



AssurMiFID
Zorgplicht
Vaststellingen na verschillende bezoeken ter
plaatse bij verzekeringsondernemingen

21 Augustus 2017

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Benadering van de verzekeringssector door de FSMA	4
3	Perimeter van de bezoeken	6
4	Selectie van de bezochte verzekeringsondernemingen	7
5	Vaststellingen van de FSMA in verband met de zorgplicht	8
5.1	Impact van het gekozen distributiemodel op de zorgplicht	9
5.1.1	Referentiekader	9
5.1.2	Vaststellingen	10
5.2	Inzameling, coherentie en actualisering van de cliënteninformatie	12
5.2.1	Referentiekader	12
5.2.2	Vaststellingen	13
5.3	Geschiktheidstest.....	17
5.3.1	Referentiekader	17
5.3.2	Vaststellingen	18
5.4	Monitoring en controles	21
5.4.1	Referentiekader	21
5.4.2	Vaststellingen	22
5.5	Informatieverstrekking aan de cliënten.....	24
5.5.1	Referentiekader	24
5.5.2	Vaststellingen	24
5.6	Selectie, goedkeuring en commercialisering van de producten	25
5.6.1	Referentiekader	25
5.6.2	Vaststelling.....	26
5.7	Vorming van de adviseurs.....	26
5.7.1	Referentiekader	26
5.7.2	Vaststelling.....	27
6	Vaststellingen in verband met andere AssurMiFID-thema's	27
6.1	Programma's rond vergoedingen en incentives	27
6.1.1	Referentiekader	27
6.1.2	Vaststellingen	28
7	Conclusie	30

1 Inleiding

Het geldende reglementaire kader voor verzekeringsondernemingen is de voorbije jaren sterk geëvolueerd. Zo heeft de Belgische wetgever onder andere de toepassing van een aangepaste versie van de MiFID-gedragsregels uitgebreid naar de verzekeringssector en de FSMA de bevoegdheid toevertrouwd om toe te zien op de naleving hiervan. Die wetgeving is van toepassing sinds 1 mei 2015¹. Die evolutie van de reglementering en van het toezicht strekt er onder andere toe de gebruikers van financiële producten en diensten beter te beschermen en het vertrouwen in de financiële sector te herstellen. Verder draagt zij ook bij tot een grotere transversale coherentie tussen de regels via een bijkomende stap in de richting van een *level playing field* tussen de banksector, enerzijds, en de verzekeringssector, anderzijds. Bovendien verstevigen die bepalingen ook het *level playing field* binnen de verzekeringssector zelf, door de invoering van de algemene verplichting voor de verzekeringstussenpersonen om zich op loyale, billijke en professionele wijze in te zetten voor de belangen van hun cliënten, en, meer algemeen, door de invoering van identieke gedragsregels als voor verzekeringsondernemingen. Die evolutie sluit ook aan bij de ontwikkelingen op Europees niveau².

De FSMA kreeg aldus de opdracht toe te zien op de naleving van de gedragsregels in de verzekeringssector³. In het kader daarvan heeft het Centraal inspectieteam van de FSMA bezoeken ter plaatse afgelegd bij verschillende verzekeringsondernemingen om zich een sectoraal beeld te kunnen vormen van de naleving van de zorgplichtregels bij de adviesverstrekking over spaar- of beleggingsverzekeringen (meer in het bijzonder over tak 21- en tak 23-producten). De doelstelling van die bezoeken was dubbel: enerzijds, elke bezochte verzekeringsonderneming een individueel en vertrouwelijk verslag bezorgen over de vaststellingen en, anderzijds, een verslag opstellen ten behoeve van de sector met een samenvatting van de vaststellingen op het vlak van de zorgplicht⁴. De FSMA heeft daarbij bijzondere aandacht besteed aan het pedagogische karakter van de mededeling van de vaststellingen, door in de individuele verslagen dieper in te gaan op:

- haar verwachtingen;
- de wettelijke verwijzingen; en
- de details van haar vaststellingen in het licht van de beschreven verwachtingen.

¹ De initieel door de wetgever voorziene inwerkingtreding werd door het Grondwettelijk Hof uitgesteld tot 1 mei 2015.

² Zie Richtlijn 2016/97/EU van het Europees Parlement en de Raad van 20 januari 2016 betreffende verzekeringsdistributie (hierna “IDD-richtlijn”).

³ Artikel 45 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten.

⁴ Dat is het doel van dit verslag.

De FSMA heeft niet alleen verzekeringsondernemingen maar ook verzekeringsmakelaars bezocht. Omdat sommige vaststellingen die de FSMA tijdens haar bezoeken bij de verzekeringsmakelaars heeft gedaan, een impact kunnen hebben op de verzekeringsondernemingen, komen ook zij in dit document aan bod.

2 Benadering van de verzekeringssector door de FSMA

Het directiecomité van de FSMA heeft beslist om stapsgewijs te werk te gaan bij de controle van de toepassing van de zorgplichtregels in de verzekeringssector:

Eerste stap: de bezoeken die de FSMA ter plaatse heeft afgelegd

Doelstelling van de bezoeken ter plaatse was na te gaan of de verzekeringsondernemingen zich aan de zorgplichtregels conformeerden, en een stand van zaken op te maken met betrekking tot de tenuitvoerlegging van die regels. Tijdens de bezoeken ter plaatse kwamen volgende aspecten aan bod:

- de inzameling, coherentie en actualisering van de cliënteninformatie;
- de toetsing van de geschiktheid van de transacties (bij adviesverstrekking over een spaar- of beleggingsverzekering);
- de informatieverstrekking aan de cliënten over de zorgplicht⁵;
- de evaluatie en monitoring van het beleid en de procedures in verband met de zorgplicht.

De FSMA heeft ook de volgende punten geanalyseerd, voor zover zij een impact hebben op de naleving van de zorgplicht:

- de keuze van het distributiemodel;
- de vergoedingen van de verbonden agenten/werknemers en de commerciële doelstellingen;
- het proces van de selectie, de goedkeuring en de commercialisering van de producten; en
- de vorming van het personeel.

⁵ Ook al vormt de verplichte informatieverstrekking aan de cliënten een afzonderlijk thema binnen de gedragsregels, toch besteedt de FSMA daaraan systematisch aandacht bij haar controle van het thema van de zorgplicht.

Voor zover de vaststellingen betekenen dat de geldende bepalingen niet worden nageleefd, eist de FSMA dat de betrokken verzekeringsondernemingen de nodige follow-upmaatregelen nemen om zich aan de geldende reglementering te conformeren. De FSMA vraagt de verzekeringsondernemingen:

- op passende wijze over die follow-up te rapporteren aan hun effectieve leiding;
- dat de controlefuncties, en meer specifiek de interne audit, nagaan of de vastgestelde tekortkomingen effectief kunnen worden verholpen aan de hand van de genomen maatregelen;
- haar een door hun bevoegde organen naar behoren goedgekeurde intentieverklaring te bezorgen, waarin zij aangeven de tijdens het bezoek gedane vaststellingen te hebben ontvangen en te aanvaarden.

In het kader van de opvolging van deze eerste fase analyseert de FSMA de inhoud van deze intentieverklaring. Daarenboven analyseert zij de maatregelen die de verzekeringsondernemingen hebben genomen teneinde na te gaan of die hen in staat stellen zich te conformeren aan de reglementering.

Tweede stap (in de toekomst): inspecties waarbij de FSMA haar controlemethodologie strikt zal toepassen en verslagen zal opstellen die, zoals bij de kredietinstellingen en de beleggingsondernemingen, zo nodig aanleiding zullen geven tot de oplegging van één van de volgende maatregelen:

- een "bevel", i.e. een maatregel waarmee de FSMA de effectieve leiding van de verzekeringsonderneming, met toepassing van artikel 36 en/of artikel 36*bis* van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, en artikel 288, § 1, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (hierna "de wet van 4 april 2014"), beveelt correctiemaatregelen te nemen binnen een door haar opgelegde termijn. De FSMA neemt deze maatregel als zij een overtreding vaststelt van de gedragsregels of van een reglementering die daarmee verband houdt, of als zij een tekortkoming in de organisatie van de verzekeringsonderneming vaststelt, voor zover die organisatie op de naleving van die gedragsregels gericht is;
- een "aanbeveling", i.e. een maatregel die, in hoofde van de onderneming, wijst op onvolkomenheden in de toepassing van de gedragsregels of van een reglementering die daarmee verband houdt, of op een tekortkoming in de organisatie van de verzekeringsonderneming, voor zover die organisatie op de naleving van die gedragsregels gericht is. De FSMA verwacht dat de verzekeringsonderneming een actieplan opstelt waarin zij in detail beschrijft

welke stappen zij zal ondernemen om de tekortkoming weg te werken, en wie verantwoordelijk zal zijn voor de uitvoering van dat actieplan;

- een "aandachtspunt", i.e. een vaststelling die de FSMA onder de aandacht van de effectieve leiding brengt zonder dat zij verwacht dat de verzekeringsonderneming ter zake een korte termijn actieplan opstelt.

Het inspectieverslag dat de FSMA na de tweede stap zal opstellen, zal tot doel hebben:

- detailinformatie te verstrekken over het toepasselijke wettelijke en reglementaire kader;
- de verzekeringsondernemingen in kennis te stellen van de door de FSMA gedane vaststellingen en genomen maatregelen. Indien de effectieve leiding niet akkoord gaat met de gedane vaststellingen, heeft zij 15 dagen om haar middelen uiteen te zetten;
- de verzekeringsondernemingen op de hoogte te brengen van de termijn waarbinnen zij de FSMA hun actieplan dienen te bezorgen.

Indien het verslag bevelen bevat, wordt het aan het hoofd van de effectieve leiding en aan de voorzitter van het wettelijk bestuursorgaan van de verzekeringsonderneming overhandigd. Ook de Nationale Bank van België en de erkende commissaris van de gecontroleerde onderneming zullen een exemplaar van het verslag ontvangen. Bovendien zal de FSMA de overlegging van een actieplan vragen, waarvan de tenuitvoerlegging periodiek door haar diensten zal worden opgevolgd. Het onderzoek van het actieplan zal meer specifiek tot doel hebben te controleren of de verzekeringsonderneming concrete acties heeft ondernomen om gevolg te geven aan de vaststellingen van de FSMA. Occasioneel zullen ter plaatse ook follow-upbezoeken worden afgelegd.

3 Perimeter van de bezoeken

In het kader van de zorgplicht moeten de verzekeringsondernemingen die spaar- en beleggingsverzekeringen aanbieden, erop toezien dat de door hen aangeboden verzekeringsovereenkomsten aansluiten bij de (vooraf door de verzekeringsondernemingen geïdentificeerde) verlangens en behoeften van hun cliënten⁶. Naast de identificatie van de verlangens en behoeften van de cliënt moeten de verzekeringsondernemingen informatie verzamelen over zijn kennis en ervaring in het domein waarop de betrokken spaar- of beleggingsverzekering betrekking heeft, om zo te kunnen nagaan of die verzekering passend voor hem is. Als verzekeringsondernemingen advies verstrekken aan de cliënt, moeten zij er

⁶ Dit vereiste geldt ook voor de andere verzekeringsovereenkomsten dan de spaar- of beleggingsverzekeringen.

ook op toezien dat de aanbevolen transacties aansluiten bij zijn spaar- of beleggingsdoelstellingen, en dusdanig zijn dat hij financieel voldoende draagkrachtig is om de aan de beleggingen verbonden risico's te dragen. De naleving van die bepalingen door de verzekeringsondernemingen werd geanalyseerd aan de hand van het door de FSMA op haar website gepubliceerde werkprogramma. Dat programma bevat verschillende onderdelen met de volgende subthema's:

- de inzameling, coherentie en actualisering van de cliënteninformatie;
- de toetsing van de geschiktheid van de transacties (bij adviesverstrekking over een spaar- of beleggingsverzekering);
- de aan de cliënten verstrekte informatie over de zorgplicht;
- de evaluatie en monitoring van het beleid en de procedures in verband met de zorgplicht ;
- de selectie, de goedkeuring en de commercialisering van spaar- of beleggingsverzekeringen.

Bovendien moeten de verzekeringsondernemingen nagaan of het beleid en de procedures die zij hebben uitgewerkt, bekend zijn bij en worden beheerst door hun verbonden agenten/werknemers.

4 Selectie van de bezochte verzekeringsondernemingen

Met het oog op de selectie van de te bezoeken verzekeringsondernemingen heeft de FSMA de risico's beoordeeld (*"risk assessment"*). Zij heeft daarbij een onderscheid gemaakt tussen de levensverzekeringen (spaar- of beleggingsverzekeringen en andere levensverzekeringen) en de niet-levensverzekeringen, waarbij zij zich op de levensverzekeringen heeft toegespitst. De FSMA heeft rekening gehouden met het aantal verbonden verzekeringsagenten, het aantal PCP's⁷, het niveau van de technische voorzieningen⁸ (tak 23 en leven) en het distributiemodel van de verzekeringsonderneming. Aan elke factor is een weging toegekend, om zo een klassement van de verzekeringsondernemingen te kunnen opstellen. Op basis van dat klassement heeft de FSMA een selectie gemaakt van de te bezoeken verzekeringsondernemingen.

Tot op heden heeft de FSMA verzekeringsondernemingen bezocht die 85 % vertegenwoordigen van de markt in termen van technische voorzieningen "tak 23" en 73 %

⁷ Personen in contact met het publiek.

⁸ Technische voorzieningen zoals becijferd onder codes 142 en 15 van hoofdstuk I, afdeling I, van de bijlage bij het koninklijk besluit op de jaarrekening van de verzekeringsondernemingen.

van de markt in termen van technische voorzieningen “leven”. Tijdens de bezoeken heeft de FSMA geopteerd voor een methodologie in drie fasen:

Fase 1: analyse van het beleid en de procedures in verband met de zorgplicht

Tijdens deze fase wordt in essentie de hoofdzetel van de verzekeringsonderneming bezocht en worden de volgende elementen geanalyseerd:

- de door de FSMA vermelde informatie in de aankondigingsbrief van haar bezoek;
- het beleid en de procedures in verband met de zorgplicht;
- de bij de onderneming uitgevoerde controles in verband met de zorgplicht.

Fase 2: bezoeken bij de agentschappen/kantoren van de verzekeringsondernemingen

Tijdens de bezoeken bij de verbonden verzekeringsagenten of de kantoren van de verzekeringsonderneming kan worden nagegaan of het beleid en de procedures in verband met de zorgplicht worden nageleefd, en of zij een loyale, billijke en professionele behandeling van de cliënten waarborgen. De agentschappen en kantoren van de verzekeringsonderneming werden geselecteerd op basis van de door de onderneming verstrekte informatie en conform de door de FSMA vastgestelde criteria. De FSMA heeft daarbij toegezien op een geografische spreiding van de agentschappen en kantoren van de bezochte verzekeringsonderneming, zodat zij inspecties kon uitvoeren in alle provincies en regio's van het land.

Fase 3: analyse van de cliëntendossiers

Doelstelling van deze fase is na te gaan of de zorgplichtregels worden nageleefd in de geselecteerde cliëntendossiers. De selectie van de cliëntendossiers gebeurt op basis van de door de onderneming verstrekte informatie en conform de door de FSMA vastgestelde criteria.

5 Vaststellingen van de FSMA in verband met de zorgplicht

Bij haar bezoeken heeft de FSMA vastgesteld dat de uitvoeringsgraad van de zorgplichtreglementering onderling verschilt tussen de verzekeringsondernemingen. Sommige vaststellingen kwamen herhaaldelijk terug. Ook bepaalde goede praktijken werden opgetekend.

Dit verslag vat de verschillende vaststellingen samen. Zoals al aangegeven, worden twee delen onderscheiden bij de voorstelling van de vaststellingen per subthema: enerzijds wordt het toepasselijke referentiekader geschetst, en anderzijds wordt detailinformatie gegeven

over de vaststellingen die de FSMA bij haar bezoeken heeft gedaan. Het wettelijke kader dat als grondslag heeft gediend voor de vaststellingen van de FSMA in verband met de zorgplicht, omvat in hoofdzaak de volgende wettelijke en reglementaire teksten⁹:

- de artikelen 26 en 27, §§ 2, 4 en 5, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, zoals verduidelijkt door artikel 4, 1° en 3°, van het koninklijk besluit van 21 februari 2014 over de regels voor de toepassing van de artikelen 27 tot 28*bis* van de wet van 2 augustus 2002 op de verzekeringssector;
- de artikelen 15 tot 17 van het koninklijk besluit van 3 juni 2007, zoals verduidelijkt door artikel 15 van het koninklijk besluit van 21 februari 2014 inzake de krachtens de wet vastgestelde gedragsregels en regels over het beheer van belangenconflicten, wat de verzekeringssector betreft;
- artikel 14*bis* van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen¹⁰;
- artikel 273, § 3, en de artikelen 277 en 278 van de wet van 4 april 2014.

Het wettelijk kader wordt nader toegelicht in de circulaire FSMA_2015_14 dd. 1/09/2015, tot aanpassing van de circulaire FSMA_2014_02 d.d. 16/04/2014 met betrekking tot de wijziging van de wet van 27 maart 1995 en de uitbreiding van de MiFID-gedragsregels tot de verzekeringssector.

5.1 Impact van het gekozen distributiemodel op de zorgplicht

5.1.1 Referentiekader

De keuze van het distributiemodel van de verzekeringsonderneming behoort tot de verantwoordelijkheid van haar effectieve leiding. Eens het distributiemodel is gekozen, moet de verzekeringsonderneming de wettelijke verplichtingen naleven die daaruit voor haar organisatie en haar verantwoordelijkheden voortvloeien.

Wie verantwoordelijk is voor de zorgplicht, hangt af van het gekozen distributiemodel en, meer in het bijzonder, van de hoedanigheid van de dienstverstrekker die in contact staat met de cliënten:

⁹ Ter herinnering: de FSMA heeft op haar website werkprogramma's gepubliceerd in verband met de verschillende thema's die aan bod komen binnen de voor de verzekeringsondernemingen en hun verbonden agenten geldende gedragsregels. Die werkprogramma's verduidelijken de wettelijke grondslagen per thema en per subthema.

¹⁰ Wet opgeheven en vervangen door de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen. Het artikel dat voortaan overeenstemt met artikel 14*bis* van de wet van 9 juli 1975, is artikel 42 van de wet van 13 maart 2016.

Wie staat in contact met de cliënt?	De verantwoordelijkheid voor de zorgplicht berust bij
1. de verzekeringsonderneming en haar werknemers (“directe verzekeraars)	de verzekeringsonderneming
2. de verbonden verzekeringsagent	de verzekeringsonderneming ^{11, 12}
3. de “niet-verbonden” verzekeringsagent of de verzekeringsmakelaar	de tussenpersoon (de “niet-verbonden” verzekeringsagent of de verzekeringsmakelaar) ¹³

5.1.2 Vaststellingen

Bij haar bezoeken ter plaatse bij de verzekeringsondernemingen rond het thema van de zorgplicht, wilde de FSMA de naleving controleren van de geldende zorgplichtregels in de eerste twee distributiemodellen die in voornoemde tabel aan bod komen.

Parallel met haar bezoeken bij de verzekeringsondernemingen heeft de FSMA ook verzekeringsmakelaars bezocht. Voor zover deze rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk zijn voor de toepassing van de gedragsregels, werden zij individueel in kennis gesteld van het bezoek van de FSMA. Die bezoeken strekten ertoe de naleving te controleren van de gedragsregels en van de voorwaarden voor de inschrijving in het door de FSMA bijgehouden register van de verzekeringstussenpersonen, inclusief de bepalingen over de voorkoming van witwassen van geld en financiering van terrorisme. Ook die bezoeken zullen nader worden toegelicht in een sectorale rapportering.

Tijdens die aparte bezoeken kon de FSMA de door de verzekeringsondernemingen gekozen distributiemodellen aan de werkelijkheid toetsen. Zo mag een verzekeringsonderneming die haar spaar- of beleggingsverzekeringen via een netwerk van verzekeringsmakelaars verdeelt, geen procedures invoeren of praktijken hanteren die bij de cliënt of de makelaar voor verwarring zouden kunnen zorgen over de identiteit van de zorgplichtverantwoordelijke. De verzekeringsonderneming mag er op geen enkele manier toe bijdragen dat de makelaars met

¹¹ De verbonden verzekeringsagent blijft echter verantwoordelijk als er sprake is van een kennelijke tekortkoming.

¹² Als de verbonden verzekeringsagent met verzekeringssubagenten samenwerkt, is de verzekeringsonderneming die de verbonden verzekeringsagent vertegenwoordigt, uiteindelijk verantwoordelijk voor elke handeling of elk verzuim van die verzekeringssubagenten.

¹³ Als de “niet-verbonden” verzekeringsagent of de verzekeringsmakelaar met verzekeringssubagenten samenwerkt, is hij verantwoordelijk voor elke handeling of elk verzuim van die verzekeringssubagenten.

wie zij samenwerkt, de aan hun statuut verbonden vereisten niet ten volle zouden naleven. Zo zouden bepaalde praktijken ertoe kunnen leiden dat de cliënten denken dat de tussenpersoon die hun een product aanraadt, een verbonden agent van een verzekeringsonderneming is, terwijl hij als makelaar is ingeschreven. Bepaalde makelaars blijken er zelfs van overtuigd te zijn dat zij verbonden verzekeringsagenten zijn, terwijl zij als makelaar zijn ingeschreven.

De FSMA wil ter zake onderstrepen dat de commerciële follow-up door de verzekeringsonderneming moet zijn aangepast aan het door die onderneming gekozen distributienetwerk. Bij commercialisering door een netwerk van verzekeringsmakelaars is het belangrijk dat de verzekeringsonderneming, in haar relatie met die makelaars, geen productiedoelstellingen oplegt of andere maatregelen neemt die met productiedoelstellingen zouden kunnen worden gelijkgesteld, zoals het opleggen van productieminima¹⁴.

Bij de analyse van de distributiemodellen heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen die verklaren hun producten uitsluitend via verzekeringsmakelaars te verdelen, hun cliënten rechtstreeks per brief contacteren om hun spaar- of beleggingsverzekeringen aan te bieden. In die brieven worden de cliënten doorverwezen naar hetzij het “contactcenter” van de verzekeringsonderneming, hetzij haar verzekeringsmakelaars.

De FSMA is van oordeel dat, als een verzekeringsonderneming cliënten naar haar “contactcenter” doorverwijst, dat als “directe verkoop” door de verzekeringsonderneming kan worden beschouwd. Als de verzekeringsonderneming in dat kader advies verstrekt, moet zij kunnen aantonen dat zij de nodige procedures heeft uitgewerkt om de verplichtingen inzake adviesverstrekking te kunnen naleven. Ook moet zij kunnen aantonen dat het aan de cliënten verstrekte advies berust op een beoordeling van de geschiktheid van de aangeboden spaar- of beleggingsverzekeringen in het licht van de bij de cliënten ingezamelde informatie.

¹⁴ Ter herinnering: de verzekeringsmakelaars mogen geen productieverbintenissen aangaan ten aanzien van de verzekeringsondernemingen, gelet op de voor hen geldende verplichting, conform artikel 263, eerste lid, van de wet van 4 april 2014, om hun beroepswerkzaamheden uit te oefenen buiten elke exclusieve agentuurovereenkomst of elke andere juridische verbintenis die hen verplicht hun hele productie of een bepaald deel ervan te plaatsen bij een verzekeringsonderneming of meerdere verzekeringsondernemingen die tot eenzelfde groep behoren.

5.2 Inzameling, coherentie en actualisering van de cliënteninformatie

5.2.1 Referentiekader

In het kader van de zorgplicht moeten de verzekeringsondernemingen informatie inwinnen bij hun cliënten. Welke informatie zij moet inwinnen, verschilt naargelang van het soort verzekeringsovereenkomst en van de verstrekte dienst. De betrokken regels zijn cumulatief opgebouwd. Bovenop de algemeen geldende verplichting om de verlangens en behoeften van de cliënt te identificeren, die voor alle verzekeringsovereenkomsten geldt, gelden bijkomende specifieke vereisten voor spaar- of beleggingsverzekeringen.

Wanneer de verzekeringsonderneming advies verstrekt over een spaar- of beleggingsverzekering, moet zij informatie verzamelen over de kennis en ervaring van de cliënt in het domein waarop het geplande specifieke type van spaar- of beleggingsverzekering betrekking heeft, en moet zij nagaan of de transactie die zij hem aanbeveelt, ook aan de volgende criteria voldoet:

- zij komt tegemoet aan de spaar- of beleggingsdoelstellingen van de cliënt;
- de cliënt is financieel voldoende draagkrachtig om de risico's van de beleggingen te dragen.

De ingezamelde informatie over de kennis en ervaring van de cliënt moet zijn aangepast aan het type cliënt, de beoogde soort spaar- of beleggingsverzekering, de complexiteit ervan en de risico's die eruit voortvloeien.

De verzekeringsondernemingen moeten in het bijzonder waken over:

- de omvang van de ingezamelde informatie;
- de betrouwbaarheid en de coherentie van de informatie;
- de actualisering van de informatie.

Als het de verzekeringsondernemingen niet lukt om voldoende informatie in te zamelen over een cliënt, mogen zij hem geen advies verstrekken.

De verzekeringsondernemingen mogen vertrouwen op de informatie die de cliënt verstrekt, tenzij zij weten of zouden moeten weten dat de informatie waarover zij beschikken, kennelijk verouderd, onnauwkeurig of onvolledig is.

De FSMA verwacht dat de verzekeringsondernemingen de ingezamelde gegevens over de kennis en ervaring, de financiële situatie en de spaar- of beleggingsdoelstellingen gedurende minstens vijf jaar bewaren voor elke cliënt. Dit zal de sector overigens dienst doen indien de cliënt de transactie achteraf mocht betwisten.

5.2.2 Vaststellingen

De FSMA heeft vastgesteld dat de meeste verzekeringsondernemingen, bij de inzameling van de vereiste cliënteninformatie, in de praktijk een vragenlijst gebruiken die verschillende onderdelen bevat, zoals “verlangens en behoeften”, “financiële situatie”, “beleggingsdoelstellingen” en “kennis en ervaring van de cliënt”.

De FSMA heeft de bij de inzameling van cliënteninformatie gebruikte vragenlijsten en procedures geanalyseerd. Daarnaast heeft zij tijdens haar bezoeken ter plaatse ook onderzocht hoe de verbonden agenten/werknemers van de verzekeringsondernemingen informatie verzamelen. Haar vaststellingen betreffen de volgende elementen:

- de inzameling van cliënteninformatie;
- de coherentie van de ingezamelde informatie.

Verder maakt de FSMA de sector in dit document attent op de volgende punten, hoewel zij ter zake momenteel nog geen vaststellingen heeft gedaan:

- de frequentie van de actualisering van de informatie;
- de inzameling van cliënteninformatie via het internet.

5.2.2.1 Inzameling van cliënteninformatie

In verband met de kennis en ervaring van de cliënt heeft de FSMA vastgesteld dat het scala aan spaar- of beleggingsverzekeringen waarover vragen worden gesteld aan de cliënten om hun kennis en ervaring te beoordelen, doorgaans onvoldoende gedetailleerd is. De verzekeringsonderneming moet immers, voor elke aangeboden verzekering, kunnen nagaan of de cliënt over voldoende kennis en ervaring beschikt om de aan de transactie verbonden risico's te kunnen begrijpen.

De kennis en de ervaring van de cliënt zijn twee onderscheiden zaken en zijn dan ook los van elkaar te beoordelen, ook al houden beide beoordelingen nauw verband met elkaar.

Inzake de ervaring van de cliënt moet met name informatie worden ingezameld over de aard, het volume en de frequentie van zijn transacties, en over de periode waarin die transacties worden verricht. Als de verzekeringsonderneming concludeert dat de cliënt de vereiste ervaring bezit, mag zij er niet van uitgaan dat hij daarom ook de vereiste kennis over het betrokken product bezit.

Voor het testen van de kennis van de cliënten mogen de verzekeringsondernemingen de spaar- en beleggingsverzekeringen in afzonderlijke categorieën onderbrengen, als zij kunnen aantonen dat uit het feit dat de cliënt één product uit een categorie kent, redelijkerwijze kan worden geconcludeerd dat hij ook de andere producten uit die categorie kent. Als dat niet zo is, moet het product in een andere categorie worden ondergebracht.

Zo vindt de FSMA bijvoorbeeld dat tak 21- en tak 23-producten in twee afzonderlijke categorieën moeten worden ondergebracht bij de inzameling van cliënteninformatie.

De FSMA is van oordeel dat met de volgende elementen rekening is te houden bij de formulering van vragen voor de inzameling van informatie over de kennis van de cliënten.

- de belangrijkste kenmerken met betrekking tot de aard van het product (inclusief het inzicht van de cliënt in de beleggingsfondsen bij de inzameling van informatie over zijn kennis van de tak 23-producten);
- de belangrijkste factoren die het (de) aan een product verbonden risico('s) bepalen;
- de belangrijkste factoren die het rendement van het product bepalen;
- de fiscaliteit van het product;
- de begrippen “kapitaalbescherming” en “kapitaalgarantie”;
- het begrip “gewaarborgd rendement”;
- het feit dat bepaalde waarborgen enkel gelden als het product tot de vervaldatum in portefeuille wordt gehouden;
- de kostenstructuur van het product;
- de afkoop- en uittredingskosten.

De FSMA heeft vastgesteld dat de verzekeringsondernemingen de kennis en ervaring van de cliënt niet altijd voldoende nauwkeurig beoordelen. Voorbeelden:

- het gebruik van termen zoals “occasioneel” en “regelmatig” in de vragenlijsten is vaak subjectief en dus onnauwkeurig¹⁵;
- het gebruik van binaire vragen zou moeten worden vermeden. Om de kennis van een cliënt te beoordelen, is het niet voldoende dat hij met “ja” of “neen” moet antwoorden op een vraag die precies tot doel heeft na te gaan of hij het product kent. De verzekeringsonderneming moet aan de hand van bijkomende vragen verifiëren of de cliënt de belangrijkste kenmerken van het verzekeringsproduct voldoende begrijpt om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen;
- het gebruik van vragen waarin het antwoord is verwerkt, zou moeten worden vermeden (bv. “Weet u dat tak 23-producten geen gegarandeerd rendement bieden? ”);

¹⁵ Bijvoorbeeld aan de cliënt vragen om, voor elke categorie van spaar- en beleggingsproducten, aan te vinken of hij “occasioneel” of “regelmatig” in die producten belegt.

- het verstrekken van een informatie- of toelichtingsfiche over een spaar- of beleggingsverzekering is niet voldoende om te concluderen dat de cliënt het product begrijpt. De verzekeringsondernemingen zouden moeten nagaan of de cliënt het product ook effectief begrijpt nadat hij daarover informatie heeft ontvangen.

Ook de spaar- of beleggingsdoelstellingen van de cliënt moeten voldoende nauwkeurig worden geïdentificeerd. De FSMA meent dat het gebruik door de verzekeringsondernemingen van de hierna volgende begrippen niet volstaat om een correct beeld te krijgen van de risicobereidheid of de beleggingshorizon van de cliënt: “bepaalde beperkte risico’s”, “iets risicovoller”, “sterke schommelingen”, “korte termijn”. Al die begrippen kunnen immers op uiteenlopende manier worden begrepen en geïnterpreteerd door de verzekeringsondernemingen en hun cliënten. Daarom is de FSMA van oordeel dat het beter is om die begrippen te verduidelijken, bijvoorbeeld door de vermelding van cijfermarges.

Ook wat betreft de beleggershorizon, vestigt de FSMA er de aandacht op dat de formulering van de verschillende mogelijkheden inzake beleggingshorizon moet overeenstemmen met de looptijd van de verzekeringsproducten in het gamma van de verzekeringsmakelaar. Formuleringen als ‘minder dan of gelijk aan 3 jaar’, ‘minder dan of gelijk aan 8 jaar’, zijn niet voldoende precies en de FSMA heeft dan ook de voorkeur om ook hier met duidelijk afgebakende intervallen te werken (vb. van 0-3 jaar, van 3-8 jaar,...) dan wel, om een precieze beleggingshorizon van de cliënt te verkrijgen.

Wat de financiële situatie van de cliënt betreft, heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen hun cliënten de mogelijkheid bieden om bepaalde vragen met “niet bepaald” te beantwoorden. In dat geval mag de onderneming haar cliënt geen advies verstrekken aangezien zij niet over alle wettelijk vereiste informatie beschikt, tenzij zij die informatie van de cliënt via een ander kanaal dan de vragenlijst (vb. in het kader van het verlenen van een andere dienst) heeft verkregen en dit degelijk gedocumenteerd werd.

5.2.2.2 Coherentie van de cliënteninformatie

Bij het inkijken van bepaalde cliëntendossiers heeft de FSMA vastgesteld dat de ingezamelde informatie bij bepaalde verzekeringsondernemingen incoherenties vertoont. Voorbeelden:

- wanneer een cliënt verklaart een “kleine risicobereidheid” te hebben en tegelijkertijd zegt “ambitieuze beleggingsdoelstellingen” te hebben, of
- wanneer een cliënt verklaart een korte beleggingshorizon te hebben (nood aan liquide middelen binnen 3 jaar) en op een andere vraag antwoordt een middellange beleggingshorizon te hebben (overeenkomst op 8 jaar).

De verzekeringsondernemingen moeten dergelijke tegenstrijdigheden opsporen en in overleg met de cliënt uitklaren.

Tot slot heeft de FSMA ook vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen simultaan verschillende vragenlijsten gebruiken om informatie in te zamelen over hun cliënten. Bij het inkijken van cliëntendossiers heeft de FSMA incoherenties vastgesteld tussen de antwoorden op die verschillende vragenlijsten. Verzekeringsondernemingen die verschillende vragenlijsten gebruiken, moeten procedures uitwerken die het mogelijk maken om de coherentie van de ingezamelde gegevens te garanderen.

5.2.2.3 Frequentie van de actualisering van de cliënteninformatie

Telkens wanneer de verzekeringsonderneming op de hoogte wordt gebracht van wijzigingen die een significante impact hebben op de cliënteninformatie, moet die informatie worden geactualiseerd. Hoewel de zorgplichtregels pas onlangs in werking zijn getreden moet de verzekeringsonderneming toch een coherent beleid ontwikkelen voor de actualisering van informatie en dat duidelijk ter kennis brengen van de betrokken verbonden agenten/werknemers. De reglementering bepaalt niet hoe vaak de cliënteninformatie precies moet worden geactualiseerd. Daarom is de FSMA van mening dat de onderneming de actualiseringsfrequentie zelf zou moeten bepalen in functie van de dienstverlening die zij biedt, de producten die zij adviseert en de cliënten tot wie zij zich richt.

Als de verzekeringsonderneming redelijke maatregelen heeft genomen om de informatie te actualiseren, maar de cliënt haar zelf geen nieuwe informatie verstrekt, kan zij ervan uitgaan dat de informatie waarover zij beschikt, onveranderd blijft, tenzij zij weet of zou moeten weten dat die kennelijk verouderd, onnauwkeurig of onvolledig is.

5.2.2.4 Inzameling van cliënteninformatie via het internet

Hoewel de commercialisering – door een verzekeringsonderneming – van spaar- of beleggingsverzekeringen via het internet niet aan bod kwam tijdens de eerste bezoeken die de FSMA heeft afgelegd¹⁶, wijst zij de betrokken instellingen er toch op dat ter zake een verhoogde waakzaamheid vereist is.

Als een verzekeringsonderneming gegevens verzamelt via het internet, zonder face-to-face contact met haar cliënten, moet zij voor een passende organisatie zorgen om betrouwbare informatie te kunnen verzamelen over de kennis en ervaring, de spaar- of beleggingsdoelstellingen en de financiële situatie van haar cliënten. Meer nog dan bij face-to-face contact moet de verzekeringsonderneming een grote waakzaamheid aan de dag leggen met betrekking tot de volgende aspecten:

¹⁶ De FSMA concentreerde zich in deze pedagogische fase op de commercialisering via kantoren/agentschappen (face-to-face advies).

- zij moet erop toezien dat haar vragen duidelijk en ondubbelzinnig zijn voor haar cliënten, omdat het distributiemedium (internet) de cliënten (in beginsel) niet de mogelijkheid biedt om bijkomende inlichtingen te vragen;
- zij moet erop toezien genoeg vragen te stellen om voldoende kennis te verwerven over de cliënt, aangezien zij hem (in beginsel) geen extra vragen kan stellen;
- zij moet extra waakzaam zijn voor het risico dat de cliënt zichzelf gaat beoordelen, zowel bij de oorspronkelijke codering van de antwoorden op de vragenlijst als bij elke eventuele latere wijziging die de cliënt aanbrengt.

Ter herinnering: het is de verzekeringsonderneming die verantwoordelijk is voor de beoordeling van de kennis en ervaring, de spaar- of beleggingsdoelstellingen en de financiële situatie van haar cliënten. Dat de informatie via het internet wordt ingezameld, betekent niet dat de verzekeringsonderneming die verplichting niet moet nakomen. Zij moet altijd even grondig te werk gaan, ongeacht hoe zij de informatie inzamelt.

Bij de verzameling van informatie via het internet moet de verzekeringsonderneming bijzondere aandacht besteden aan de controle van de cliënteninformatie, omdat zij – omwille van het gebruikte communicatiekanaal – aangewezen is op de informatie die de cliënten verstrekken. De verzekeringsonderneming moet bijvoorbeeld extra waakzaam zijn als een cliënt zijn gegevens herhaaldelijk verandert op zeer korte termijn.

5.3 Geschiktheidstest

5.3.1 Referentiekader

De verzekeringsondernemingen die advies verstrekken over (een) spaar- of beleggingsverzekering(en), moeten de geschiktheid van die verzekering(en) beoordelen vóór zij die aan hun cliënten aanbevelen. Zij mogen hun cliënten immers enkel producten aanbieden die bij hun kennis en ervaring, hun financiële situatie en hun spaar- of beleggingsdoelstellingen aansluiten.

Conform artikel 273, § 3, van de wet van 4 april 2014 moeten de verzekeringsondernemingen er bovendien op toezien dat de aangeboden verzekeringsovereenkomst aan de verlangens en behoeften van de cliënt beantwoordt. Bij die gelegenheid moeten zij ook de elementen preciseren waarop hun advies aan de cliënt is gebaseerd in het licht van die verlangens en behoeften.

De FSMA is van oordeel dat de verzekeringsondernemingen die de geschiktheid van een spaar- of beleggingsverzekering gedetailleerd en correct hebben beoordeeld in het licht van de kennis en ervaring, de financiële situatie en de spaar- of beleggingsdoelstellingen van een

cliënt, er redelijkerwijze kunnen van uitgaan dat die verzekering effectief bij zijn verlangens en behoeften aansluit.

De FSMA is van mening dat de verzekeringsondernemingen – voor elke cliënt – elk stuk dat aantoont waarom een spaar- of beleggingsverzekering voor hem geschikt is, gedurende minstens 5 jaar zouden moeten bijhouden.

5.3.2 Vaststellingen

Tijdens haar bezoeken heeft de FSMA diverse problemen vastgesteld in verband met de uitvoering van de geschiktheidstest. Die vaststellingen zijn belangrijk omdat een onvolwaardige geschiktheidstest nu eenmaal tot gevolg kan hebben dat de verzekeringsondernemingen hun cliënten spaar- of beleggingsverzekeringen aanbevelen die niet geschikt voor hen zijn.

5.3.2.1 Gebruik van standaardprofielen

De meeste verzekeringsondernemingen die advies verstrekken over spaar- of beleggingsverzekeringen, gebruiken “standaardbeleggersprofielen”. Zij baseren zich op de antwoorden van de cliënt op de in punt 5.2.2. vermelde vragenlijst om te bepalen welk standaardprofiel bij de cliënt past.

Hoewel het gebruik van dergelijke profielen praktische voordelen kan bieden, heeft de FSMA bij haar bezoeken vastgesteld dat het ook voor problemen kan zorgen. Zo koppelen bepaalde verzekeringsondernemingen aan elk standaardprofiel een reeks spaar- en beleggingsverzekeringen die zij geschikt achten voor dat profiel, zonder echter rekening te houden met de specifieke informatie van elke cliënt. Bij het inkijken van bepaalde cliëntendossiers heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde transacties die de verzekeringsondernemingen – met toepassing van die standaardprofielen – geschikt achten, niet geschikt blijken als rekening worden gehouden met de individuele cliënteninformatie.

5.3.2.2 Verwerking van de antwoorden van de cliënten met behulp van een algoritme

Bepaalde verzekeringsondernemingen ontwikkelen algoritmes om de antwoorden van de cliënten op de vragen die ertoe strekken hun profiel te bepalen, met de computer te verwerken. De FSMA heeft bepaalde gebreken vastgesteld in de opzet van die algoritmes.

Zo menen bepaalde verzekeringsondernemingen dat, als de cliënt een correct antwoord geeft op slechts enkele van de gestelde vragen om zijn kennis over bepaalde producten te testen, dat genoeg is om te concluderen dat zijn kennis over die producten toereikend is. Die conclusie hoeft niet meteen te worden uitgesloten, maar toch is de FSMA van mening dat, voor elke categorie van producten, moet worden bekeken of een fout antwoord op een of andere vraag geen twijfel doet rijzen over het oordeel van de verzekeringsonderneming dat de cliënt de vereiste kennis bezit. Zo is de FSMA van oordeel dat, als de cliënt de vragen over

de aard of de hoofdkenmerken van een product niet correct beantwoordt, niet kan worden geconcludeerd dat hij de vereiste kennis over dat product bezit. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de cliënt een fout antwoord geeft op de vraag over:

- het feit dat een tak 23-verzekering geen gegarandeerd rendement biedt;
- het feit dat een tak 23-verzekering een levensverzekering is waarvan het rendement afhangt van beleggingsfondsen en dus meer risico's inhoudt dan een tak 21-verzekering.

Ter herinnering: ook als de verzekeringsondernemingen standaardmethodes gebruiken om informatie te verwerken (zoals profielen, algoritmes, ...), blijft voor hen de verplichting gelden om, voor elke cliënt en elke transactie¹⁷, te controleren of aan de vier geschiktheidscriteria (kennis, ervaring, spaar- of beleggingsdoelstellingen en financiële situatie) is voldaan. Als die standaardmethodes voor de verwerking van informatie niet verfijnd genoeg zijn om op individuele basis rekening te kunnen houden met alle informatie over elke cliënt, moet voor elke verrichting een bijkomende toetsing worden uitgevoerd om te verifiëren of zij wel degelijk geschikt is.

Verder heeft de FSMA vastgesteld dat de door de verzekeringsondernemingen gebruikte algoritmes niet steeds op correcte wijze rekening houden met de formulering van de keuzemogelijkheden omtrent de beleggingshorizon ("3 tot 8 jaar" of "meer dan 8 jaar"). Zo menen bepaalde verzekeringsondernemingen dat aan een cliënt die antwoordt dat zijn beleggingshorizon tussen 3 en 8 jaar bedraagt, een tak 21-verzekering mag worden voorgesteld, terwijl de afkoop van een dergelijke verzekering vóór de 8 jaar-grens fors wordt belast (de roerende voorheffing wordt immers berekend op een forfaitair roerend inkomen van 4,75 %).

Bovendien moet het door de verzekeringsonderneming gebruikte algoritme ook rekening houden met de risicoaversie van de cliënt bij de keuze van de beleggingsfondsen waaraan tak 23-verzekeringen zijn gekoppeld.

Meer algemeen wijst de FSMA erop dat de verzekeringsondernemingen aan de FSMA moeten kunnen aantonen dat elke transactie geschikt is voor de cliënt.

5.3.2.3 Adviesverstrekking vóór de inzameling van cliënteninformatie

De FSMA heeft vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen hun cliënten eerst advies verstrekken over spaar- of beleggingsverzekeringen, en pas dan de vereiste informatie

¹⁷ Onverminderd de geldende regels voor reeksen transacties (zie art. 15 van het koninklijk besluit van 21 februari 2014 inzake de krachtens de wet vastgestelde gedragsregels en regels over het beheer van belangenconflicten, wat de verzekeringssector betreft).

inzamelen over die cliënten. Er wordt benadrukt dat de inzameling van cliënteninformatie dient te gebeuren vóór advies wordt verstrekt, omdat het precies die informatie is die het mogelijk maakt om passende spaar- of beleggingsverzekeringen aan te bevelen aan de cliënt.

5.3.2.4 Adviesverstrekking door een verzekeringsonderneming aan haar werknemers

Tijdens haar bezoeken ter plaatse heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen aan hun eigen werknemers advies verstrekken over spaar- of beleggingsverzekeringen zonder daarbij de zorgplichtregels toe te passen. Die regels zijn echter van toepassing zodra verzekeringsbemiddelingsdiensten worden verstrekt, ongeacht of de cliënt al dan niet een werknemer van de verzekeringsonderneming is. In het kader van de zorgplicht moet de verzekeringsonderneming er dus op toezien dat de verzekeringsovereenkomsten die zij aan haar werknemers aanbiedt, bij hun verlangens en behoeften aansluiten. Als advies wordt verstrekt, moet de verzekeringsonderneming de geschiktheid kunnen beoordelen van de spaar- of beleggingsverzekeringen die zij aanbiedt.

5.3.2.5 Adviesverstrekking bij cliënten thuis

De FSMA heeft vastgesteld dat sommige verbonden agenten/werknemers van verzekeringsondernemingen cliënten thuis bezoeken om hun advies te verstrekken over spaar- of beleggingsverzekeringen. Terloops wordt herhaald dat de adviesverstrekking bij cliënten thuis moet worden omkaderd met procedures die het mogelijk maken om de wettelijke bepalingen over de zorgplicht na te leven. Bovendien moeten het aldus verstrekte advies en de transacties die eruit voortvloeien, op passende wijze worden gecontroleerd.

De FSMA heeft vastgesteld dat sommige werknemers/verbonden agenten die bij cliënten thuis advies verstrekken, achteraf – bij het coderen van de transacties in het systeem – beseffen dat zij niet alle vragen hebben gesteld die zij, volgens de procedure van de verzekeringsonderneming, geacht worden te stellen. Daarop contacteren zij de betrokken cliënten opnieuw om hun alsnog die vragen te stellen. De FSMA wijst er nogmaals op dat de vereiste informatie om een spaar- of beleggingsverzekering aan een cliënt te kunnen aanbevelen, moet worden ingezameld vóór dat advies wordt verstrekt.

Tot slot wijst de FSMA erop dat die dienstverstrekking de verzekeringsonderneming, in voorkomend geval, ook verplicht om de in Boek VI van het Wetboek van Economisch Recht bedoelde regels inzake de ‘buiten verkoopruimten gesloten overeenkomsten’ na te leven.

5.3.2.6 Aanbeveling om transacties te verrichten via de onlineapplicatie

Sommige verbonden agenten/werknemers hebben aan de FSMA verklaard dat zij hun cliënten aanbevelen om bepaalde transacties via de onlineapplicatie (doorgaans pc-banking) uit te voeren als zij vaststellen dat die transacties niet aan de geschiktheidstest voldoen. De FSMA wijst erop dat, als een transactie niet aan de voorwaarden van de geschiktheidstest voldoet, de verbonden agent/werknemers de cliënt zeker niet mag aanbevelen om die

transactie toch uit te voeren, en dat hij de cliënt evenmin mag aanmoedigen om dat via een ander kanaal te doen.

5.3.2.7 Overdracht van de verantwoordelijkheid aan de cliënten

De FSMA heeft vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen van oordeel zijn dat, als de cliënt uitleg heeft gekregen van de adviseur, hij zelf moet beoordelen of een transactie geschikt voor hem is (of zij bijvoorbeeld aan zijn beleggingsdoelstellingen voldoet). De FSMA drukt er nogmaals op dat de verzekeringsonderneming en niet de cliënt verantwoordelijk is voor de beoordeling van de geschiktheid van een transactie.

Disclaimers of andere vermeldingen die de cliënt willen doen geloven dat hij verantwoordelijk is voor die beoordeling, zijn dus onaanvaardbaar (zie punt 5.5.2 van dit verslag).

5.3.2.8 Beoordeling van de geschiktheid van afkoop-/uittredingstransacties

Tijdens haar bezoeken heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen geen geschiktheidstest uitvoeren bij de adviesverstrekking over de afkoop van / de uittreding uit spaar- of beleggingsverzekeringen. De FSMA wijst erop dat de geschiktheid moet worden beoordeeld bij aankooptransacties (onderschrijving van een verzekeringsovereenkomst) én bij afkoop-/uittredingstransacties (opzegging, omzetting of gedeeltelijke/volledige afkoop van een verzekeringsovereenkomst). Bij dergelijke afkoop-/uittredingstransacties zou de nadruk moeten liggen op de spaar- of beleggingsdoelstellingen van de cliënt, die door de verzekeringsonderneming op dezelfde manier in aanmerking zouden moeten worden genomen als wanneer zij de geschiktheid van aankooptransacties controleert.

5.4 Monitoring en controles

5.4.1 Referentiekader

De controle binnen de verzekeringsondernemingen wordt in beginsel rond drie verdedigingslijnen georganiseerd. Het model van de drie verdedigingslijnen wordt door vele financiële instellingen als standaardmodel gebruikt om de onzekerheid te beheren en risico's te voorkomen. De eerste verdedigingslijn bestaat uit het personeel dat in eerste linie instaat voor de commerciële activiteiten van de financiële instelling. Die personen zijn belast met de bedrijfsvoering van de onderneming en zijn verantwoordelijk voor het beheer van de betrokken risico's. De tweede verdedigingslijn betreft compliance en risicobeheer (*risk management*). Deze interne controlefuncties werken beleidslijnen uit, leggen werkmethodes vast en houden permanent toezicht op de eerste lijn van de commerciële activiteiten wat het beheer van risico's en compliance betreft. De derde defensielijn is die van de interne audit. De interne auditoren controleren regelmatig zowel de eerste lijn van de commerciële

activiteiten als de toezichtsfuncties, om erop toe te zien dat zij hun taken op het vereiste competentieniveau uitoefenen¹⁸.

Wat de naleving van de zorgplicht betreft, moeten de verzekeringsondernemingen hun beleidslijnen en procedures regelmatig herzien. Zij moeten dat ook doen telkens wanneer zij hun procedures door een ingrijpende wijziging niet meer kunnen toepassen of wanneer zij de wettelijke vereisten niet meer kunnen naleven (bv. een wijziging van hun distributiemodel, hun IT-omgeving, de wetgeving, ...). De verzekeringsondernemingen moeten erop toezien dat hun beleidslijnen en procedures inzake de zorgplicht efficiënt zijn, zodat de eventuele lacunes kunnen worden opgespoord en verholpen.

De controlefuncties van de verzekeringsonderneming moeten nagaan of de interne procedures en de wetgeving met betrekking tot de gedragsregels worden nageleefd. Daartoe moeten de verzekeringsondernemingen te allen tijde kunnen aantonen dat zij:

- de aan de zorgplicht verbonden risico's hebben geanalyseerd voor de spaar- en beleggingsverzekeringen,
- een inventaris van de controles op die risico's hebben opgemaakt, en
- een onafhankelijke beoordeling en validatie van de controles hebben uitgevoerd.

Bij de controle van de naleving van de gedragsregels is een belangrijke rol weggelegd voor de compliancefunctie. De personen die belast zijn met die functie, moeten toezicht houden op het compliancerisico van de onderneming. Verder moeten zij de nodige tests uitvoeren (*monitoring*), aanbevelingen formuleren en verslag uitbrengen over hun activiteiten. Zij moeten advies verstrekken en meewerken aan de opstelling van richtsnoeren over de naleving van de reglementering. Tot slot zouden zij minstens eenmaal per jaar een actieplan moeten opstellen.

5.4.2 Vaststellingen

5.4.2.1 Controleplannen

De vaststellingen van de FSMA hebben in hoofdzaak betrekking op de efficiëntie van de eerste- en tweedelijnscontrole. Bij de meeste verzekeringsondernemingen werd, op het moment van de bezoeken van de FSMA, nog volop gewerkt aan de ontwikkeling van de controles in het kader van de beoordeling van de toepassing van de gedragsregels. De FSMA is echter van mening dat het huidige niveau van de documentatie over de controles nog zou moeten worden opgevoerd, en herinnert eraan dat, met betrekking tot de zorgplicht, de

¹⁸ Deze definitie van de drie defensielijnen komt aan bod in bijlage 2 bij circulaire NBB_2013_15 over de inspecties.

controles het eerst en vooral mogelijk moeten maken te verifiëren of het advies geschikt is en dus of de cliënt over de nodige kennis en ervaring beschikt in verband met de geplande transactie, of de transactie in overeenstemming is met zijn spaar- of beleggingsdoelstellingen, en of hij financieel voldoende draagkrachtig is om de aan de transactie verbonden risico's te dragen.

5.4.2.2 Verantwoordelijkheid voor de controles

Sommige verzekeringsondernemingen gebruiken het netwerk van de kredietinstelling van de groep waarvan zij deel uitmaken, voor de verdeling van hun spaar- en beleggingsverzekeringen. De kredietinstelling treedt dan op als verbonden verzekeringsagent van de verzekeringsonderneming.

De FSMA heeft vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen zich, binnen dat distributiemodel, in hoofdzaak baseren op de door de kredietinstelling uitgevoerde controles om zich ervan te vergewissen of de zorgplichtregels worden nageleefd. Iedere verzekeringsonderneming is nochtans verplicht om de activiteiten van haar verbonden verzekeringsagenten te controleren, en is verantwoordelijk voor de correcte toepassing van de gedragsregels door die verbonden verzekeringsagenten (zie punt 5.1). Dat beginsel geldt ook als de kredietinstelling van de groep een verbonden verzekeringsagent van de verzekeringsonderneming is. Het behoort dus tot de verantwoordelijkheid van de verzekeringsonderneming om aan te tonen dat, aan de hand van de door haar ingevoerde controleprocedures, kan worden nagegaan of de ter zake geldende regels worden nageleefd.

De FSMA heeft in dat verband vastgesteld dat het, op basis van de tijdens de bezoeken verstrekte documentatie, niet steeds mogelijk is na te gaan of de controlefuncties van de verzekeringsonderneming (1) de aan de zorgplicht verbonden risico's voor de spaar- en beleggingsverzekeringen analyseren, (2) een inventaris van alle controles op die risico's opmaken, en (3) een onafhankelijke beoordeling en validatie van de door de controlefuncties van de kredietinstelling verrichte controles uitvoeren. Hoewel er gedocumenteerde vergaderingen met de kredietinstelling plaatsvinden, en er documenten voorhanden zijn waaruit blijkt dat de kredietinstelling en de verzekeringsonderneming regelmatig in contact staan met elkaar, is de FSMA van oordeel dat deze niet toereikend zijn.

5.4.2.3 Controle van de verschillende verkoopkanalen

De FSMA heeft vastgesteld dat de meeste verzekeringsondernemingen hun cliënten via diverse kanalen (telefoon, video conference call, internet, ...) contacteren. Zij vestigt de aandacht op het feit dat ook de transacties die via die kanalen worden uitgevoerd, moeten worden gemonitord.

5.5 Informatieverstrekking aan de cliënten

De voor de verzekeringsondernemingen geldende gedragsregels omvatten een aantal verplichtingen inzake de informatieverstrekking aan de cliënten. Net als de zorgplicht vormt die informatieverstrekking dus een specifiek thema binnen de gedragsregels. Die thema's staan echter niet los van elkaar. Tijdens haar bezoeken rond het thema van de zorgplicht heeft de FSMA zich dus ook gebogen over verschillende aspecten van de informatieverstrekking aan de cliënten die aan de zorgplicht zijn gelinkt.

5.5.1 Referentiekader

De verzekeringsondernemingen moeten hun cliënten correcte, duidelijke en niet-misleidende informatie bezorgen. De informatie moet worden opgesteld in voor de cliënten begrijpelijke bewoordingen. Zij moet de cliënt in staat stellen om met kennis van zaken te beslissen om een verzekeringsovereenkomst al dan niet te onderschrijven.

Vooraleer zij diensten verstrekken, moeten de verzekeringsondernemingen de cliënten met name informeren over de kosten en lasten die aan de door hen verstrekte verzekeringsbemiddelingsdiensten zijn verbonden, en over de door hen aangeboden verzekeringsovereenkomsten, zodat de cliënten met kennis van zaken een beslissing kunnen nemen.

Die informatie moet op een duurzame drager aan de cliënten worden bezorgd.

5.5.2 Vaststellingen

In verband met de wijze waarop de informatie aan de cliënten wordt verstrekt, heeft de FSMA vastgesteld dat in bepaalde vragenlijsten die de verzekeringsondernemingen gebruiken om informatie over hun cliënten in te zamelen, clausules voorkomen van het type:

- “U bevestigt ermee in te stemmen om de wettelijke en contractuele informatie, in de mate van het mogelijke, niet op papier maar langs elektronische weg te ontvangen of om ze op de website te consulteren.”,
- “U verklaart toegang te hebben tot het internet. Verder verklaart u dat u ervoor opteert om de wettelijke precontractuele en contractuele informatie langs elektronische weg te ontvangen of om ze op onze website te consulteren, tenzij ze nog niet beschikbaar is gesteld langs elektronische weg”.

Het document biedt de cliënt niet de mogelijkheid om de toepassing van die clausules te weigeren.

De FSMA herinnert eraan dat de reglementering vereist dat de cliënt de keuze heeft tussen de overlegging van de informatie op papier of op een andere duurzame drager. De cliënt moet expliciet instemmen met de optie om de informatie op een andere duurzame drager dan op papier te ontvangen. Hij zou in dat verband de mogelijkheid moeten hebben om zijn keuze op het betrokken document aan te vinken. Bovendien is de mogelijkheid voor een verzekeringsonderneming om haar website algemeen te gebruiken om haar cliënten te informeren, beperkt. Die mogelijkheid bestaat immers enkel voor bepaalde gegevens en als bepaalde modaliteiten worden nageleefd. Bijgevolg voldoen de eerder vermelde clausules niet aan de wettelijke vereisten met betrekking tot de informatieverstrekking aan de cliënt.

De FSMA heeft ook vastgesteld dat de informatie die bepaalde verzekeringsondernemingen aan de cliënten verstrekken, niet steeds correct, duidelijk en niet-misleidend is. Zo heeft zij bijvoorbeeld vastgesteld dat bepaalde documenten die aan de cliënten worden overhandigd, vermeldingen bevatten die de cliënten verantwoordelijk maken voor de inzameling van de gegevens die op hen betrekking hebben, of voor de geschiktheidstoetsing. Die praktijken druisen in tegen het reglementaire kader: het is immers de verzekeringsonderneming die verantwoordelijk is voor de inzameling van gegevens en de beoordeling van de geschiktheid van een transactie.

Ook heeft de FSMA vastgesteld dat de meeste verbonden agenten/werknemers van de verzekeringsondernemingen onvolledige informatie verstrekken over de kosten die zijn verbonden aan de producten die zij aanbevelen.

5.6 Selectie, goedkeuring en commercialisering van de producten

5.6.1 Referentiekader

Voortbouwend op de ter zake in de IDD-richtlijn ingeschreven maatregelen is de FSMA van mening dat de procedure rond de selectie, commercialisering en beoordeling van verzekeringsproducten cruciaal is voor de naleving van de zorgplicht door de verzekeringsondernemingen. Zo verwacht de FSMA van de verzekeringsondernemingen met name dat zij – bij hun beoordeling van de geschiktheid of passendheid van transacties – bepalen welke spaar- of beleggingsverzekeringen geschikt of passend zijn voor bepaalde cliënten, gelet op hun kennis en ervaring, en, bij de beoordeling van de geschiktheid, gelet op hun financiële situatie en hun spaar- of beleggingsdoelstellingen.

In verband met die goede praktijk is de FSMA van oordeel dat de onderneming – om te kunnen garanderen dat zij zich, bij elke stap van de selectie-, commercialiserings- en beoordelingsprocedure van de verzekeringsproducten, op loyale, billijke en professionele wijze inzet voor de belangen van hun cliënten – over een beleid en procedures zou moeten beschikken die de volgende elementen omvatten:

- de aanwijzing van een persoon die verantwoordelijk is om te controleren of de belangen van de cliënten worden nageleefd (“gatekeeper”) zowel bij het nemen van de beslissing om een verzekeringsproduct te lanceren, als bij de vaststelling van de betrokken lanceringsvoorwaarden;
- een beschrijving van de verantwoordelijkheden van de verschillende interveniënten bij elke stap van de procedure;
- een beschrijving van de criteria voor de selectie van de verzekeringsproducten en van de wijze waarop die criteria zijn gekozen en zullen worden beoordeeld;
- de vaststelling van regels aan de hand waarvan het evenwicht tussen de belangen van de cliënt en die van de onderneming kan worden beoordeeld bij de vaststelling van de verkoopvoorwaarden van een verzekeringsproduct;
- de bewaring van een documentatie over de verschillende stappen van de selectieprocedure van elke verzekeringsproduct: van de documentatie over de oorspronkelijke selectie die wordt voorgesteld aan het comité belast met de selectie, tot de documentatie over de uiteindelijke beslissing.

5.6.2 Vaststelling

Tijdens haar bezoeken heeft de FSMA vastgesteld dat de meeste verzekeringsondernemingen over een procedure beschikken voor de selectie van de voor hun cliënten bestemde producten. Die procedures zijn vaak echter ontoereikend in het licht van voornoemde goede praktijken. Voorbeelden:

- zij wijzen geen “gatekeeper” aan die moet nagaan of rekening wordt gehouden met de belangen van de cliënten;
- zij vermelden niet welke criteria de “gatekeeper” moet controleren vóór een product wordt geselecteerd.

Verder heeft de FSMA vastgesteld dat de bij de verzekeringsondernemingen beschikbare documentatie ontoereikend is om de naleving van de verschillende, in voornoemde procedures vermelde stappen te kunnen controleren.

5.7 Vorming van de adviseurs

5.7.1 Referentiekader

Om aan de zorgplichtvereisten te kunnen voldoen, moeten de verzekeringsondernemingen een beroep doen op verbonden agenten/werknemers met de vereiste kwalificaties, kennis en expertise om de hun toevertrouwde verantwoordelijkheden te kunnen uitoefenen. De bij de zorgplichtprocedures betrokken PCP’s moeten over een passend kennis- en ervaringsniveau beschikken.

De verzekeringsondernemingen mogen overigens enkel verzekeringsovereenkomsten aanbieden die gekend zijn door hun distributieverantwoordelijken en hun PCP's, en waarvan zij de essentiële kenmerken aan hun cliënten kunnen uitleggen.

5.7.2 Vaststelling

De FSMA heeft vastgesteld dat de kennis van de verbonden agenten/werknemers soms te beperkt is om aan die vereisten te kunnen voldoen. De zwakke punten betreffen vaak de kennis van:

- de vereisten met betrekking tot de geschiktheidstest;
- de kostenstructuur van de aangeboden producten;
- de begrippen “kapitaalbescherming” en “kapitaalgarantie”, die onvoldoende gekend zijn om het verschil duidelijk aan de cliënten te kunnen uitleggen.

De verzekeringsondernemingen zouden overigens ook moeten zorgen voor de vorming van hun adviseurs over (1) de doelstelling van de geschiktheidstest, (2) de noodzaak om de kennis van de cliënt over de aangeboden spaar- of beleggingsverzekeringen te toetsen, en (3) de noodzaak om grondig te peilen naar de accuraatheid van die kennis.

6 Vaststellingen in verband met andere AssurMiFID-thema's

Dit punt besteedt aandacht aan de eventuele vaststellingen in verband met andere AssurMiFID-thema's die de FSMA tijdens haar bezoeken heeft gedaan. Het is belangrijk te noteren dat de werkprogramma's over die andere thema's niet exhaustief en systematisch zijn toegepast, zoals dat voor de zorgplicht is gebeurd.

6.1 Programma's rond vergoedingen en incentives

6.1.1 Referentiekader

De verzekeringsondernemingen en de verzekeringstussenpersonen moeten zich op loyale, billijke en professionele wijze inzetten voor de belangen van hun cliënten. Die algemene zorgplicht moet met name worden nageleefd bij de vaststelling – door verzekeringsondernemingen – van programma's rond vergoedingen en incentives. De belangenconflicten die uit die programma's kunnen voortvloeien, moeten worden geïdentificeerd en beheerd.

Wanneer de verzekeringsondernemingen en de verzekeringstussenpersonen een verzekeringsbemiddelingsdienst verstrekken aan een cliënt, mogen zij geen vergoedingen (of niet-monetaire voordelen) aan derden betalen (verschaffen) of van derden ontvangen (in ontvangst nemen) tenzij die aan de door de reglementering opgelegde voorwaarden voldoen.

Krachtens deze reglementering mag de verzekeringsonderneming in haar programma's rond de vergoeding van haar makelaars enkel voordelen aanbieden die aan de volgende voorwaarden voldoen, als die worden betaald in verband met de verstrekking van een verzekeringsbemiddelingsdienst aan een cliënt:

- de cliënt wordt, vóór de dienst wordt verstrekt, op accurate wijze geïnformeerd over het bestaan, de aard en het bedrag van het voordeel;
- het voordeel komt de kwaliteit van de dienst ten behoeve van de cliënt ten goede;
- het voordeel doet geen afbreuk aan de voor de verzekeringsmakelaar geldende plicht om zich voor de belangen van de cliënt in te zetten.

Verzekeringmakelaars mogen daarnaast ook vergoedingen, provisies of niet-geldelijke voordelen betaald of verschaft aan of door de cliënt of een persoon die namens de cliënt handelt, ontvangen. Passende vergoedingen die de verrichting van verzekeringsbemiddelingsdiensten mogelijk maken of daarvoor noodzakelijk zijn, zoals wettelijke heffingen, juridische kosten en herverzekeringspremies, die van nature niet strijdig zijn met de plicht van de dienstverlener om zich op loyale, billijke en professionele wijze in te zetten voor de belangen van haar cliënten, zijn ook toegelaten.

6.1.2 Vaststellingen

Bij haar bezoeken bij verzekeringsmakelaars heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen die makelaars incentiveprogramma's aanbieden waarbij zij gratis of tegen gunstige voorwaarden evenementen (sportmeetings of concerten) kunnen bijwonen of opleidingen in het buitenland kunnen volgen. Om voor die voordelen in aanmerking te komen, moeten de verzekeringsmakelaars een aantal punten verzamelen in functie van het aantal verzekeringsovereenkomsten van de verzekeringsonderneming dat zij verspreiden.

De FSMA wijst nogmaals op de voorwaarden waaronder dergelijke niet-monetaire voordelen zijn toegestaan, meer in het bijzonder op het feit dat zij de kwaliteit van de dienstverstrekking aan de cliënten ten goede moeten komen. De naleving van die voorwaarden, meer specifiek de voorwaarde inzake de verbetering van de dienstverstrekking aan de cliënt, moet geval per geval worden getoetst.

Bij haar bezoeken bij de verzekeringsmakelaars heeft de FSMA ook vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen te behalen productieminima opnemen in de tarifiering van de aan de makelaars toegekende commissielonen (de makelaar moet jaarlijks X nieuwe zaken aanbrengen om in aanmerking te komen voor een commissieloon). Die minima moeten worden gehaald opdat het commissieloon/de vergoeding aan de makelaar zou worden gestort.

Volgens de FSMA houden dergelijke praktijken in hoofde van de makelaars grote risico's op belangenconflicten in aangezien de makelaars de vooropgestelde drempel zullen willen halen omdat zij anders geen vergoeding ontvangen voor het door hen geleverde werk. Bovendien bestaat het risico dat de makelaars hun eigen belangen laten primeren op die van hun cliënten.

Te noteren valt dat de FSMA in haar jaarverslag 2014 een standpunt heeft ingenomen met betrekking tot de verplichte minimumportefeuille in het kader van een samenwerkingsovereenkomst tussen een verzekeringsonderneming en een verzekeringsmakelaar¹⁹. Zij heeft geoordeeld dat dergelijke contractuele clausules onverenigbaar zijn met het statuut van makelaar. De minimumdrempels in de tarifiering – die juridisch gezien geen verbintenis inhouden om een minimumproductie bij een verzekeringsonderneming te plaatsen – zouden (in termen van belangenconflicten) dezelfde impact op de makelaar kunnen hebben als dergelijke contractuele clausules.

Meer algemeen moeten de verzekeringsondernemingen erop toezien dat hun programma's rond vergoedingen en incentives geen belangenconflicten doen ontstaan tussen de verzekeringsmakelaars en de cliënten. In dit kader moeten zij kunnen aantonen dat de betaling van een vergoeding of de toekenning van een incentive de kwaliteit ten goede komt van de dienst die is verleend aan de cliënt en geen afbreuk doet aan de verplichting van de makelaar om zich voor de belangen van zijn cliënt in te zetten. Een verhoogde waakzaamheid dringt zich inzonderheid op wanneer de percentages van de commissielonen worden vastgesteld – of de incentives worden toegekend – per product.

¹⁹ Jaarverslag 2014, p. 156.

7 Conclusie

Dit document vat de vaststellingen samen die de FSMA tijdens haar eerste bezoeken bij de verzekeringsondernemingen heeft gedaan. Die bezoeken strekten ertoe na te gaan of de wettelijke en reglementaire bepalingen over de zorgplicht door de verzekeringsondernemingen werden nageleefd bij hun adviesverstrekking over spaar- of beleggingsverzekeringen (tak 21 en tak 23). De verzekeringsondernemingen die de FSMA tot dusver heeft bezocht, vertegenwoordigen 85 % van de markt in termen van technische voorzieningen voor tak 23, en 73 % van de markt in termen van technische voorzieningen voor 'leven'. Tijdens haar bezoeken heeft de FSMA de procedures geanalyseerd die de verzekeringsondernemingen hebben ingevoerd. Daarnaast heeft zij steekproefsgewijs geselecteerde transacties onderzocht en agentschappen bezocht om na te gaan of de gedragsregels door de verbonden agenten/werknemers van de gecontroleerde verzekeringsondernemingen worden nageleefd.

Op de datum van dit document is de FSMA van oordeel dat zij weliswaar goede praktijken heeft vastgesteld, maar dat de wijze waarop de door haar bezochte verzekeringsondernemingen advies verstrekken over hun spaar- of beleggingsproducten, lacunes vertoont op het vlak van naleving van de zorgplicht, in hoofdzaak wat de volgende elementen betreft:

- Het door bepaalde verzekeringsondernemingen opgegeven **distributiemodel** sluit niet steeds aan bij de praktijken van het distributienetwerk. Zo heeft de FSMA vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen die verklaren dat zij hun producten uitsluitend via verzekeringsmakelaars verdelen, hun cliënten rechtstreeks per brief contacteren met het voorstel om door hen uitgegeven spaar- of beleggingsverzekeringen te onderschrijven.
- De **inzameling van cliënteninformatie** wordt niet steeds correct uitgevoerd, noch wat de kennis en ervaring van de cliënt betreft, noch wat zijn spaar- of beleggingsdoelstellingen betreft. Bovendien wordt de coherentie van de ingezamelde cliënteninformatie niet steeds voldoende beoordeeld.
- De **geschiktheidstest** wordt niet steeds correct uitgevoerd, met name omwille van de gebrekkige toepassing van de standaardprofielen. Bovendien proberen sommige verzekeringsondernemingen de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de geschiktheidstest af te schuiven op de cliënt. De FSMA heeft ook gevallen geïdentificeerd waarbij de geschiktheidstest niet behoorlijk werd uitgevoerd, inzonderheid bij de adviesverstrekking aan de cliënten over de afkoop/uittrekking of bij de adviesverstrekking aan hun eigen werknemers.
- Op dit moment zijn de **monitoring en controles** door de verzekeringsondernemingen doorgaans nog niet volledig effectief en operationeel. Dat de controles hun volle maturiteitsniveau nog niet hebben bereikt, is te wijten aan feit dat de

reglementering vrij recent is. Daarom dringt de FSMA erop aan dat snel werk wordt gemaakt van de invoering en de efficiënte uitvoering van die controles. Bovendien vergeten sommige verzekeringsondernemingen dat, ook wanneer de controles door een derde onderneming worden uitgevoerd (bv. door de kredietinstelling van de groep), zij toch verantwoordelijk blijven voor die controles en moeten kunnen aantonen dat alle risico's bij die controles aan bod komen.

- **De informatieverstrekking aan de cliënten** over de zorgplicht is niet altijd correct, duidelijk en niet-misleidend. De verzekeringsondernemingen moeten erop toezien dat hun disclaimers in de aan de cliënten overhandigde documenten niet indruisen tegen de gedragsregels die zij moeten naleven.
- Het **vormingsniveau van de adviseurs** met betrekking tot de zorgplicht is soms ontoereikend.
- Bepaalde **incentiveprogramma's** van de verzekeringsondernemingen bieden de makelaars die bepaalde productieniveaus halen, voordelen zoals toegangstickets tot evenementen (sportmeetings, concerten) of opleidingen in toeristische trekpleisters in het buitenland. De FSMA wijst erop dat dergelijke voordelen (met name) de kwaliteit van de dienstverlening aan de cliënten moeten verbeteren. Meer algemeen mogen de programma's rond vergoedingen en incentives geen belangenconflicten tussen de verzekeringsmakelaars en de cliënten doen ontstaan. De opgelegde minimumdrempels om in aanmerking te kunnen komen voor commissielonen kunnen dergelijke belangenconflicten doen ontstaan.

De FSMA heeft ook de **procedures voor de selectie, de goedkeuring en de commercialisering van spaar- of beleggingsverzekeringen** geanalyseerd, vanuit de opvatting dat die procedures een goede praktijk vormen die van cruciaal belang is om de naleving van de zorgplicht te garanderen. De FSMA is van oordeel dat de verzekeringsonderneming een *“gatekeeper”* zouden moeten aanwijzen die tot taak heeft na te gaan of bij die procedures rekening wordt gehouden met de belangen van de cliënten. Verder is de FSMA van mening dat de criteria die de *“gatekeeper”* controleert alvorens een product te selecteren, zouden moeten worden verduidelijkt.

De FSMA eist van de bezochte verzekeringsondernemingen dat zij, tegen de achtergrond van het individuele en vertrouwelijke rapport dat hun zal worden overhandigd, correctiemaatregelen nemen om zich aan de geldende reglementering te conformeren.

Voor de verzekeringsondernemingen die nog niet door de FSMA zijn bezocht, vormt dit document een *“leidraad”* die hen in staat moet stellen de efficiëntie van hun procedures te beoordelen met het oog op de naleving van de zorgplicht en de invulling van de verwachtingen van de FSMA ter zake.