



Stichting toetsing verzekeraars

Rapportage

Gedragcode Claimbehandeling September 2023

Inhoud

1. Samenvatting	3
1.1 Wat ging er vooraf aan het onderzoek.....	3
1.2 Wanneer werd het onderzoek uitgevoerd.....	3
1.3 Wat is onderzocht	3
1.4 Wat zijn de resultaten van het onderzoek.....	3
1.5 Wat ging goed	4
1.6 Wat ging mis	4
1.7 Wat zijn de aanbevelingen.....	4
2. Inleiding	6
3. Onderzoeksopzet	7
3.1 Afspreken toetskader.....	8
3.2 Informeren verzekeraars.....	8
3.3 Onderzoeken informatie	9
3.4 Bezoeken verzekeraar.....	9
3.5 De scope van het onderzoek	10
3.6 Toegevoegde waarde van het onderzoek en de beperkingen	10
4. Resultaten.....	11
4.1 Algemene resultaten	11
4.1.1 Eerste onderzoek	11
4.1.2 Vervolgonderzoek	11
4.2 Onderzoeksresultaten	11
4.2.1 Artikel 3 Voor wie geldt deze gedragscode?	12
4.2.2 Artikel 5 Welke informatieplicht hebben schade-, levens- en inkomensverzekeraars?	12
4.2.3 Artikel 6 Welke informatie krijgt u bij expertise en contra-expertise na schade?	15
4.2.4 Artikel 7 Welke informatie krijgt u na een claim op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering?	16
4.2.5 Artikel 8 Welke informatie krijgt u als uw levensverzekering eindigt?	19
Bijlage 1 Deelnemende verzekeraars	20

1. Samenvatting

Met dit rapport presenteren we de resultaten van ons onderzoek naar de naleving van de Gedragscode Claimbehandeling aan het bestuur van het Verbond van Verzekeraars.

1.1 Wat ging er vooraf aan het onderzoek

Verzekeraars maken samen afspraken om daarmee te voldoen aan de behoefte en verwachting van de klanten. De afspraken worden onder andere vastgelegd in gedragscodes. Vanaf medio 2020 toetst Stichting toetsing verzekeraars (Stv) als onafhankelijk instituut de naleving van de gedragscodes bij de leden van het Verbond van Verzekeraars (Verbond). Op basis van de [Gedragscode Claimbehandeling](#) heeft Stv een toetskader opgesteld en vastgesteld na afstemming met enkele commissies van het Verbond. In dit kerncode-onderzoek is de Gedragscode Claimbehandeling getoetst bij 98 verzekeraars die lid zijn van het Verbond.

1.2 Wanneer werd het onderzoek uitgevoerd

In figuur 1 staat een tijdlijn van de periode voor de onderzoeken en vervolgonderzoeken.

Stv Onderzoeken	Stv vervolgonderzoeken
April 2022 t/m april 2023	Juli 2022 t/m augustus 2023

Figuur 1 Tijdlijn Stv onderzoeken en vervolgonderzoeken

1.3 Wat is onderzocht

Stv heeft onderzocht of verzekeraars de behandeling van (schade)claims van klanten volgens de gedragscode afhandelen. Er is daarbij gelet op:

- het verstrekken van heldere informatie over het schadebehandelingsproces voorafgaand aan een schademelding en tijdens de behandeling van de schademelding;
- het voortvarend en zorgvuldig afhandelen van het claimproces;
- het wijzen op de rechten van de verzekerde tijdens het claimproces, op het gebied van (contra-)expertise, een second opinion en bezwaar maken bij een standpunt.

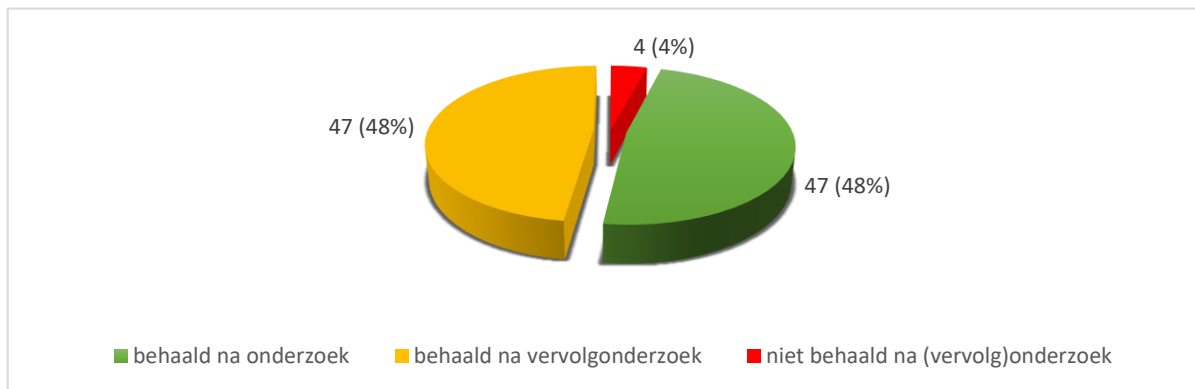
Wij beoordelen bij een afwijzing of toekenning van een claim niet inhoudelijk of de onderbouwing van de argumentatie in de communicatie naar de klant terecht is.

1.4 Wat zijn de resultaten van het onderzoek

De resultaten van het onderzoek (zie figuur 2):

- Na het eerste onderzoek voldoet 48% van de getoetste verzekeraars aan de kerncode.
- Verzekeraars die niet volledig voldoen aan een kerncode hebben een herstelmogelijkheid. Daarbij kunnen zij binnen de herstelperiode aantonen dat zij de geconstateerde tekortkomingen hebben opgelost. Een groot deel (92%) van de verzekeraars die in eerste instantie niet voldeden, heeft van deze herstelmogelijkheid gebruik gemaakt en zich aantoonbaar verbeterd.
- Na het vervolgonderzoek voldoet 96% van de getoetste verzekeraars aan de Gedragscode Claimbehandeling. Er zijn vier verzekeraars (4%) die na de herstelperiode nog niet volledig voldoen aan de gedragscode. Dit betreft voornamelijk het aantoonbaar behalen van de reactietermijnen.

De verbetering door deze verzekeraars is een van de toegevoegde waarden van het onderzoek door Stv. We bevestigen niet alleen waar wel of niet wordt voldaan aan de verplichtingen van de zelfregulering. We bevorderen met de toets en de herstelmogelijkheid vooral het waarmaken van het door verzekeraars gezamenlijk afgesproken gewenste brancheniveau van de dienstverlening door verzekeraars.



Figuur 2 Resultaten van het onderzoek Gedragscode Claimbehandeling.

1.5 Wat ging goed

De meeste verzekeraars geven duidelijke informatie over de behandelaar of de afdeling waar de schade in behandeling wordt genomen, voor als de klant een vraag heeft. Daarnaast geven verzekeraars snel duidelijkheid of er dekking is op de verzekering. Bij de verzekeraars die een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben, is het proces goed ingericht en worden alle belangrijke stappen en acties toegelicht.

1.6 Wat ging mis

Van de onderzoeken met een negatieve uitkomst is in 43% sprake van één toetspunt met een nee-score, 25% heeft twee toetspunten met een nee-score, 12% heeft er drie en 20% heeft vier of meer nee-scores.

Het gaat het meest mis bij de toetspunten:

- Als de verzekeraar een claim niet (volledig) toekent, dan geeft hij aan wat de klant kan doen als de klant het niet eens is met het besluit.
- De verzekeraar houdt de klant op de hoogte van hoever hij is met de behandeling van de claim. De verzekeraar geeft duidelijk aan binnen hoeveel dagen of weken (de termijn) hij reageert op vragen van de klant.
- De verzekeraar komt de reactietermijn voor het reageren op een claim aantoonbaar na.

1.7 Wat zijn de aanbevelingen

Op basis van ons onderzoek hebben we enkele aanbevelingen aan het Verbond van Verzekeraars:

1. Verzekeraars zijn verplicht om bij het (gedeeltelijk) afwijzen van een claim de klant te wijzen op de vervolgmogelijkheden, zoals bijvoorbeeld een bezwaarmogelijkheid. We merken dat in dit onderzoek, net als eerder bij klachtbehandeling en informatieverstrekking, meerdere verzekeraars de klant onvoldoende wijzen op een mogelijke vervolgstap of -actie. We hebben van diverse verzekeraars begrepen dat het voor hen niet duidelijk is welke vervolgstappen zij moeten aanbieden. We bevelen aan de gedragscode op dit punt te verduidelijken, bijvoorbeeld door toe te voegen dat de verzekeraar de klant erop moet wijzen dat hij een klacht kan indienen of een herbeoordeling kan aanvragen.

2. In het onderzoek hebben wij de reactietermijnen bekeken van de verschillende verzekeringen en hoe de verzekeraar zijn klanten hierover geïnformeerd houdt. Het viel op dat het op deze twee toetspunten vaak misging, terwijl hier een basis ligt voor het vertrouwen in de claimbehandeling. Binnen de gedragscode wordt er een onderscheid gemaakt in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en andere verzekeringen. Bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (artikel 7.4) wordt een specifieke reactietermijn genoemd en wat de verzekeraar moet doen als de reactietermijn niet wordt nagekomen. Bij de overige verzekeringen (artikel 5.3) staat alleen dat de verzekeraar de belofte over de reactietermijn aantoonbaar nakomt. Wij adviseren om de eisen voor reactietermijnen binnen deze gedragscode gelijk te trekken en duidelijk te maken dat de verzekeraar de klant altijd informeert wanneer de reactietermijn niet wordt gehaald.
3. De gedragscode schrijft voor dat een klant een duidelijke verwijzing moet krijgen naar de mogelijkheid van het inschakelen van een contra-expert en hoe de kosten van de contra-expert worden vergoed. In de code staat hierbij dat de verzekeraar hier "uit zichzelf actief" op moet wijzen. Uit de onderzoeken en gesprekken die wij met de verzekeraars hebben gevoerd, bleek dat het nog niet altijd duidelijk is hoe zij hier invulling aan moeten geven. Wij adviseren om deze bepaling in de gedragscode verder te verduidelijken.
4. Net zoals in de Gedragscode Informatieverstrekking worden de begrippen 'duidelijk en begrijpelijk' gebruikt bij communicatie-uitingen van de verzekeraar. Deze begrippen worden beperkt toegelicht in de gedragscode. We hebben gemerkt in de onderzoeken dat er grote verschillen zijn in de interpretatie van deze begrippen door de verschillende verzekeraars. We adviseren om meer handvatten in de gedragscode te geven over wat met 'duidelijk en begrijpelijk' wordt bedoeld of net als in de Kwaliteitscode Rechtsbijstand vast te leggen dat de verzekeraar zijn communicatie-uitingen toetst bij zijn klanten.
5. Uit de gesprekken met verzekeraars constateren wij dat niet alle verzekeraars dezelfde definitie hanteren van een claim. Er is bijvoorbeeld verschil hoe verzekeraars omgaan met een dekkingsvraag aan de telefoon. Wij adviseren om een duidelijke definitie op te nemen in de gedragscode wanneer er sprake is van een claim waarop de gedragscode van toepassing is.
6. In aanvulling op aanbeveling 5 zien we bij verzekeraars verschillen over wanneer een claim in CIS (Centraal informatie systeem) wordt geregistreerd. Zo zijn er verzekeraars die dit bij alle dekkingsvragen van klanten al doen, maar ook partijen die dit enkel doen als er een uitkering is geweest. Borg dat verzekeraars hierin een uniforme behandeling hanteren.
7. Het viel ons op dat er in de Gedragscode Claimbehandeling geen afspraken staan over de tijdige uitbetaling van de schade na vaststelling, terwijl dit in het kader van klantbelang een belangrijk onderdeel van de claimbehandeling is. Overweeg om de Gedragscode Claimbehandeling op dit punt uit te breiden.

2. Inleiding

Het Verbond van Verzekeraars en de leden hebben afspraken gemaakt over gedrag naar klanten. Deze afspraken liggen vast in gedragscodes.

In opdracht van het Verbond van Verzekeraars voert de onafhankelijke Stichting toetsing verzekeraars onderzoeken uit.

Tijdens deze onderzoeken stelt Stv vast of de verzekeraars die lid zijn van het Verbond van Verzekeraars de afspraken voldoende of onvoldoende navolgen.

Een deel van deze afspraken betreft de tien Kerncodes Klantbelang.

Het doel van de **kerncodes** is de kwaliteit en uniformiteit binnen de verzekeringssector te waarborgen. Het zelfreguleringsstelsel bevordert ook het zelfreinigend vermogen van de sector.

Sinds medio 2020 heeft het Verbond met Stv een samenwerkingsovereenkomst waarin de periodieke toetsing van de kerncodes is vastgelegd. De intensieve toetsing op de Kerncodes Klantbelang door Stv draagt direct bij aan het waarborgen van de uniformiteit en kwaliteit in de sector.

Stv onderzoekt het navolgen van de kerncodes door een review op documenten en dossiers en door interviews.

Het onderzoek naar de Gedragscode **Claimbehandeling** is de achtste kerncode waarbij Stv de leden van het Verbond van Verzekeraars intensief toetst. Het onderzoek inclusief vervolgonderzoeken is uitgevoerd tussen april 2022 en augustus 2023.

Het doel van de Gedragscode Claimbehandeling is dat verzekeraars hun klanten informeren over het proces van de claimbehandeling. Met claimbehandeling bedoelen we hoe de verzekeraar omgaat met de vraag (claim) om het verzekerde (schade)bedrag uit te keren.

De Gedragscode Claimbehandeling legt een aantal voorschriften op aan verzekeraars met betrekking tot het schadebehandelingsproces. Deze code is gericht op de claimbehandeling voor consumenten en zakelijke partijen met evenveel kennis over verzekeringen als consumenten.

In dit rapport bespreken we in hoofdstuk 3 de onderzoeksopzet en presenteren we in hoofdstuk 4 de resultaten.

3. Onderzoeksopzet

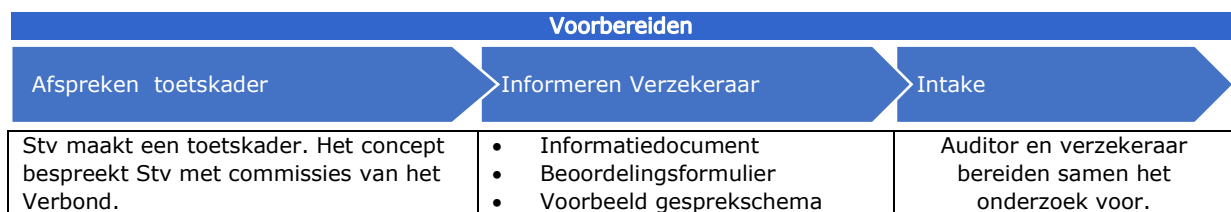
In dit hoofdstuk bespreken we de verschillende stappen van het onderzoek:

- Voorbereiden
- Uitvoeren

Het voorbereiden van het onderzoek bestaat uit de stappen:

- Afspreken toetskader (zie §3.1)
- Informeren verzekeraars (zie §3.2)
- Intake samen met de auditor

Dit is toegelicht in onderstaande figuur.

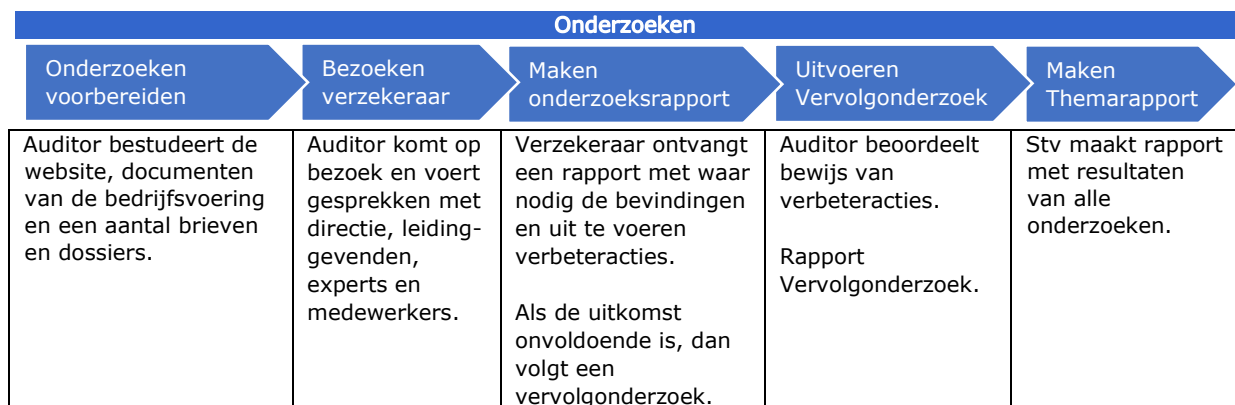


Figuur 3.1 De stappen tijdens de voorbereiding.

Het uitvoeren van het onderzoek bestaat uit de stappen:

- Onderzoeken en maken deelrapport (zie §3.3)
- Bezoeken verzekeraar (zie §3.4)
- Maken onderzoeksrapport
- Uitvoeren vervolgonderzoek
- Maken themarapport

Dit is toegelicht in onderstaande figuur.



Figuur 3.2 De stappen tijdens het onderzoek.

We sluiten af met §3.5 de scope van het onderzoek en §3.6 de toegevoegde waarde en beperkingen van het onderzoek.

3.1 Afspreken toetskader

De Gedragscode Claimbehandeling is het uitgangspunt voor het toetskader.

Alle bepalingen uit de gedragscode die toetsbaar zijn, komen in het **toetskader**. Daarbij geeft Stv aan wanneer het toetspunt als voldoende of onvoldoende wordt beoordeeld.

Het concept toetskader is besproken met deze commissies binnen het Verbond van Verzekeraars:

- Platform Klantbelang en Reputatie; en
- Klankbordgroep Internal Audit; en
- Platform Onderlinge Verzekeraars.

Deze commissies gaven feedback op het concept toetskader, waarna Stv het toetskader definitief vaststelde.

Het toetskader voor claimbehandeling bevat 31 toetspunten. Stv scoort deze toetspunten met een 'ja', 'nee' of 'nvt'. Het toetskader is opgedeeld in verschillende schadeproducten. Wanneer een verzekeraar deze producten niet aanbiedt, zijn deze toetspunten niet van toepassing.

Het toetskader bespreken we in het hoofdstuk resultaten.

3.2 Informeren verzekeraars

In juni 2022 stuurden we een informatiedocument naar alle leden van het Verbond die aan de Gedragscode Claimbehandeling dienen te voldoen.

De Gedragscode Claimbehandeling geldt voor consumenten en zakelijke partijen met net zoveel kennis over verzekeringen als consumenten. Enkele verzekeraars in het onderzoek hebben voornamelijk klanten uit het MKB segment.

In het **informatiedocument** staat onder meer aangegeven welke documenten we voorafgaand aan de onderzoeksdag willen ontvangen. Tevens staat in dit document een gespreksschema voor de interviews. We stuurden met het informatiedocument ook het toetskader mee, zodat de verzekeraars wisten op welke punten we ons in het onderzoek zouden richten.

Het onderzoek bestond uit twee delen:

- Bureauonderzoek van de website, aangeleverde documenten zoals de werkinstructies en schadedossiers.
- Onderzoeksdag met interviews op de locatie van de verzekeraar (bij uitzondering door middel van videovergaderen).

Tijdens de onderzoeksdag met de interviews trachten we zo veel mogelijk gezamenlijk met de vertegenwoordiger(s) van de verzekeraar te komen tot een **oordeel** of wel of niet aan het toetspunt is voldaan. Uiteraard bepaalt Stv of wel of niet is voldaan aan het toetspunt, maar deze aanpak heeft als voordeel dat de verzekeraar wordt meegenomen in de beoordeling en niet verrast is door de uitkomst van het onderzoek. Dit bevordert ook het draagvlak voor eventuele bevindingen van Stv. Uit de feedback van deelnemers aan de interviews is gebleken dat deze werkwijze wordt gewaardeerd door de verzekeraars.

In overleg tussen Stv en het Platform Onderlinge Verzekeraars is besloten om verzekeraars met een relatief klein premievolume (lager dan vijf miljoen euro per jaar) op proportionele wijze te toetsen. Er zijn achttien verzekeraars op deze wijze getoetst.

Bij deze verzekeraars is een select aantal documenten opgevraagd en is één interview gepland. Op deze manier heeft Stv op een proportionele wijze kunnen toetsen of verzekeraars voldeden aan alle toetspunten.

Daarnaast is er een groep kleine verzekeraars (premiëvolume minder dan één miljoen euro per jaar) die lid is van het Verbond. Er zijn vijftien verzekeraars op deze wijze getoetst.

Deze groep is getoetst door middel van een **self assessment**. We hebben deze groep getoetst door het schriftelijk stellen van enkele gerichte vragen na het beoordelen van de website. Deze verzekeraars hebben schriftelijk gereageerd en daarbij bewijsstukken meegestuurd.

Stv stelt direct na de onderzoeksdag een conceptrapport op. De verzekeraar heeft twee weken de tijd om daarop te reageren, daarna is het rapport definitief. Voor een positieve uitkomst van het onderzoek dient een verzekeraar aan alle toetspunten te voldoen.

Als de verzekeraar niet volledig aan alle eisen voldoet, dan heeft de verzekeraar tot drie maanden na het uitbrengen van de definitieve rapportage de tijd om verbeteringen door te voeren en opnieuw een toets te laten uitvoeren. Dit noemen we een **vervolgonderzoek**.

3.3 Onderzoeken informatie

Wij hebben de verzekeraars gevraagd om onderstaande documenten en informatie bij ons aan te leveren.

Documenten	Toelichting
Beleidsdocument(en) en/of werkinstructies	Waaruit blijkt hoe de claimbehandeling plaatsvindt.
Bewijsstukken van reactietermijnen	Waaruit blijkt dat de reactietermijnen voor de behandeling van claims worden nagekomen.
Lijst van dossiernummers/schadenummers	Voor een selectie van dossiers om te bespreken tijdens de onderzoeksdag.
Intern onderzoek	Meest recent uitgevoerd naar de naleving van de Gedragscode Claimbehandeling (indien aanwezig, want het is geen specifieke eis in de gedragscode).

Figuur 3.3 Tabel van de documenten die zijn opgevraagd bij verzekeraars.

3.4 Bezoeken verzekeraar

Tijdens de onderzoeksdag bij de verzekeraar spraken we tijdens de interviews met medewerkers met de volgende functies en/of rollen:

- Directeur met verantwoordelijkheid voor Claimbehandeling
- Manager (van de afdeling Claimbehandeling)
- Interne auditor of de verantwoordelijke voor het interne onderzoek
- (Senior) Claimbehandelaars

3.5 De scope van het onderzoek

Alle verzekeraars die producten aanbieden voor de consumentenmarkt (B2C) hebben meegedaan aan dit onderzoek. Verder hebben enkele verzekeraars uit de zakelijke markt (B2B) meegedaan, waarbij we ons hebben gericht op de verzekeringsproducten voor ZZP'ers, bestuurders of het MKB.

In bijlage 1 geven we een overzicht van de verzekeraars die, als lid van het Verbond van Verzekeraars aan deze Gedragscode Claimbehandeling dienen te voldoen.

Een deel van de verzekeraars heeft niet meegedaan met dit onderzoek omdat zij uitsluitend grootzakelijke klanten hebben en/of krediet verzekeren.

3.6 Toegevoegde waarde van het onderzoek en de beperkingen

Voor de beoordeling van een toetspunt verzamelt de auditor schriftelijk bewijs of vraagt door tijdens de interviews om een zo goed mogelijk beeld te krijgen hoe de verzekeraar de gedragscode naleeft.

De auditor beoordeelt niet inhoudelijk of de onderbouwing van de argumentatie in de communicatie naar de klant terecht is. Zo is bijvoorbeeld niet onderzocht of de afwijzing van een claim terecht was. Wel beoordeeld, zijn de uitleg in de brief aan de klant over de reden van de afwijzing en het wijzen op de vervolgstappen die de klant heeft als hij het hier niet mee eens is en een eventueel bezwaar wil indienen.

Het onderzoek van Stv betreft vooral het toetsen van opzet en bestaan van beheersingsmaatregelen en in beperkte mate de werking.

Door zoveel mogelijk samen met de verzekeraar de toetspunten door te nemen, zijn relevante bevindingen boven water gekomen.

De verzekeraars waren open in het aanleveren van de gevraagde informatie en de vertegenwoordigers van de verzekeraars waren ruimhartig in het geven van antwoorden op de gestelde vragen tijdens de onderzoeksdagen.

Wij menen dan ook dat de rapportage een volledig beeld geeft van de geconstateerde tekortkomingen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van ons onderzoek naar de naleving van de Gedragscode Claimbehandeling. Er zal eerst een algemeen beeld worden geschetst. Vervolgens gaan we per onderdeel van de kerncode dieper op de resultaten in.

4.1 Algemene resultaten

4.1.1 Eerste onderzoek

Van de 98 onderzoeken die door Stv zijn uitgevoerd, behaalde een deel van de verzekeraars (48%) direct een positief resultaat.

Verzekeraars	Behaald na 1 ^e onderzoek	Behaald na vervolgonderzoek
Aantal	47	94
Percentage	48%	96%

Figuur 4.1 Verzekeraars die een voldoende scoren in het onderzoek.

Bij de volgende toetspunten hebben we de meeste bevindingen geconstateerd:

- Als de verzekeraar een claim niet (volledig) toekent, dan geeft hij aan wat de klant kan doen als de klant het niet eens is met het besluit.
- De verzekeraar houdt de klant op de hoogte van hoever hij is met de behandeling van de claim. De verzekeraar geeft duidelijk aan binnen hoeveel dagen of weken (de termijn) hij reageert op vragen van de klant.
- De verzekeraar komt de reactietermijn (toetspunt hierboven) aantoonbaar na.

We komen daar verder op terug in § 4.2.

4.1.2 Vervolgonderzoek

Verzekeraars die niet voldoen aan de gedragscode kunnen een vervolgonderzoek laten uitvoeren door Stv. We hebben bij 50 verzekeraars een vervolgonderzoek uitgevoerd.

Deze verzekeraars hebben op basis van onze rapportage met de tekortkoming(en) aanpassingen gedaan in hun werkwijze, documenten of op hun website.

Voor het vervolgonderzoek konden de verzekeraars bewijsstukken uploaden en deze hebben we beoordeeld. Om te voldoen aan het vervolgonderzoek gelden dezelfde criteria als voor de eerste toets.

Voorafgaand aan het vervolgonderzoek hebben de verzekeraars in totaal 112 herstelacties uitgevoerd. Het grootste deel van de vervolgonderzoeken is met een positief resultaat afgerond: de verzekeraar heeft de tekortkomingen hersteld. Er is één verzekeraar die geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid van een vervolgonderzoek. Na het vervolgonderzoek hebben drie verzekeraars (3%) nog een toetspunt open staan.

Verzekeraars	Niet behaald na 1 ^e onderzoek	Niet behaald na vervolgonderzoek
1x nee	22%	3%
2x nee	13%	1%
3x nee of meer	16%	0%
Totaal	51%	4%

Figuur 4.2 Verzekeraars die niet blijken te voldoen aan de gedragscode.

4.2 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk worden per onderdeel van de gedragscode de resultaten gedetailleerder beschreven.

In de blauwe kaders staan good practices die wij hebben waargenomen bij verzekeraars.

In de gele kaders hebben wij opgenomen hoe het Verbond van Verzekeraars kan helpen om verzekeraars beter te laten voldoen aan de gedragscode. De basis hiervoor zijn signalen in de markt die wij hebben opgevangen en onze onderzoeksresultaten.

4.2.1 Artikel 3 Voor wie geldt deze gedragscode?

De productscope voor het onderzoek is:

- Schade: retail en (klein) zakelijk; en
- Leven: leven individueel (geen pensioen, wel directeur-grotoaandeelhouder).

Toets punt	Art	Eis	Aantal verzekeraars met een bevinding	
			Na onderzoek	Na vervolgonderzoek
	3.	Voor wie geldt deze gedragscode?		
1	2	De gedragscode geldt voor consumenten en zakelijke partijen met net zoveel kennis over verzekeringen als consumenten.	0	0
		Wij hebben getoetst of uit de relevante stukken en/of het interview met de beleidsbepaler blijkt dat de verzekeraar dezelfde scope hanteert voor het naleven van de gedragscode voor consumenten als voor kleinzakelijke klanten. Dit kan blijken uit het beleid, andere documenten of de praktijk. Het blijkt dat dit toetspunt bij alle verzekeraars (met deze doelgroepen) in orde is.		
2	2	De verzekeraar moet ervoor zorgen dat de schadebehandelaren de inhoud van de gedragscode kennen.	0	0
		Wij hebben beoordeeld wat de verzekeraar heeft gedaan om te zorgen dat de medewerkers bekend zijn met de gedragscode en werken volgens de gedragscode. Bijvoorbeeld omdat de code in werkinstructies is verwerkt en medewerkers de instructies kennen. Wij hebben daarvoor gesprekken gevoerd met beleidsbepalers en medewerkers.		

Artikel 5 Welke informatieplicht hebben schade-, levens- en inkomensverzekeraars?

Voor de toetspunten 3 tot en met 12 over begrijpelijk en duidelijk informeren, hebben we gekeken naar de website, eventuele folder over het onderwerp en de claimdossiers.

Toets punt	Art	Eis	Aantal verzekeraars met een bevinding	
			Na onderzoek	Na vervolgonderzoek
	5	Welke informatieplicht hebben schade-, levens- en inkomensverzekeraars?		
		Totaal aantal bevindingen	81	5
3	5.1	Voordat er een claim is ingediend, verstrekt de verzekeraar duidelijke informatie over hoe een	8	1

		<p>klant een claim kan indienen. Daarbij staat ook wat de klant van de verzekeraar kan verwachten en wat de verzekeraar van de klant verwacht.</p> <p>Wij hebben hiervoor gekeken naar de informatie die de klant krijgt <u>voordat</u> er een claim wordt ingediend. Bij aanvang van de verzekering en/of de informatie die op de website staat vermeld. Veel verzekeraars zijn helder in de stappen die gezet worden in de dossiers. Zij geven aan wat de klant kan verwachten op de website of in de Mijnomgeving.</p> <p>Eén verzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de herstelmogelijkheid.</p>		
4	5.2	<p>Tijdens de claimbehandeling stuurt de verzekeraar duidelijke en begrijpelijke brieven, mails en andere communicatie-uitingen naar de klant en/of een eventuele belangenbehartiger.</p> <p>Wij hebben de claimdossiers beoordeeld op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het vermijden van vakjargon; • Geven van duidelijke onderbouwing van een besluit. 	5	0
5	5.2	<p>Direct na het indienen van een claim ontvangt de claimende klant informatie over de claimbehandeling.</p> <p>Wij hebben beoordeeld of de klant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informatie op de website kon vinden of in een ontvangstbevestiging; • of een brochure kreeg. 	2	0
6	5.2	<p>In dat bericht (toetspunt 5) staat welke behandelaar of afdeling de klant kan bellen of mailen bij vragen.</p> <p>De behandelaar of afdeling die het dossier gaat behandelen, is bij alle verzekeraars direct duidelijk doordat dit in de ontvangstbevestiging, brief of andere bevestiging van de melding staat.</p>	0	0
7	5.3	<p>De verzekeraar houdt de klant op de hoogte van hoever hij is met de behandeling van de claim. De verzekeraar geeft duidelijk aan binnen hoeveel dagen of weken (de termijn) hij reageert op vragen van de klant.</p> <p>Voor dit toetspunt hebben we gekeken of de reactietermijn op de website staat of in de ontvangstbevestiging.</p> <p>Eén verzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de herstelmogelijkheid.</p>	15	1
8	5.3	<p>De verzekeraar komt de reactietermijn (toetspunt 7) aantoonbaar na.</p>	12	3

		<p>Hier hebben we gekeken naar de interne sturing op de reactietermijn en in hoeverre deze ook werd behaald.</p> <p>In onze uitvraag hebben wij de verzekeraars gevraagd om de resultaten van de periode januari 2022 t/m juni 2022. In deze periode waren er drie grote stormen waardoor veel verzekeraars door grote werkvoorraden flinke achterstanden kregen. Wij hebben bij die verzekeraars ook gekeken naar de resultaten van Q4 van 2021 en hoe zij hun klanten tijdens de calamiteitenperiode hebben geïnformeerd over de reactietermijnen. Dat hebben we meegenomen in de beoordeling.</p> <p>Er zijn drie verzekeraars die dit toetspunt niet hebben kunnen herstellen binnen de gestelde termijn.</p>		
9	5.4	<p>Als de verzekeraar een claim niet (volledig) toekent, dan legt hij dat duidelijk en met redenen uit.</p> <p>Wij hebben afwijsbrieven beoordeeld op de afwijsredenen en de terugkoppeling besproken in het dossiergesprek.</p>	2	0
10	5.4	<p>Als de verzekeraar een claim niet (volledig) toekent, dan geeft hij aan wat de klant kan doen als de klant het niet eens is met het besluit.</p> <p>Wij hebben dezelfde afwijsbrieven beoordeeld als bij toetspunt 9.</p> <p>Wij hebben beoordeeld of de klant gewezen is op vervolgstappen na de afwijzing.</p>	33	0
11	5.4	<p>De verzekeraar verstuurt de informatie over het niet (volledig) toekennen van de claim per e-mail of brief, afhankelijk van wat de klant prettiger vindt.</p> <p>Wij hebben hier vooral gelet op de bevestiging van een afwijzing. Deze dient de klant altijd per brief of e-mail te ontvangen, enkel telefonisch contact is daarbij onvoldoende.</p>	4	0
12	5.5	<p>Als de verzekeraar bij de ontvangst van de claim vermoedt dat er geen recht is op een uitkering, dan laat hij dat zo snel mogelijk weten.</p> <p>Wij hebben in het onderzoek gekeken naar de werkinstructies van de claimbehandelaren en de situatie besproken in het praktijkgesprek.</p>	0	0

De communicatie van de verzekeraar naar de klant (website, brochure en polisvoorwaarden) is over het algemeen duidelijk en compleet.

Wij hebben in onze onderzoeken gezien dat er verschillende termijnen worden gebruikt waarin verzekeraars streven te reageren op een claim. Het grootste deel probeert binnen tien werkdagen een inhoudelijke reactie te geven. Een klein deel streeft zelfs naar een tot vijf werkdagen en in een uitzonderlijk geval is de reactietermijn langer dan tien werkdagen.

4.2.2 Artikel 6 Welke informatie krijgt u bij expertise en contra-expertise na schade? (onderdeel 6 geldt alleen voor aanbieders van schadeverzekeringen)

Toets punt	Art	Eis	Aantal verzekeraars met een bevinding	
			Na onderzoek	Na vervolgonderzoek
	6	Welke informatie krijgt u bij expertise en contra-expertise na schade?	24	1
		Totaal aantal bevindingen	24	1
13	6	De verzekeraar geeft duidelijke en begrijpelijke informatie over de rol van de expert.	2	0
		Wij hebben de website van de verzekeraar beoordeeld en de eerste berichten in dossiers waarin een expert werd ingeschakeld. Na de herstelperiode voldoen alle verzekeraars op dit punt.		
14	6	De verzekeraar geeft aan hoe (on)afhankelijk de expert is van de verzekeraar.	4	1
		Wij hebben voor dit toetspunt gekeken naar de website en de brochure die verzekeraars versturen. Na de herstelmogelijkheid voldoet nog één verzekeraar niet op dit punt.		
15	6	De verzekeraar vermeldt het recht op contra-expertise in de polisvoorwaarden.	3	0
		Wij hebben in de polisvoorwaarden van twee schadeverzekeringen gekeken of hier melding van is gemaakt. Na de herstelmogelijkheid voldoen alle verzekeraars op dit punt.		
16	6	De verzekeraar wijst uit zichzelf actief op de taken en bevoegdheden van de expert.	1	0
		Wij hebben hierbij specifiek gekeken naar brieven in dossiers waar een expert is ingeschakeld. Enkel de vermelding in de polisvoorwaarden is hierbij niet voldoende. Een melding van de expert die naar de klant gaat of een brochure overhandigd, is hierbij ook voldoende. Na de herstelmogelijkheid voldoen alle verzekeraars op dit punt.		

17	6	De verzekeraar wijst uit zichzelf actief op hoe de kosten van de contra-expert worden vergoed.	8	0
		Wij hebben voor dit toetspunt gekeken naar de brochure en brief die de klant ontvangt. Net zoals bij toetspunt 16 verwachten we hier meer dan enkel een vermelding op de website of in de polisvoorwaarden. Na de herstelmogelijkheid voldoen alle verzekeraars aan dit toetspunt.		
18	6	De informatie over expertise en contra-expertise wordt in ieder geval schriftelijk aan de klant medegedeeld.	6	0
		Wij hebben hier gekeken naar alle informatie in artikel 6 die de klant schriftelijk moet ontvangen. Na de herstelmogelijkheid voldoen alle verzekeraars aan dit punt.		

Niet alle verzekeraars zijn even transparant over de expertise of contra-expertise waar een klant recht op heeft. Hier kwam nog weleens de discussie uit naar voren of hier in bepaalde situaties altijd actief op moet worden gewezen.

De folders van externe expertisebureaus voldoen niet altijd aan de schrijfstijl die de verzekeraar zelf hanteert. Wij hebben hierin jargon of ander moeilijk taalgebruik gezien. Wij raden verzekeraars aan om deze folders goed te bekijken aan de hand van de eigen schrijfwijzer.

4.2.3 Artikel 7 Welke informatie krijgt u na een claim op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering?

Toetspunt	art	Eis	Aantal verzekeraars met een bevinding	
			Na onderzoek	Na vervolgonderzoek
	7	Welke informatie krijgt u na een claim op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering? (onderdeel 7 geldt alleen voor aanbieders van individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen)		
		Totaal aantal bevindingen	15	0
19	7.1	De verzekeraar informeert de klant die een claim indient met algemene informatie over de claimbehandeling. Deze informatie is minimaal gelijk aan de informatie uit de folder van het Verbond van Verzekeraars.	0	0
		Wij hebben bij de verzekeraars gekeken naar: <ul style="list-style-type: none"> informatie op de website eigen folder De verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden, hebben een duidelijke folder waarin alle belangrijke		

		informatie staat benoemd en uitgelegd. De stappen van het proces zijn hiermee voor de klant duidelijk.		
20	7.2	In de informatie bij toetspunt 19 staat op welke uitkering de klant eventueel recht heeft en voor hoe lang.	0	0
		Wij hebben beoordeeld of er algemene informatie staat over uitkeringen en de duur hiervan.		
21	7.3	Als er bij de claim sprake is van inkomstenderving of verzekeraar belang, dan informeert de verzekeraar de klant daarover. Als de verzekeraar de klant om financiële gegevens vraagt, dan legt de verzekeraar duidelijk en met argumenten uit waarvoor de verzekeraar die gegevens nodig heeft.	0	0
		Wij hebben beoordeeld of de verzekeraar uitleg geeft in het bericht waarin deze gegevens worden opgevraagd.		
22	7.4	De verzekeraar informeert de klant tijdens de claimbehandeling welke functionaris(sen) betrokken zijn bij de behandeling van de claim. Daarbij geeft de verzekeraar aan wat hun taken zijn, hoe ze die uitvoeren en of ze onafhankelijk zijn van de verzekeraar.	0	0
		Deze informatie staat in de brochure die we bij toetspunt 19 hebben beoordeeld.		
23	7.4	De verzekeraar informeert de klant tijdens de claimbehandeling binnen welke termijn de actie van de claimbehandelaar en/of functionaris(sen) tot resultaat zullen leiden. Als de verzekeraar alle informatie verzameld heeft die nodig is om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen, laat hij binnen twee weken aan de klant weten welk arbeidsongeschiktheidspercentage is vastgesteld.	2	0
		Wij hebben bij dit toetspunt gekeken naar de claimdossiers, werkinstructies en de informatie op de website of hier duidelijk over werd gecommuniceerd. Na de hersteltermijn is dit toetspunt bij alle onderzochte verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden in orde.		
24	7.4	Als de verzekeraar de reactietermijn van toetspunt 23 niet waar kan maken, dan informeert de verzekeraar de klant daarover, licht de reden toe en geeft aan wanneer de klant wel een resultaat mag verwachten.	0	0

		Wij hebben hier gekeken naar uitstelberichten en de werkinstructies voor schadebehandelaren. In de uitstelberichten moet een concrete datum staan, het is onvoldoende als er 'zo spoedig mogelijk' werd aangegeven.		
25	7.4	De verzekeraar informeert de klant over het recht van de klant om het resultaat of de resultaten van de actie(s) op te vragen.	2	0
		Wij hebben gekeken naar de berichten over het standpunt in de dossiers van de verzekeraar. Na de hersteltermijn is dit toetspunt bij alle onderzochte verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden in orde.		
26	7.5	Als de verzekeraar op basis van een resultaat geen definitief standpunt kan innemen, dan bericht hij de klant waarom hij dat nog niet kan. De verzekeraar geeft dan aan welke acties nodig zijn om wel tot een standpunt te komen.	0	0
		Wij hebben beoordeeld of de klant informatie krijgt over welke stappen of acties er nog nodig zijn om wel een standpunt in te kunnen nemen.		
27	7.6	Als de verzekeraar een standpunt heeft ingenomen over een claim, dan geeft hij in zijn bericht daarover duidelijk aan dat de klant bezwaar mag maken tegen zijn besluit.	3	0
		Wij hebben bij dit toetspunt gekeken of de klant bezwaar kan maken tegen het besluit. Na de hersteltermijn is dit toetspunt bij alle onderzochte verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden in orde.		
28	7.7	De verzekeraar informeert de klant over het recht op een second opinion zowel nadat de klant de claim heeft ingediend als na het bepalen van het standpunt.	5	0
		Wij hebben het bericht waarin het standpunt wordt medegedeeld, beoordeeld en gekeken of deze informatie daarin specifiek wordt benoemd. Enkel in de brochure is niet voldoende voor de gedragscode. Na de hersteltermijn is dit toetspunt bij alle onderzochte verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden in orde.		
29	7.7	Bij het wijzen op het recht op een second opinion geeft de verzekeraar aan wie de	3	0

		<p>kosten voor een second opinion betaalt. Als de kosten voor de second opinion (gedeeltelijk) voor de klant zijn, dan legt de verzekeraar uit hoe hij deze kosten bepaalt.</p> <p>In hetzelfde bericht van toetspunt 28 hebben wij ook dit punt beoordeeld.</p> <p>Na de hersteltermijn is dit toetspunt bij alle onderzochte verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden in orde.</p>		
30	7.8	<p>Als het bezwaar tegen het standpunt van de verzekeraar niet leidt tot een nieuw standpunt, dan legt de verzekeraar duidelijk en met argumenten uit waarom hij bij zijn standpunt blijft.</p> <p>Wij hebben beoordeeld of er duidelijk en met argumenten wordt toegelicht waarom er geen nieuw standpunt volgt.</p>	0	0

Alle onderzochte verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden, hebben de openstaande bevindingen opgepakt binnen de hersteltermijn.

4.2.4 Artikel 8 Welke informatie krijgt u als uw levensverzekering eindigt? (onderdeel 8 geldt alleen voor aanbieders van levensverzekeringen)

Toetspunt	art	Eis	Aantal verzekeraars met een bevinding	
			Na onderzoek	Na vervolgonderzoek
	8	<p>Welke informatie krijgt u als uw levensverzekering eindigt? (onderdeel 8 geldt alleen voor aanbieders van levensverzekeringen)</p>		
		Totaal aantal bevindingen	0	0
31	8	<p>Als de levensverzekering eindigt of als de verzekerde is overleden, dan bericht de verzekeraar de klant of de begunstigen. In dit bericht staat waarop de klant of begunstigen recht hebben.</p> <p>Wij hebben bij de verzekeraars in de claimdossiers beoordeeld of de klant en/of begunstigen hierop werden gewezen.</p> <p>Bij alle verzekeraars die levensverzekeringen aanbieden is dit punt in orde.</p>	0	0

Bijlage 1 Deelnemende verzekeraars

Nr	Verzekeraar	Nr	Verzekeraar	Nr	Verzekeraar
1	ABN AMRO Verzekeringen	33	DELA	66	OVM Waterland en Omstreken
2	Achmea Leven en Pensioen	34	DLE Uitvaart	67	Owm Achterhoek
3	Achmea Schade	35	DLE Uitvaart Steenwijk	68	Patronale Life
4	Aegon Leven	36	Donatus	69	Proteq
5	Aegon schade	37	EFO	70	Quantum Leben
6	Aegon spaarkas	38	EOC	71	Rheinlandse
7	Agriver	39	Hiscox	72	Rijn en Aar
8	AIG	40	Juwon	73	Robein
9	Allianz Benelux	41	Klaverblad	74	Samenwerking Glasverzekering
10	Amlin	42	Lifetri uitvaartverzekeringen	75	SAZAS
11	Anker Insurance	43	Lifetri verzekeringen	76	Schadeverzekeringsmaatschappij Maas Lloyd
12	Ansvar	44	Markel	77	Scildon
13	ASR leven	45	Mercurius	78	Sliedrecht Onderling Fonds
14	ASR Schade	46	Midglas	79	Squarelife
15	Avipol	47	Monuta	80	SRLev
16	AWP	48	NH 1816 Leven	81	Tulip Assist
17	AXA XL	49	NH 1816 Schade	82	TVM
18	Baloise	50	NN Leven	83	Uitvaart Twenthe
19	BFAO	51	NN Schade	84	Univé Dichtbij Brandverzekeraar N.V.
20	BNP Paribas leven	52	OBM Noord-Holland	85	Univé Het Groene Hart N.V.
21	BNP Paribas schade	53	OBV Giethoorn	86	Univé Noord-Holland Brandverzekeraar N.V.
22	Bovemij	54	Onderlinge Steenwijk verzekeringen	87	Univé Noord-Nederland
23	Chubb Europe	55	OBV Steenwijkerwold	88	Univé Oost Brandverzekeraar N.V.
24	Chubb life	56	Onderling Verzekerd	89	Univé Samen
25	Credit Life	57	Onderlinge 1917	90	Univé Schade
26	De Burcht	58	Onderlinge Gravenhage	91	Univé Stad en Land
27	De Goudse Leven	59	Onderlinge Verzekeringen	92	Univé Zuid-Nederland
28	De Goudse Schade	60	ONVZ Aanvullende ziektekostenverzekeraar NV	93	UVM
29	De luchtvaart Onderlinge	61	ONVZ Ziektekostenverzekeraar NV	94	VvAA Groep B.V.
30	De Vereende	62	OOM Verzekeringen	95	Vereenigde Hagel
31	De Waard leven	63	OVM SOM	96	Zevenwouden
32	De Waard schade	64	OVM Twente	97	ZLM
		65	OVM Vinkeveen & omstreken	98	Zurich