgekeerd (ingangsdatum 1 juli 2012).
- de implementatie van Solvency II, waarbij bestaande Europese Richtlijnen worden herzien en verzwaaard met als doel een betere risicobeheersing door verzekeraars. Solvency II bevat o.a. kwantitatieve eisen op het gebied van de solvabiliteit van de verzekeraars en kwalitatieve eisen betreffende de inrichting van het risicomanagement en het toezicht daarop door verzekeraars. De precieze datum van de inwerkingtreding van Solvency II is nog onzeker maar nu al zijn verzekeraars volop bezig met de voorbereiding van de implementatie.
- De implementatie van CRD IV (Capital Requirements Directive IV) voor de bank-verzekeraars.
- Regeling eed of belofte financiële sector ('Regeling bankierseed'), waarbij iedere persoon werkzaam bij een financiële onderneming een eed of belofte zal moeten afleggen (ingangsdatum: 1 januari 2013).
- de wettelijke verankering van het toezicht van de AFM op het productontwikkelingsproces in het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft (vanaf 1 januari 2013).
- een provisieverbod voor bemiddelaars en adviseurs van complexe en impactvolle financiële producten (treedt op 1 januari 2013 in werking).
- het Wetsvoorstel bevoegdheid tot aanpassing en terugvordering van bonussen en winstdelingen van bestuurders en dagelijks beleidsbepalers van financiële ondernemingen (wacht op behandeling door het parlement). Ook wel *claw back* genoemd.
- De wettelijke verankering van de zorgplicht, zoals aangekondigd in het Regeerakkoord van 29 oktober 2012.
- De maximering van de variabele beloning binnen de financiële sector op 20 procent van de vaste beloning, zoals aangekondigd in het Regeerakkoord van 29 oktober 2012.

3.3 Activiteiten toezichthouders AFM en DNB

In Nederland houden de AFM en DNB toezicht op de financiële markten. De AFM richt zich daarbij op het gedragstoezicht, DNB houdt prudentieel toezicht. Op bepaalde terreinen werken DNB en AFM nauw samen. In de periode 2011 - 2012 hebben beide toezichthouders verschillende activiteiten gericht op verzekeraars ondernomen. Het onderstaande overzicht van hun belangrijkste activiteiten in die periode geeft een indruk van hun rol binnen en invloed op de sector.

3.3.1 AFM

Binnen de voor de verzekeringssector relevante activiteiten van de AFM over de periode 2011-2012 zijn 4 pijlers te onderscheiden:

- (1) Klantbelang Centraal;
- (2) Beheerst beloningsbeleid;
- (3) Kwaliteit financiële dienstverleners;
- (4) Verantwoordelijkheid bestuurders en commissarissen.

1. Klantbelang Centraal (KBC)

Onder de pijler KBC verricht de AFM onderzoek, laat zij *assessments* uitvoeren en treedt zij in gesprek met de sector. De primaire focus is op de tien grootste banken en verzekeraars. Daarnaast brengt de AFM bezoeken aan middelgrote instellingen, waarbij presentaties en workshops worden gegeven die betrekking hebben op KBC en Productontwikkeling. De AFM heeft in de periode 2011-2012 verschillende onderzoeken uitgevoerd. Enkele voorbeelden:

- De AFM meet de mate waarin de tien grootste banken en verzekeraars het klantbelang centraal stellen. De resultaten worden met de bestuurders van de banken en verzekeraars periodiek individueel en gezamenlijk besproken.
- De AFM heeft in 2012 ook meer aandacht gegeven aan een aantal kleine en middelgrote verzekeraars, met als belangrijk focuspunt het onderwerp klantcontact/informatieverstrekking. Naar aanleiding van de uitkomsten is de AFM een initiatief gestart om samen met verzekeraars te werken aan verbeteringen op dit punt.
- Bij de tien grootste banken en verzekeraars besteedt de AFM veel aandacht aan het volgen, aanjagen en faciliteren van hun integrale veranderproces in het kader van Klantbelang Centraal. Dit betreft zowel de veranderplannen, de realisatie van deze plannen als de borging van veranderingen. Op dit gebied is er ook samenwerking met de DNB-activiteiten rondom gedrag en cultuur.
- De AFM verrichtte in 2011 onderzoek naar de markt van natura-uitvaartverzekeraars. De AFM heeft zich daarbij geconcentreerd op de vijf uitvaartverzekeraars met de grootste portefeuille-omvang.
- Ook productontwikkeling heeft de aandacht van de AFM. Sinds begin 2012 heeft de AFM onderzoeken uitgevoerd naar de diepgang van productreview bij de tien grote banken en verzekeraars. De komende periode blijft de AFM in dialoog met de sector en zal zich daarbij ook richten op kleinere banken en verzekeraars, en andere productaanbieders. De AFM zal meer richting geven aan het toezicht op productontwikkeling en producten, onder andere door het publiceren van aanbevelingen en het organiseren van managementmeetings. Ook zal de AFM beoordelen hoe goed de productontwikkelingsprocessen in de praktijk werken.
- De AFM verricht onderzoek naar de wijze waarop banken en verzekeraars invulling geven aan hun verantwoordelijkheid tot ketenbeheersing.
- Verder houdt AFM voortdurend informatiedocumenten en websites in de gaten op mogelijke normschending. Ook worden er marktscans gehouden waarmee de AFM marktbreed de informatieverstrekking over een product of dienst toetst.

2. Beheerst beloningsbeleid

Het toezicht binnen het thema beheerst beloningsbeleid wordt uitgeoefend in samenwerking met DNB. De AFM kijkt naar de risico's van het beloningsbeleid voor de zorgvuldige behandeling van klanten. Het wegnemen van ongewenste prikkels in het beloningsbeleid bij de tien grootste banken en verzekeraars maakt onderdeel uit van het integrale veranderproces dat de AFM nastreeft. DNB richt zich op de risico's van het beloningsbeleid voor de soliditeit van de onderneming.

3. Kwaliteit financiële dienstverleners

In 2011 heeft AFM een *self-assessment* uitgezet onder financiële dienstverleners. In 2012 heeft de AFM in het bijzonder toezicht gehouden op de nieuwe regels van de 'kennelijk onredelijke beloning', op passende commissies voor gevolmachtigd agenten en op het bonusverbod op schadeprovisies. Door de aanstaande invoering van het provisieverbod moeten intermediairs hun verdienmodellen aanpassen, en hierbij spelen verzekeraars uiteraard ook een rol.

4. Verantwoordelijkheid bestuurders en commissarissen

In 2012 heeft de AFM haar in 2011 ingezette activiteiten op dit terrein voortgezet, onder meer met specifieke 'beïnvloedingstrajecten'. Voorts is de bestuurdersmonitor die AFM in 2011 heeft ontwikkeld in het kader van dit thema in 2012 verder uitgerold. Ook is er in 2012 onderzoek gedaan naar de deskundigheid/geschiktheid van zittende bestuurders. Tevens was er aandacht voor het toezicht op en het toetsen van geschiktheid van commissarissen, waarbij AFM nauw samenwerkte met DNB.

3.3.2 DNB

Naar aanleiding van de crisis heeft DNB haar toezichtkader en visie op toezicht aangescherpt. De nieuwe toezichtaanpak, neergelegd in het document Visie DNB toezicht 2010-2014, heeft zich concreet vertaald in FOCUS!. In deze aanpak wordt de mate van toezicht afhankelijk van één van de vijf toezichtklassen (T1 t/m T5) waarin een instelling valt. De indeling in toezichtklassen, die toezichtbreed geldt, is onderdeel van het risicogebaseerde toezicht van DNB en de invulling ervan is onderhevig aan jaarlijkse evaluatie, of zo veel eerder als nodig blijkt te zijn. Voor verzekeraars wordt de volgende indeling met betrekking tot de vijf T-classes gehanteerd:

- T1 Kleine verzekeraars die in het nieuwe Solvency II Basic toezichtkader vallen;
- T2 Kleine verzekeraars die binnen het bereik van Solvency II vallen;
- T3 Middelhete verzekeraars;
- T4 Grote nationale verzekeraars;
- T5 Internationaal opererende verzekeraars.

Aan de verzekeraars binnen de klassen T3-T5 wordt op individueel niveau gecommuniceerd in welke T-klasse ze vallen. Voor de klassen T1 en T2 geldt een groepsaanpak. De communicatie over de klasse waarin een verzekeraar valt, vindt op collectief niveau plaats door middel van seminars en/of workshops voor deze groep van verzekeraars. FOCUS! leidt tot een andere toezichtaanpak voor kleine en middelgrote verzekeraars. Deze verzekeraars zullen minder vaste contactmomenten hebben. De kleine verzekeraars hebben geen eigen toezichtteam meer en ook de periodieke toezichtgesprekken verdwijnen. Ook bij middelgrote verzekeraars zal het aantal vaste contactmomenten afnemen. Zij houden echter wel een eigen toezichtteam en er blijven periodieke toezichtgesprekken. DNB blijft actief monitoren en komt in actie als er signalen komen dat er problemen zijn. Bij het toezicht is er veel aandacht voor de kwaliteit van bestuurders en commissarissen. Bij FOCUS! is er daarnaast meer aandacht voor thematisch onderzoek bij groepen verzekeraars.

Binnen de activiteiten van DNB over de periode 2011-2012 zijn de volgende voor verzekeraars relevante pijlers te onderscheiden:

- (1) Risicomanagement;
- (2) Governance, gedrag en cultuur;
- (3) Solvency II;
- (4) Bedrijfsmodellen en strategie;
- (5) Betere data;
- (6) Beloningsbeleid;
- (7) Stresstesten;
- (8) Illegale activiteiten.

1. Risicomanagement

In het kader van het thema 'Risicomanagement' heeft DNB verschillende activiteiten ondernomen. Zo heeft zij in het voorjaar van 2011 alle verzekeraars een vragenlijst gestuurd over de vier sleutelfuncties (risicomanagement, compliance, actuariaat en interne audit). Ook is er bij twaalf verzekeraars onderzoek gedaan naar de kwaliteit en governance van het risicomanagement. In 2012 heeft DNB, voortbouwend op een eerder onderzoek van de AFM in 2011 en in nauwe samenwerking met de AFM, door middel van een *self-assessment* en aanvullende gesprekken onderzoek gedaan naar risicomanagement door verzekeraars op verstrekte volmachten.

2. Governance, gedrag en cultuur

Governance, gedrag en cultuur hebben sinds de financiële crisis meer aandacht gekregen binnen het toezicht van DNB. Uitvloeisel hiervan zijn nieuwe regelgeving zoals de Beleidsregel Geschiktheid en de Regeling beheerst beloningsbeleid, als ook de visie op gedrag en cultuur en verschillende onderzoeken die door DNB op dit terrein zijn uitgevoerd. Daarnaast heeft DNB nadrukkelijker gekeken naar de samenstelling en het functioneren van de RvC van financiële ondernemingen. In 2011 heeft DNB enkele themaonderzoeken op het gebied van gedrag en cultuur uitgevoerd. Zo heeft DNB bij een aantal financiële instellingen onderzoek gedaan naar consistentie en evenwicht van besluitvormingsprocessen. In 2012 heeft DNB in het kader van haar toezicht op governance, gedrag en cultuur onder andere:

- toegezien bij de grote verzekeraars op het daadwerkelijk toepassen van het beleid ten aanzien van beheerst belonen in de praktijk;
- de geschiktheid van raden van bestuur en commissarissen beoordeeld en getoetst;
- het onafhankelijk functioneren van raden van commissarissen onderzocht en hier nieuw beleid voor opgesteld;
- onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de besluitvorming en de effectiviteit van raden van bestuur en commissarissen bij een groot aantal instellingen;
- bij 18 banken, verzekeraars en pensioenfondsen een onderzoek uitgevoerd naar gedrag en cultuur.

3. Solvency II

DNB heeft de implementatie van Solvency II voortvarend voorbereid, zowel nationaal rond de implementatie van regelgeving, de ontwikkeling van interne modellen en nieuwe rapportageformats, als internationaal bij de voorbereiding en uitwerking van de Solvency II regelgeving door de EC en toezichtautoriteit EIOPA. Een flink deel van de regelgeving is al klaar, maar het raamwerk heeft vertraging opgelopen in de Brusselse onderhandelingen tussen Europese Commissie, Europees Parlement en Europese Raad.

Sinds 2010 heeft DNB in samenwerking met het Ministerie van Financiën ook een regime voor de kleine verzekeraars uitgewerkt, het zogenaamde Solvency II Basic regime. Inmiddels is dit ter consultatie aan de sector aangeboden en is recent een impactstudie uitgevoerd.

Verder heeft DNB verzekeraars gevraagd om op vrijwillige basis een ORSA rapportage (*Own Risk & Solvency Assessment*) in te leveren. DNB heeft dit cruciale element ter verbetering van het risicobeheer van verzekeraars grondig voorbereid en beoordeeld. Hiermee loopt Nederland voorop in Europa.

4. Bedrijfsmodellen en strategie

In het kader van de nieuwe toezichtaanpak FOCUS! zijn de bedrijfsmodellen en strategie (B&S) van (groepen) verzekeraars beoordeeld. Binnen FOCUS! is B&S één van de vier *risk drivers*. Duidelijk is dat de B&S-risico's het grootst zijn in de levensverzekeringssector. Als gevolg van fiscale wijzigingen en gedaald consumentenvertrouwen staat het verdienmodel van levensverzekeraars onder druk. DNB is in continue dialoog met levensverzekeraars over de gevolgen van de omzetkrimp en welke structurele oplossingen gevonden kunnen worden. Naar aanleiding van een onderzoek uit 2011 naar de winstgevendheid van levenproducten van verzekeraars heeft DNB voorts goede praktijken opgesteld. Voor bepaalde producten is de marktconsistente waardering van nieuwe productie over 2011 uitgevraagd bij de onder toezicht staande verzekeraars. In het kader van B&S heeft DNB bij kleine brandonderlingen een strategisch plan opgevraagd.

5. Betere data

DNB concentreert zich voorts op de kwaliteit van de cijfers. DNB beoordeelt de toereikendheidstoets die verzekeraars (ten minste) jaarlijks uitvoeren om de toereikendheid van hun technische voorzieningen te bepalen. Zij bespreekt haar bevindingen met de verschillende verzekeraars. Voor deze toereikendheidstoets heeft DNB in 2011 een *good practice* opgesteld. In vervolg hierop heeft DNB een aanvullend, diepergaand onderzoek verricht bij vijf verzekeraars. In 2012 lag de focus op hoe verzekeraars binnen de opstelling van de toereikendheidstoets omgaan met afgegeven opties en garanties in verzekeringsproducten. Ook op dat terrein wil DNB streven naar meer uniformiteit of, met andere woorden, een betere vaststelling van de toereikendheidstoets.

6. Beloningsbeleid

In het kader van het verscherpt toezicht op beloningsbeleid is DNB eind 2010/begin 2011 een aantal projecten gestart, waaronder toezicht op zeven grote banken en verzekeraars, en toezicht op overige banken en verzekeraars. In 2011 heeft DNB onderzoek uitgevoerd naar de overeenstemming van het beloningsbeleid met de DNB principes en goede praktijkvoorbeelden, en met de Regeling beheerst beloningsbeleid. Verder hebben 33 banken en verzekeraars een self-assessment uitgevoerd waarin werd onderzocht of en hoe hun beloningsbeleid voldeed aan de eisen uit de Regeling beheerst beloningsbeleid. In de periode september t/m december 2012 is opnieuw een sectorbreed onderzoek uitgevoerd met betrekking tot het beloningsbeleid onder vier banken en vier verzekeraars. In het onderzoek van 2012 heeft DNB erop toegezien dat deze ondernemingen hun beloningsbeleid ook daadwerkelijk in de praktijk toepassen en daarmee (blijven) voldoen aan de bestaande regelgeving. Het toezicht binnen het thema beheerst beloningsbeleid wordt uitgeoefend in samenwerking met de AFM.

7. Stresstesten

DNB heeft in 2012 ingezet op meer en verbeterde stresstesten door banken, pensioenfondsen en verzekeraars.

8. Illegale activiteiten

Bij een geselecteerde groep levensverzekeraars heeft DNB onderzoek gedaan naar de monitoring van cliënten en hun activiteiten en de daartoe genomen beheersingsmaatregelen. Ook heeft DNB onderzoek gedaan bij een aantal levens- en schadeverzekeraars naar de naleving van de Wet ter voorkoming witwassen en financieren van terrorisme (Wwft) en de Sanctiewet 1977.

3.4. Impact van de ontwikkelingen op de sector

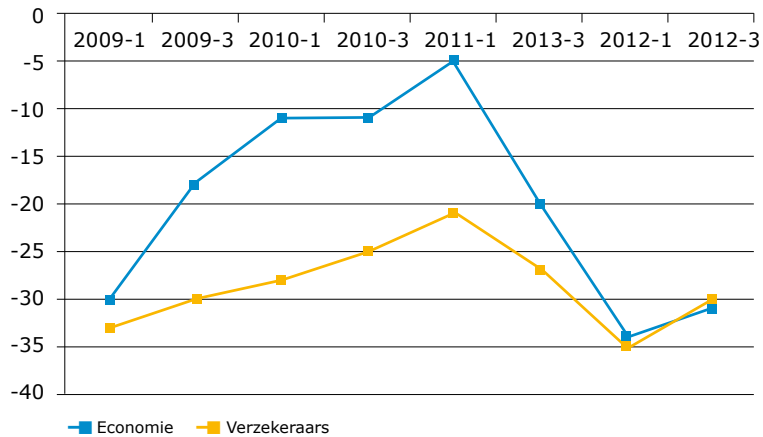
In het proces van het tot stand brengen van een gedrags- en cultuurverandering komt er veel op de verzekeringssector af. Naast de initiatieven die door de sector zelf worden genomen, worden door (inter)nationale overheden en toezichthouders op het vlak van wet- en regelgeving en toezicht veel activiteiten ontplooid. De Code staat dus niet op zichzelf. Integendeel, verzekeraars worden ook geconfronteerd met wet- en regelgeving die raakt aan of (gedeeltelijk) overlap vertoont met thema's en principes uit de Code. Ze worden geacht om zowel de beginselen uit de Code als deze wet- en regelgeving te implementeren. Daarnaast krijgen verzekeraars te maken met een veelheid aan toezichthoudende activiteiten van zowel DNB als de AFM, waarvoor ook van de zijde van de verzekeraars input wordt verwacht.

Deze opeenstapeling van elkaar (deels) overlappende wet- en regelgeving en de sterke aanwezigheid van de toezichthouders in de sector, maakt dat verzekeraars aangeven zich overladen te voelen met verplichtingen, toezicht en *assessments*. De hierboven geschetste ontwikkelingen hebben aldus een grote impact op de sector, in positieve maar soms ook in negatieve zin. Hoewel er door de sector, mede ook door de inzet van zelfregulering in de vorm van de Code en de introductie van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren, zeker stappen gezet zijn en worden richting de noodzakelijke gedragsverandering, worden de ontwikkelingen in een aantal gevallen ook als een last ervaren. Door de veelheid van activiteiten van DNB en de AFM en de overlap tussen wet- en regelgeving en de normen uit de Code worden verzekeraars naar eigen zeggen vaak geconfronteerd met dubbel werk. Daarbij speelt de ontwikkeling dat de toezichthouders, vooral de AFM, zich in toenemende mate niet alleen concentreren op het houden van toezicht, maar ook actief zijn in het stellen van normen.

3.5 Consumentenvertrouwen

Het doel van de Code is het herstel van het consumentenvertrouwen in verzekeraars. Het Verbond van Verzekeraars onderzoekt regelmatig hoe het daarmee gesteld is. In de publicatie *Verzekerd van cijfers, 2012* komt het volgende beeld naar voren.

FIGUUR 2
Consumentenvertrouwen in de economie en in verzekeraars, saldo % positivisten en negatisten



Daaruit blijkt dat het consumentenvertrouwen nog geen significante stijging laat zien ten opzichte van het lage niveau dat al sinds 2009 wordt gemeten. Dat betekent dat de positieve bevindingen van de Commissie met betrekking tot de naleving van de Code en de ontwikkelingen in de sector, nog niet hebben geleid tot het gewenste resultaat.

Het Verbond laat sinds vorig jaar ook jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren onder 35.000 klanten uit de hele bedrijfstak. Klanten kunnen zo een goed beeld vormen van de klantgerichtheid van de eigen verzekeraar. Uit deze onderzoeken blijkt dat individuele verzekeraars een stuk beter scoren. Recente klanttevredenheidsonderzoeken leverde voor zorgverzekeraars een gemiddelde waardering op van 7,7 (november 2012), voor schadeverzekeraars een 7,7 (oktober 2012) en voor levensverzekeraars een 7,1 (december 2011). Dit geeft een positiever beeld, maar daarbij dient wel opgemerkt te worden dat klanttevredenheid niet hetzelfde is als consumentenvertrouwen.

WERKWIJZE EN ACTIVITEITEN VAN DE COMMISSIE

4.1 Activiteiten gericht op het internaliseren van de Code in de sector

De Commissie heeft zich voor 2012 ten doel gesteld niet alleen de naleving van de Code te monitoren, maar ook een bijdrage te leveren aan de inbedding van de Code in de sector. Aangezien de Code een cultuurverandering beoogt, heeft de Commissie een aantal activiteiten in gang gezet die beoogden om de sector een spiegel voor te houden, om verzekeraars de gelegenheid te bieden om van elkaar te leren en om feedback over de Code te vergaren. De door de Commissie ondernomen activiteiten worden hieronder toegelicht.

Bedrijfsbezoeken

De Commissie legde in wisselende samenstellingen bedrijfsbezoeken af bij AEGON, ASR, Delta Lloyd, De Onze Verzekeringen, Menzis en Nationale-Nederlanden. De Commissie werd in alle gevallen ontvangen door de directie van de verzekeraars en sprak daarnaast met verantwoordelijken voor bijvoorbeeld risicomanagement en klantbeleving. De bezoeken werden benut om een beeld te krijgen van de ontwikkelingen in de sector, bij de betreffende bedrijven en voor specifieke thema's zoals KBC en risicomanagement.

Presentaties

De Commissie heeft presentaties verzorgd tijdens de themabijeenkomst van het Verbond over Governance Principles (25 april) en de Algemene Ledenvergadering van de FOV (10 mei). Het doel hierbij was het vergroten van het draagvlak voor de Code en de monitoring-activiteiten van de Commissie. Ook heeft een aantal leden van de Commissie presentaties verzorgd op diverse bijeenkomsten zoals een symposium van Ernst en Young over ontwikkelingen in de sector en een symposium van Achmea over de Principles for Sustainable Insurance.

Contacten met stakeholders

De Commissie heeft ook in 2012 contacten onderhouden met de *stakeholders*. Leden van de Commissie hebben dit voorjaar afstemming gezocht met de AFM respectievelijk DNB over de bijeenkomsten die de Commissie voornemens was te organiseren op het gebied van KBC en risicomanagement. Daarbij zijn aanpak en inhoud van de bijeenkomsten aan de orde geweest.

Tevens heeft de Commissie gedurende het jaar contact gehouden met de NBA (Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants) met het oog op de rol die in- en externe accountants moeten spelen bij de naleving van de Governance Principles. In september heeft de NBA op verzoek van de Commissie gerapporteerd over de ervaringen van haar leden bij de accountantscontrole over het boekjaar 2011 ten aanzien van de Governance Principles.

In november is gesproken met de MC Code Banken over de toekomst van de Code en de rol van de toezichthouders. Ook is dit jaar enkele malen gesproken met het Ministerie van Financiën en de koepels over onder meer de toekomst van de Code.

Leidraad voor de implementatie van de Code bij verzekeraars

Eind februari heeft de Commissie een Leidraad uitgebracht, waarin per principe werd aangegeven op welke wijze het principe mogelijk kon worden nageleefd. De Leidraad is bedoeld als handig hulpmiddel en geeft verzekeraars enige *guidance* hoe de naleving gerealiseerd kan worden. De inhoud van de Leidraad is afgestemd met de drie koepels, vooral waar het ging om de mogelijkheid van proportionele toepassing door kleinere verzekeraars.

De Leidraad is gepubliceerd op de website van de Commissie en via de koepels onder de aandacht gebracht van verzekeraars. Tevens is de Leidraad als geheugensteuntje verwerkt in de online vragenlijst die de Commissie, in het kader van het onderzoek naar de verantwoording door verzekeraars, vanaf maart heeft opengesteld voor verzekeraars. De opzet van de Leidraad impliceerde dat verzekeraars per principe een toelichting zouden geven in hun verantwoording. De Commissie heeft geconstateerd dat een aantal verzekeraars deze opzet ook heeft gevolgd, hetgeen de transparantie van de verantwoording ten goede is gekomen.

Bijeenkomsten van de Commissie gericht op specifieke thema's uit de Code

De Commissie heeft gedurende het jaar een aantal thematische bijeenkomsten georganiseerd, met als doel het delen van kennis en goede praktijken.

In juni en september zijn er drie kleinschalige bijeenkomsten georganiseerd rond het thema Klantbelang Centraal. In afstemming met de AFM is er voor de onderwerpen cultuuromslag, klachtenafhandeling en informatieverstrekking gezocht naar verzekeraars die als goed praktijkvoorbeeld konden worden gezien. De betreffende verzekeraars (respectievelijk VvAA voor cultuuromslag, Nationale-Nederlanden voor klachtenafhandeling en AEGON voor informatieverstrekking) waren bereid om gastheer te zijn van een rondetafelbijeenkomst waarin per keer 10-12 voornamelijk kleine en middelgrote verzekeraars aanschoven. Onder leiding van enkele Commissieleden en geïnspireerd door het verhaal van de gastheer, discussieerden verzekeraars over hun ervaringen. Reacties na afloop waren unaniem positief. De drie bijeenkomsten hebben geleid tot de publicatie van een paper van de Commissie dat in oktober is uitgebracht (zie bijlage 4). In hoofdstuk 5 komen we hier op terug.

Ook in juni is er een bijeenkomst over Risicomanagement georganiseerd. In deze bijeenkomst werden bijna 60 verzekeraars, van klein tot groot, geïnformeerd over ontwikkelingen in het risicomanagement. Professor Stork ging in op gedragsaspecten die van belang zijn bij risicomanagement en DNB schetste de ontwikkelingen in de sector en de aandachtspunten die DNB voor de toekomst ziet. Verder waren er praktijkverhalen van AEGON, Amlin Corporate Insurance en Klaverblad over de wijze waarop deze verzekeraars hun risicomanagement hebben ingericht.

De Commissie heeft ten slotte op 1 november een avond georganiseerd voor bestuurders en commissarissen. Professor Winter gaf een presentatie over de niet altijd even positieve effecten van variabele beloning. Mevrouw Kellermann gaf de visie van DNB op de betrokkenheid en deskundigheid van bestuurders en interne toezichthouders en de ervaringen met de toetsing daarvan tot nu toe. Vervolgens was er een panel met daarin de heren Keim (AEGON), De Jonge (ZLM), Van Weegen (AT Kearney) en mevrouw Scheltema (o.a. commissaris bij ASR) waarin samen met de zaal werd gediscussieerd over de Code en de toekomst ervan.

Bij alle bijeenkomsten was sprake van een goede opkomst. In bijlage 5 treft u een overzicht aan van de verschillende verzekeraars die participeerden in één of meer bijeenkomsten.

4.2 Het onderzoek naar de rapportage over de naleving van de Code

De Commissie heeft al vroeg in het jaar nagedacht over de opzet van het onderzoek naar de rapportage over de naleving van de Code. Op basis van offertes van drie onderzoekspartijen heeft de Commissie gekozen voor het laten uitvoeren van het onderzoek door KPMG.

Opzet van het onderzoek

Om een goed beeld van de naleving van de Code te verkrijgen, zouden verzekeraars per principe moeten aangeven of zij voldoen en op welke wijze. Dit is een veelomvattende manier van rapporteren en de Commissie heeft gezocht naar een onderzoeksopzet die verzekeraars daarin tegemoet kon komen.

Daarom is met hulp van KPMG een online vragenlijst ontwikkeld waarin alle principes aan de orde werden gesteld. Verzekeraars konden in de vragenlijst per principe één van de volgende opties aankruisen:

- Wij passen dit principe volledig toe zoals de Code voorschrijft;
- Wij passen dit principe niet/gedeeltelijk toe, want we wijken (op onderdelen) af;
- Wij passen dit principe nog niet toe, maar we zullen dit principe wel later toepassen;
- Wij zijn niet voornemens om dit principe toe te passen.

Kleine verzekeraars zonder Raad van Commissarissen of Raad van Toezicht konden voor de betreffende principes ook 'niet van toepassing' aankruisen. De optie 'niet van toepassing' was ook beschikbaar voor verzekeraars die niet variabel belonen of niet belonen met aandelenpakketten.

Bij de interpretatie van de invulopties, zoals die zullen worden weergegeven in hoofdstuk 5, heeft de Commissie vervolgens de systematiek aangehouden dat verzekeraars die de eerste optie hebben aangekruist, *toepassen*. Voor verzekeraars die de tweede optie hebben aangekruist geldt dat zij *naleven*. Dat wil zeggen dat zij niet toepassen, maar daar een gemotiveerde uitleg bij geven.

Om helder te maken hoe de toepassing en de naleving van de Code in de toekomst zal zijn, heeft de Commissie in hoofdstuk 5 ook nog de resultaten weergegeven inclusief de groep die de derde optie heeft aangekruist.

Het aanbieden van de vragenlijst is zodanig georganiseerd en *getimed* dat het verzekeraars nog tijdens de totstandkoming van de jaarverslagen over 2011 (waarin verzekeraars voor de buitenwereld dienen te rapporteren over de wijze van naleving), ondersteuning kon bieden. Het beantwoorden van de vragenlijst van de Commissie leverde na afloop een document op waarin de verzekeraar per principe zijn zelf geformuleerde verantwoording in een overzichtelijk schema kreeg aangeboden. Dit document kon desgewenst ook als verantwoordingsdocument worden benut, en kon daarmee niet alleen het onderzoek van de Commissie dienen, maar ook de interne processen van de verzekeraar en de externe verantwoording in het jaarverslag en/of de website.

Betrokken onderzoeksgroepen

Begin maart heeft de Commissie ongeveer 350 verzekeraars aangeschreven en voorzien van een inlogcode en een website-adres waarmee toegang kon worden verkregen tot de vragenlijst van de Commissie. De groep bestond uit de in hoofdstuk 2 vermelde onderzoeksgroepen I t/m IV. Later heeft de Commissie ook nog de groep van 15 herverzekeraars met een Wft-vergunning verzocht om informatie aan te leveren over de wijze waarop zij de Code toepassen (groep V).

De aangeschreven verzekeraars zijn ontleend aan de registers van DNB, die eind 2011 geraadpleegd zijn. De totale groep in het onderzoek betrokken verzekeraars treft u aan in bijlage 6. De Commissie heeft de totale aangeschreven populatie van 365 verzekeraars in vijf onderzoeksgroepen onderscheiden.

- I. verzekeraars met een Wft-vergunning, niet zijnde de kleinere FOV-leden;
- II. kleinere FOV-leden (d.w.z. de FOV-leden die niet tevens lid zijn van het Verbond en/of ZN);
- III. buitenlandse verzekeraars;
- IV. verzekeraars met een DNB-verklaring, niet zijnde de kleinere FOV-leden;
- V. herverzekeraars.

Groep I bevat de verzekeraars die een Wft-vergunning hebben voor leven, schade of natura uitvaart. In deze groep bevinden zich alle leden van het Verbond en ZN. Groep II bevat de kleinere FOV-leden, dat wil zeggen de FOV-leden die die niet tevens lid zijn van Verbond of ZN. Van deze groep opereert een deel op basis van een Wft-vergunning en een deel op basis van een DNB-verklaring. Door deze groep er uit te lichten kan de Commissie apart rapporteren over de naleving van de Code in de groep kleine onderlinge verzekeraars. De grotere FOV-leden, zijnde de FOV-leden die tevens lid zijn van het Verbond en/of ZN, hebben allen een Wft-vergunning en zijn meegenomen als onderdeel van groep I. De samenstelling van groep III en IV spreekt voor zich. De herverzekeraars, die allen opereren op basis van een Wft-vergunning, vormen een aparte groep (groep V), omdat deze categorie geen particuliere klanten heeft.

Onderzoeksgroepen I en II zijn naar de mening van de Commissie voor de Code de belangrijkste onderzoeksgroepen. Deze groepen bevatten de belangrijkste zorg-, schade-, leven-, rechtsbijstand- en uitvaartverzekeraars die actief zijn op de Nederlandse markt. Samen representeren deze groepen een substantieel van de Nederlandse markt voor bruto premievolume. Tevens bevatten deze groepen de leden van de drie koepels die zich aan de zelfregulering gecommitteerd hebben. Voor deze groepen zal de Commissie in hoofdstuk 5 een uitgebreide rapportage van de onderzoeksresultaten geven. Daarbij zal binnen groep I specifieke aandacht worden gegeven aan de negen grootste verzekeraars (ieder met een premievolume groter dan € 1,5 mrd. en gezamenlijk verantwoordelijk voor bijna 85% van het premievolume van de respondenten in groep I). Voor de groepen III, IV en V zal de Commissie op hoofdlijnen rapporteren.

Premievolume van de betrokken onderzoeksgroepen

In deze rapportage heeft de Commissie voor het bepalen van de grootte van de verzekeraarsmarkt en de verschillende segmenten daarin gebruik gemaakt van de cijfers van DNB, het Verbond en FOV.

Om het premievolume van de respondenten in groep I te bepalen is gebruik gemaakt van de premievolumes van Wft-verzekeraars die DNB heeft gepubliceerd over 2011. De verzekeraars in groep I die hebben meegedaan aan het onderzoek representeren een premievolume van € 78,2 mrd. Om het premievolume van de respondenten in groep II te bepalen, is gebruik gemaakt van cijfers die zijn aangeleverd door FOV; deze cijfers betreffen 2010. De verzekeraars in groep II bestrijken een markt van € 228 mln.

De Commissie heeft niet kunnen achterhalen hoe groot het bruto premievolume van de buitenlandse verzekeraars in groep III is. Ook voor de bruto premievolumes van groep IV en V zijn geen volledige cijfers bekend, maar kan worden geconcludeerd dat die gering zijn ten opzichte van de bruto premievolumes in groep I en II. Het Verbond publiceert jaarlijks een cijfer voor de totale Nederlandse leven-, schade- en zorgmarkt, maar daarin worden alleen de Wft-verzekeraars met een leven- of schadevergunning meegenomen. Voor 2011 ging het om een premievolume van € 78,8 mrd.

Met het beschikbare cijfermateriaal is het niet mogelijk om de responscijfers te relateren aan de totale markt die de groepen I t/m V bestrijken. Echter, gerelateerd aan de cijfers die het Verbond jaarlijks publiceert kan worden geconcludeerd dat de respondenten in groep I en II samen een substantieel van de Nederlandse markt voor leven-, schade- en zorgverzekeraars representeren.

Responscijfers groep I en II

Gezien het belang van de groepen I en II is er aanzienlijke moeite gestoken om de respons van deze beide groepen zo compleet mogelijk te krijgen. Dat betekent dat deze groep waar nodig tot drie keer toe is aangeschreven. Verzekeraars die voor de derde keer moesten worden aangeschreven kregen de mogelijkheid om een jaarverslag aan te leveren in plaats van de vragenlijst in te vullen. Voor de verzekeraars die aan deze oproep gehoor gaven is het jaarverslag gebruikt om de vragenlijst in te vullen. Gaandeweg het onderzoek is een deel van de verzekeraars die waren aangeschreven voor het onderzoek buiten beschouwing gelaten, bijvoorbeeld omdat de verzekeraar zich in liquidatie bevindt, de verzekeraar te klein is om redelijkerwijs te verwachten dat men meedoet aan de verantwoording over de Code, de verzekeraar een captive maatschappij is met alleen interne verzekeringsactiviteiten, of omdat de verzekeraar zich via de moeder verantwoordt.

Van de 163 verzekeraars in deze beide onderzoeksgroepen die uiteindelijk binnen het bereik van het onderzoek vielen, kon op de meetdatum 12 juni 2012 voor 153 verzekeraars via vragenlijst of jaarverslag, de verantwoording worden geanalyseerd. Voor deze groep was de verantwoording over de naleving 'herleidbaar', zoals aangegeven in onderstaande tabel. Van de tien verzekeraars van wie geen informatie beschikbaar was (in de navolgende tabel aangeduid met de term 'niet herleidbaar'), waren er drie lid van een koepel. De Commissie heeft de koepels geïnformeerd over het feit dat de Commissie voor deze verzekeraars geen informatie kon bemachtigen.

Tabel 1 responscijfers groep I en II

Groep	Samenstelling	Binnen bereik van het onderzoek	Herleidbaar via vragenlijst	Herleidbaar via jaarverslag	Niet herleidbaar	Herleidbaar (% van aantallen verzekeraars in de groep)	Herleidbaar (bruto premievolume in mrd. euro)
I	Wft, niet zijnde klein FOV-lid	105	82	15	8	92,4%	78,2
II	Kleinere FOV-leden	58	52	4	2	96,6%	0,228

Uit de tabel blijkt dat de respons van onderzoeksgroepen I en II op een hoog niveau ligt en dat met deze groepen een groot deel van de Nederlandse markt voor bruto premievolume afgedekt wordt.

Responscijfers groep III, IV en V

Deze drie onderzoeksgroepen zijn voor het onderzoek van de Commissie minder belangrijk geweest en wel om de volgende redenen.

Onderzoeksgroep III, de buitenlandse verzekeraars, zijn niet verplicht de Code na te leven. Voor hen wordt naleving van de Code aanbevolen. Ondanks het feit dat deze groep de Code niet hoeft na te leven, wilde de Commissie toch een beeld krijgen van de mate waarin de Code leeft in deze groep.

Er zijn negen buitenlandse verzekeraars geweest die de moeite hebben genomen om de vragenlijst in te vullen. Het gaat om ACE European Group, Chartis Europe, CNA Insurance Company, If P&C Insurance, Liberty Mutual Insurance Europe, Sompo Japan Insurance Company of Europe, Torus Insurance, XL Insurance en Zürich Versicherungs-Gesellschaft. De Commissie heeft veel waardering voor hun bijdrage aan het onderzoek. Tevens heeft de Commissie de jaarverslagen van zes andere buitenlandse verzekeraars kunnen betrekken in haar onderzoek.

Veel buitenlandse verzekeraars bleken wel ingeschreven in het DNB-register, maar het Nederlandse vestigingsadres bleek niet te traceren. De Commissie heeft besloten om deze groep, vanwege het geringe belang, niet verder na te lopen en verder buiten beschouwing te laten.

Onderzoeksgroep IV bevat een groot aantal kleine onderlinge verzekeraars. Het betreft bijvoorbeeld kleine glasverzekeraars en een groot aantal paarden- of veeverzekeraars. Deze verzekeraars opereren veelal op de lokale markt, kennen lage premievolumes en hebben onbezoldigde bestuurders uit de lokale gemeenschap. Op basis van de aard van hun activiteiten en hun bedrijfsuitoefening kan geconcludeerd worden dat de Code niet primair voor deze doelgroep bestemd is. De verzekeraars van wie de Commissie een ingevulde vragenlijst of jaarverslag heeft ontvangen zijn meegenomen in het onderzoek. De rest van deze groep is na twee aanschrijvingen verder niet meer gerappelleerd.

Onderzoeksgroep V betreft de herverzekeraars. Deze verzekeraars opereren op basis van een Wft-vergunning, maar zijn vanwege de specifieke aard van de activiteiten niet meegenomen in groep I. Een deel van de herverzekeraars richt zich op het (her)verzekeren van de activiteiten van de groep waartoe ze behoren (dit kan een grote verzekeraar zijn of bijvoorbeeld een multinational). Het andere deel van de herverzekeraars richt zich op het herverzekeren van de risico's van andere, externe, verzekeraars. In alle gevallen geldt dat de herverzekeraars zich niet begeven op de particuliere markt. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de Code niet primair bedoeld is voor deze doelgroep. Op grond van een aantal jaarverslagen en een enkele ingevulde vragenlijst heeft de Commissie een beeld op hoofdlijnen kunnen opstellen.

Zoals hierboven aangegeven is de toepassing van de Code voor de onderzoeksgroepen III, IV en V beduidend minder belangrijk dan voor de groepen I en II. Dit resulteert ook in andere responscijfers, hetgeen blijkt uit de volgende tabel. Voor deze onderzoeksgroepen zal de Commissie in hoofdstuk 5 niet meer dan op hoofdlijnen rapporteren.

Tabel 2 responscijfers groep III, IV en V

Groep	Samenstelling	Binnen bereik van het onderzoek	Herleidbaar via vragenlijst	Herleidbaar via jaarverslag	Niet herleidbaar	Herleidbaar (% van aantallen verzekeraars in de groep)	Herleidbaar (bruto premievolume in mrd. euro)
III	Buitenlandse verzekeraars	41	9	6	26	36,6%	Onbekend
IV	DNB-verklaring, niet zijnde klein FOV-lid	69	13	4	52	24,6%	Gering
V	Herverzekeraars	11	1	5	5	54,5	Gering

5.1 Algemeen beeld

Zoals reeds vermeld in hoofdstuk 4 heeft de Commissie gedurende het jaar zes bedrijfsbezoeken afgelegd en vijf bijeenkomsten georganiseerd.

De Commissie heeft tijdens de bedrijfsbezoeken gemerkt dat verzekeraars zich goed bewust zijn van de cultuurveranderingen die nodig zijn en heeft gezien met hoeveel enthousiasme verzekeraars zich in directiekamers en op de werkvloer inzetten voor deze veranderingen door middel van cultuur- en veranderingstrajecten en projecten gericht op verbetering van de bedrijfsvoering en de bediening van de klant.

Voor de bijeenkomsten die de Commissie heeft georganiseerd is een aantal verzekeraars gevraagd om een presentatie te verzorgen of anderszins een bijdrage te leveren aan de discussie of bijeenkomst. Zonder uitzondering bleken de benaderde verzekeraars gaarne bereid die bijdrage te leveren. Uiteraard is de Commissie de betreffende verzekeraars daar erkentelijk voor, maar daarnaast geeft het aan dat verzekeraars graag hun verhaal en hun enthousiasme willen delen met collega's. Voor een sector die een gezamenlijke inspanning moet verrichten om er weer bovenop te komen is dat een goed teken. Ook de goede opkomst en actieve participatie tijdens de bijeenkomsten alsmede de positieve signalen die de Commissie na afloop van de bijeenkomsten ontving, worden door de Commissie als positief gezien.

Op grond van de bezoeken en de bijeenkomsten komt de Commissie tot de conclusie dat verzekeraars zich bewust zijn van de situatie en de noodzaak tot veranderingen, dat verzekeraars de Code en wat daarmee samenhangt serieus hebben opgepakt en dat verzekeraars met grote inzet uit het dal van het dalende consumentenvertrouwen proberen te klimmen.

5.2 Bevindingen NBA

Op verzoek van de Commissie heeft de NBA de Commissie geïnformeerd over de ervaringen van in- en externe accountants bij de controle op de jaarrekening over het boekjaar 2011. Volgens de AMvB hebben accountants de taak om na te gaan of de verzekeraar inderdaad rapporteert in het jaarverslag of in een bijlage bij het jaarverslag over de naleving van de Code.

Over de gehele linie komen accountants op de volgende bevindingen:

- Vooral kleine verzekeraars hebben gebruik gemaakt van de Leidraad van de Commissie.
- Er is een beroep gedaan op proportionele toepassing voor de onderwerpen:
 - Scheiding van functies (afzonderlijke Interne Audit Functie);
 - Taken van de Interne Audit Functie;
 - Risicobeheer: formalisering van overleg en besluitvorming en documentatie;
 - Omvang van RvC.
- Niet overal functioneert een Interne Audit Functie zoals de toezichtwet vereist. Vooral bij kleine verzekeraars wordt hier nog aan gewerkt of wordt dit gezien als moeilijk inpasbaar. Overleg met de DNB vond niet altijd plaats, onder andere door introductie van nieuwe toezichtaanpak door DNB.
- Er is behoefte aan normering bij verzekeraars en hun accountants naar specifieke situaties en naar proportionele toepassing.

Als positief effect van de Code ziet men vooral de toenemende bewustwording bij verzekeraars dat de Code bijdraagt aan een goede governance.

5.3 Bevindingen rondom Klantbelang Centraal

De Commissie vindt Klantbelang Centraal een belangrijk onderwerp van de Code. Daarom heeft zij in juni en september drie rondetafelbijeenkomsten georganiseerd, waar door verzekeraars die gezien kunnen worden als een goed voorbeeld, een presentatie is gegeven. De bijeenkomsten gingen over de thema's Cultuuromslag, Klachtenafhandeling en Informatieverstrekking. In deze bijeenkomsten zijn ook andere verzekeraars aan het woord gekomen om te vertellen over hun eigen KBC-activiteiten. De Commissie heeft op basis van deze drie bijeenkomsten een paper opgesteld, waarmee zij verzekeraars wil inspireren en verdere discussie over KBC wil stimuleren. De paper is bijgevoegd in bijlage 4.

In de paper staan de goede praktijken beschreven die de VvAA, Nationale-Nederlanden en AEGON presenterden. De drie inleiders gaven in de bijeenkomsten al aan dat klantbelang centraal stellen verder gaat dan klantgericht werken. Zij proberen echt contact te krijgen met klanten en met oplossingen te komen om de informatievoorziening te verbeteren en van klachten te leren. In de paper staan ook tips die uit de sessies naar boven kwamen.

De conclusie van de Commissie is dat de omslag naar Klantbelang Centraal meestal aan de basis begint met de vraag: waarom zijn we er als verzekeraar? Vervolgens komt er *bottom-up* verandering van gedrag en werkwijze op gang. De verzekeraar begint in feite opnieuw. Het resultaat zal meetbaar zijn in de terugkoppeling van klanten. En van de terugkoppeling kan opnieuw worden geleerd. KBC is een intrinsiek veranderingsproces dat door heel de organisatie heen stevig verankerd moet worden. Daarmee concludeert de Commissie niet dat de klant bij geen enkele verzekeraar meer centraal stond. Wel dat extra aandacht in veel gevallen op zijn plaats was. De omslag naar KBC is tevens een continu proces waarbij management en intern toezicht ervoor moeten waken dat wordt teruggevallen naar product en cijfers. Het positieve effect van de KBC-cultuur op de werksfeer helpt daar ook aan mee.

Zo maken de verzekeraars een omslag van productgedrevenheid en verkoopgerichtheid naar een cultuur waarin het belang van de klant centraal staat. Zoals één van de verzekeraars het in een sessie verwoordde: *"de verzekeraarscultuur destijds was 'pushing products, vanuit silo geredeneerd' in plaats vanuit het klantbelang."*

Reacties op de Paper Klantbelang Centraal

De Commissie heeft de paper, dat gezien kan worden als de opbrengst van de drie sessies, opgestuurd naar:

- Bestuurders van 170 verzekeraars die lid zijn van het Verbond, ZN en/ of FOV;
- Deelnemers aan de rondetafelbijeenkomsten KBC;
- Stakeholders (AFM, DNB, Stv, MC Code Banken, koepels).

De Commissie was blij verrast met de reacties van verzekeraars en *stakeholders* op de paper, zowel voor wat betreft de hoeveelheid reacties als de positieve teneur. Veertien reacties mocht de Commissie ontvangen. Uit de reacties blijkt dat de paper wordt ondersteund; tevens voegen de respondenten hun eigen goede praktijken toe. Door de inzet van de verzekeraars die reageerden of de paper tot zich namen wordt een bredere gedachtevorming over het centraal stellen van klantbelang gestimuleerd, breder dan alleen de drie bijeenkomsten die de Commissie kon organiseren.

Verzekeraars beseffen dat ze er als branche nog niet zijn. Trajecten zijn wel in gang gezet en er is enthousiasme. Maar de klant moet het merken en dan kan stapsgewijs vertrouwen worden gewonnen.

De wens om de klant centraal te stellen leeft breed en de verzekeraars geven elk op hun eigen manier aan hoe ze dat doen en wat ze al hebben gedaan. Er is een breed gedeelde mening dat er een cultuurverandering op gang moest komen om de klant weer centraal te stellen. Deze is niet ingezet sinds de start van de Code, maar vaak al eerder. Een enkeling geeft aan deze cultuurverandering niet nodig te hebben omdat de gewenste cultuur al voldoende is gewaarborgd.

Bij de cultuurverandering gaat het meestal om het opnieuw centraal stellen van de waarde van verzekeringen voor de klanten. Verzekeraars werken minder productgericht en kijken meer naar de meerwaarde voor de klant. Velen geven aan dat ze nog niet klaar zijn, maar misschien is dat ook omdat een organisatie nooit klaar is. Er is in elk geval veel beweging. De beweging wordt ook ondersteund met cursussen en sessies om de medewerker na te laten denken over dilemma's, met tools om betere brieven te schrijven of met bijeenkomsten om extra aandacht te geven aan de klant. Ook vragen sommige verzekeraars hun medewerkers de missie te ondertekenen om zo aandacht te geven aan het centraal stellen van de belangen van de klant.

Er zijn veel programma's opgezet om de informatievoorziening te verbeteren. Daarbij gaat het om leesbaarheid van brieven, vindbaarheid van informatie en het persoonlijk opbellen bij moeilijke of ingewikkelde boodschappen. Ook de behandeling van klachten wordt steeds bekeken door verzekeraars. Door middel van verbeterkalenders en verbeterteams proberen zij te leren van de klanten om de organisatie te verbeteren.

Goede praktijken

De Commissie haalde o.a. de volgende goede praktijken uit de reacties:

- Jaarlijkse bijeenkomsten klachtbehandelaren. Hier wordt aan de hand van *do's en don'ts*, een aantal voorbeeldzinnen en stellingen, met elkaar van gedachten gewisseld over wat verstaan wordt onder empathische klachtbehandeling (ARAG).
- Medewerkers spelen een essentiële rol in het goed communiceren met klanten die een klacht hebben ingediend. Zij hebben de bevoegdheid de klant naar eigen inzicht tegemoet te komen tot maximaal € 250, als ze vinden dat regels of procedures onredelijk zijn of als er bijvoorbeeld sprake is van onheuse bejegening (CZ).
- Met een *Board of Customers* wordt sinds 2011 een vaste groep klanten op een structurele manier betrokken bij het reilen en zeilen van de organisatie. Eén maal per kwartaal komen negen klanten en enkele directieleden van de organisatie bijeen om uiteenlopende onderwerpen te bespreken. Er wordt gesproken over de relatie die klanten hebben met de verzekeraar, over communicatie, verzekeringen, campagnes en dienstverlening. Na elke sessie vindt er een evaluatie plaats over de ervaringen van de *Board of Customers* en worden de resultaten van het onderzoek en vervolgacties aan hen teruggekoppeld (BNP Paribas Cardif).
- De Klantregels van de verzekeraar zijn niet alleen onder de aandacht gebracht door workshops en trainingen maar ook door de interactieve game "goed geregeld" (Nationale-Nederlanden).
- Spelsimulaties om alle medewerkers binnen de verzekeraar gericht te laten ervaren wat het effect van hun handelen is op de klant en hoe zij dit individueel en met hun team kunnen beïnvloeden (VGZ).

Diverse verzekeraars benadrukken dat het thema Klantbelang Centraal breder is dan alleen de in de paper aangehaalde thema's. Een enkeling voegt daar aan toe dat de verzekeraars zich niet alleen met elkaar, maar ook met organisaties buiten de sector moeten vergelijken. Verscheidene verzekeraars vragen aandacht voor de samenwerking met de intermediairs, die zou moeten worden geëvalueerd en kritisch herzien.

De Commissie concludeert op basis van de bijeenkomsten en de reacties op de paper dat verzekeraars zich actief inzetten om het thema KBC met al zijn facetten te incorporeren in de bedrijfscultuur. Tegelijkertijd is het een moeilijk thema, met een lange looptijd en zijn nog niet alle verzekeraars even ver daarmee. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de ervaringen¹ van Stv, in het kader van haar auditwerkzaamheden voor de toekenning van het Keurmerk. Bovendien is het vertrouwen van de klant nog niet terug. Het borgen van de zorgplicht tegenover de klant vraagt niet alleen om zaken goed te doen, maar vereist ook een waarborg dat er geen zaken tussendoor slippen. Dat vraagt voortdurende aandacht die niet in regelgeving te vangen is.

De Commissie heeft het afgelopen jaar ervaren dat een 'breed' en minder concreet grijpbaar thema als KBC zich er goed voor leent om door een onafhankelijk gremium ter hand te worden genomen, met als doel het aanjagen en periodiek extern beoordelen van de voortgang. Naar de mening van de Commissie is KBC bij uitstek een thema waarover verzekeraars ook de komende jaren met elkaar in gesprek moeten gaan en blijven om te leren van elkaar en elkaar uit te dagen tot verdere verbeteringen. Op deze manier kunnen de principes 3.2.1 en 3.2.2 verder worden uitgewerkt en daadwerkelijk tot leven worden gebracht.

5.4 Uitkomsten onderzoek KPMG

Naast de eigen ervaringen die de Commissie heeft opgedaan tijdens de genoemde bedrijfsbezoeken en bijeenkomsten, is door KPMG een onderzoek gedaan naar de publieke verantwoording door verzekeraars. Onderstaand worden de resultaten daarvan weergegeven.

5.4.1 De aard van het onderzoek

Verzekeraars zijn verzocht om de vragenlijst van de Commissie in te vullen. Daarbij werd gevraagd om de antwoorden te baseren op de informatie die de verzekeraar in het jaarverslag zou opnemen. Deze vorm van

1. Bron: brief van Stv aan de Commissie met reactie op paper KBC

onderzoek brengt met zich mee dat de Commissie niet met zekerheid heeft kunnen vaststellen of de verstrekte gegevens ook feitelijk juist waren en als zodanig te traceren waren in het jaarverslag. Op grond van een door KPMG uitgevoerde steekproef waarin 10% van de ingevulde vragenlijsten ex post gecheckt zijn met het jaarverslag, kan geconcludeerd worden dat in de vragenlijsten geen tegenspraak is gevonden met de informatie in het jaarverslag of op de website. Er zijn weliswaar afwijkingen geconstateerd, maar die waren er zowel in positieve als in negatieve zin (verzekeraar is bescheidener in zijn antwoorden, dan wel te positief) en ze deden zich niet voor rond één bepaald principe. De afwijkingen zijn echter minimaal en daarmee niet significant.

Een *self-assessment* zoals de Commissie heeft laten uitvoeren heeft als nadeel dat er afwijkingen kunnen zijn in de antwoorden die men geeft, maar heeft als groot voordeel dat verzekeraars zeer bewust en per principe moeten nadenken over de antwoorden. Dat brengt een bewustwordingsproces op gang binnen de verzekeraar en dat is in deze fase van de invoering van de Code een goede ontwikkeling. Te overwegen valt om in de toekomst de verantwoording niet te toetsen via een *self-assessment*, maar door onderzoek naar de jaarverslagen. Een volgende stap zou kunnen zijn om ook de daadwerkelijke werking te toetsen. Daarvoor is een meer audit-achtige aanpak nodig, rekening houdend met de werkzaamheden die in- en externe accountants van de verzekeraar geacht worden uit te voeren.

5.4.2 Kwaliteit van de toelichting

In de vragenlijst werd aan verzekeraars gevraagd om bij de aangekruiste antwoordoptie ook een toelichting te geven. Verzekeraars hebben zowel in geval van 'toepassen' als in geval van 'niet-toepassen maar naleven', een uitgebreide toelichting gegeven. Soms betrof deze toelichting niet het individuele principe, maar het hoofdstuk uit de Code, waardoor gedetailleerde informatie per principe ontbreekt. We hebben kunnen constateren dat verzekeraars in de toelichting bij de vragenlijst openhartiger waren dan in hun jaarverslag en website. Soms ook werd verwezen naar (interne) documenten die niet konden worden teruggevonden op de website (en dus niet openbaar). Dat betekent dat de transparantie rond de verantwoording van de Code bij sommige verzekeraars nog voor verbetering vatbaar is, soms ook om zichzelf niet te kort te doen. Naar de mening van de Commissie moeten verzekeraars er naar streven om *per principe* een toelichting te geven op de wijze waarop zij toepassen dan wel naleven en dient deze toelichting in jaarverslag of website toegankelijk te worden gemaakt voor het publiek. De grotere verzekeraars doen dit al.

Verzekeraars die afwijken van de Code hebben daar vaak de volgende argumenten voor:

- te klein van omvang;
- onderdeel van een groep en daardoor gebonden aan groepsbeleid dat afwijkt van de Code;
- Code niet van toepassing is omdat men geen lid is van een koepel.

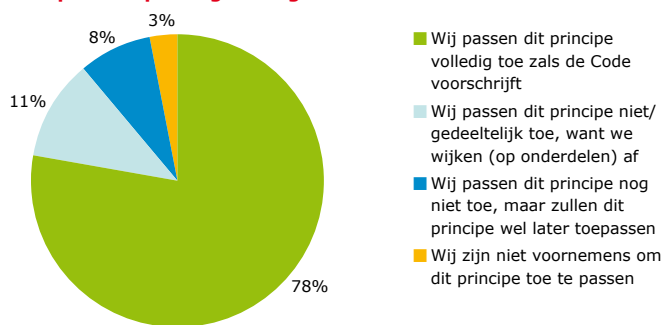
In een aantal gevallen is uit de gegeven toelichting gebleken dat de verzekeraar de verkeerde antwoordoptie heeft aangekruist. Besloten is om hier geen consequenties aan te verbinden; er is vastgehouden aan het oorspronkelijke antwoord van de verzekeraar.

5.4.3 Algemeen beeld groep I en II

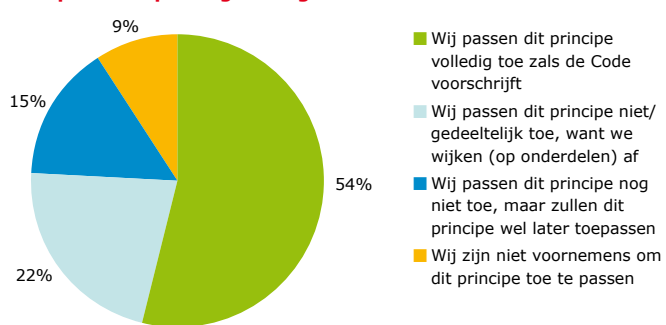
In deze paragraaf geven we een algemeen beeld van groep I en II. Vanaf paragraaf 5.4.4 zoomen we nader in op de naleving door groep I en II voor de verschillende onderdelen van de Code.

Zoals in hoofdstuk 4 aangegeven zijn de resultaten gebaseerd op 97 verzekeraars in groep I en 56 verzekeraars in groep II. Voor deze groep is bepaald hoe zij voldoen aan de 48 principes uit de Code. Wanneer we alle antwoorden van alle verzekeraars in groep I respectievelijk groep II optellen (zonder rekening te houden met het premievolume van de individuele verzekeraar) en daarvan het gemiddelde nemen, blijkt dat de 'gemiddelde verzekeraar' in groep I aangeeft de Code voor 78% toe te passen en de 'gemiddelde verzekeraar' in groep II voor 54%. Voor de bepaling van deze cijfers zijn de verzekeraars die 'niet van toepassing' invulden, niet in de telling meegenomen. Als we bij de toepassers ook de verzekeraars voegen die aangeven in de toekomst toe te zullen passen en de verzekeraars die aangeven toe te passen met een afwijking (naleven), dan komen deze cijfers op respectievelijk 97% (groep I) en 91% (groep II). Grafisch wordt dit weergegeven in figuur 3 en 4.

FIGUUR 3
Groep I - Toepassing door 'gemiddelde verzekeraar'

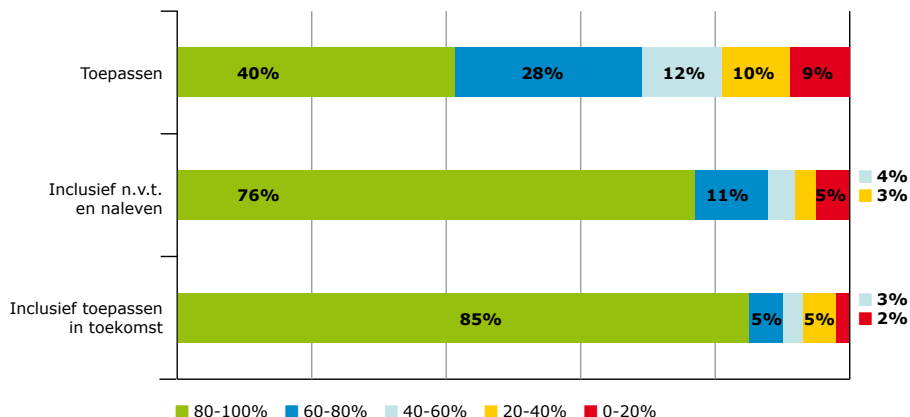


FIGUUR 4
Groep II - Toepassing door 'gemiddelde verzekeraar'

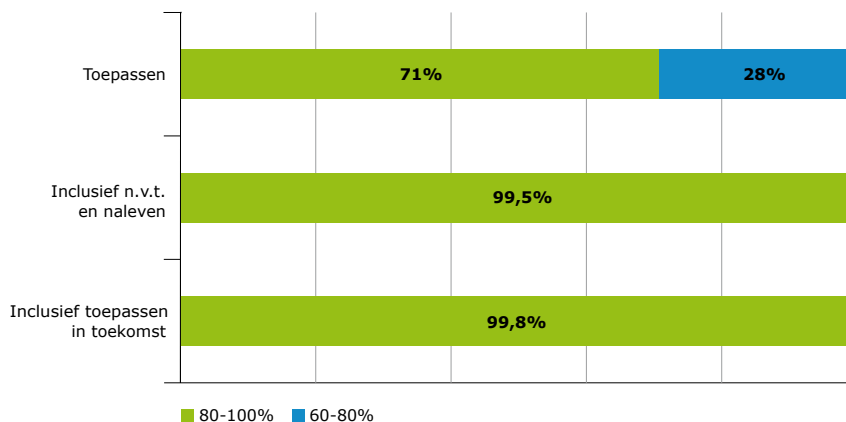


Een andere invalshoek, waarbij we ook de grootte van de verzekeraars kunnen betrekken, is gekozen in onderstaande figuren. Hierbij is aangegeven de mate waarin verzekeraars de Code toepassen. In figuur 5 betreft het aantallen verzekeraars in onderzoeksgroep I, in figuur 6 betreft het premievolume van verzekeraars in onderzoeksgroep I.

FIGUUR 5
Groep I (n = 97)
Toepassing van de Code op basis van aantallen verzekeraars



FIGUUR 6
Groep I (n = 97)
Toepassing van de Code op basis van premievolume



In figuur 5, 6 en alle soortgelijke andere figuren in deze rapportage is het mogelijk dat door afrondingsverschillen de staafjes niet optellen tot precies 100%.

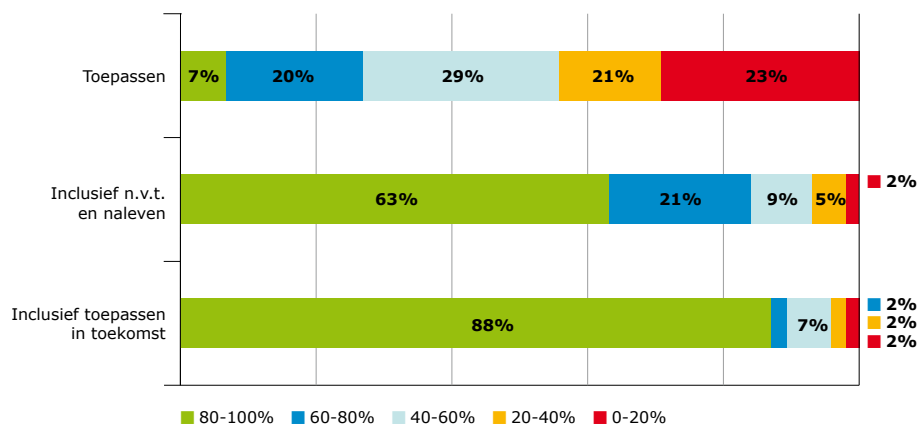
De bovenste staaf van figuur 5 geeft aan dat 40% van de verzekeraars in groep I de Code voor 80-100% toepast. Als dit plaatje wordt vertaald naar premievolume (figuur 6) dan past 71% van de markt die groep I bestrijkt, de Code voor 80-100% toe. De verzekeraars die de Code voor minder dan 60% toepassen (zichtbaar in figuur 5) vinden we niet meer terug in figuur 6, omdat het premievolume dat zij representeren te klein is om in de figuur aan te geven.

In de middelste staaf wordt het aandeel aangegeven van alle verzekeraars die letterlijk toepassen (staaf 1), plus de verzekeraars voor wie een principe niet van toepassing is, plus de verzekeraars die afwijken van een principe, maar daar een verklaring voor hebben. In groep I leeft 76% van de verzekeraars de Code voor 80-100% na. Vertaald naar premievolume gaat het om 99,5% van de markt die groep I bestrijkt. Ten slotte wordt in de onderste staaf weergegeven alle verzekeraars die hebben aangegeven dat ze naleven (staaf 2) plus alle verzekeraars die hebben aangegeven dat ze nu nog niet toepassen, maar dat in de toekomst wel zullen doen. In groep I gaat het om 85% van de verzekeraars die 80-100% van de Code nu of in de toekomst zullen toepassen of naleven. Vertaald naar premievolume is dat 99,8% van de markt die groep I bestrijkt.

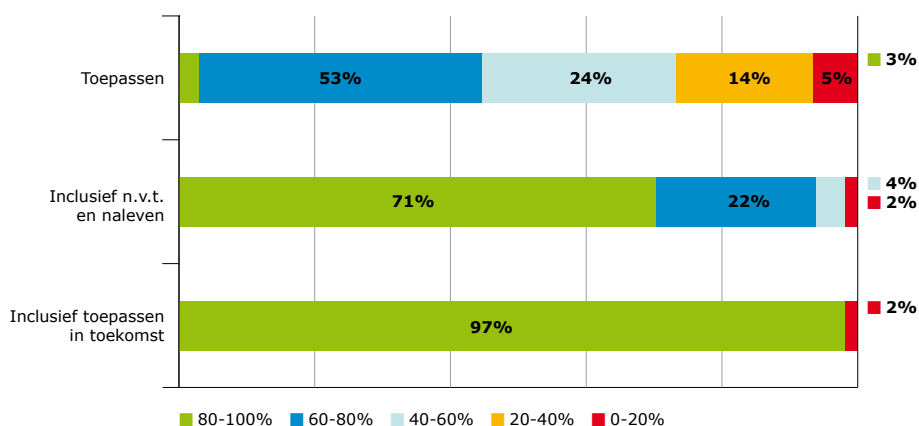
De Commissie vindt dit voor groep I, in het eerste jaar nadat de Code is ingevoerd, een goed resultaat. Omdat de verzekeraars in groep I die hebben meegedaan aan het onderzoek qua premievolume nagenoeg de gehele Nederlandse markt voor premievolume bestrijken, is bovenstaand beeld in feite niet alleen van toepassing op groep I, maar ook op de gehele Nederlandse markt.

Voor groep II liggen de cijfers betreffende toepassen en naleven lager, hetgeen blijkt uit de volgende figuren.

FIGUUR 7
Groep II (n = 56)
Toepassing van de Code op basis van aantallen verzekeraars



FIGUUR 8
Groep II (n = 56)
Toepassing van de Code op basis van premievolume



Uit de bovenste staaf van figuur 7 blijkt dat op dit moment 7 % van de verzekeraars in groep II de Code voor 80-100% toepast. Als dit plaatje wordt vertaald naar premievolume (figuur 8) dan past 3% van deze groep de Code voor 80-100% toe. In de middelste staaf wordt het aandeel gegeven van alle verzekeraars die letterlijk toepassen (staaf 1), plus de verzekeraars voor wie een principe niet van toepassing is, plus de verzekeraars

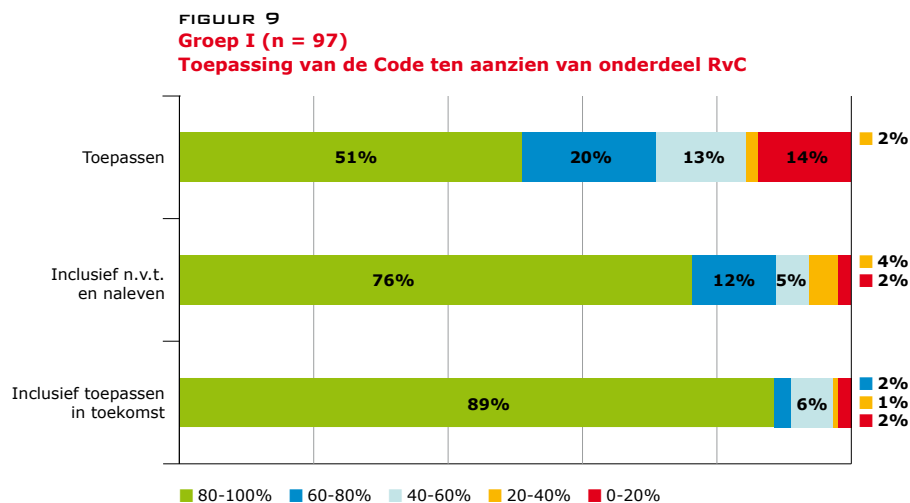
die afwijken van een principe, maar daar een verklaring voor hebben. In groep II leeft 63% van de verzekeraars in deze groep de Code voor 80-100% na. Vertaald naar premievolume gaat het om 71% van de markt die groep II bestrijkt. Ten slotte wordt in de onderste staaf weergegeven alle verzekeraars die hebben aangegeven dat ze naleven (staaf 2) plus alle verzekeraars die hebben aangegeven dat ze nu nog niet toepassen, maar dat in de toekomst wel zullen doen. In groep II gaat het om 88% van de verzekeraars die 80-100% van de Code nu of in de toekomst zullen toepassen of naleven. Vertaald naar premievolume is dat 97% van de markt die groep II bestrijkt.

Hoewel deze cijfers lager liggen dan in groep I is de Commissie toch tevreden met dit resultaat. Voor groep II geldt dat een deel van de principes in de Code eenvoudigweg niet van toepassing kan zijn, bijvoorbeeld omdat men geen RvC heeft. Dat betekent dat voor groep II vooral de middelste staaf relevant is voor het baseren van een oordeel over de naleving op dit moment. Tevens geldt dat de verzekeraars in groep II pas later bij de Code betrokken zijn en in een later stadium de Code als zelfregulering hebben geaccepteerd. Dit verklaart dat de verzekeraars in deze groep nog bezig zijn met de implementatie van de Code en dus relatief vaak aangeven dat zij in de toekomst zullen gaan toepassen of naleven. Voorts blijkt uit de responscijfers dat bijna alle verzekeraars in deze groep in het onderzoek geparticipeerd hebben, hetgeen iets zegt over de inzet van deze groep. Ten slotte vindt de Commissie het van belang dat de resultaten van groep II moeten worden gezien in het licht van feit dat groep II qua marktvolume een zeer bescheiden omvang kent (€ 228 mln.)

5.4.4 Raad van Commissarissen in groep I en II

Groep I Algemeen beeld

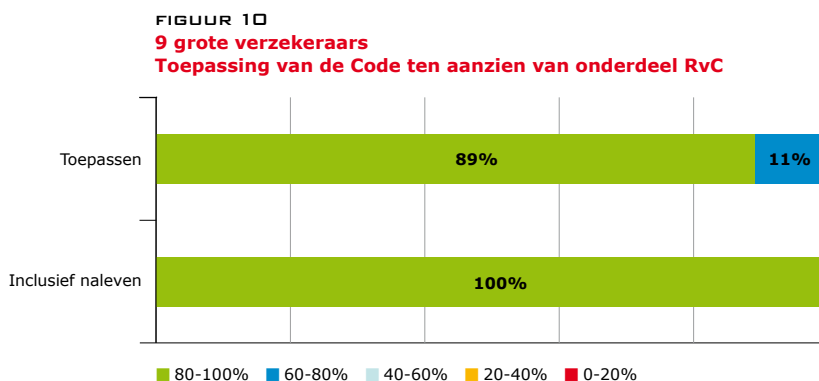
De principes uit het hoofdstuk over de Raad van Commissarissen (hierna: RvC) worden volgens de respondenten in groep I in vergelijking met de andere hoofdstukken van de Code het meest toegepast. De 'gemiddelde verzekeraar' past het hoofdstuk voor 82% toe. Concreet komt het volgende beeld over de mate van toepassing van dit hoofdstuk naar voren:



De bovenste staaf van figuur 9 laat zien dat iets meer dan de helft (51%) van de 97 verzekeraars uit groep I dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% zegt toe te passen. Uit staaf 2 blijkt dat 76% van de verzekeraars dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft (inclusief de groep die in dit hoofdstuk de optie 'niet van toepassing' hebben aangegeven). In de toekomst zal 89% van de verzekeraars dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% toepassen of naleven.

Elf verzekeraars uit groep I hebben aangegeven geen RvC te hebben. In deze groep hebben vijf verzekeraars ook geen Raad van Toezicht. Dit hoofdstuk van de Code is daarom niet van toepassing op hen.

Van de negen grote verzekeraars² past 89% dit onderdeel van de Code voor meer dan 80% toe, zoals blijkt uit figuur 10.



Groep I Observaties

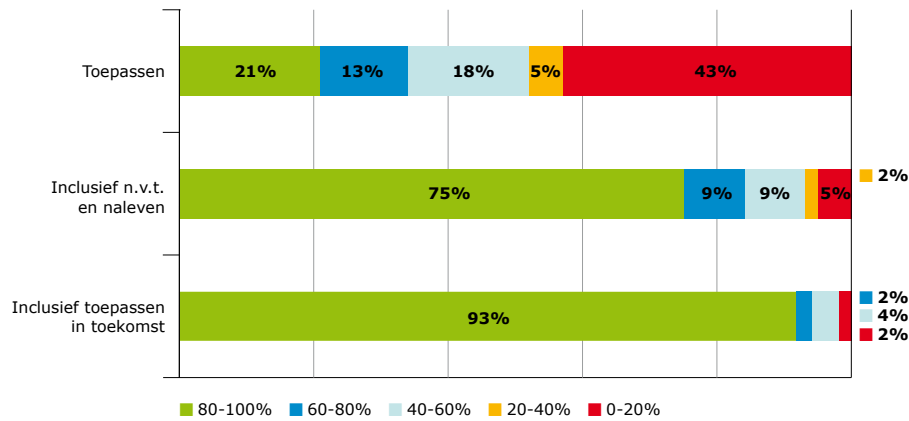
Bij de toelichting die verzekeraars voor dit hoofdstuk hebben gegeven in de vragenlijst ontbreekt vaak een concrete beschrijving van de feitelijke situatie bij de verzekeraar. Enerzijds nemen verzekeraars vaak letterlijk de bewoordingen van de principes over en anderzijds verwijzen relatief veel verzekeraars naar reglementen, statuten en profielschetsen. Deze documenten geven echter vaak onvoldoende concreet de feitelijke situatie weer. Bij het geven van de toelichting werd bovendien vaak maar één tekst opgenomen (bij principe 2.1.1) waar dan in het vervolg van de vragenlijst steeds naar werd verwezen. Dit is een gevolg van het feit dat veel verzekeraars in hun jaarverslag over 2011 een paragraaf over de RvC hebben opgenomen, in plaats van een toelichting per principe. In de gegeven toelichtingen ten aanzien van de samenstelling van de RvC (principe 2.1.1) gaat de aandacht vooral uit naar profielen van Commissarissen. Hierbij wordt relatief veel toelichting gegeven over het aantal leden en de balans tussen de leden op basis van leeftijd en geslacht. Er wordt minder ingegaan op de achtergrond van de leden en ook wordt er relatief weinig concrete informatie gegeven over hun deskundigheid. In de toelichting wordt door veel verzekeraars ook geen onderscheid gemaakt tussen de profielschets voor de RvC als geheel en voor de leden afzonderlijk. Veel verzekeraars geven hierdoor aan dat ze aan de principes (2.1.4 en 2.1.5) voldoen, omdat er geen nieuwe leden zijn benoemd het afgelopen jaar. Opvallend is de toepassing van het principe over de evaluatie van het functioneren van de RvC (principe 2.1.10). Iets minder dan de helft geeft aan dit principe volledig toe te passen, waar dat bij de meeste andere principes rond de 70% ligt. Iets minder dan een vijfde van de verzekeraars zal dit principe in de toekomst toepassen. Een reden die daarvoor wordt gegeven is het nog niet voldoen aan de driejaarlijkse evaluatie (onder onafhankelijke begeleiding). Ook de toepassing van het principe van permanente educatie (2.1.8) is minder goed dan de andere principes uit de Code. Dit is te verklaren doordat bij veel kleinere verzekeraars een PE-programma waarschijnlijk ontbreekt. Veel van deze verzekeraars hebben daarom gekozen voor de antwoordoptie 'wij passen dit principe niet/gedeeltelijk toe, want we kijken (op onderdelen) af' of 'we passen dit principe nog niet toe, maar zullen dit principe later wel toepassen'. In veel gevallen ontbreekt bij de kleinere verzekeraars een toelichting ten aanzien van hun PE-programma. Ten slotte kan worden opgemerkt dat kleinere verzekeraars vaak geen aparte subcommissies binnen de RvC hebben.

Groep II Algemeen beeld

Net als de verzekeraars uit groep I geven de verzekeraars uit groep II aan, in vergelijking met andere hoofdstukken, de principes over de RvC het meeste toe te passen. De 'gemiddelde verzekeraar' geeft aan het hoofdstuk voor 62% toe te passen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat meer dan de helft (32) van de 56 verzekeraars uit groep II geen RvC heeft. Een derde van deze verzekeraars (18) heeft ook geen Raad van Toezicht. Dit hoofdstuk van de Code is dan ook niet op hen van toepassing.

2. Het betreft hier de verzekeraars met een bruto premievolume dat groter is dan € 1,5 miljard (op basis van eigen ingevulde premievolumes). Achtereenvolgens zijn dit Achmea, AEGON, Menzis, ASR, UVIT (vanaf 2012 gesplitst in Coöperatie VGZ en Coöperatie Univé), Delta Lloyd, ING, CZ Groep en SNS REAAL.

FIGUUR 11
Groep II (n = 56)
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel RvC



De bovenste staaf van figuur 11 laat zien dat 21% van de verzekeraars in groep II de principes in dit hoofdstuk voor 80-100% toepast. Uit staaf 2 blijkt dat 75% van de verzekeraars dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft (inclusief de groep die in dit hoofdstuk de optie 'niet van toepassing' hebben aangegeven). In de toekomst zal 93% van deze verzekeraars dit hoofdstuk voor 80-100% toepassen of naleven.

Groep II Observaties

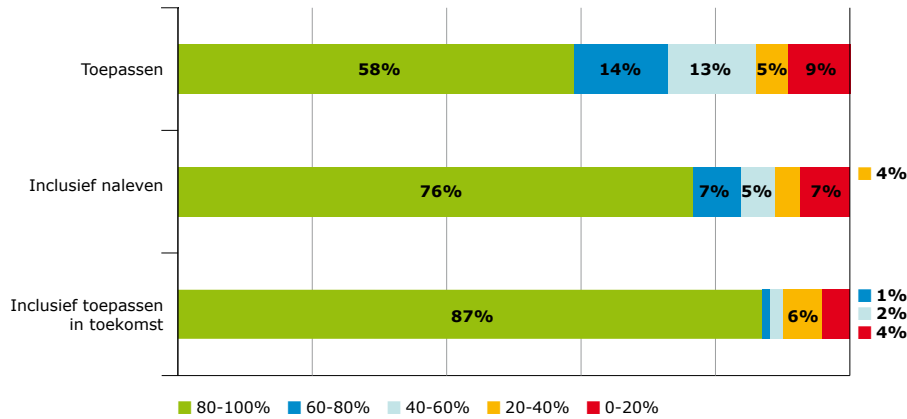
Uit de toelichtingen bij de vragenlijst komt naar voren dat veel verzekeraars uit groep II een bestuur hebben dat bestaat uit een algemeen en een dagelijks bestuur (traditioneel bestuursmodel). In plaats van een aparte RvC is er binnen het bestuur sprake van een toezichthoudende functie. Bij de onderlinge verzekeraars zijn het veelal de leden van de Onderlinge zelf die de toezichtrol vervullen. Er wordt door de verzekeraars veelal wel uitleg gegeven over de kennis en de achtergrond van de toezichthouders, maar er wordt weinig toegelicht over het afwegen van evenwichtige belangen (principe 2.1.3). Een verklaring daarvoor is gelegen in het feit dat de Algemene Ledenraad vaak het grootste belang heeft. In veel gevallen is een (standaard) deskundigheidsmatrix dan wel een (standaard) deskundigheidsplan onderdeel van de profielschets. Het is gangbaar dat de invulling van die schetsen (zoals genoemd in principe 2.1.5) wordt gekoppeld aan de geschiktheidstoets van DNB. Enkele verzekeraars geven aan deze profielschetsen pas op te stellen als een lid aftreedt. Evenals bij veel verzekeraars in groep I het geval was, wordt ook door veel verzekeraars uit groep II in de toelichting geen onderscheid gemaakt tussen de profielschets voor de RvC als geheel en voor de leden afzonderlijk. Veel verzekeraars geven hierdoor aan dat ze aan principe 2.1.5 voldoen, omdat er geen nieuwe leden zijn benoemd het afgelopen jaar. De risicocommissie en de auditcommissie worden veelal ingevuld door de voltallige RvC. Net als bij groep I is ook hier de toepassing van het principe 2.1.10 (evaluatie) relatief laag; slechts 12,5% geeft aan dit principe volledig toe te passen. Een kwart van de verzekeraars moet dit principe nog inrichten. Evenals de gemiddelde verzekeraar uit groep I past ook de gemiddelde verzekeraar uit groep II het principe over het PE-programma (2.1.8) minder goed toe dan de andere principes uit de Code. Het PE-programma van veel verzekeraars uit groep II zal pas in 2012 worden ingericht. Ook de principes over risicobeheer (principes 2.2.1 en 2.2.2) worden in vergelijking met de andere principes over de RvC minder goed toegepast: van de 56 verzekeraars geeft 29% (principe 2.2.1), respectievelijk 32% (principe 2.2.2) aan dat zij deze principes volledig toepassen zoals de Code voorschrijft.

5.4.5 Raad van Bestuur in groep I en II

Groep I Algemeen beeld

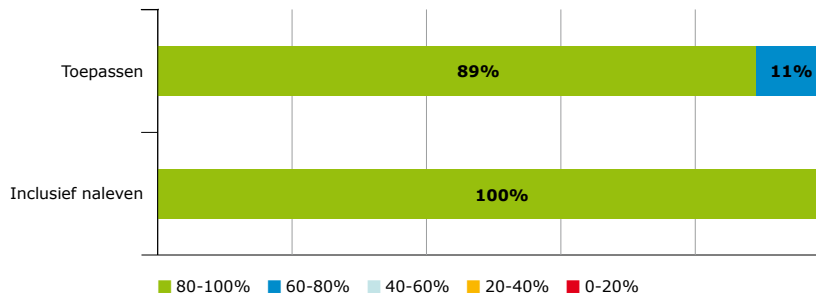
De principes uit dit hoofdstuk van de Code worden goed toegepast. De 'gemiddelde verzekeraar' geeft aan de principes uit dit hoofdstuk voor 81% toe te passen. Concreet komt naar voren dat 58% van de 97 verzekeraars uit groep I de principes voor de RvB voor 80-100% toepast. Verder blijkt dat 76% van de verzekeraars dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft. In de toekomst zal 87% van deze verzekeraars dit hoofdstuk voor 80-100% toepassen of naleven. Dit leidt tot het volgende beeld:

FIGUUR 12
Groep I (n = 97)
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel RvB



Van de negen grote verzekeraars past 89% dit onderdeel van de Code voor meer dan 80% toe, zoals blijkt uit figuur 13.

FIGUUR 13
9 grote verzekeraars
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel RvB

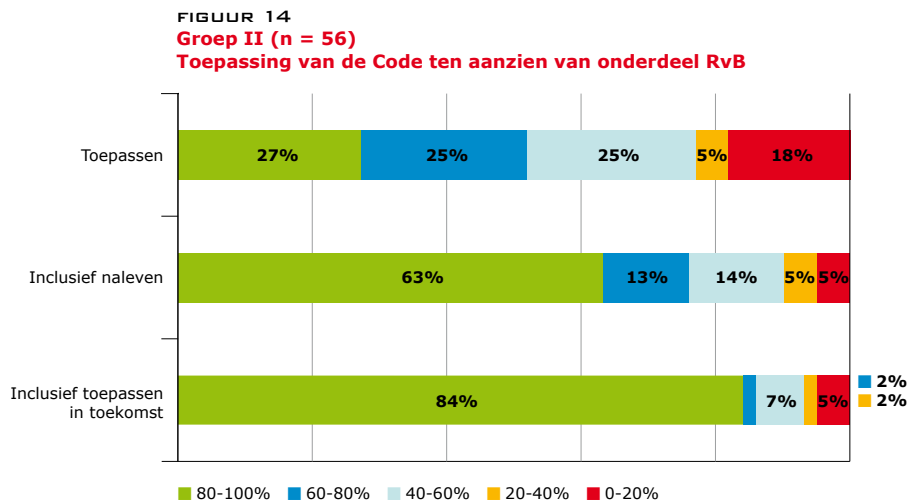


Groep I Observaties

Waar de focus bij de toelichting ten aanzien van de samenstelling van de RvC veelal ligt op profielen, is er bij de samenstelling van de RvB meer aandacht voor 'harde' competenties (principe 3.1.1 en 3.1.2). De meerderheid van de verzekeraars uit groep I geeft een uitgebreide beschrijving van de deskundigheid van de bestuurders en verwijst hierbij naar de geschiktheidsvereisten van DNB. De grote verzekeraars hebben hierbij aandacht voor de ervaring van individuele bestuursleden. Zij publiceren ook vaak CV's en/of profielen van de bestuursleden op de website. Kleine verzekeraars gaan meer in op zaken als studieachtergrond. Er wordt minder aandacht besteed aan diversiteitsaspecten (zoals geslacht en leeftijd) dan bij de RvC. Enkele verzekeraars hebben in de RvC een speciale selectie- en benoemingscommissie ingesteld ten behoeve van de RvB. Bij veel kleinere verzekeraars met een tweehoofdige directie (traditioneel bestuursmodel) is het gangbaar dat er één bestuurslid is met een financiële achtergrond en één bestuurslid met een verzekeringstechnische achtergrond. Besluiten binnen het bestuur worden vaak genomen op basis van consensus en unanimiteit. Binnen groep I wordt door verzekeraars relatief weinig aandacht besteed aan de betrokkenheid van de voorzitter van de RvB bij PE. Verzekeraars die deze principes (3.1.3 en 3.1.4) niet toepassen, zijn vaak dezelfde die het PE-principe ten aanzien van de RvC niet toepassen. Wel ligt het percentage van toepassing van dit principe voor 'de gemiddelde verzekeraar' ten aanzien van de RvB hoger dan ten aanzien van de RvC. Het thema Klantbelang centraal (KBC) is terug te vinden in verschillende principes van de Code. Het onderwerp komt het meest duidelijk naar voren in de principes 3.2.1 en 3.2.2. De verzekeraars uit groep I geven aan deze principes zeer goed toe te passen: 97% past deze principes toe. Voor een meer kwalitatieve behandeling van het onderwerp KBC verwijzen we naar paragraaf 5.3. De moreel-ethische verklaring (principe 3.2.3) is door 72% van de verzekeraars uit groep I ondertekend en 9% geeft aan dat in de toekomst te zullen doen.

Groep II Algemeen beeld

De 'gemiddelde verzekeraar' in deze groep zegt ruim de helft (59%) van de principes uit het hoofdstuk toe te passen. Concreet past 27 % van de verzekeraars in groep II de principes over de RvB voor meer dan 80% toe (zie staaf 1 van figuur 14). Verder blijkt dat 63% van de verzekeraars in deze groep dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft. In de toekomst zal 84% van deze verzekeraars dit hoofdstuk voor 80-100% toe passen of naleven. Dit levert het volgende beeld op:



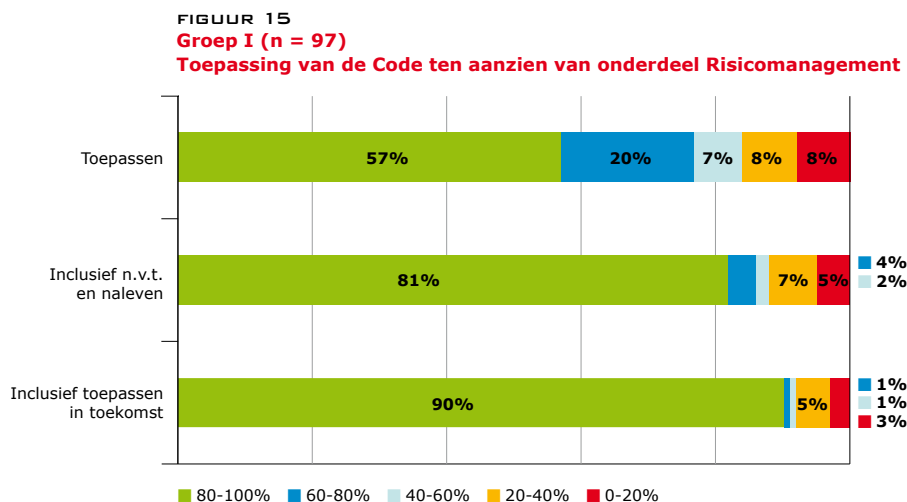
Groep II Observaties

Wat betreft de deskundigheid van de leden van de RvB (principe 3.1.1 en 3.1.2) wordt bij de beschrijving van de samenstelling van de RvB veelal een link gelegd met het PE-programma. Ook wordt wel verwezen naar de geschiktheidstoets van DNB en wordt regelmatig gebruik gemaakt van een bestuurders- of deskundigenmatrix. Meerdere verzekeraars hanteren het traditionele bestuursmodel met twee bestuursleden, veelal gekozen door de Algemene Ledenraad. Veelal heeft één bestuurslid de financiële deskundigheid en heeft het andere lid meer deskundigheid op verzekeringstechnisch gebied. Er wordt vaak op basis van consensus of unanimititeit besloten. Bij de bepalingen over risicomangement (principes 3.1.6 – 3.1.8) wordt door veel verzekeraars aangegeven dat niet het commerciële belang, maar de continuïteit van de onderneming op de eerste plaats komt. Ze geven daarbij aan terughoudend te zijn in het nemen van risico's. De principes betreffende risicomangement worden veelal proportioneel toegepast. Bij de verzekeraars in groep II is de directie veelal verantwoordelijk voor het opstellen van het PE-programma (3.1.3-3.1.5). Het programma wordt ingericht door de educatievereisten van de Wft, het bijhouden van ontwikkelingen, vakbladen en het volgen van cursussen van koepelorganisaties. Opvallend hierbij is dat er niet zozeer een vastomlijnd programma wordt samengesteld, maar dat verzekeraars losse cursussen volgen. Er zijn weinig verzekeraars uit groep II die het PE-programma in het jaarverslag publiceren. Veel zijn echter voornemens dit volgend jaar wel te doen. Dit hangt voor een belangrijk deel samen met het feit dat verzekeraars op dit moment (nog) geen PE-programma hebben. Net als binnen groep I wordt door de verzekeraars in groep II relatief weinig aandacht besteed aan de betrokkenheid van de voorzitter van de RvB bij PE. Verzekeraars die deze principes niet toepassen, zijn vaak dezelfde die het PE-principe ten aanzien van de RvC niet toepassen. Wel ligt ook in groep II het percentage van toepassing voor 'de gemiddelde verzekeraar' bij de RvB hoger dan bij de RvC. Net als de verzekeraars uit onderzoeksgroep I geven ook de verzekeraars uit groep II aan de principes over KBC (principe 3.2.1 en 3.2.2) zeer goed toe te passen: gemiddeld past 84% deze twee principes toe. Iets minder dan de helft van de verzekeraars uit groep II geeft aan de moreel-ethische verklaring te hebben ondertekend (principe 3.2.3). Hierbij geeft een aantal verzekeraars aan dat de dagelijkse beleidsbepalers de verklaring hebben ondertekend, in plaats van de Raad van Bestuur. Veel verzekeraars geven aan dat zij en hun medewerkers via de gedragscode voldoen aan principe 3.2.4. Een aantal verzekeraars geeft aan op een andere manier te voldoen. Zij zien het als een vanzelfsprekendheid dat aan ethische normen wordt voldaan door de principes 3.2.1 en 3.2.2 toe te passen.

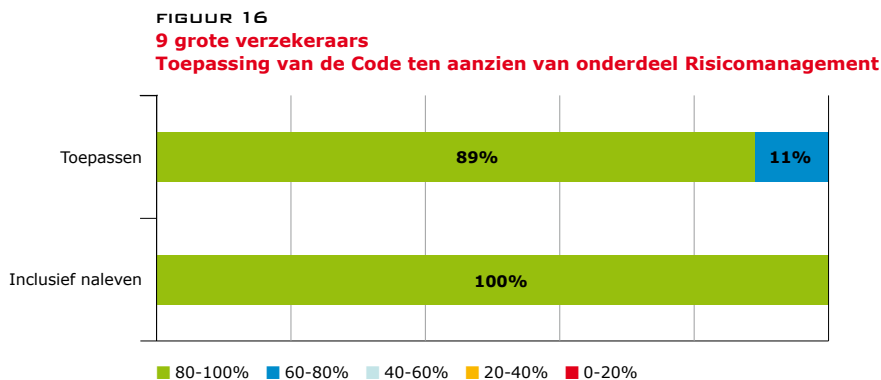
5.4.6 Risicomanagement in groep I en II

Groep I Algemeen beeld

Er is veel aandacht bij verzekeraars voor het onderwerp risicomanagement. De 'gemiddelde verzekeraar' geeft aan dit hoofdstuk voor 76% toe te passen. Meer concreet komt het volgende beeld naar voren. De principes uit het hoofdstuk Risicomanagement worden door 57% van de verzekeraars uit groep I voor 80-100% toegepast. Verder blijkt dat 81% van de verzekeraars in deze groep dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft (inclusief de groep die in dit hoofdstuk de optie 'niet van toepassing' hebben aangegeven). In de toekomst zal 90% van deze verzekeraars dit hoofdstuk voor 80-100% toepassen of naleven. Deze getallen worden weergegeven in de volgende figuur.



Van de negen grote verzekeraars past 89% de Code voor meer dan 80% toe, zoals blijkt uit figuur 16.



Groep I Observaties

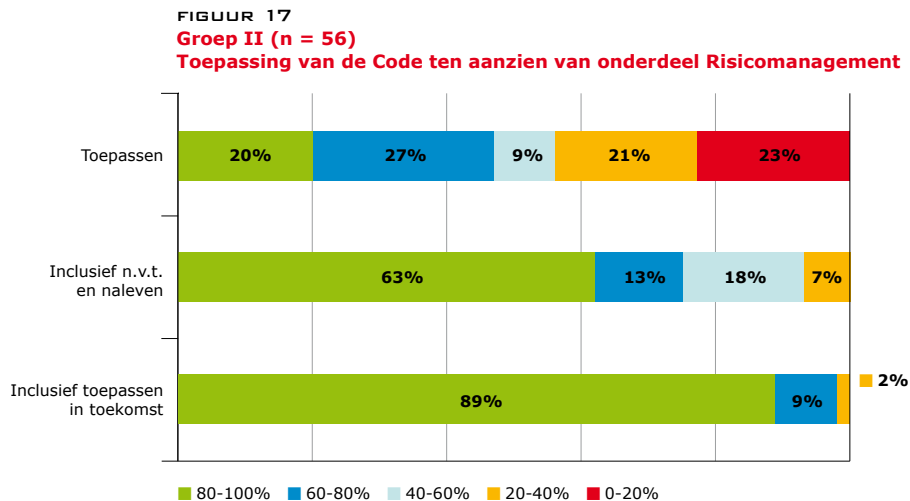
Verzekeraars geven in hun jaarverslag veel informatie over de wijze waarop zij het risicomanagement georganiseerd hebben, meer dan voor de Code vereist is. Dit is te verklaren door de bij wet verplichte uitleg over risicomanagement bij de jaarrekeningen, alsmede door de naderende invoering van Solvency II. Vanwege deze verplichtingen bevindt de informatie over risicomanagement zich vaak in een apart hoofdstuk van het jaarverslag en niet onder het hoofdstuk over de Code.

Kleine verzekeraars laten de RvC in zijn geheel de taken op het gebied van risicomanagement verrichten (in plaats van een risicocommissie). De rol van de RvC bij de beoordeling van de risicobereidheid wordt niet altijd even goed toegelicht en niet bij alle verzekeraars die daarvoor in aanmerking komen is reeds een risicocommissie opgericht. De eindverantwoordelijkheid voor risicomanagement ligt volgens de Code primair bij de voorzitter van de RvB, maar wordt in de praktijk bij de grotere verzekeraars vaak ingevuld door de CFRO of CRO en in andere gevallen door de CFO.

Het principe over het Product Goedkeuringsproces (4.5) wordt in dit hoofdstuk minder goed toegepast dan de overige principes: ruim 52% van de verzekeraars past toe. Bijna 17% is nog bezig met de implementatie van dit principe. Bijna 19% wijkt af, omdat er andere processen zijn (via RvB of informeel) om nieuwe producten goed te keuren. Zo'n 7% is niet voornemens om toe te passen omdat er geen nieuwe producten worden ontwikkeld.

Groep II Algemeen beeld

De 'gemiddelde verzekeraar' van groep II zegt dit hoofdstuk voor 46% toe te passen. Verder kan het volgende beeld over de toepassing worden gegeven. De principes uit het hoofdstuk Risicomanagement wordt door 20% van de verzekeraars uit groep II voor 80-100% toegepast. Verder blijkt dat 63% van de verzekeraars in deze groep dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft. In de toekomst zal 89% van deze verzekeraars dit hoofdstuk voor 80-100% toepassen of naleven. Deze getallen worden weergegeven in de volgende figuur.



Groep II Observaties

Dat dit hoofdstuk minder goed wordt toegepast is voor een belangrijk deel te verklaren omdat veel verzekeraars kozen voor de antwoordopties 'niet van toepassing', 'wij wijken af' of 'wij zullen niet toepassen'. De onderbouwing voor deze antwoordopties was veelal gelegen in het feit dat deze verzekeraars vanwege hun omvang en hun karakter van een onderlinge verzekeraar geen RvC hebben en/of geen risicocommissie en daardoor niet aan principe 4.2 voldoen. Ook principe 4.5 (Product Goedkeuringsproces) wordt weinig toegepast, waarbij verzekeraars aangeven dat ze maar één product hebben of geen nieuwe producten in ontwikkeling hebben. Een deel van de verzekeraars is nog bezig met de implementatie van dit principe. Overigens blijkt uit de toelichting dat verzekeraars soms al verder zijn met de implementatie van dit principe dan ze aangeven.

Principe 4.4 (de RvB heeft het risicomanagement zodanig ingericht dat dit adequate en tijdige informatie geeft over risico's) wordt door twee derde van de verzekeraars volledig toegepast.

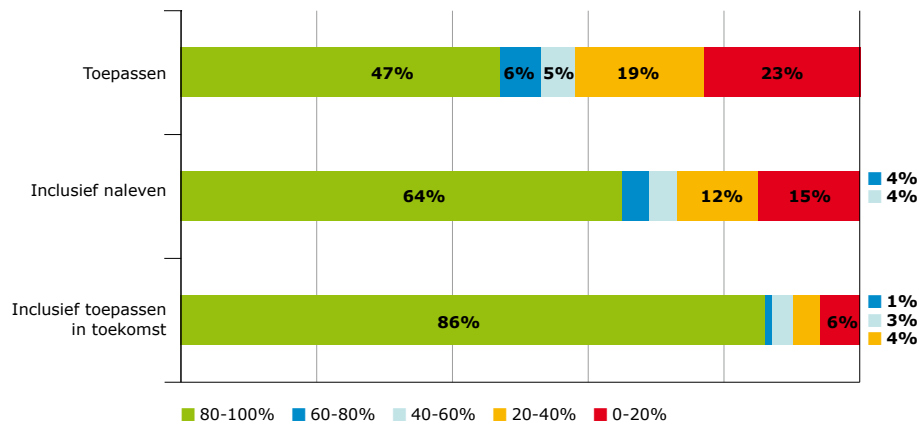
Veel verzekeraars geven aan dat ze de toepassing van de principes van de Code op het gebied van risicomanagement zullen incorporeren bij de invoering van Solvency II (vooralsnog gepland voor 1 januari 2014).

5.4.7 Audit in groep I en II

Groep I Algemeen beeld

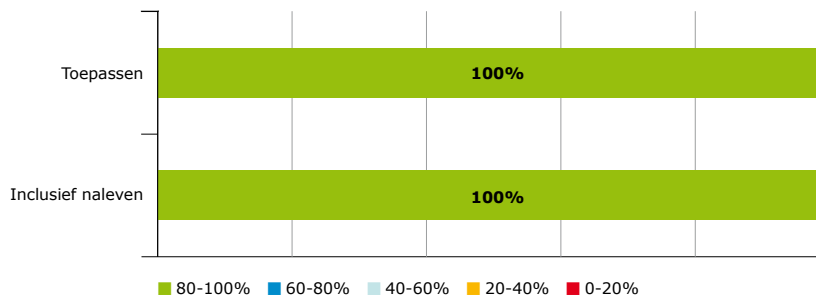
De 'gemiddelde verzekeraar' geeft aan dit hoofdstuk voor 65% toe te passen. Dat is minder dan de andere hoofdstukken van de Code. Meer concreet komt het volgende beeld naar voren over de mate van toepassing van dit hoofdstuk. De principes uit het hoofdstuk Audit worden door 47% van de verzekeraars uit groep I voor 80-100% toegepast. Verder blijkt dat 64% van de verzekeraars in deze groep dit hoofdstuk van de Code voor 80-100% naleeft. In de toekomst zal 86% van deze verzekeraars dit hoofdstuk voor 80-100% toepassen of naleven. Deze getallen worden weergegeven in de volgende figuur.

FIGUUR 18
Groep I (n = 97)
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel Audit



De negen grote verzekeraars passen allen dit onderdeel van de Code voor 80-100% toe, zoals blijkt uit de volgende figuur.

FIGUUR 19
9 grote verzekeraars
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel Audit



Groep I Observaties

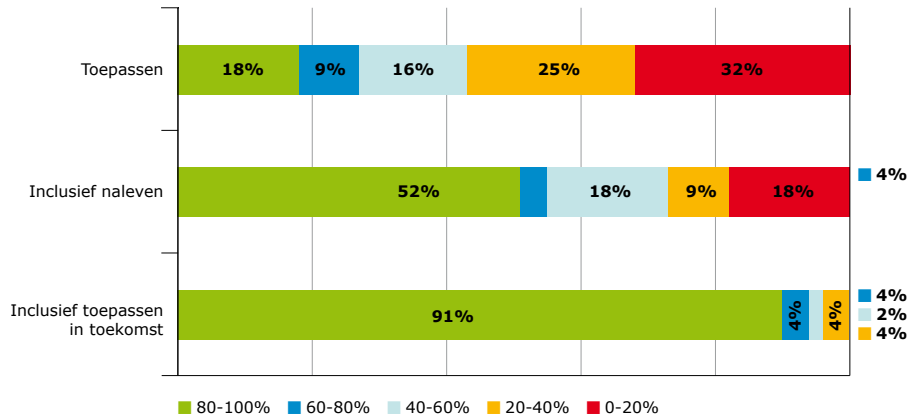
Uit het onderzoek blijkt dat bijna alle verzekeraars in deze groep inmiddels het zogenaamde 'three lines of defence'-model hebben geïmplementeerd, waarbij verantwoordelijkheid in de lijn is belegd (*first line*) met een monitorende en adviserende rol voor stafdiensten als Compliance en Risicomanagement (*second line*) en een controlerende rol die is neergelegd bij een interne en/of externe auditfunctie (*third line*). Kleine verzekeraars hebben vanwege hun omvang niet altijd een interne auditfunctie ingericht. Deze functie wordt soms uitbesteed aan een externe accountant.

Principe 5.6 (periodiek overleg op initiatief van de interne auditfunctie met DNB en de externe accountant) wordt slecht toegepast. Dit wordt deels veroorzaakt doordat kleine verzekeraars geen interne audit hebben, maar ook omdat DNB niet in de gelegenheid is om met alle kleine verzekeraars hun risicoanalyse te bespreken. Een aantal verzekeraars geeft aan dat ze de inrichting van de interne auditfunctie zullen invullen samen met de invoering van Solvency II.

Groep II Algemeen beeld

De 'gemiddelde verzekeraar' van groep II geeft aan dit hoofdstuk voor 43% toe te passen. Verder kan het volgende beeld over de toepassing worden gegeven. Van de verzekeraars in groep II past 18% dit hoofdstuk van de Code voor meer dan 80% toe. Zo'n 52% van de verzekeraars leeft de principes van dit onderdeel van de Code voor 80-100% na. In de toekomst zal 91% van de verzekeraars dit onderdeel van de Code voor 80-100% toepassen of naleven. Deze getallen worden weergegeven in de volgende figuur.

FIGUUR 20
Groep II (n = 56)
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel Audit



Groep II Observaties

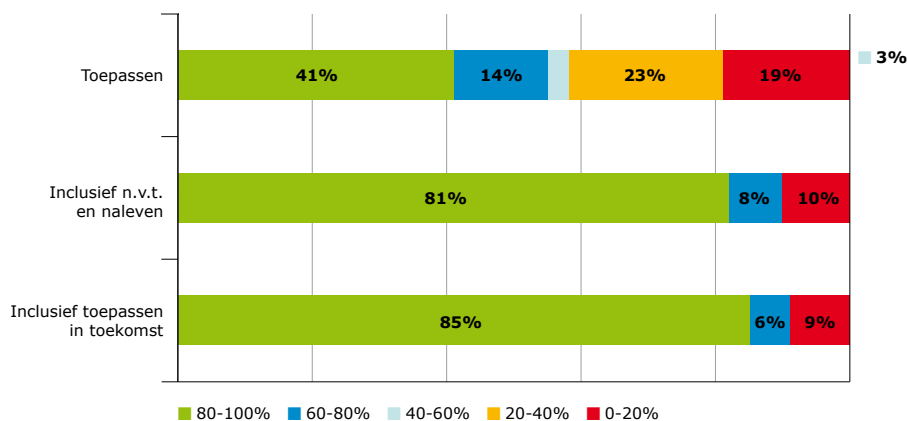
Veel verzekeraars in deze groep beroepen zich op 'proportionele toepassing' omdat zij vanwege hun omvang geen interne auditfunctie hebben. De controle op de risico's gebeurt veelal door de directie zelf. In enkele gevallen wordt de interne auditfunctie ingevuld door een externe partij. Principe 5.6 scoort in deze groep slecht, ook ten opzichte van de andere principes in dit hoofdstuk. De verklaring hiervoor is gelijk aan die van groep I.

5.4.8 Beloningsbeleid in groep I en II

Groep I Algemeen beeld

De 'gemiddelde verzekeraar' geeft aan dit hoofdstuk voor 80% toe te passen, waarmee sprake is van een goede toepassing. Meer concreet komt het volgende beeld naar voren over de mate van toepassing van dit hoofdstuk. De principes uit het hoofdstuk Beloningsbeleid worden door 41% van de verzekeraars uit groep I voor 80-100% toegepast. Verder blijkt dat 81% van de verzekeraars de principes uit dit hoofdstuk naleeft en dat 85% de principes in de toekomst zal toepassen of naleven. Deze getallen worden weergegeven in de volgende figuur.

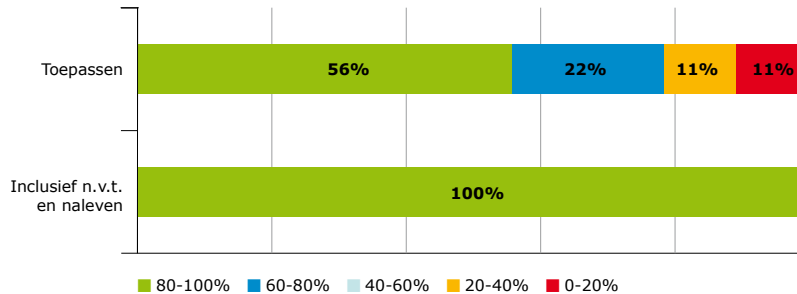
FIGUUR 21
Groep I (n = 97)
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel Beloningsbeleid



Van de negen grote verzekeraars zijn er twee die de Code op dit punt voor 100% naleven. Eén grote verzekeraar geeft aan in 2012 zijn beloningsbeleid opnieuw vast te leggen en heeft daarom overal aangegeven op onderdelen af te wijken van de principes. Wel geeft deze verzekeraar aan de principes van dit hoofdstuk te onderschrijven. Het principe met betrekking tot de mediaan (6.3.1) wordt door acht grote verzekeraars toegepast. De maximale ontslagvergoeding (principe 6.3.2) wordt op dit moment door vijf grote verzekeraars toegepast. De overige drie wijken af voor zover sprake is van bestaande contractuele afspraken. Principe 6.4.3

(gedurende vijf jaar aanhouden van beloning in aandelen) wordt door vijf verzekeraars toegepast. De overige drie geven aan geen beloning in aandelenpakketten toe te kennen. Principe 6.4.2 (maximaal 100% variabele beloning voor leden van de RvB), wordt door zeven grote verzekeraars toegepast; één van de grote verzekeraars geeft aan dat geen variabele beloning wordt gehanteerd. Figuur 22 geeft het overall beeld weer van de toepassing van de principes in dit hoofdstuk door de negen grote verzekeraars.

FIGUUR 22
9 grote verzekeraars
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel Beloningsbeleid



Groep I Observaties

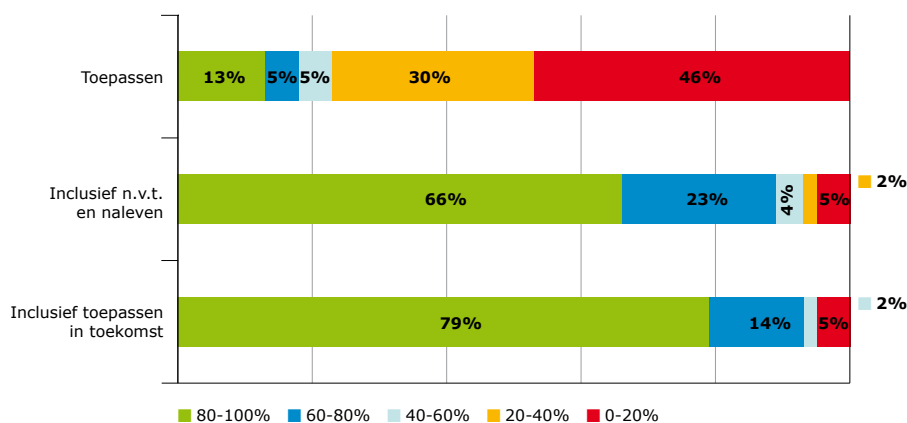
Bijna 85% van de verzekeraars in deze groep geven aan het eerste principe (het hebben van een beheerst beloningsbeleid) toe te passen. Men verwijst hierbij regelmatig naar de richtlijnen van DNB respectievelijk CEBS. Voor de verzekeraars die dit principe niet toepassen geldt bijvoorbeeld dat ze geen personeel in dienst hebben, dat de bestuursleden een (kleine) vaste vergoeding krijgen of dat ze het beloningsbeleid willen herzien. Een behoorlijk deel van de verzekeraars (circa 1/3) kent geen variabele beloning. Belonen via aandelenpakketten komt nog minder voor (meer dan de helft van de verzekeraars doet hier niet aan). De rol van de RvC bij het beloningsbeleid (principe 6.1.1 en 6.1.2) wordt spaarzaam toegelicht.

Het principe met betrekking tot de mediaan (6.3.1) wordt door 80% van de verzekeraars toegepast; informatie hoe de mediaan is vastgesteld wordt echter zelden gegeven. Van principe 6.3.2 (ontslagvergoeding) wordt relatief veel afgeweken, waarbij het argument is dat men bestaande afspraken (van voor de Code) handhaaft. Ook van principe 6.4.4 wordt relatief meer afgeweken. Dit principe gaat om het hanteren van een correctie voor risico's.

Groep II Algemeen beeld

De 'gemiddelde verzekeraar' zegt dit hoofdstuk voor 54% toe te passen. Meer concreet komt het volgende beeld naar voren over de mate van toepassing van dit hoofdstuk. De principes uit het hoofdstuk Beloningsbeleid worden door 13% van de verzekeraars uit groep II voor 80-100% toegepast. Voor 66% van de verzekeraars geldt dat zij naleven en 79% zal in de toekomst toepassen of naleven. Deze getallen worden weergegeven in de volgende figuur.

FIGUUR 23
Groep II (n = 56)
Toepassing van de Code ten aanzien van onderdeel Beloningsbeleid



Groep II Observaties

Veel verzekeraars in deze groep hebben gebruik gemaakt van de optie 'niet van toepassing' bij principes die gingen over de rol van de RvC, variabele beloning of beloning via aandelenpakketen. Bijna 77% van de verzekeraars in deze groep geeft aan het eerste principe (het hebben van een beheerst beloningsbeleid) toe te passen. Dit wordt onderbouwd door aan te geven dat het beloningsbeleid in lijn is met de strategie en kernwaarden van de verzekeraar en/of dat het beloningsbeleid gebaseerd is op een afweging van de belangen van de leden, de medewerkers en de maatschappij als geheel. Ook hier geldt voor verzekeraars die dit principe niet toepassen dat ze bijvoorbeeld geen personeel in dienst hebben, dat de bestuursleden een (kleine) vaste vergoeding krijgen of dat ze het beloningsbeleid zullen herzien.

Zorgverzekeraars scoren vergelijkbaar

Omdat de zorgverzekeraars qua bruto premievolume een groot deel van groep I beslaan, heeft de Commissie in het onderzoek naar de rapportage over de naleving apart naar deze groep gekeken. De resultaten daarvan geven geen aanleiding tot het maken van bijzondere opmerkingen jegens de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars tonen vergelijkbare resultaten met de overige grotere verzekeraars in groep I als het gaat om de rapportage over de naleving van de Code.

5.4.9 Onderzoeksbevindingen groep III, IV en V op hoofdlijnen

In deze paragraaf geven we een beeld van de onderzoeksbevindingen van groep III, IV en V. Zoals aangegeven in paragraaf 4.2 zijn deze drie onderzoeksgroepen voor het onderzoek van de Commissie minder belangrijk geweest en worden er daarom alleen resultaten op hoofdlijnen gegeven.

Onderzoeksgroep III (buitenlandse verzekeraars)

De Code is voor de buitenlandse verzekeraars die op grond van een vergunning van de moeder in Nederland actief zijn, niet verplicht maar aanbevolen. Toch blijkt dat vooral de buitenlandse verzekeraars met een beursgenoteerde moederorganisatie uitgebreid rapporteren over de toepassing van corporate governance binnen de organisatie. Dit betreft dan vaak de situatie van de moederorganisatie en de eisen die in het moederland gesteld worden; men geeft geen overzicht voor de Nederlandse situatie. De meest uitgebreide informatie wordt gegeven over risicomanagement en interne controle. Dit hangt samen met de eisen inzake Solvency II en de corporate governance-vereisten in het land waar men beursgenoteerd is.

De meeste onderzochte buitenlandse verzekeraars hebben geen aparte RvC, maar *non-executive* bestuurders (*one tier board*). De jaarverslagen van verzekeraars met een beursgenoteerde moeder geven uitgebreide informatie over de samenstelling, deskundigheid, achtergrond, profielen, onafhankelijkheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid, evaluatie en de toezichthoudende rol van de RvC-leden die de moeder heeft. De meeste buitenlandse verzekeraars geven informatie over de RvB van de moeder, maar de mate van detail verschilt. De verzekeraars met een beursgenoteerde moeder zijn het meest uitgebreid in hun toelichting. Buitenlandse verzekeraars geven over de gehele linie een uitgebreide invulling aan de principes over risicomanagement. Daarbij wordt ingegaan op de verschillende risico's, de risicomanagementsystemen, de speciale risicocommissies, de verantwoordelijkheden van de RvB en de RvC ten aanzien van risicomanagement, en de rapportagelijnen. De aandacht voor risicomanagement hangt volgens bijna alle verzekeraars samen met Solvency II. Enkele buitenlandse verzekeraars besteden aandacht aan de toezichtrol van de RvC ten aanzien van risicomanagement.

De meeste buitenlandse verzekeraars geven informatie over de inrichting van de interne en externe auditfunctie. Voor bijna alle verzekeraars met een interne auditfunctie geldt dat deze rapporteert aan de auditcommissie. De interne auditfunctie zit in de meeste gevallen in de moederorganisatie.

De meeste buitenlandse verzekeraars geven aan dat er een beloningsbeleid is en verwijzen hiervoor naar de moeder. De verzekeraars met een beursgenoteerde moeder geven uitgebreide informatie over het beloningsbeleid in een aparte paragraaf in het jaarverslag. Bij de meeste verzekeraars is het onduidelijk of de RvB dan wel RvC betrokken zijn geweest bij het opstellen van het beloningsbeleid.

Met betrekking tot de groep van de buitenlandse verzekeraars constateert de Commissie dat in de top 20 van grootste schadeverzekeraars in Nederland, zich één grote buitenlandse verzekeraar bevindt die met ingang van medio 2011 in Nederland opereert op basis van de vergunning van de buitenlandse moeder. Hoewel deze verzekeraar formeel gezien de Code niet hoeft na te leven, zou deze daar gezien de omvang van de verzekeraar redelijkerwijs wel voor in aanmerking moeten komen.

Onderzoeksgroep IV (kleine onderlinge verzekeraars niet zijnde lid van FOV)

Hoewel deze groep geen lid is van een koepel en dus niet gebonden aan de zelfregulering, is in de AMvB vastgelegd dat zij wel moeten rapporteren over de naleving van de Code. Uit de ingevulde vragenlijsten en de beschikbare jaarverslagen die konden worden onderzocht blijkt dat deze verzekeraars op de meeste principes aangeven dat het principe niet van toepassing is of dat ze afwijken of dat ze niet zullen voldoen. De verklaring hiervoor is veelal gelegen in het feit dat het (zeer) kleine organisaties zijn en dat sprake is van een navenant eenvoudige governancestructuur (toezicht door de leden, leden die vrijwillig optreden als bestuurder, eenvoudige risicovraagstukken, geen beloningen maar onkostenvergoedingen of kleine vaste vergoedingen).

Onderzoeksgroep V (herverzekeraars)

Herverzekeraars opereren op basis van een Wft-vergunning en vallen als zodanig onder de Code. Wel is sprake van specifieke activiteiten. Herverzekeraars hebben geen particuliere maar zakelijke klanten (hetzij binnen de eigen onderneming of groep, hetzij andere verzekeraars die zich herverzekeren). De in Nederland actieve herverzekeraars zijn klein van omvang (veelal geen of minder dan 10 werknemers). Alle onderzochte herverzekeraars hebben in hun jaarverslag een paragraaf opgenomen over de Code. De (veelal uitgebreide) informatie over risicomanagement bevindt zich in een apart hoofdstuk in het jaarverslag. Alle herverzekeraars geven aan af te wijken van bepaalde principes van de Code. De redenen die ze daarbij vermelden zijn het niet hebben van klanten, het niet hebben van een interne afdeling en/of het niet toepassen van beloningen. De herverzekeraars geven informatie op hoofdlijnen en verwijzen daar waar van toepassing naar de moederorganisatie. De meeste informatie wordt verschaft over de RvC. De informatie over RvB is beperkter. Voor audit geldt dat alle herverzekeraars aangeven geen eigen interne afdeling te hebben, gezien de kleine omvang van de organisatie. Er wordt ofwel gebruik gemaakt van de afdeling van de moederorganisatie ofwel de functie is uitbesteed aan een externe partij. Het merendeel van de onderzochte herverzekeraars wijkt af van de principes ten aanzien van beloningsbeleid, omdat men geen werknemers heeft en/of omdat men geen beloningen uitkeert aan de directieleden en/of leden RvC.

Door haar activiteiten en het onderzoek dat zij heeft laten verrichten is het de Commissie duidelijk geworden dat de sector flink in beweging is gekomen. Verzekeraars zijn met inzet en enthousiasme aan de slag om de consument weer voor zich te winnen en het belang van de klant weer centraal te stellen. Het gedachtegoed van de Code maar ook de activiteiten van de toezichthouders en de wetgeving die de laatste jaren is ontwikkeld speelt daarbij een belangrijke rol. De inspanningen om het vertrouwen terug te winnen zien we overigens vooral terug bij individuele verzekeraars, terwijl de Commissie denkt dat de sector daar ook gezamenlijk en met een besef van urgentie op moet inzetten.

Tegelijkertijd is de Commissie zich er van bewust dat verzekeraars zich zwaar belast voelen door de toenemende wet- en regelgeving en de activiteiten van de toezichthouders die daarmee samenhangen. Dat maakt dat hier en daar wordt getwijfeld over nut en noodzaak van de Code.

Naar de mening van de Commissie moet de sector zich niet laten verleiden tot het overboord zetten van de Code. Het consumentenvertrouwen is momenteel nog zo broos dat het een verkeerd signaal zou zijn wanneer verzekeraars de Code en de monitoring ervan door buitenstaanders nu al zouden afschaffen. Het argument dat het in de sector al weer op orde is zal de buitenwereld alleen maar kritischer maken. En het argument dat er al zoveel toezicht is zal ook met het nodige cynisme worden beantwoord. Beter ware het om na te denken hoe de positieve bevindingen van de Commissie kunnen worden benut om een volgende slag te maken en met gerichte initiatieven ook consumenten te overtuigen van de positieve ontwikkelingen in de sector als geheel.

Hoewel de Code veel bepalingen bevat die inmiddels in wet- en regelgeving verwerkt zijn, heeft de Code een belangrijk pluspunt ten opzichte van de wet- en regelgeving en dat is dat verzekeraars zich publiekelijk verantwoorden over de toepassing van de Code. Daarmee dragen de verzekeraars bij aan de transparantie waar de maatschappij behoefte aan heeft. Meer dan wetgeving doet de Code een moreel appel op verzekeraars. De Code heeft het bewustzijn van verzekeraars om de belangen van alle *stakeholders* recht te doen en daarover verantwoording af te leggen, vergroot. Voor de Commissie zijn de transparantie en het moreel appel de aspecten waarop de Code zich onderscheidt van wetgeving en vormen zij de redenen om de Code voort te zetten. De Commissie pleit er dan ook voor dat verzekeraars de toegevoegde waarde van de Code erkennen en draagvlak tonen voor het bestaan ervan. Hier is een belangrijke taak weggelegd voor de koepels.

Wel is de Commissie van mening dat de Code een levende Code moet zijn die zich in de toekomst verder moet blijven ontwikkelen. Daarbij verdienen de volgende aspecten aandacht:

- De Code heeft een integraal karakter dat behouden dient te blijven. Daar waar de Code overlap vertoont met wetgeving zou de Code zodanig geherformuleerd kunnen worden dat verwezen wordt naar deze wetgeving, waarbij overigens de publieke verantwoording die de Code kenmerkt, behouden moeten blijven.
- Er moet gezocht worden naar een mechanisme waardoor de in beweging gebrachte sector, in beweging blijft. De Code zou meer dan nu het effect moeten hebben dat degenen die niet naleven, daar een nadeel van ondervinden. Dat betekent dat verzekeraars niet alleen gericht moeten zijn op het zelf goed naleven van de Code, maar ook op de naleving ervan door hun collega's/concurrenten. Verzekeraars die het niet goed doen moeten worden aangesproken; alleen dan zal het imago van de hele sector verbeteren.
- Bepaalde thema's uit de Code (bv KBC) lenen zich ervoor om van elkaar te leren. Er moet gekeken worden hoe initiatieven die daarvoor ruimte bieden, georganiseerd kunnen worden. Dit zou ook kunnen leiden tot verdere verdieping van het begrip KBC, de borging van de zorgplicht voor particuliere en collectieve klanten en de uitwerking daarvan op de cultuur van een verzekeraar.
- Bepaalde principes uit de Code behoeven aanpassing, waarbij het principe based karakter behouden moet blijven. Hierbij kan gedacht worden aan het aanpassen van tegenstrijdigheid met wet- en regelgeving, het schrappen van principes die specifiek van toepassing zijn voor banken en het aanscherpen van principes die te algemeen zijn geformuleerd, waardoor men al te makkelijk kan aangeven dat men toepast, terwijl uit de verstrekte toelichting en onze gesprekken is gebleken dat daadwerkelijke inbedding een cultuurverandering vergt en nog niet gereed is (bijvoorbeeld de principes over KBC).

- Ook zou moeten worden nagedacht over een nadere definiëring van de doelgroep van de Code, bijvoorbeeld verzekeraars met een Wft-vergunning of verzekeraars met een minimale grootte.
- Gaandeweg zou de Code zich kunnen ontwikkelen. Principes die na enkele jaren een duurzame praktijk van goede toepassing laten zien, kunnen worden losgelaten. Daarvoor in de plaats kunnen nieuwe elementen worden toegevoegd.
- Om een beter imago van de sector te realiseren is blijvende aandacht nodig voor cultuur en gedrag in de sector. Bekeken moet worden hoe deze aspecten op een zinvolle manier kunnen worden ingepast in de Code, waarbij aansluiting moet worden gezocht met de reeds eerder ingezette Gedragscode Verzekeraars (Verbond) en Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap (ZN).

Zo komt de Commissie tot de conclusie dat er zeker een toekomst voor de Code is weggelegd. Dat de Code op veel punten door wetgeving is achterhaald kan ondervangen worden door een veranderings- en vernieuwingsslag te maken die de bepalingen van de Code veel meer laat richten op gedrag en cultuur en daarnaast op zaken als deskundigheid en compliance. De Commissie heeft hierover de mening gepolst bij diverse *stakeholders* en heeft geconstateerd dat deze gedachte wordt gedeeld. In het licht van artikel 3 b en 3c van het Instellingsbesluit streeft de Commissie ernaar om uiterlijk in maart 2013 een nadere concretisering te formuleren van mogelijke aanpassingen in de Code. Het gedetailleerd ontwerpen van een 'Code 2.0' zou moeten gebeuren door verzekeraars zelf, in afstemming met relevante partijen zoals de minister van Financiën.

Voor wat betreft de monitoring is de Commissie van mening dat een Code alleen nut heeft als deelnemers zich verantwoordelijk en als er onafhankelijk toezicht op de naleving is. De Commissie bepleit daarom voor de toekomst de volgende aandachtspunten en aanpassingen:

- Verzekeraars moeten zich inzetten om zich op transparante wijze te verantwoorden: per principe uitleg geven over de wijze van naleven. De ervaring van 2012 leert dat de implementatie van de Code gebaat is bij transparantie: door zich expliciet te verantwoorden worden verzekeraars gedwongen na te denken over de manier waarop zij de Code in hun bedrijfsprocessen integreren. Dat betekent acceptatie van het 'Comply AND Explain'-principe.
- Verzekeraars moeten scherp worden gehouden. Daar zou steekproefsgewijze controle op jaarlijks te identificeren thema's door verschillende belanghebbenden (ook uit de sector zelf) een bijdrage aan kunnen leveren. Daarbij moet ook gebruik worden gemaakt van '*hard evidence*'. Bezien kan worden of de Stichting toetsing verzekeraars hier een rol kan spelen.
- De bestaande Monitoring Commissies zouden in een aangepaste bezetting samen kunnen gaan in een Monitoring Commissie Financiële Instellingen (banken, verzekeraars). Hiermee wordt expertise gebundeld en kunnen kosten worden bespaard. Inhoudelijk valt er winst te behalen omdat thema's zoals KBC zich er uitstekend voor lenen om samen met de banken verder te ontwikkelen bijvoorbeeld door goede praktijkvoorbeelden uit te wisselen.

Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars
Koningin Julianalaan 351
2273 JJ Voorburg
T 070-8911199
I www.mcverzekeraars.nl





BIJLAGEN



Governance Principes Verzekeraars

PREAMBULE

- De Governance principes, hierna de Code, is opgesteld door het Verbond van Verzekeraars (Verbond) naast de in 2002 opgestelde Gedragscode Verzekeraars. De Code sluit aan bij de uitgangspunten van de door de Nederlandse Vereniging van Banken opgestelde Code Banken.
- De Code is van toepassing op alle verzekeraars die beschikken over een vergunning verleend op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft). Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen activiteiten in Nederland of in een andere lidstaat en of de activiteiten al dan niet door middel van een bijkantoor worden verricht. Verzekeraars waarop de Code van toepassing is en die deel uitmaken van een groep kunnen onderdelen van de Code op het niveau van de groep dan wel de verzekeringsgroep toepassen. Voor zover van toepassing werken de principes van de Code in volle omvang door op de desbetreffende verzekeraars in de groep. De toepassing van de Code op activiteiten en bijkantoren – van verzekeraars waarop de Code van toepassing is – in staten die geen lidstaat zijn en op buitenlandse verzekeringsdochtermaatschappijen van verzekeraars waarvoor de Code geldt, wordt aanbevolen. Hetzelfde geldt voor activiteiten en bijkantoren in Nederland van verzekeraars met een in een andere lidstaat verleende vergunning.
- De Nederlandse corporate governance code van 10 december 2008 geldt onverkort voor beursgenoteerde verzekeraars. Niet-beursgenoteerde verzekeraars leven deze corporate governance code veelal vrijwillig na. De Code bevat principes die in het verlengde liggen van de Nederlandse corporate governance code. In de Code wordt in het bijzonder ingegaan op de rol van de raad van bestuur en van de raad van commissarissen van de verzekeraar en op de functie van risicomanagement en van audit binnen de verzekeraar. Daarnaast bevat de Code principes over beloning.
- De Code staat niet op zichzelf, maar maakt deel uit van het volledige stelsel van nationale, Europese en internationale wet- en regelgeving, jurisprudentie en codes, dat in zijn geheel wordt bezien. Bij de toepassing van de Code houdt een verzekeraar rekening met deze nationale, Europese en internationale context en met de activiteiten en overige specifieke kenmerken van de verzekeraar en de groep waarvan hij eventueel deel uitmaakt.
- Iedere verzekeraar vermeldt elk jaar in zijn (groeps)jaarverslag op welke wijze hij de principes van de Code in het voorafgaande jaar heeft toegepast en zet, indien van toepassing, gemotiveerd uiteen waarom een principe eventueel niet (volledig) is toegepast. Iedere verzekeraar plaatst dit verslag op zijn website.
- Bepalend voor de werking van de Code is niet de mate waarin deze naar de letter wordt nageleefd (geen 'afvinkgedrag'), maar de wijze waarop met de intenties van de Code wordt omgegaan.
- De raad van bestuur van een verzekeraar heeft een verantwoordelijkheid voor de evenwichtige afweging van de belangen van alle bij de verzekeraar betrokken partijen zoals zijn klanten, aandeelhouders en medewerkers. Hierbij wordt rekening gehouden met de continuïteit van de verzekeraar, de maatschappelijke omgeving waarin de verzekeraar functioneert en wet- en regelgeving en codes die op de verzekeraar van toepassing zijn. De klant zal te allen tijde zorgvuldig worden behandeld.
- De Code bevat enkele begrippen die uit het Engels zijn afgeleid. Ten behoeve van de leesbaarheid van de Code worden twee begrippen kort toegelicht. Met risicobereidheid (*'risk appetite'*) wordt de mate van redelijkerwijs voorzienbaar risico bedoeld die de verzekeraar gezien zijn voorgenomen activiteiten bereid is te accepteren bij het nastreven van zijn doelstellingen. Met het Product Goedkeuringsproces (*'Product Approval Process'*) wordt de procedure bedoeld die een verzekeringsproduct doorloopt voordat dat product kan worden geïntroduceerd. In dit proces beslist de verzekeraar onder meer of een bepaald product voor eigen rekening en risico of voor rekening en risico van de klant zal worden geproduceerd of gedistribueerd. Tevens wordt in dit proces breed getoetst op aspecten van zorgplicht en het beheersen van risico's.

- In de Code wordt herhaaldelijk gesproken over de rol van de risicocommissie van de raad van commissarissen. Voor een verzekeraar die geen specifieke risicocommissie heeft, geldt dat een soortgelijke commissie de functie van de risicocommissie van de raad van commissarissen kan uitoefenen.
- De Code treedt in werking op 1 januari 2011.
- Gezien het karakter van de Code en het feit dat de omstandigheden waaronder en het tijdstip waarop de Code tot stand is gekomen een geheel eigen dynamiek kennen, gelet ook op de internationale ontwikkelingen, zal de Code indien daar aanleiding voor is verder worden ontwikkeld.
- De naleving van de Code wordt jaarlijks gemonitord door een door het Verbond, in overleg met de minister van Financiën aan te wijzen onafhankelijke monitoringsinstantie.

INHOUD

1. NALEVING CODE

2. RAAD VAN COMMISSARISSEN

- 2.1 Samenstelling en deskundigheid
- 2.2 Taak en werkwijze

3. RAAD VAN BESTUUR

- 3.1 Samenstelling en deskundigheid
- 3.2 Taak en werkwijze

4. RISICOMANAGEMENT

5. AUDIT

6. BELONINGSBELEID

- 6.1 Uitgangspunt
- 6.2 Governance
- 6.3 Bestuurdersbeloning
- 6.4 Variabele beloning

TOELICHTING

1. NALEVING CODE

Op de Code is het *pas toe of leg uit*-beginsel van toepassing. Een verzekeraar past de principes van de Code in beginsel toe. Het toepassen van de principes is mede afhankelijk van de activiteiten en overige specifieke kenmerken van de verzekeraar en de groep waarvan hij eventueel deel uitmaakt. De verzekeraars waarop de Code van toepassing is, verschillen op veel gebieden. Zo verschillen zij in aard en omvang, opereren zij in verschillende (deel)markten, kunnen zij nationaal of internationaal geïntereerd zijn en kennen zij verschillende corporate governance structuren. Waar deze verschillen dat rechtvaardigen, zal sprake kunnen zijn van een proportionele toepassing van de principes van de Code. Afwijkingen, mits gemotiveerd, kunnen derhalve gerechtvaardigd zijn.

2. RAAD VAN COMMISSARISSEN

2.1 Samenstelling en deskundigheid

- 2.1.1 De raad van commissarissen is zodanig samengesteld, dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen. Complementariteit, collegiaal bestuur, onafhankelijkheid en diversiteit zijn een voorwaarde voor een goede taakvervulling door de raad van commissarissen.

- 2.1.2 De raad van commissarissen beschikt over een voldoende aantal leden om zijn functie, ook in de commissies van de raad, goed te kunnen uitoefenen. Het geschikte aantal leden is mede afhankelijk van de aard, omvang en complexiteit van de verzekeraar.
- 2.1.3 De leden van de raad van commissarissen beschikken over gedegen kennis van de maatschappelijke functies van de verzekeraar en van de belangen van alle bij de verzekeraar betrokken partijen. De raad van commissarissen maakt een evenwichtige afweging van de belangen van de bij de verzekeraar betrokkenen zoals zijn klanten, aandeelhouders en medewerkers.
- 2.1.4 Ieder lid van de raad van commissarissen is in staat om de hoofdlijnen van het totale beleid van de verzekeraar te beoordelen en zich een afgewogen en zelfstandig oordeel te vormen over de basisrisico's die daarbij worden gelopen. Voorts beschikt ieder lid van de raad van commissarissen over specifieke deskundigheid die noodzakelijk is voor de vervulling van zijn rol binnen de raad van commissarissen. Daartoe wordt, zodra een vacature in de raad van commissarissen ontstaat, een individuele profielschets voor het nieuwe lid van de raad van commissarissen opgesteld die past binnen de profielschets die voor de gehele raad is opgesteld.
- 2.1.5 Bij de vervulling van de vacature van voorzitter van de raad van commissarissen wordt in de op te stellen individuele profielschets aandacht besteed aan de door de verzekeraar gewenste deskundigheid en ervaring met de financiële sector en bekendheid met de sociaal-economische en politieke cultuur en de maatschappelijke omgeving van de belangrijkste markten waarin de verzekeraar opereert.
- 2.1.6 Ieder lid van de raad van commissarissen, de voorzitter in het bijzonder, is voldoende beschikbaar en bereikbaar om zijn taak binnen de raad van commissarissen en de commissies van de raad waarin hij zitting heeft naar behoren te vervullen.
- 2.1.7 Ieder lid van de raad van commissarissen ontvangt een passende vergoeding in relatie tot het tijdsbeslag van de werkzaamheden. Deze vergoeding is niet afhankelijk van de resultaten van de verzekeraar.
- 2.1.8 De voorzitter van de raad van commissarissen ziet toe op de aanwezigheid van een programma van permanente educatie voor de leden van de raad van commissarissen, dat tot doel heeft de deskundigheid van de commissarissen op peil te houden en waar nodig te verbreden. De educatie heeft in ieder geval betrekking op relevante ontwikkelingen binnen de verzekeraar en de financiële sector, op corporate governance in het algemeen en die van de financiële sector in het bijzonder, op de zorgplicht jegens de klant, integriteit, het risicomanagement, financiële verslaggeving en audit. Ieder lid van de raad van commissarissen neemt deel aan het programma en voldoet aan de eisen van permanente educatie.
- 2.1.9 De beoordeling van de effectiviteit van de in principe 2.1.8 bedoelde permanente educatie maakt deel uit van de jaarlijkse evaluatie van de raad van commissarissen.
- 2.1.10 Naast de jaarlijkse evaluatie van het eigen functioneren van de raad van commissarissen wordt dit functioneren eens in de drie jaar onder onafhankelijke begeleiding geëvalueerd. De betrokkenheid van ieder lid van de raad van commissarissen, de cultuur binnen de raad van commissarissen en de relatie tussen de raad van commissarissen en de raad van bestuur maken deel uit van deze evaluatie.

2.2 Taak en werkwijze

- 2.2.1 Bij zijn toezicht besteedt de raad van commissarissen bijzondere aandacht aan het risicobeheer van de verzekeraar. Iedere bespreking van het risicobeheer wordt voorbereid door een risico- of vergelijkbare commissie, die daartoe door de raad van commissarissen uit zijn midden is benoemd.
- 2.2.2 Voor de risicocommissie gelden, evenals voor de auditcommissie, specifieke competentie- en ervaringseisen. Zo moet een aantal leden van de risicocommissie beschikken over grondige kennis van de financieel-technische aspecten van het risicobeheer of over de nodige ervaring die een gedegen beoordeling van risico's mogelijk maakt en moet een aantal leden van de auditcommissie beschikken over grondige kennis van financiële verslaggeving, interne beheersing en audit of over de nodige ervaring die een gedegen toezicht op deze onderwerpen mogelijk maakt.

3. RAAD VAN BESTUUR

3.1 Samenstelling en deskundigheid

- 3.1.1 De raad van bestuur is zodanig samengesteld, dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen. Complementariteit, collegiaal bestuur en diversiteit zijn een voorwaarde voor een goede taakvervulling door de raad van bestuur.
- 3.1.2 Ieder lid van de raad van bestuur beschikt over gedegen kennis van de financiële sector in het algemeen en het verzekeringswezen in het bijzonder. Ieder lid beschikt over gedegen kennis van de maatschappelijke functies van de verzekeraar en van de belangen van alle betrokken partijen. Voorts beschikt ieder lid van de raad van bestuur over grondige kennis om de hoofdlijnen van het totale beleid van de verzekeraar te kunnen beoordelen en bepalen en zich een afgewogen en zelfstandig oordeel te kunnen vormen over risico's die daarbij worden gelopen.
- 3.1.3 De voorzitter van de raad van bestuur ziet toe op de aanwezigheid van een programma van permanente educatie voor de leden van de raad van bestuur, dat tot doel heeft de deskundigheid van de leden van de raad van bestuur op peil te houden en waar nodig te verbreden. De educatie heeft in ieder geval betrekking op relevante ontwikkelingen binnen de verzekeraar en de financiële sector, op corporate governance in het algemeen en die van de financiële sector in het bijzonder, op de zorgplicht jegens de klant, integriteit, het risicomanagement, financiële verslaggeving en audit.
- 3.1.4 Ieder lid van de raad van bestuur neemt deel aan het programma als bedoeld in 3.1.3 en voldoet aan de eisen van permanente educatie. Eén en ander is voorwaarde voor het kunnen functioneren als lid van de raad van bestuur. De raad van commissarissen vergewist zich ervan of de leden van de raad van bestuur voldoende deskundig zijn.
- 3.1.5 De verzekeraar vermeldt jaarlijks in zijn jaarverslag hoe invulling is gegeven aan de principes 3.1.3 en 3.1.4.
- 3.1.6 De raad van bestuur draagt, met inachtneming van de door de raad van commissarissen goedgekeurde risicobereidheid, zorg voor een evenwichtige afweging tussen commerciële belangen van de verzekeraar en te nemen risico's.
- 3.1.7 Binnen de raad van bestuur wordt aan een van de leden van de raad van bestuur de taak opgedragen besluitvorming binnen de raad van bestuur op het punt van risicobeheer voor te bereiden. Het betrokken lid van de raad van bestuur is tijdig betrokken bij de voorbereiding van beslissingen die voor de verzekeraar van materiële betekenis voor het risicoprofiel zijn, in het bijzonder waar deze beslissingen een afwijking van de door de raad van commissarissen goedgekeurde risicobereidheid tot gevolg kunnen hebben. Bij het uitoefenen van de risicobeheerfunctie wordt tevens aandacht besteed aan het belang van financiële stabiliteit en de impact die systeemrisico's mogelijk hebben op het risicoprofiel van de eigen instelling.
- 3.1.8 Het lid van de raad van bestuur bij wie de taak is belegd de besluitvorming binnen de raad van bestuur op het punt van risicobeheer voor te bereiden kan zijn functie combineren met andere aandachtsgebieden, op voorwaarde dat hij geen individuele commerciële verantwoordelijkheid draagt voor en onafhankelijk functioneert van commerciële taakgebieden.

3.2 Taak en werkwijze

- 3.2.1 De raad van bestuur van de verzekeraar draagt bij zijn handelen zorg voor een evenwichtige afweging van alle belangen van de bij de verzekeraar betrokken partijen zoals zijn klanten, aandeelhouders en medewerkers. Hierbij wordt rekening gehouden met de continuïteit van de verzekeraar, de maatschappelijke omgeving waarin de verzekeraar functioneert en wet- en regelgeving en codes die op de verzekeraar van toepassing zijn.
- 3.2.2 Het centraal stellen van de klant is een noodzakelijke voorwaarde voor de continuïteit van de verzekeraar. Onverminderd principe 3.2.1 draagt de raad van bestuur er zorg voor dat de verzekeraar zijn klanten te allen tijde zorgvuldig behandelt. De raad van bestuur draagt er zorg voor dat de zorgplicht jegens de klant wordt verankerd in de cultuur van de verzekeraar.
- 3.2.3 De leden van de raad van bestuur oefenen hun functie op een zorgvuldige, deskundige en integere manier uit met inachtneming van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, codes en reglementen. Ieder lid van de raad van bestuur tekent een moreel-ethische verklaring. In de toelichting op deze Code is een model-verklaring opgenomen. Dit model kan iedere verzekeraar naar eigen inzicht aanvullen.

- 3.2.4 De raad van bestuur draagt er zorg voor dat de in principe 3.2.3 bedoelde verklaring wordt vertaald in principes die gelden als leidraad voor het handelen van alle medewerkers van de verzekeraar. Iedere nieuwe medewerker van de verzekeraar wordt bij indiensttreding uitdrukkelijk gewezen op de inhoud van deze principes door middel van een verwijzing naar deze principes in het arbeidscontract en wordt geacht deze principes na te leven.

4. RISICOMANAGEMENT

- 4.1 De raad van bestuur, en binnen de raad van bestuur primair de voorzitter van de raad van bestuur, is verantwoordelijk voor het vaststellen, uitvoeren, monitoren en waar nodig bijstellen van het algehele risicobeleid van de verzekeraar. De risicobereidheid wordt op voorstel van de raad van bestuur tenminste jaarlijks ter goedkeuring aan de raad van commissarissen voorgelegd. Tussentijdse materiële wijzigingen van de risicobereidheid worden eveneens ter goedkeuring aan de raad van commissarissen voorgelegd.
- 4.2 De raad van commissarissen houdt toezicht op het door de raad van bestuur gevoerde risicobeleid. Daartoe bespreekt de raad van commissarissen het risicoprofiel van de verzekeraar en beoordeelt hij op strategisch niveau of kapitaalallocatie en liquiditeitsbeslag in algemene zin in overeenstemming zijn met de goedgekeurde risicobereidheid. Bij de uitoefening van deze toezichtrol wordt de raad van commissarissen geadviseerd door de risicocommissie die hiertoe uit de raad van commissarissen is gevormd.
- 4.3 De raad van commissarissen beoordeelt periodiek op strategisch niveau of de bedrijfsactiviteiten in algemene zin passen binnen de risicobereidheid van de verzekeraar. De voor deze beoordeling relevante informatie wordt op zodanige wijze door de raad van bestuur aan de raad van commissarissen verstrekt dat deze laatste in staat is zich daar een gedegen oordeel over te vormen.
- 4.4 De raad van bestuur draagt er zorg voor dat het risicobeheer zodanig adequaat is ingericht dat hij tijdig op de hoogte is van materiële risico's die de verzekeraar loopt opdat deze risico's beheerst kunnen worden. Beslissingen die van materiële betekenis zijn voor het risicoprofiel, de kapitaalallocatie of het liquiditeitsbeslag, worden genomen door de raad van bestuur.
- 4.5 Iedere verzekeraar heeft een Product Goedkeuringsproces. De raad van bestuur draagt zorg voor de inrichting van het Product Goedkeuringsproces en is verantwoordelijk voor het adequaat functioneren daarvan. Producten die het Product Goedkeuringsproces binnen de verzekeraar doorlopen worden niet op de markt gebracht of gedistribueerd zonder een zorgvuldige afweging van de risico's door de risicomanagementfunctie binnen de verzekeraar en zorgvuldige toetsing van andere relevante aspecten, waaronder de zorgplicht jegens de klant. De interne auditfunctie controleert op basis van een jaarlijkse risico-analyse of opzet, bestaan en werking van het proces effectief zijn en informeert de raad van bestuur en de desbetreffende (risico)commissie van de raad van commissarissen omtrent de uitkomsten hiervan.

5. AUDIT

- 5.1 De raad van bestuur draagt zorg voor systematische controle op de beheersing van de risico's die met de (bedrijfs)activiteiten van de verzekeraar samenhangen.
- 5.2 Binnen de verzekeraar is een interne auditfunctie werkzaam die onafhankelijk is gepositioneerd. Het hoofd interne audit rapporteert aan de voorzitter van de raad van bestuur en heeft een rapportagelijn naar de voorzitter van de auditcommissie.
- 5.3 De interne auditfunctie heeft tot taak te beoordelen of de interne beheersmaatregelen in opzet, bestaan en in werking effectief zijn. Daarbij ziet zij onder meer op de kwaliteit en effectiviteit van het functioneren van de governance, het risicobeheer en de beheersprocessen binnen de verzekeraar. De interne auditfunctie rapporteert over de bevindingen aan de raad van bestuur en de auditcommissie.

- 5.4 Tussen de interne auditfunctie, de externe accountant en de risico- of auditcommissie van de raad van commissarissen vindt periodiek informatie-uitwisseling plaats. In het kader van deze informatie-uitwisseling is ook de risicoanalyse en het auditplan van de interne auditfunctie en van de externe accountant onderwerp van overleg.
- 5.5 In het kader van de algemene controleopdracht voor de jaarrekening rapporteert de externe accountant in zijn verslag aan de raad van bestuur en de raad van commissarissen zijn bevindingen over de kwaliteit en effectiviteit van het functioneren van de governance, het risicobeheer en de beheersprocessen binnen de verzekeraar.
- 5.6 De interne auditfunctie neemt het initiatief om met de Nederlandsche Bank en de externe accountant tenminste jaarlijks in een vroegtijdige fase elkaars risicoanalyse en bevindingen en auditplan te bespreken.

6. BELONINGSBELEID

6.1 Uitgangspunt

- 6.1.1 De verzekeraar voert een zorgvuldig, beheerst en duurzaam beloningsbeleid dat in lijn is met zijn strategie en risicobereidheid, doelstellingen en waarden en waarbij rekening wordt gehouden met de lange termijn belangen van de verzekeraar, de relevante internationale context en het maatschappelijk draagvlak. De raad van commissarissen en de raad van bestuur nemen dit uitgangspunt in acht bij het vervullen van hun taken met betrekking tot het beloningsbeleid.

6.2 Governance

- 6.2.1 De raad van commissarissen is verantwoordelijk voor het uitvoeren en evalueren van het vastgestelde beloningsbeleid ten aanzien van de leden van de raad van bestuur. Daarnaast geeft de raad van commissarissen goedkeuring aan het beloningsbeleid voor het senior management en ziet hij toe op de uitvoering daarvan door de raad van bestuur. Tevens keurt de raad van commissarissen de beginselen van het beloningsbeleid voor overige medewerkers van de verzekeraar goed. Het beloningsbeleid van de verzekeraar omvat mede het beleid met betrekking tot het toekennen van retentie-, exit- en welkomstpakketten.
- 6.2.2 De raad van commissarissen bespreekt jaarlijks de hoogste variabele inkomens. De raad van commissarissen ziet erop toe dat de raad van bestuur ervoor zorg draagt dat de variabele beloningen binnen de verzekeraar passen binnen het vastgestelde beloningsbeleid van de verzekeraar en in het bijzonder of deze voldoen aan de in deze paragraaf genoemde principes. Tevens bespreekt de raad van commissarissen materiële retentie-, exit en welkomstpakketten en ziet erop toe dat deze passen binnen het vastgestelde beloningsbeleid van de verzekeraar en niet excessief zijn.

6.3 Bestuurdersbeloning

- 6.3.1 Het totale inkomen van een lid van de raad van bestuur staat in een redelijke verhouding tot het vastgestelde beloningsbeleid binnen de verzekeraar waarbij het totale inkomen ten tijde van de vaststelling iets beneden de mediaan van vergelijkbare functies binnen en buiten de financiële sector ligt, waarbij de relevante internationale context wordt meegewogen.
- 6.3.2 De vergoeding bij ontslag van een lid van de raad van bestuur bedraagt maximaal eenmaal het jaarsalaris (het 'vaste' deel van de bezoldiging). Indien het maximum van eenmaal het jaarsalaris voor een lid van de raad van bestuur die in zijn eerste benoemingstermijn wordt ontslagen kennelijk onredelijk is, komt dit lid van de raad van bestuur in dat geval in aanmerking voor een ontslagvergoeding van maximaal tweemaal het jaarsalaris.
- 6.3.3 Bij de toekenning van de variabele beloning aan een lid van de raad van bestuur wordt rekening gehouden met de lange termijn component. De toekenning is mede afhankelijk van winstgevendheid en/of continuïteit. De variabele beloning wordt voor een materieel deel voorwaardelijk toegekend en op zijn vroegst drie jaar later uitgekeerd.

- 6.3.4 Aandelen die zonder financiële tegenprestaties aan een lid van de raad van bestuur worden toegekend, worden aangehouden voor telkens een periode van ten minste vijf jaar of tot ten minste het einde van het dienstverband indien deze periode korter is. Indien opties worden toegekend worden deze in ieder geval de eerste drie jaar na toekenning niet uitgeoefend.

6.4 Variabele beloning

- 6.4.1 Het toekennen van een variabele beloning is mede gerelateerd aan de lange termijn doelstellingen van de verzekeraar.
- 6.4.2 Iedere verzekeraar stelt een bij de verzekeraar passend maximum vast voor de verhouding tussen de variabele beloning en het vaste salaris. Voor een lid van de raad van bestuur bedraagt de variabele beloning per jaar maximaal 100% van het vaste inkomen.
- 6.4.3 Een variabele beloning wordt gebaseerd op de prestaties van het individu, zijn bedrijfs onderdeel en die van de verzekeraar als geheel op basis van vooraf vastgestelde en beoordeelbare prestatiecriteria. Naast financiële prestatiecriteria vormen ook niet-financiële prestatiecriteria een belangrijk onderdeel van de individuele beoordeling. In het beloningsbeleid van de verzekeraar worden de prestatiecriteria zoveel mogelijk geobjectiveerd.
- 6.4.4 Bij het beoordelen van prestaties op basis van de vastgestelde prestatiecriteria worden financiële prestaties gecorrigeerd voor (geschatte) risico's en kosten van kapitaal.
- 6.4.5 In buitengewone omstandigheden, bijvoorbeeld indien toepassing van de vastgestelde prestatiecriteria tot een verkrijging van ongewenste variabele beloning van een lid van de raad van bestuur zou leiden, heeft de raad van commissarissen de discretionaire bevoegdheid de variabele beloning aan te passen wanneer deze naar zijn oordeel leidt tot onbillijke of onbedoelde uitkomsten.
- 6.4.6 De raad van commissarissen heeft de bevoegdheid de variabele beloning die is toegekend aan het lid van de raad van bestuur op basis van onjuiste (financiële) gegevens terug te vorderen van het desbetreffende lid van de raad van bestuur.

TOELICHTING

Hieronder wordt een aantal principes uit de Code toegelicht.

- 2.1.1 In de Code is expliciet het belang van complementariteit, collegiaal bestuur, onafhankelijkheid en diversiteit van de raad van commissarissen benadrukt. Er is geen kwantitatieve bepaling opgenomen over de omvang van de raad van commissarissen, onder meer niet omdat de omvang van de raad van commissarissen niet bepalend hoeft te zijn voor zijn functioneren.
- 2.1.5 Met dit principe wordt nadrukkelijk niet bedoeld dat de voorzitter van de raad van commissarissen afkomstig dient te zijn uit de financiële sector.
- 2.1.7 Andere waarden die een commissaris inbrengt, zoals ervaring, deskundigheid en professionaliteit, kunnen een rol spelen bij het vaststellen van een passende vergoeding.
- 2.1.9 Dit principe is gebaseerd op de gangbare praktijk van jaarlijkse evaluatie door de raad van commissarissen van het eigen functioneren.
- 2.1.10 De begeleiding van de in dit principe bedoelde evaluatie van het functioneren van de raad van commissarissen hoeft niet in alle gevallen extern plaats te vinden, maar kan in voorkomend geval ook interne begeleiding inhouden. Voorwaarde voor interne begeleiding is wel dat die – evenals externe begeleiding – onafhankelijk van de raad van commissarissen plaatsvindt.
- 2.2.1 Binnen de raad van commissarissen moet aandacht worden besteed aan risicobeheer, onder andere door het instellen van een aparte risicocommissie. De taken van de risicocommissie kunnen ook worden belegd bij een andere specifieke commissie – in veel gevallen de auditcommissie. Met name bij kleinere verzekeraars kan niet altijd in een separate risicocommissie worden voorzien.

- 3.1.1 Ten aanzien van de samenstelling en deskundigheid van de raad van bestuur is in dit principe, naast het belang van diversiteit, ook het belang van complementariteit en collegiaal bestuur van de raad van bestuur opgenomen. Hiermee wordt onderstreept dat complementariteit en collegiaal bestuur bijdragen aan een stabiele interne governance structuur, die in staat is interne en externe ontwikkelingen te overzien en te adresseren.
- 3.1.2 Alle leden van de raad van bestuur en de raad van commissarissen dienen over permanente grondige kennis te beschikken om de hoofdlijnen van het totale beleid van de verzekeraar te kunnen beoordelen en zich een zelfstandig en afgewogen oordeel van de risico's die daarbij gelopen worden te kunnen vormen. Dit principe staat er niet aan in de weg dat ook personen van buiten de financiële sector kunnen toetreden tot de raad van bestuur van een verzekeraar.
- 3.1.5 Verzekeraars vermelden in hun jaarverslag hoe invulling is gegeven aan de principes over permanente educatie.
- 3.1.6 In overeenstemming met het principe van complementariteit en collegialiteit van de raad van bestuur is in dit principe opgenomen dat de raad van bestuur zorgdraagt voor een evenwichtige afweging tussen commerciële belangen van de verzekeraar en te nemen risico's.
- 3.1.8 De risicomanagementfunctie wordt specifiek belegd bij een lid van de raad van bestuur dat geen individuele commerciële verantwoordelijkheid draagt voor en onafhankelijk functioneert van commerciële taakgebieden. Dit laat onverlet dat risicomanagement een kerntaak is van de gehele raad van bestuur. Afwegingen tussen risico en rendement zijn de integrale verantwoordelijkheid van ieder lid van de raad van bestuur. Ieder lid moet dus zowel risico als rendement voldoende begrijpen. Risicobeslissingen kunnen niet volledig gedelegeerd worden naar een gespecialiseerde risico-afdeling.
- 3.2.1 In het bestuursmodel zoals dat in Nederland wettelijk is voorgeschreven, dienen de belangen van alle stakeholders te worden meegewogen. Principe 3.2.1 geeft daar op een evenwichtige manier uitdrukking aan.
- 3.2.2 De Code brengt niet alleen tot uitdrukking dat belangen van de verschillende betrokken partijen integraal dienen te worden afgewogen, maar ook dat klanten te allen tijde zorgvuldig worden behandeld en dat de zorgplicht jegens de klant in de cultuur van de verzekeraar wordt verankerd. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de opvattingen ter zake van een meer prominente plaats van de klant in de belangenafweging tussen de verschillende betrokken partijen, zonder het belang van de overige stakeholders tekort te doen.
- 3.2.3 De aanbevolen tekst voor een door verzekeraarbestuurders te ondertekenen moreel-ethische
3.2.4 verklaring is hieronder als model opgenomen. In aanvulling kan iedere verzekeraar de verklaring voor zijn bestuurders zo formuleren dat deze in lijn is met het specifieke karakter en profiel van de verzekeraar. De tekst van de moreel-ethische verklaring zal openbaar worden gemaakt en worden gepubliceerd op de website van de desbetreffende verzekeraar. Daarnaast vormt zij een leidraad voor het handelen van alle medewerkers van de verzekeraar.
- 'Ik verklaar dat ik mijn functie als verzekeraar integer en zorgvuldig zal uitoefenen. Ik zal een zorgvuldige afweging maken tussen alle belangen die bij de verzekeraar betrokken zijn, te weten die van de klanten, de aandeelhouders, de werknemers en de samenleving waarin de verzekeraar opereert. Ik stel in die afweging het belang van de klant centraal en zal de klant zo goed mogelijk inlichten. Ik zal mij gedragen naar de wetten, de reglementen en de gedragscodes die op mij als verzekeraar van toepassing zijn. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik maak geen misbruik van mijn verzekeringskennis. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal mij inspannen om het vertrouwen in het verzekeringswezen te behouden en te bevorderen. Ik zal zo het beroep van verzekeraar in ere houden.'
- 5.2 Aan de interne auditfunctie dient voldoende aandacht te worden geschonken binnen de governance van de verzekeraar.
- 5.6 In voorkomende gevallen kunnen deze besprekingen met de AFM worden gevoerd.

- 6 Algemeen: ten aanzien van de beloningsparagraaf zou de raad van commissarissen zich moeten inspannen bestaande contracten van de leden van de raad van bestuur zo spoedig mogelijk aan te passen aan de Code.
- 6.2.1 Het goedkeuren van de beginselen van het beloningsbeleid voor overige medewerkers van de verzekeraar heeft in het bijzonder betrekking op medewerkers met functies die het risicoprofiel van de verzekeraar beïnvloeden.
- 6.3.1 Met de vaststelling van het totale inkomen iets beneden de mediaan wordt bedoeld dat de beloning van de leden van de raad van bestuur de ontwikkeling in de markt volgt en daar nadrukkelijk niet op vooruit loopt.
- 6.3.2 Met deze formulering in de Code wordt aangesloten bij de bepalingen uit de Nederlandse corporate governance code ten aanzien van de ontslagvergoeding.
- 6.3.3 Het materiële deel van de variabele beloning dat voorwaardelijk is toegekend, wordt op zijn vroegst drie jaar later uitgekeerd. Het overige deel van de variabele beloning kan direct worden uitgekeerd.
- 6.3.4 Met deze formulering in de Code wordt aangesloten bij de bepalingen uit de Nederlandse corporate governance code ten aanzien van het aanhouden aandelen en opties.
- 6.4.3 Met dit principe wordt niet beoogd voor functionarissen werkzaam in control functies en dergelijke (audit, compliance en personeelszaken) de performance van de business unit die ze controleren te betrekken.
- 6.4.4 Het verdient aanbeveling dat de raad van commissarissen de hoogte en de structuur van de bezoldiging van bestuurders mede vaststelt aan de hand van uitgevoerde scenarioanalyses en met inachtneming van de beloningsverhoudingen binnen de onderneming.
- 6.4.5 De raad van commissarissen komt de discretionaire ruimte toe om bij ongewenste effecten de opbrengst van aandelen te maximeren.

15 december 2010

BIJLAGE 2

Instellingsbesluit Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars

De Minister van Financiën,

Mede namens de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie;

Overwegende dat het wenselijk is een Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars in te stellen die tot taak heeft de naleving van de Governance Principes, zoals aangewezen op grond van artikel 391, vijfde lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, te monitoren;

Overwegende dat in samenspraak met het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en de Federatie Onderlinge Verzekeraars een commissie is samengesteld die deze taak op zich kan nemen;

Besluit:

Artikel 1

Er is een Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars, die in samenspraak met het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en de Federatie Onderlinge Verzekeraars is ingesteld, hierna te noemen: de Commissie.

Artikel 2

De Commissie heeft tot taak de naleving van de op grond van artikel 391, vijfde lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bij algemene maatregel van bestuur aangewezen Code, de Governance Principes (Staatscourant 25 mei 2011, nr. 9237) te monitoren.

Artikel 3

1. De Commissie voert haar taak onder meer uit door:
 - a. de toepassing van de Governance Principes te inventariseren;
 - b. eventuele leemtes, onduidelijkheden en onevenwichtigheden in de Governance Principes te signaleren;
 - c. aanbevelingen te doen over mogelijke aanpassingen van de Governance Principes.
2. De Commissie kan in het kader van de uitvoering van haar taak adviezen van derden inwinnen.

Artikel 4

1. De Commissie bestaat uit een voorzitter en ten hoogste vijf leden, bijgestaan door een secretariaat. De voorzitter en de leden worden benoemd op basis van hun deskundigheid of ervaring op tenminste één van de in de Governance Principes bestreken gebieden dan wel op basis van hun ervaring in de financiële sector, het openbaar bestuur, maatschappelijke organisaties of de wetenschap. De Commissie wordt benoemd door de Minister van Financiën in overeenstemming met de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie. De benoeming geldt voor de periode vanaf de inwerkingtredingsdatum van dit besluit tot en met 23 maart 2013.
2. Bij tussentijdse beëindiging van het lidmaatschap treedt het lid dat wordt benoemd ter vervulling van de opengevallen plaats af op het tijdstip waarop degene in wiens plaats hij is benoemd, had moeten aftreden.
3. De voorzitter en de leden van de Commissie handelen zonder last of ruggespraak.

Artikel 5

De Commissie doet ten minste eenmaal per jaar verslag van haar bevindingen aan de Minister van Financiën en het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en de Federatie Onderlinge Verzekeraars.

Artikel 6

Dit besluit treedt in werking met ingang van de eerste dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 6 juli 2011.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Financiën,
J.C. de Jager.*

BIJLAGE 3

Samenstelling van de Commissie

Onderstaand een overzicht van de leden van de Commissie en hun relevante (neven)functies.

Ferdinand Grapperhaus (voorzitter)

Naast voorzitter van de Commissie is Ferdinand Grapperhaus onder meer:

- Advocaat/partner Allen&Overy Amsterdam
- Hoogleraar Europees Arbeidsrecht Universiteit Maastricht
- Onafhankelijk lid (kroonlid) Sociaal Economische Raad
- Lid Raad van Toezicht Kadaster
- Lid curatorium Vereniging Arbeidsrecht Advocaten Nederland
- Voorzitter Wetenschapscommissie Preventie en Gezondheid ZonMw
- Lid redactie Tijdschrift Ondernemingsrecht en Effectenrecht
- Lid redactie Tijdschrift Recht en Arbeid
- Lid beroepscommissie Licentiezaken KNVB
- Lid Bestuur Stichting Het Concertgebouw Fonds

Hein Albeda (lid)

Naast lid van de Commissie is Hein Albeda onder meer:

- Zelfstandig adviseur op het gebied van burgers als klant, stakeholder en participant
- Voormalig Directeur Stichting Rekenschap
- Lid bestuur stichting Agora Europa
- Secretaris stichting ITO (Instituut voor Telecom Organisatie) (tot maart 2012)

Sybilla Dekker (lid)

Naast lid van de Commissie is Sybilla Dekker onder meer:

- Voormalig Minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM)
- Lid Raad van Commissarissen Royal Haskoning DHV
- Lid Raad van Commissarissen Bank Nederlandse Gemeenten
- Voorzitter van Taskforce en Stichting Talent naar de Top
- Voorzitter Raad van Toezicht Kadaster
- Voorzitter Raad van Toezicht Stichting AMFO - Antilliaanse MedeFinancierings Organisatie (tot augustus 2012)
- Voorzitter Raad van Toezicht Diabetes Fonds
- Voorzitter van de Strategische Adviesraad Bouw en Ondergrond, TNO
- Voorzitter Tafel van Borging, Maasvlakte II
- Lid Raad van Toezicht Onderzoeksprogramma Kennis voor Klimaat
- Lid College Financieel Toezicht Curaçao en St. Maarten en BES (vanaf 1 juli 2012)

Jan Helderman RA (lid)

Naast lid van de Commissie is Jan Helderman onder meer:

- Voorzitter van het Audit Committee van de Algemene Rekenkamer
- Voormalig Partner Ernst & Young Accountants
- Voormalig Voorzitter Koninklijk Nederlands Instituut van Registeraccountants (NIVRA)

- Penningmeester en vice-voorzitter Theaters Diligentia en Pepijn
- Penningmeester Stichting Vernieuwing Theaters Diligentia en Pepijn
- Penningmeester Stichting Instrumentenfonds Koninklijk Conservatorium Den Haag
- Lid Raad van Advies Grote Kerk Den Haag
- Lid Raad van Commissarissen en lid van het Audit Committee van Vereniging Hendrick de Keyser
- Voorzitter Accountantstafel Sociëteit de Witte Den Haag

Ingrid Visscher (lid)

Naast lid van de Commissie is Ingrid Visscher onder meer:

- Operationeel Directeur UNICEF Nederland

Ieke van den Burg (adviseur)

Naast adviseur van de Commissie is Ieke van den Burg onder meer:

- Voormalig lid Europees Parlement
- Voormalig Lid Federatiebestuur FNV
- Voormalig Lid Sociaal Economische Raad
- Commissaris ASML Holding NV
- Commissaris APG Groep NV
- Voorzitter Stichting toetsing verzekeraars
- Lid Monitoring Commissie Corporate Governance Code
- Lid Advisory Scientific Committee European Systemic Risk Board
- Voorzitter Board AISBL Finance Watch
- Voorzitter en bestuurslid van een aantal andere non profit stichtingen
- Lid van een aantal adviesraden

Het secretariaat van de Commissie wordt verzorgd door:

Rosemarie Wijnands (secretaris)

Marie-Claire Menting (assistent-secretaris)

Stichting toetsing verzekeraars

Koningin Julianalaan 351

2273 JJ Voorburg

T 070-8911199

I www.mcverzekeraars.nl

Paper KBC



Inhoud

1. Inleiding
2. Cultuuromslag
3. Klachtenafhandeling
4. Informatievoorziening/communicatie
5. Conclusie en tips
6. Slotwoord

De Commissie nodigt verzekeraars uit om eigen ervaringen en zienswijzen op de invulling van het begrip Klantbelang Centraal te delen met de Commissie door op deze paper te reageren. Welke visie hebben verzekeraars op Klantbelang Centraal? Hoe borgen zij Klantbelang Centraal in hun organisatie en producten? De Commissie zal de reacties benutten bij haar eindrapportage die zij in december 2012 zal uitbrengen.

1. Inleiding

Eén van de uitgangspunten van de Code is het centraal stellen van de klant.

Governance principes en aanleiding

Door de financiële crisis en maatschappelijke ontwikkelingen is de aandacht voor Corporate Governance bij financiële instellingen en toezichthouders de afgelopen periode vergroot. Het imago van de sector heeft een deuk opgelopen en die is niet zomaar hersteld.

Het Verbond van Verzekeraars koos voor een aantal ingrijpende maatregelen om het vertrouwen te herstellen, waaronder invoering van de Governance Principes, ofwel de Code. De tekst van de Code is ontleend aan de Code Banken. Eén van de uitgangspunten van de Code is *“het centraal stellen van de klant is een noodzakelijke voorwaarde voor de continuïteit van de verzekeraar.(...) De raad van bestuur draagt er zorg voor dat de verzekeraar zijn klanten te allen tijde zorgvuldig behandelt en dat de zorgplicht jegens de klant wordt verankerd in de cultuur van de verzekeraar”* (i.e. Klantbelang Centraal).

De Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars

De Monitoring Commissie Governance Principes Verzekeraars (hierna de Commissie), een onafhankelijke door de minister van Financiën benoemde commissie, monitort de navolging van de Code en kan haar oordeel geven over de inhoud van de Code en aanbevelingen doen voor eventuele aanpassingen. De taakopvatting van de Commissie is om naast monitoring, ook te helpen en te ondersteunen bij de inbedding van de Code in de sector. De drijfveer moet niet zijn *compliance*, maar een door de organisatie heen gedragen verandering van gedrag en werkwijze.

Goede praktijken

In dit kader vindt de Commissie het belangrijk dat er goede praktijken beschikbaar komen over Klantbelang Centraal (KBC). In afstemming met de AFM zijn daartoe drie cruciale thema's gekozen: Cultuuromslag, Klachtenafhandeling en Informatievoorziening/communicatie. Tijdens drie bijeenkomsten die de Commissie heeft georganiseerd, hebben verzekeraars die gezien kunnen worden als een goed voorbeeld, verteld hoe zij het veranderingsproces hebben aangepakt. In deze bijeenkomsten zijn ook andere verzekeraars aan het woord gekomen en konden zij vertellen over hun eigen KBC-activiteiten. De Commissie heeft veel waardering voor de openheid die verzekeraars getoond hebben bij het delen van ervaringen.

Voor het thema *Cultuuromslag* is gekozen voor een goede praktijk-presentatie van VvAA, in het kader van het thema *Klachtenafhandeling* verzorgde Nationale-Nederlanden een presentatie en voor wat betreft *Informatievoorziening/communicatie* deed AEGON dit.

Wat is Klantbelang Centraal

KBC is - uiteraard - niet hetzelfde als klantgericht werken. Het gaat veel verder: KBC gaat om het verankeren van de zorgplicht jegens de klant in de cultuur van de verzekeraar. Dit impliceert bijvoorbeeld dat alle beslissingen starten met de klant en dat klanten bij allerlei zaken zoals informatievoorziening worden betrokken. Ook betekent het dat producten worden ontwikkeld naar de behoeften en de belangen van de klant en dat productvoordelen benoemd worden in termen van bevrediging van die klantbehoeften. Zo zijn er meer zaken die aandacht behoeven: externe focus, klantrelatie-ontwikkeling en winstgevendheid door loyaliteitsverhoging. Simpel gezegd betekent het ook: praten met de klant en met oplossingen komen, in plaats van eindeloos heen en weer corresponderen.

Waarom KBC nodig is

KBC is nodig voor het herstel van het vertrouwen in de financiële dienstverlening. Het vertrouwen dat de wortel vormt voor de sector. Dit betekent overigens niet dat er geen aandacht meer mag zijn voor geld verdienen en winst maken. Het gaat erom dat er een beter evenwicht komt waarbij de belangen van alle bij de verzekeraar betrokken partijen, zoals klanten, aandeelhouders en medewerkers, meetellen.

De paper

Van belang is dat iedere verzekeraar zich inzet om een KBC-aanpak in zijn processen te integreren, klein en groot, met afgebakende markt en landelijk opererend. Voor iedereen die niet aanwezig kon zijn bij de bijeenkomsten van de Commissie is deze paper opgesteld. In de paper zijn de goede praktijken en een aantal reacties van aanwezige verzekeraars verwerkt. De paper is daarmee een instrument om goede praktijken, ideeën en voortgang van processen kenbaar te maken en om de discussie in de sector op gang te brengen en te houden, zoals ook KBC een constante veranderbereidheid zal vragen.

2. Cultuuromslag

Een door heel de organisatie heen gedragen verandering van gedrag en werkwijze

Waarom cultuuromslag?

De verzekeraarscultuur destijds was 'pushing products, vanuit silo geredeneerd' in plaats van uit het klantbelang

We realiseerden ons dat we waren afgedwaald naar verzakelijking en daarom terug moesten naar de basisvragen waarom en waartoe zijn we hier

In de financiële sector was een cultuur ontstaan van productgedrevenheid en verkoopgerichtheid. Overigens bestaat er in het algemeen een gevaar dat bedrijven die producten verkopen, vooral kopers zoeken voor de producten in plaats van oplossingen voor de klanten. Ook de financiële dienstverlening, een van oorsprong dienstverlenende sector, stond niet meer automatisch aan de zijde van de klant maar ook tegenover de klant. Een omslag werd noodzakelijk.

Goede praktijk VvAA: terug naar de basisvragen

VvAA heeft in 2008 een herpositionering doorgevoerd waarbij is teruggegrepen op de van oudsher in de organisatie verankerde waarden van ledenbelang en kwaliteit. Samen met collega's en leden is de missie geformuleerd: "VvAA is de persoonlijk adviseur en het zakelijk kompas in dienst van alle professionals in de Nederlandse gezondheidszorg". Dit werd de start van een cultuuromslag waarbij kwaliteit en ledenbelang centraal staan. VvAA ging daarbij terug naar de basisvragen: "Waarom en waartoe zijn we hier; wat is ons bestaansrecht?".

Deze missie moest met elkaar in praktijk worden gebracht. Er is begonnen met een gemeenschappelijke maar wel kleinschalige start. In zogenaamde Keukentafelbijeenkomsten heeft de directie in totaal 25 sessies met elke keer circa 50 collega's deze missie gedeeld. Ook heeft iedere VvAA collega een eigen missie geformuleerd en gekoppeld aan de VvAA missie. Door projecten als "Samen Klussen Klaren" en "Klare Taal" leerde men elkaar beter kennen, er ontstond kruisbestuiving en samenwerking. Kernprincipes zoals (projectmatig) samenwerken, feedback vragen en geven, zijn gaan leven. Er is zelfs een Collegamusical over het centrale VvAA verhaal, de ontstaansgeschiedenis en de waarden bedacht en opgevoerd door collega's inclusief rollen voor de hoofddirectie. Het maakte allemaal dat de nieuwe cultuur, dus werken in dienst van de leden/klanten, een basis kreeg.

Naast de bedrijfsbrede aanpak, investeert VvAA parallel en meer individueel ook in management en leiderschapsontwikkeling. Zo is er onder meer een programma voor leiders in de dop, de jonge talenten, de *challenge club* en de *high potentials*. Wie ben ik, wat drijft mij, hoe kom ik over? Dit om de impact van het eigen gedrag goed in beeld te krijgen.

VvAA Frontoffice

De veranderopgave van de *Frontoffice* was en is vooral gericht op het laden van het persoonlijk adviseurschap. Als consequentie van de herpositionering stapt VvAA in het aanbieden van haar assortiment meer en meer over van producten verkopen (verzekeringen, hypotheeken enzovoort) naar het inspelen op klantbehoeften en dus inspelen op belangrijke momenten in het leven van haar leden. Een meer CLM gedreven manier van marketing waarin het persoonlijk adviseurschap een cruciale rol speelt. De rol van de adviseur en de kwaliteit van het advies zijn bij VvAA altijd al belangrijk geweest; zo hangt de beoordeling van de adviseurs niet alleen af van het halen van kwantitatieve doelstellingen maar telt de feedback van klanten over het advies en het functioneren van de adviseur voor 50% mee. Met het Feeddex-systeem worden de klanten binnen een week nadat de adviseur op bezoek is geweest, bevroegd. Tot slot is ook de binnendienst bij de Frontoffice speciaal gericht op het persoonlijk adviseurschap. De collega's daar maken geen deel uit van een call center maar fungeren als persoonlijk adviseur in het verder helpen van de leden. Overigens is dit traject in de volle breedte nog in volle gang.

VvAA Rechtsbijstand

VvAA Rechtsbijstand is een aparte Stichting. De ommekeer hier moest komen na decennialang bezig zijn met de juridisering van dossiers, terwijl leden/klanten maar één ding willen: snel goede oplossingen.

Rechtsbijstand en met name de juiste begeleiding en advisering daarover is van groot belang voor een zorgprofessional. Iedere (para)medicus krijgt in zijn of haar professionele carrière minimaal eenmaal te maken met een klacht of een claim. Hele specifieke problematiek waarvoor je de juiste kennis en de beste adviseur aan je zijde wilt. De VvAA adviseurs zijn deze partner maar hoe gaan we deze unieke positie nog beter over het voetlicht krijgen?

Met een speciaal verandertraject dat bottom-up up met alle Rechtsbijstand collega's is opgesteld heeft deze verandering vorm gekregen. Dat ging over betere en snellere dienstverlening, bijvoorbeeld door de invoering van een Juridische advieslijn waar de eerstelijnsopvang plaatsvindt. Daarnaast is *efficiënter werken* ingevoerd. Kan dat dan bij KBC-processen? Ja, doelmatiger processen helpen namelijk om ook de cultuurdragers te veranderen (Brown Paper Company).

Medewerkers hebben *feedback* leren vragen en waarderen en tegelijk leren oppakken ter verbetering van processen. De cultuur is bezig om te slaan van cijfergericht naar de achterliggende werkelijkheid. Dit is echter een "klus" die nooit af is: Cultuurverandering is geen project dat je kunt starten en afsluiten, maar een dynamisch proces dat continue aandacht behoeft van leiding, management en (groepen van) collega's. Daarom is het van belang te investeren in het vergroten van de veranderingsbereidheid van mensen en deze te koppelen aan de ambities en doelstellingen van de organisatie. VvAA heeft daar de eerste stappen in gezet.

Reacties van andere verzekeraars

Ook wij hebben onszelf de vraag gesteld waar zijn we mee bezig? En aan de klant de vragen gesteld 'wat vindt u belangrijk? Waar loopt u tegenaan?' (Anker Verzekeringen)

Met alle directieleden praten over klantbeleving en het bewustzijn in de organisatie vergroten (Generali)

Cultuurverandering begint bij gedragsverandering en de structuur moet het ondersteunen (Delta Lloyd)

Bij De Goudse bestond een functionele en productgeoriënteerde organisatie die men heeft omgevormd naar marktunits: zakelijke markt en particuliere markt. Belangrijk hierin is dat het klantcontact nu gericht is op het bedienen van de klanten in plaats van productverkoop. Dit alles is onder één leiding gezet. Dit laatste versnelt naar zeggen van De Goudse de cultuuromslag richting KBC.

ZLM Verzekeringen refereert aan de omslag die is gemaakt van cijfergerichte targets en kostenreductie, naar het hanteren van zachtere meetinstrumenten, zoals klanttevredenheidsonderzoek.

Duidelijk is dat grotere verzekeraars het veranderingsproces "klein" moeten aanpakken, per afdeling het waarom moeten uitleggen, en de zaak concreet en tastbaar moeten maken.

3. Klachtenafhandeling

Een klant voelt of iemand zin heeft de klacht goed aan te pakken

Wat ging er fout?

Klachtenafhandeling was een soort pingpongen met de klant geworden

Er zat geen enkel gevoel bij de klachtenprocedure

Klachten hebben vaak te maken met communicatie: "ik hoor je wel, maar luister niet"

Alle verzekeraars erkennen dat klachtenprocedures konden verzanden in standaardoplossingen en juridisch dichtgetimmerde verhalen. Klachten zwierven nogal eens over afdelingen waardoor de briefwisseling met de klant eindeloos werd. Leren van een klacht was er nauwelijks of helemaal niet bij en indien wel, bleek er geen terugkoppeling met de klant te zijn over verbeteringen van de werkwijze. Klachtenafhandeling was en is soms nog steeds een cultuurprobleem: klachten worden genegeerd. Extra aandacht voor klachtenafhandeling is dus om meerdere redenen gewenst.

Goede praktijk Nationale-Nederlanden: klachtenbehandeling is onderdeel van de bedrijfsvoering.

Bij Nationale-Nederlanden noemt men het klachtenbehandeling. In 2009 is daartoe een veranderproces gestart. In de oude klachtenprocedure kreeg een klagende klant een juridisch dichtgetimmerd verhaal terug. Daar zat veelal weinig gevoel bij. In de nieuwe klachtenbehandeling staat Nationale-Nederlanden naast de klant en zijn er casemanagers benoemd die een zaak ook vanuit klantperspectief bekijken. Daarnaast is er onderscheid gemaakt tussen A- en B-klachten. De eerste zijn bijvoorbeeld zware klachten - zoals Kifid - en klachten waarop onvoldoende eerdere reactie is geweest. Deze klachten krijgen een centrale aanpak, met als bijkomend voordeel dat ze niet gaan zwerven. Onder B-klachten vallen onder meer uitingen van ongenoegen, die in de dagelijkse praktijk kunnen worden opgepakt en niet naar een casemanager hoeven. Hier dus een *decentrale* aanpak, in plaats van een *centrale*. Interessant is dat klanten het onderscheid A of B niet leren kennen. Dat blijft intern en bovendien blijft een klacht, eenmaal A gecategoriseerd, altijd A. Ook al blijkt het later een B-klacht.

Gegronnd of ongegrond

Het maakt niet uit of een klacht gegrond of ongegrond is. Het gaat primair om het opzoeken van het persoonlijke contact met de klant en het krijgen van een goed beeld bij de beleving van de klant. Bij Nationale-Nederlanden zitten de casemanagers Schade en Leven in één team en van de onderlinge uitwisseling en ervaringen leert men. Naast dat uiteraard onderzocht wordt wat een fout tot gevolg kan hebben voor andere polissen en polisvoorwaarden. Bij Nationale-Nederlanden wordt het toegejuicht om zèlf het initiatief te nemen een verbetering op te pakken.

Uiteraard wordt een klacht na bestudering ook wel eens niet gehonoreerd. Nationale-Nederlanden maakt de klant bij voorkeur telefonisch duidelijk wat daarvoor de redenen zijn. *Communicatie is key.*

Zaak succesvol afgerond? Deel het!

De ervaring van Nationale-Nederlanden is dat de klachtenbehandelaars hun werk leuk moeten vinden. Indien er aan de hand van een klacht binnen Nationale-Nederlanden *structurele* verbeteringen worden doorgevoerd, dan wordt het gemeld aan de klant. Na een nazorggesprek houdt men contact met de klant. Net zo belangrijk is de interne feedback. Heb je een zaak succesvol afgerond? Deel dit en vier de *wow-factor* met elkaar. Dat geeft dynamiek en zorgt ervoor dat klachtenbehandeling op de radar blijft.

Er blijken steeds meer klachten via social media binnen te komen. Nationale-Nederlanden laat dagelijks 10.000 sites scannen op klachten en heeft deze gecategoriseerd in particulier en zakelijk. Tegelijk is men met *Webcare* gestart. De behandeling van klachten die geuit worden via Social Media vindt plaats in de bestaande klachtbehandelingsteams. Door proactief klanten op het internet te helpen wil Nationale-Nederlanden de dialoog met klanten verbeteren en eventuele negativiteit rondom het merk Nationale-Nederlanden verminderen en ombuigen naar positiviteit. Dit initiatief past binnen de strategie van Nationale-Nederlanden om klantgedreven te worden en is in lijn met het programma Klantbeleving doordat ze klanten daadwerkelijk verder helpen. Bijkomend effect is dat Nationale-Nederlanden zich profileert als een zichtbare, klantgerichte organisatie. Uiteindelijk zal dit moeten leiden tot een verbetering van de online reputatie van Nationale-Nederlanden in de markt.

Hoe reageren andere verzekeraars

Elke klacht is terecht (Zwitserleven)

Klachten voorkomen, dáárop dient de focus te zijn (Generali)

Kiezen voor persoonlijke klachtenbehandeling en afscheid nemen van standaarden en sjablonen (ZLM)

Als je leert van een klacht (complaint management) is elke klacht een cadeau (Allianz)

Elke klacht wordt geëvalueerd en in werkoverleg besproken (ARAG)

Emotie

Yarden weet als geen ander dat een brief niet werkt omdat er veel emotie bij uitvaart zit. Bellen is het minste wat je kunt doen. Zwitserleven onderstreept dat het bij verzekeringen in het algemeen vaak om emotie kan gaan. Wat doe je als er in de polis staat dat er geen uitkering komt bij een doodgeboren kind?

Generali doet doorlopend onderzoek binnen de afdelingen naar het aantal klachten, het melden en doormelden van klachten en waarom klachten worden gemeld. De maatschappij stuurt hierbij vooral op het herkennen van de signalen en het vertalen ervan in verbeterinitiatieven; minder op de vraag wie er gelijk heeft.

Het signaal moet doorkomen

De Goudse wijst in het kader van melden en doormelden op de soms terughoudende attitude van het middle management (“Wij lossen het zelf wel op”). De Goudse denkt dit probleem te hebben ondervangen door de verantwoordelijkheid bij een *klachtencontactpersoon* neer te leggen, die evenals de casemanagers bij Nationale-Nederlanden mandaat heeft. Iedere medewerker, directie inclusief, kan bij deze klachtencontactpersoon een klacht melden. De klacht wordt opgepakt en het resultaat teruggespeeld. Bovendien wordt onderzocht hoe de klacht kon ontstaan.

Medewerkers van verzekeraars moeten zich makkelijk kunnen verplaatsen in de rol van consument, die zij natuurlijk zelf ook zijn, zo vindt DAS. Medewerkers moeten kunnen begrijpen dat klanten heel goed *aanvoelen* of zij zin hebben om de klacht goed aan te pakken.

4. Informatievoorziening/communicatie

De klant is de belangrijkste stakeholder

Klantcontact in het verleden

Klantcontact was een verstoring van het dagelijks werk

Een vraag en antwoordspelletje, met formaliteiten en polisvoorwaarden als leidraad

Er werd geen rekening gehouden met emoties, de beleving bij de klant

Onbegrijpelijk taal, “tenenkrommende” informatievoorziening, puur rationele communicatie, standaardbrieven, formaliteiten en polisvoorwaarden en dus onbegrip over de beleving bij klanten, hebben lange tijd de boventoon gevoerd. Klanten werden soms radeloos van het zoeken naar uitvluchten door medewerkers van verzekeraars. Aandacht voor informatievoorziening en communicatie binnen Klantbelang Centraal was zeer nodig.

Goede praktijk: de AEGON-fan

De producten van een verzekeraar zijn niet echt tastbaar, een verzekering kun je niet vasthouden en de waarde ervan bewijst zich vaak pas in een - soms verre - toekomst. Als je als verzekeraar fans wilt, moet je dus uitblinken in je klantcontact: informatievoorziening en communicatie.

AEGON startte in 2009 met het “AEGON fan-programma”, waarbij ook een breed communicatie- en contactprogramma “Echt contact” werd uitgerold. Dit programma rekent af met de formele, polisvoorwaarden-gerichte contacten uit het verleden. Het programma verloopt volgens de (nieuwe) AEGON-kernwaarden: authenticiteit, eenvoud, verantwoordelijkheid, passie voor de klant, samenwerking en eerlijkheid.

Hoe richt je je bedrijf daarop in? AEGON startte met het opzetten van een portal met alle hulpmiddelen voor echt klantcontact. Voor “de goede brief” bijvoorbeeld, werd een meetlat ontwikkeld. Daartoe is een klantenpanel van enkele honderden klanten geïnstalleerd. Er gaat bovendien geen brief de deur uit voordat die is getoetst door dit klantenpanel (en uiteraard door compliance).

Overigens werd eerst de communicatie naar medewerkers onder de loep genomen. De insteek was: zo krijgen medewerkers een goed voorbeeld van het taalgebruik waar de organisatie naartoe wil. Vervolgens is men bij AEGON standaardbrieven en andere schriftelijke communicatie gaan herschrijven onder meer met zogeheten “Extreme Make Overs”. Hierbij wordt een aantal medewerkers gevraagd samen te komen in de entreehal van het bedrijf en op één dag zoveel mogelijk teksten te herschrijven volgens de kernwaarden. De impact en energie die daarbij in één dag bereikt worden is bijzonder hoog.

Het juiste contact op het juiste moment

Een van de allerbelangrijkste zaken in dit hele proces is: hoe krijg je het voor elkaar dat je ook op het juiste moment communiceert, belt, sms't of een brief in de bus laat vallen. Met “Emotional Customer Journey” wordt gekeken naar de *beleving* van een klant bij gebeurtenissen als een geboorte, trouwen, huis kopen, scheiding, ontslag en een pensioen afsluiten.

In plaats van rationele repliek, je realiseren hoe een klant zich voelt. Echt in gesprek gaan met klanten, echt leren luisteren, echt de emotie snappen.

Bij een huis kopen bleek bijvoorbeeld de overdracht een moment waar de klant bang is dat er op het laatste moment nog iets fout gaat. Die angst is overigens niet terecht, want zo zegt AEGON, het gaat in bijna alle gevallen gewoon goed en zo niet, dan wordt het op tijd gecorrigeerd. Toch stuurt AEGON tegenwoordig 24 uur van tevoren een sms naar de klant: “Veel plezier bij het passeren. Het geld is overgemaakt.” Als hierna wordt gevraagd of de klant bereid is de organisatie bij anderen aan te bevelen (NPS), wordt er hoog gescoord.

Reacties van andere verzekeraars

Behandel klanten zoals je zelf behandeld wilt worden (Verenigde Assurantiebedrijven Nederland)

Goede informatievoorziening omdat het moet? Nee, wees oprecht! (NV Nationale Borg Maatschappij)

Het gevoel creëren dat we een verzekeraar zijn die meedenkt (Legal & General)

Een piek in een traject

Een piek (het sms'je van AEGON) én een positieve ervaring aan het eind van een traject, worden onthouden. Dus als je wilt scoren, zo zegt ook ONVZ, moet je daarin investeren.

Bij ONVZ zijn alle medewerkers met klantcontact door een cultuurtraject gegaan, zodat medewerkers nu begrijpen dat de klant geen uitvluchten wil horen, maar geruststelling nodig heeft.

Sinds BNP Paribas Cardif zich realiseerde dat de klant de belangrijkste stakeholder is, is KBC niet alleen ingebed in het informatievoorzienings- en klantcontactproces, maar ook in de productontwikkeling. “We moeten tevens bereid zijn om ‘nee’ te verkopen, indien dit in het belang van de klant is.”

Bij een “nee”, bijvoorbeeld een afwijzing van een schadeclaim, wordt de klant door AEGON eerst opgebeld en het waarom uitgelegd. Daarna volgt de brief. AEGON en ook uitvaartverzekeraar Nuvema wijzen bovendien op de kernwaarde “verantwoordelijkheid”: mensen verantwoordelijk maken voor hun werkwijze en ook de vrijheid geven dingen te doen of te laten.

Rechtsbijstandsverzekeraars als ARAG hebben nog het probleem dat klanten vaak al emotioneel zijn als ze een schade melden. Communicatie is dan essentieel. Vaak is de dekking niet toereikend of is het geschil eerder begonnen dan de verzekering is gestart. Om de klant dan alsnog een goed gevoel te bezorgen, is een lastige zaak. Wat wel werkt is een goede toelichting en terugkoppeling of de klant heeft begrepen waarom een zaak is afgewezen. Terugkoppeling is voor uitvaartverzekeraars ook van groot belang. Hoe is de ervaring na de uitvaart bij de familie en is er geleverd wat is gevraagd c.q. verwacht? Hiervan kan weer worden geleerd.

Inspelen op negatieve gebeurtenissen. Als er iets fout gaat, niet een collega, een afdeling of “het systeem” de schuld geven, maar gaan werken aan een oplossing. De seinen op rood, desnoods mensen terugroepen van vakantie. En het gaat niet om polisnummers zoals in het verleden, maar om mensen met een negatieve beleving.

5. Conclusie en Tips

De omslag naar Klantbelang Centraal begint meestal aan de basis: waarom zijn we er als verzekeraar? Vervolgens komt er bottom-up verandering van gedrag en werkwijze op gang. De verzekeraar begint in feite opnieuw. Het resultaat zal meetbaar zijn in de terugkoppeling van klanten. En van de terugkoppeling kan opnieuw worden geleerd. KBC is een intrinsiek veranderingsproces dat door heel de organisatie heen stevig verankerd moet worden. Het is tevens een continu proces waarbij de verzekeraar ervoor moet waken, geholpen door de Code, dat terugval optreedt naar producten en cijfers. Het positieve effect van de KBC-cultuur op de werksfeer, helpt daar ook aan mee.

Tips

Hoe groter de maatschappij, hoe kleiner je het veranderingsproject moet maken in de zin van het *waarom en hoe* per afdeling uitleggen en de veranderingen concreet en tastbaar maken voor iedereen.

Stuur in belangrijke gevallen geen standaardbrief en kondig de brief en de genomen beslissing per telefoon aan.

Abstraheer van producten en kies voor klantevents als wonen, trouwen, geboorte, ontslag, scheiding, ziekte. Echt in gesprek gaan met klanten, echt leren luisteren, goed doorvragen, de emotionele lading van ingrijpende gebeurtenissen begrijpen en in oplossingen denken.

Maak medewerkers verantwoordelijk voor de oplossing van klantvragen en klachten. Heb persoonlijk contact met klagers, laat medewerkers in de ik-vorm praten en schrijven in plaats van het onpersoonlijke “wij”, de maatschappij.

Wanneer je als verzekeraar het doel hebt fans te winnen, moet je in feite vooral uitblinken in informatievoorziening, communicatie en klantcontact.

Belangrijk is de klant - de belangrijkste stakeholder - te betrekken bij communicatie: wat is goed, wat kan beter, wat scoort. In elk geval scoort het juiste klantcontact op het juiste moment.

Onthouden worden goede informatievoorziening/communicatie op een piekmoment en aan het eind van een proces.

Houd contact met de klant, ook na afhandeling van een klacht. Wat heeft de organisatie er structureel mee gedaan? Koppel ook dit terug naar de klant.

Deel het enthousiasme intern na het oplossen van een klacht en leer van fouten.

6. Slotwoord

Ten slotte wil de Commissie benadrukken dat verzekeraars zich bewust moeten zijn van het verschil tussen klant centraal en Klantbelang Centraal. Als het gaat om klant centraal kan de focus liggen op het kijken naar de behoeftebevrediging bij de klant. Op dit aspect kunnen verzekeraars met elkaar concurreren. Maar bij Klantbelang Centraal gaat het om de zorgplicht. Hierbij mogen klanten, zowel particulieren als collectiviteiten, bij elke verzekeraar verwachten er op te kunnen vertrouwen dat de zorgplicht rond hun belang geborgd is.

MONITORING COMMISSIE GOVERNANCE
PRINCIPES VERZEKERAARS

WWW.MCVERZEKERAARS.NL



Overzicht van verzekeraars die hebben deelgenomen aan de activiteiten van de Commissie

Deze lijst bevat alle verzekeraars die één of meer bijeenkomsten van de Commissie hebben bijgewoond.

- Achmea
- AEGON Nederland
- Allianz Nederland
- Amlin Corporate Insurance
- Anker Verzekeringen
- Ansva
- ARAG
- ASR
- Atradius
- BNP Paribas Cardif
- Conservatrix
- Coöperatie Univé
- Coöperatie VGZ
- Credit Life
- CZ
- DAS
- De Eendragt Pensioen N.V.
- De Goudse N.V.
- De Onze Verzekeringen
- DELA
- Delta Lloyd
- Donatus
- Generali
- HDI-Gerling Verzekeringen N.V.
- ING Verzekeringen
- JUWON Onderlinge Schade Mij
- Klaverblad
- Leeuwarder Onderlinge Verzekeringen U.A.
- Legal & General Nederland
- Menzis
- Monuta
- National Academic Verzekeringsmaatschappij
- Nationale-Nederlanden
- Noordhollandsche van 1816
- NorthWest Verzekeringen N.V.
- N.V. Nationale Borgmaatschappij
- N.V. Nuvema
- N.V. Levensverzekering Maatschappij De Hoop

- OBM Noord Holland U.A.
- Onderling Fonds Sliedrecht B.A.
- Onderlinge Gemeentelijke Bosbrandverzekering
- Onderlinge 's-Gravenhage
- Onderlinge Steenwijker Brandassurantie vereniging U.A.
- Onderlinge Uitvaartmaatschappij De Laatste Eer Drachten U.A.
- Onderlinge Uitvaartmaatschappij Ter Apel e.o. U.A.
- Onderlinge Uitvaartvereniging DLE Emmen U.A.
- Onderlinge Uitvaartverzekeraar Algemeen Belang U.A.
- ONVZ Zorgverzekeraar
- OOM Verzekeringen
- OVM Rijn en Aar
- OVM Vinkeveen
- OVM Zegveld en Omstreken U.A.
- OWM SAZAS
- PC Hoofd Groep
- Proteq
- REAAL
- SRK
- Tadas Verzekeringen
- TVM
- Uitvaartverzekering Twente
- Unigarant
- Univé Dichtbij
- Univé Het Zuiden
- Univé Leksprong
- Univé Regio Utrecht
- Univé Regio+
- Verenigde Assurantiebedrijven Nederland N.V.
- VGA Verzekeringen
- VvAA
- XL Insurance Company Limited
- Yarden
- ZLM Verzekeringen

BIJLAGE 6

Overzicht van verzekeraars die betrokken zijn geweest in het onderzoek

De lijst bevat een overzicht van de verzekeraars die de Commissie in het kader van haar onderzoek heeft aangeschreven. Bij iedere verzekeraar is ook het type vergunning en de onderzoeksgroep vermeld waarin de verzekeraar valt.

Naam verzekeraar	Type vergunning	Onderzoeksgroep
ABN AMRO Captive N.V.	Wft	V
ABN AMRO Verzekeringen	Wft	I
ACE Europe Life Ltd	EU/EER	III
ACE European Group Ltd	EU/EER	III
Achmea Reinsurance Company N.V.	Wft	V
Achmea Verzekeringen	Wft	I
Actua Schadeverzekering N.V.	Wft	I
AEGON Verzekeringen	Wft	I
AGA International S.A.	EU/EER	III
Aioi Japan	EU/EER	III
Akzo Nobel Assurantie N.V.	Wft	I
Alg. Friese Onderlinge Schadeverzekeringsmij "Zevenwouden" U.A.	Wft	I
Algemene Binnenvaart Onderlinge Verzekeringsmij B.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Algemene Onderlinge Paardenverzekeringsmij in Zeeuwsch-Vlaanderen W.A.	Onderl 3 lid 2	II
Algemene Zeeuwse Verzekering Mij N.V.	Wft	I
Alliance International Reinsurance Public Company Ltd	EU/EER	III
Allianz	Wft	I
Amazon Insurance	EU/EER	III
Amlin Corporate Insurance N.V.	Wft	I
Anderzorg N.V.	Wft	I
Anker Verzekeringen N.V.	Wft	I
Ansvar Verzekeringsmaatschappij N.V.	Wft	I
ARAG-Nederland, Algemene Rechtsbijstand Verzekeringmij N.V.	Wft	I
ASR Verzekeringen	Wft	I
Atradius Credit Insurance N.V.	Wft	I
Aviabel N.V.	EU/EER	III
Aviva Assurances	EU/EER	III
AXA ART Versicherung AG	EU/EER	III
AXENT NabestaandenZorg N.V.	Wft	I
Azivo Zorgverzekeraar N.V.	Wft	I
BAM Re N.V.	Wft	V
Black Sea and Baltic General Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Blaricumse Vereniging tot Onderlinge Brandverzekering W.A.	Onderl niet art. 3	II
Blue Square Re N.V.	Wft	V
BRIASS dierenziektekostenverzekering, onderlinge waarborgmij U.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Cardif Verzekeringen	Wft	I
CarGarantie N.V.	Wft	I
Centraal Bureau Slachtveeverzekeringen N.V.	Wft	I
Chartis Europe S.A.	EU/EER	III
China Taiping Insurance (UK) Co Ltd	EU/EER	III

Naam verzekeraar	Type vergunning	Onderzoeksgroep
Chr. Onderlinge Begravenisvereniging "Draagt Elkanders Lasten" U.A.	Wft	I
Chubb Insurance Company of Europe SE	EU/EER	III
CNA Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Coface Nederland	EU/EER	III
Compagnia di Assicurazioni di Milano società per azioni	EU/EER	III
Coöperatie Univé U.A.	Wft	I
Coöperatie VGZ U.A.	Wft	I
Credit Life International N.V.	Wft	I
DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmij N.V.	Wft	I
De Eendragt Pensioen N.V.	Wft	I
De Goudse Verzekeringen	Wft	I
De Luchtvaart Onderlinge W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
De Onderlinge Verzekering van Paarden te Avereest W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
De Waarborgmij tot Onderlinge Glasverzekering W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Dela Verzekeringen N.V.	Wft	I
Delta Lloyd Herverzekeringsmaatschappij N.V.	Wft	V
Delta Lloyd Verzekeringen	Wft	I
Deutsche Versicherungs-Gesellschaft in Bremen Aktiengesellschaft	EU/EER	III
Draagt Elkanders Lasten Uitvaartverzekeringen N.V.	Wft	I
DSB Verzekeringen (Tadas Verzekeringen)	Wft	I
DSM Schadeverzekeringmij N.V.	Wft	I
DSW Verzekeringen	Wft	I
Dutch Shipping Defence N.V.	Wft	I
Ecclesiastical Insurance Office Public Limited Company	EU/EER	III
Eerste Friesche Onderlinge Paarden Verzekeringmij U.A.	Wft	II
Eerste Onderlinge Kamper Glasverzekering Mij W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Eerste Urker Onderlinge Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen U.A.	Wft	I
EFM onderlinge schepenv verzekering U.A.	Wft	II
Electrorisk Verzekeringmij N.V.	Wft	I
Elips Life AG	EU/EER	III
English & American Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Eno Verzekeringen	Wft	I
Ergo Insurance N.V.	EU/EER	III
Ermelose Uitvaartverzekering N.V.	Wft	I
Euler Hermes Kredietverzekering N.V.	Wft	I
EuroCross International Insurance N.V.	Wft	I
Europese Goederen en Reisbagage Verzekeringmij N.V.	EU/EER	III
Facultatieve Verzekeringen N.V.	Wft	I
Florentis Uitvaartverzekeringen N.V.	Wft	I
Fortis Insurance Ltd	EU/EER	III
GAN Incendie Accidents compagnie française d'assurances et de réassurances incendie, accidents et risques divers	EU/EER	III
Gartenbau-Versicherung VVaG	EU/EER	III
Gelderse Uitvaart Verzekering N.V.	Wft	I
Generali verzekeringmaatschappij N.V.	Wft	I
Genworth Financial Mortgage Insurance Ltd	EU/EER	III
Gerling Namur - Kredietverzekeringen N.V.	EU/EER	III
Glasassurantie Mij "Midglas" N.V.	Wft	I
Global Re N.V.	Wft	V
Gresham Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Greyfriars Insurance Company Ltd	EU/EER	III

Naam verzekeraar
Type vergunning
Onderzoeksgroep

Hampden Insurance N.V.	Wft	I
HDB Assen N.V.	Wft	I
HDI-Gerling Verzekeringen N.V.	Wft	I
Het Onderling Paardenfonds te Dinxperlo W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Het Onderlinge Veefonds te Neede W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Het Platteland Brandverzekeraar N.V.	Wft	I
Highlands Insurance Company (U.K.) Ltd	EU/EER	III
Hiscox Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Hoogland U.A., Onderlinge Brandverzekering	Onderl 3 lid 1	IV
If P&C Insurance Ltd	EU/EER	III
ING Re (Netherlands) N.V.	Wft	V
ING Verzekeringen	Wft	I
Juwon Onderlinge Schade Mij U.A.	Wft	II
Klaverblad Verzekeringen	Wft	I
KMU Verzekeringen N.V.	Wft	I
L.A.R. RECHTSBIJSTAND	EU/EER	III
La Mutuelle du Mans Assurances I.A.R.D.	EU/EER	III
Leeuwarder Onderlinge Verzekeringen U.A.	Wft	I
Legal & General Nederland Levensverzekering Mij N.V.	Wft	I
Leidsche Verzekering Mij N.V.	Wft	I
Levante Società di Assicurazioni e Riassicurazioni	EU/EER	III
Levensverzekering Mij "De Onderlinge van 1719 U.A."	Wft	I
Liberty Mutual Insurance Europe Ltd	EU/EER	III
London Verzekeringen N.V.	Wft	I
Loyalis Verzekeringen	Wft	I
Maas Lloyd Verzekeringen	Wft	I
Malayan Insurance Company, Inc.	EU/EER	III
Markel International Insurance Company Ltd	EU/EER	III
MediRisk B.A.	Wft	I
Menzis N.V.	Wft	I
Mercator Verzekeringen N.V.	EU/EER	III
METRO Reinsurance N.V.	Wft	V
Minster Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Mitsui Sumitomo Insurance Company (Europe) Ltd	EU/EER	III
Mondial Assistance Europe N.V.	Wft	I
Monuta Verzekeringen N.V.	Wft	I
Mutual Insurance Association "Munis" (Onderlinge Verzekeringsmij "Munis") U.A.	Wft	I
N.V. Algemene Risico Verzekering Mij "Mercurius"	Wft	I
N.V. Argenta-Life Nederland	Wft	I
N.V. Hagelunie	Wft	I
N.V. Levensverzekering-Maatschappij "De Hoop"	Wft	V
N.V. Nationale Borg-Maatschappij	Wft	I
N.V. Noordhollandsche van 1816, Levensverzekeringsmij	Wft	I
N.V. Portefeuille-Overdracht Oost	Wft	I
N.V. Schadeverzekering Metaal en Technische Bedrijfstukken	Wft	I
N.V. Schadeverzekeringsmij Bovemij	Wft	I
N.V. Verzekering Mij "De Burcht"	Wft	I
N.V. Verzekeringsbedrijf Groot Amsterdam (VGA)	Wft	I
National Academic Verzekeringsmij N.V.	Wft	I
Nationale Onderlinge Fraudeverzekeringmij van de F.O.V. W.A.	Onderl 3 lid 2	II

Naam verzekeraar	Type vergunning	Onderzoeksgroep
Nationale Onderlinge Waarborg Mij tegen Brandschade U.A. Nederlanden van Nu	Wft	I
Nederlandsche Alg. Mij van Levensverzekering "Conservatrix" N.V.	Wft	I
Nippon Insurance Company of Europe Ltd	EU/EER	III
NIPPONKOA Insurance Company (Europe) Ltd	EU/EER	III
NIVO Uitvaartverzekeringen N.V.	Wft	I
Nordstern Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft	EU/EER	III
Northwest Verzekeringen N.V.	Wft	I
NS Insurance N.V.	Wft	I
Nutreco Assurantie N.V.	Wft	V
Océ Herverzekeringsmaatschappij N.V.	Wft	V
OHRA Verzekeringen	Wft	I
Onderling Brandcontract van Roerende en Onroerende Goederen, "De Veenhoop" U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderling Fonds "Sliedrecht "B.A.	Wft	II
Onderling Paardenfonds "De Eendracht" U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds "De IJsselstreek" W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderling Paardenfonds "Dwingeloo" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds "Norg" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Eext, Anderen, Eexterzandvoort W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Gorssel en Omstreken W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Kloosterhaar en Omstreken W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Nieuwlande en Omstreken W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderling Paardenfonds Nijeveen en omstreken U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Ooststellingwerf en naaste omgeving W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderling Paardenfonds W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Westerbork en Omstreken B.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenfonds Zweeloo W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenverzekeringsfonds "Eerbeek en Omstreken" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderling Paardenverzekeringsfonds Doetinchem en Omstreken U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen "Sociaal Fonds voor de Maatschapsvisserij U.A."	Wft	I
Onderlinge Begravenis- en Crematievereniging "Sint Jozef" U.A.	Wft	I
Onderlinge Begravenisvereniging "Nieuwleusen en Omstreken" U.A.	Wft	I
Onderlinge Begravenisvereniging "Wezep en Omstreken" U.A.	Wft	I
Onderlinge Bossenverzekering Mij u.a.	Wft	II
Onderlinge Brandverzekering Mij voor Wanneperveen e.o., "Eendracht Maakt Macht" U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Brandverzekering Mij Jutphaas e.o. U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Brandwaarborg Mij "Ons Belang" W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Brandwaarborg Mij Montfoort en Omstreken U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Brandwaarborg Mij Noord Holland U.A. (OBM Verzekeringen)	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Brandwaarborg Mij Univé Leerbroek en Omstreken B.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Brandwaarborg Mij, speciaal voor Molenaars U.A.	Wft	I
Onderlinge Brandwaarborgmij "Woerden-Driebruggen en omstreken" U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Brandwaarborg-vereniging "Giethoorn" W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Contactlens Verzekering Mij Rovi	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Eerste Algemene Begravenisvereniging Nijkerk U.A.	Wft	I
Onderlinge Fruittelers Hagelverzekeringmij U.A.	Wft	I
Onderlinge Gemeentelijke Bosbrandverzekering W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Glasverzekering Mij "Stadskanaal" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV

Naam verzekeraar	Type vergunning	Onderzoeksgroep
Onderlinge Glasverzekering-Mij Harlingen U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Hagel verzekering Mij U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Hagelverzekering Mij Agriver B.A.	Wft	I
Onderlinge Katholieke Begraffenis- en Crematievereniging "HOLZ" U.A.	Wft	I
Onderlinge Levensverzekering-Mij "s-Gravenhage" U.A.	Wft	I
Onderlinge Noordhollandsche Brandwaarborg Mij U.A.	Wft	I
Onderlinge Paarden- en Ponyverzekeringsfonds voor de gemeente Hummelo en Keppel e.o. W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering "Achtkarspelen" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering "Roswinkel en omstreken"	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering "Steenderen" B.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering Epe, Vaassen, Emst en Omstreken U.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Paardenverzekering Groesbeek-Mook W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering Luttenberg W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Paardenverzekering Maas en Waal B.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering Mij "Helpt Elkander" U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering Mij "Wilp-Voorst-Twello" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge paardenverzekering Mij te Halle W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering Mij te Sauwerd U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering Nistelrode W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering St.-Bernardus B.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering te Echt U.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Paardenverzekering-mij "Oldeboom en Omstreken" W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Paardenverzekeringmij "Stadskanaal en Omstreken" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekeringmij Enter en Omstreken U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekering-mij W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Paardenverzekeringsmij Boekelo en Omstreken W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Pluto Dierenverzekeringen U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge R.K. Begraffenis- en Crematie- Vereniging "St. Pietersrade" U.A.	Wft	I
Onderlinge Rooms Katholieke Begraffenis- en Crematiefonds Schaesberg U.A.	Wft	I
Onderlinge Rundvee- en Paardenverzekeringmij Ter-Apelkanaal W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Steenwijker Brandassurantievereniging W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Uitvaartmij "De Laatste Eer Drachten" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartmij "Pekela" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartmij "Ter Apel en Omstreken" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartvereniging "Algemeen Belang Winschoten" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartvereniging "De Laatste Eer Emmen" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartvereniging "De Laatste Eer" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartvereniging Veendam-Winschoten en Omstreken U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartverzekeraar "Algemeen Belang" U.A.	Wft	I
Onderlinge Uitvaartverzekering De Laatste Eer U.A.	Wft	I
Onderlinge Univé Dichtbij U.A.	Wft	II
Onderlinge Veeverzekering Raalte W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Veeverzekeringmij te Nieuwleusen W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Veeverzekerings Mij Slochteren W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Veeverzekeringsmij in het voormalig vierde (IVe) district van Zeeland W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Verzekering Maatschappij Univé Her U.A.	Wft	V
Onderlinge Verzekering Maatschappij Univé Stormher U.A.	Wft	V
Onderlinge Verzekering Mij Donatus U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekering Mij Univé "De Onderlinge" U.A.	Wft	II

Onderlinge Verzekering Mij Univé "Het Zuiden" U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekering Mij Univé Hollands Noorden U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekering Mij Univé Noord-Nederland U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekering Mij Univé Utrecht U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekering Mij ZLM U.A.	Wft	I
Onderlinge Verzekering van Schepen Noord-Nederland U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekeringen Overheid (OVO) U.A.	Wft	I
Onderlinge Verzekeringen voor Schalkwijk, Tull en 't Waal en Omstreken U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Verzekering-Mij "Noord-Nederlandsche P&I Club" U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekeringmij "SOM" U.A.	Wft	I
Onderlinge Verzekeringmij Rechtshulp CNV U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekeringmij voor Paarden "Dalen" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Verzekering-Mij voor Paarden te Hardenberg en omstreken W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Verzekerings Mij "De Onze" U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekerings Mij "Onze Belangen" U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Verzekerings Mij "Univé Staphorst" B.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekerings Mij De Waarden U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekerings Mij Rijn en Aar U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekerings Mij Zegveld en Omstreken U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekeringsmij "Geesteren - Gelselaar" U.A.	Wft	II
Onderlinge VerzekeringsMij "Midden Drenthe" U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekeringsmij "OVM Vinkeveen & Omstreken" U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Verzekeringsmij Haarrijn U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekeringsmij Lek & IJssel U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Verzekeringsmij Univé Groningen U.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekeringsmij Univé Rivierenland B.A.	Wft	II
Onderlinge Verzekeringsmij voor Cothen, Langbroek, Wijk bij Duurstede e.o. U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Verzekeringsmij voor Paarden, Lutten-Slagharen en omstreken W.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Verzekeringsmij Zeevang W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Waarborg Mij Achterhoek U.A.	Wft	II
Onderlinge Waarborg Mij AVIPOL B.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Waarborg Mij Reeuwijk e.o. U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Onderlinge Waarborg Mij Rijwielhandel Hannink W.A. (Bike Security)	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Waarborgmij "De Weststreek" U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Waarborgmij Centrale Zorgverzekeraars groep (CZ)	Wft	I
Onderlinge Waarborgmij Centramed B.A.	Wft	I
Onderlinge Waarborgmij F.D.P. (Fiets Diefstal Polis) U.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Waarborgmij Fiets Perfekt Polis U.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Waarborgmij Hippos W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Waarborgmij Kunst en Cultuur B.A.	Wft	I
Onderlinge Waarborgmij Marveld U.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Waarborgmij OGB B.A.	Onderl 3 lid 1	IV
Onderlinge Waarborgmij Porcopol B.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Waarborgmij SAZAS U.A.	Wft	II
Onderlinge Waarborgmij tot Verzekering van Paarden U.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Waarborgmij tot Verzekering van Spiegelruiten "De Toekomst" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Onderlinge Waarborgmij Uitvaartzorg Delfzijl U.A.	Wft	I
Onderlinge Waarborgmij Univé Ruinen U.A.	Onderl niet art. 3	II
Onderlinge Waarborgmij Univé West-Drenthe W.A.	Wft	II
Onderlinge Waarborgmij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Wft	I

Naam verzekeraar
Type vergunning
Onderzoeksgroep

Onderlinge Weerschade Verzekering U.A.	Wft	II
ONVZ	Wft	I
OOM Verzekeringen	Wft	I
OWM AZVZ	Wft	I
OWM PotatoPol B.A.	Wft	II
OWM Zee-Risico 1996 U.A.	Wft	II
P.C. Hoofd Verzekeringen N.V.	Wft	I
Paerel Leven N.V.	Wft	I
PGGM	Wft	I
Pico Bello Onderlinge Huisdieren Verzekerings-Mij B.A.	Onderl 3 lid 1	IV
PNO Onderlinge Ziektekostenverzekering mij U.A.	Wft	I
Portman Insurance Ltd	EU/EER	III
Préservatrice Foncière T.I.A.R.D., Compagnie d'Assurances	EU/EER	III
Proteq	Wft	I
QBE Insurance (International) Ltd	EU/EER	III
Quantum Leben (TAF BV)	EU/EER	III
R.K. Onderlinge Begrafenis- en Crematievereniging "Hulp en Steun u.a."	Wft	I
Rabo Herverzekeringsmaatschappij N.V.	Wft	V
Ransdorp en Zunderdorp U.A., Onderlinge Brandwaarborg Mij in de voormalige gemeente	Onderl 3 lid 1	II
REAAL Verzekeringen	Wft	I
Reis- en Rechtshulp N.V.	Wft	I
RIMAXX International N.V.	Wft	I
Robein Leven N.V.	Wft	I
Roeminck Insurance N.V.	Wft	I
Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG	EU/EER	III
Royal & Sun Alliance Insurance	EU/EER	III
Samenwerking Glasverzekering N.V.	Wft	II
Scheepsverzekeringsmij Compact "DOV" N.V.	Wft	I
Securitas Bremer Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft	EU/EER	III
SIAT - Società Italiana Assicurazioni e Riassicurazioni - per Azioni	EU/EER	III
Soester Onderlinge Brandverzekering U.A.	Onderl 3 lid 1	II
Sompo Japan Insurance Company of Europe Ltd	EU/EER	III
SRLEV N.V.	Wft	I
Sterling Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Stichtsche Onderlinge Brand-Herverzekering U.A.	Wft	V
't Onderling Paardenfonds "Vries" W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
The National Insurance and Guarantee Corporation Public Ltd Company	EU/EER	III
The Prudential Assurance Company Ltd	EU/EER	III
The Royal London General Insurance Company Ltd	EU/EER	III
The Scottish Lion Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Tiels Onderling Fonds tot uitkering bij overlijden "Gustaaf Adolf" U.A.	Wft	II
Tokio Marine Europe Insurance Ltd	EU/EER	III
Torus Insurance (UK) Ltd	EU/EER	III
Trenwick International Ltd	EU/EER	III
Tryg Forsikring A/S	EU/EER	III
TVM Verzekeringen	Wft	I
Twente U.A., Onderlinge Verzekering Mij	Onderl niet art. 3	II
Uitvaartverzekering Twenthe N.V.	Wft	I
Unilever Insurances N.V.	Wft	I

Naam verzekeraar
Type vergunning
Onderzoeksgroep

Unionamerica Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Univé Alblasserwaard en Omstreken Brandverzekeraar N.V.	Wft	II
Univé Midden Brandverzekeraar N.V.	Wft	II
Univé Noord Groningen B.A.	Wft	II
Univé Oost Brandverzekeraar N.V.	Wft	II
Univé Reest Aa en Linde Brandverzekeraar N.V.	Wft	II
Univé Regio+ Brandverzekering N.V.	Wft	II
Univé Zuid-Holland Brandverzekeraar N.V.	Wft	II
UVM Verzekeringsmaatschappij N.V.	Wft	I
Veenkoloniale Onderlinge Glasverzekering Mij W.A.	Onderl 3 lid 1	II
VEHEREX Schade N.V.	Wft	I
Venrayse Onderlinge Spiegelglasverzekering W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Vereinigte Hagel Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit	EU/EER	III
Verenigde Assurantiebedrijven "Nederland" N.V. (BAVAM)	Wft	I
Vereniging Oranje, Onderlinge Verzekering van Schepen U.A.	Wft	II
Vereniging tot Onderlinge Verzekering tegen Brandschade "Steenwijkerwold" W.A.	Onderl 3 lid 1	II
Vereniging tot Onderlinge Verzekering van Paarden te Rouveen W.A.	Onderl 3 lid 2	IV
Vereniging tot Onderlinge Verzekering van Paarden W.A. te Nieuwleusen	Onderl 3 lid 2	IV
Vereniging tot Onderlinge Verzekering van Paarden W.A. te Ruinerwold	Onderl 3 lid 2	IV
Vesta Forsikring AS	EU/EER	III
Votre Avenir/Uw Toekomst//Ihre Zukunft N.V.	Wft	I
VVAA Verzekeringen	Wft	I
Winterswijk W.A., Onderlinge	Onderl niet art. 3	II
Woningborg Groep	Wft	I
Württembergische Versicherung Aktiengesellschaft	EU/EER	III
XL Insurance Company Ltd	EU/EER	III
Yarden Uitvaartverzekeringen N.V.	Wft	I
Zurich Insurance plc	EU/EER	III
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG	EU/EER	III

Lijst met afkortingen

AFM	Autoriteit Financiële Markten
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
CEBS	Committee of European Banking Supervisors (thans European Banking Authority)
CFO	Chief Financial Officer
CFRO	Chief Financial & Risk Officer
CRO	Chief Risk Officer
DNB	De Nederlandsche Bank
EER	Europese Economische Ruimte
EU	Europese Unie
FOV	Federatie van Onderlinge Verzekeringmaatschappijen in Nederland
KBC	Klantbelang Centraal
KKV	Keurmerk Klantgericht Verzekeren
MC Code Banken	Monitoring Commissie Code Banken
NBA	Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants
PAP	Product Approval Process (Product Goedkeuringsproces)
PE	Permanente Educatie
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
Solvency II	Richtlijn Solvency II (2009/138/EC)
Verbond	Verbond van Verzekeraars
Wft	Wet op het financieel toezicht
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

