



**Stichting toetsing verzekeraars**

**Rapportage  
Gedragscode Klachtbehandeling**

**Mei 2023**

# Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	5
2. Onderzoeksaanpak .....	6
3. Resultaten.....	8
3.1 Algemene resultaten.....	8
3.2 Onderzoeksresultaten .....	9
Bijlage 1 Onderzochte verzekeraars.....	13
Bijlage 2 Uitwerking toetspunten Gedragscode Klachtbehandeling.....	15

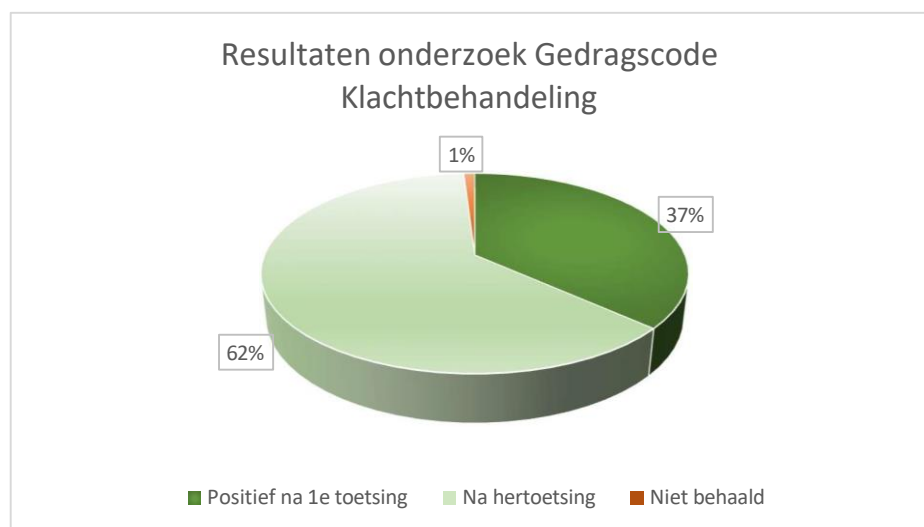
## Samenvatting

Sinds medio 2020 toetst Stichting toetsing verzekeraars (Stv) als onafhankelijk instituut de naleving van de gedragscodes bij de leden van het Verbond van Verzekeraars (hierna: Verbond). In dit Kerncode Klantbelang onderzoek hebben we de Gedragscode Klachtbehandeling getoetst bij 101 verzekeraars van het Verbond.

We hebben een toetskader opgesteld op basis van de Gedragscode Klachtbehandeling. Na afstemming met betrokken commissies van het Verbond hebben we het toetskader vastgesteld. De onderzoeksdagen vonden plaats in de periode december 2021 tot en met september 2022, de vervolgonderzoeken liepen door tot begin februari 2023.

Aan het einde van het onderzoek voldoen honderd van de 101 (99%) getoetste verzekeraars aan de Gedragscode Klachtbehandeling. Er is één verzekeraar die nog niet volledig voldoet aan de gedragscode.

Aanvankelijk, na de onderzoeksdag, voldoen 37 (37%) van de getoetste verzekeraars aan de gedragscode. Verzekeraars die niet volledig voldoen aan een gedragscode hebben een herstelmogelijkheid, waarbij ze binnen een periode van drie maanden kunnen aantonen de geconstateerde tekortkomingen te hebben opgelost. Er zijn 63 verzekeraars die van de herstelmogelijkheid gebruik hebben gemaakt en zich aantoonbaar hebben verbeterd. De verbetering door deze verzekeraars is een van de belangrijke waarden van het onderzoek door Stv. We bevestigen niet alleen waar verzekeraars wel of niet voldoen aan de verplichtingen van de zelfregulering; we bevorderen met de toetsing en de herstelmogelijkheid ook de verbetering van de dienstverlening door verzekeraars. En in dit geval een verbetering van de klantgerichte klachtbehandeling, waarbij de klacht van de klant correct en tijdig wordt behandeld.



In het overgrote deel (25%) van de onderzoeken met een negatieve uitkomst is sprake van één toetspunt met een nee-score.

Bij de volgende toetspunten constateerden we de meeste bevindingen:

- De klachtbehandelaar streeft ernaar te reageren binnen twee weken na ontvangst van de klacht. Bij uitstel na twee weken bericht de verzekeraar de klager.
- De verzekeraar wijst de klant na een negatieve uitkomst van de behandeling van de klacht op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid.
- Als de verzekeraar een bezwaarprocedure heeft, dan wijst hij daarop bij de afwijzing van de klacht.

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

1. De resultaten van ons onderzoek doen vermoeden dat veel verzekeraars bij de start van ons onderzoek de gedragscode onvoldoende kennen. We zien namelijk bij enkele bepalingen in de gedragscode dat een behoorlijk aantal verzekeraars niet aan de bepaling voldoen, maar dat de aanpassing om aan de bepaling te voldoen snel is gerealiseerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om de bepaling dat een klachtbehandelaar de klager vraagt naar de gewenste oplossing of dat de verzekeraar binnen twee weken reageert op een klacht. Als verzekeraars vooraf beter bekend waren met deze bepalingen, dan was het resultaat na de eerste onderzoeksdag veel positiever geweest.  
We bevelen het Verbond aan om bij de introductie van een gedragscode (of een aanpassing van een gedragscode) voldoende duidelijk te maken wat de verplichtingen voor de verzekeraar zijn.
2. Verzekeraars zijn verplicht om bij het (gedeeltelijk) afwijzen van een klacht de klant te wijzen op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid. Het gaat daarbij om zowel schriftelijke als telefonische klachtbehandeling. We hebben geconstateerd dat niet alle verzekeraars in alle gevallen naar het Kifid verwijzen. Sommige verzekeraars geven aan dat dit een weloverwogen keuze is, waarbij ervan wordt uitgegaan dat in het proces de klant eerst nog terug zal keren bij de verzekeraar voor nadere informatie. In bepaalde gevallen wordt de klant pas op de mogelijkheid van het Kifid gewezen op het moment dat de klant expliciet aangeeft het niet eens te zijn met de uitkomst van de klacht.  
We bevelen aan om de kaders verder uit te werken wanneer een verzekeraar de klager dient te wijzen op de mogelijkheid de klacht in te dienen bij het Kifid.
3. De gedragscode schrijft voor dat de verzekeraar die een bezwaarprocedure heeft, de klant daarop dient te wijzen bij de afwijzing van de klacht. In de praktijk zien we verzekeraars met een interne bezwaarprocedure en verzekeraars die een herbeoordeling van een klacht als directieklacht aanmerken.  
Het is dan niet altijd duidelijk voor de verzekeraar of een dergelijke directieklacht valt onder de eis van een bezwaarprocedure. Wij hanteren in dit onderzoek de regel dat het de klant in alle gevallen duidelijk moet zijn wat de volgende stap in de klachtenprocedure is, of het nu een bezwaarprocedure of directieklacht wordt genoemd.  
Wij bevelen aan om de bepaling over de bezwaarprocedure in de gedragscode op dit punt te verduidelijken.

## 1. Inleiding

In december 2021 zijn we gestart met de toetsing van de Gedragscode Klachtbehandeling. Dit is de zesde van de tien Kerncodes Klantbelang waarbij Stv de leden van het Verbond van Verzekeraars intensief toetst. Stv voert de onderzoeken uit als onafhankelijke partij in opdracht van het Verbond van Verzekeraars.

In deze rapportage wordt het onderzoek en de uitkomst van het onderzoek toegelicht.

Het doel van de Gedragscode Klachtbehandeling is zorgdragen voor een klantgerichte klachtenbehandeling, waarbij de klacht van de klant correct en tijdig wordt behandeld. De Gedragscode Klachtbehandeling legt een aantal voorschriften op aan verzekeraars met betrekking tot de klachtenprocedure. Deze code is gericht op klachtbehandeling voor consumenten en zakelijke partijen met evenveel kennis over verzekeringen als consumenten, als die een verzekering willen afsluiten op basis van standaardvoorwaarden.

In het algemeen is het doel van de Kerncodes Klantbelang om kwaliteit en uniformiteit te waarborgen binnen de verzekeringssector. Het zelfreguleringsstelsel geeft ook de mogelijkheid tot zelfreinigend vermogen in de sector. Sinds medio 2020 heeft het Verbond met Stv een samenwerkingsovereenkomst gesloten waarin de periodieke toetsing van de Kerncodes Klantbelang 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.

In dit rapport gaan we eerst in op de onderzoeksopzet en in hoofdstuk 3 presenteren we de resultaten.

## 2. Onderzoeksaanpak

Het onderzoek naar de Gedragscode Klachtbehandeling hebben we uitgevoerd in de periode december 2021 – september 2022.

### 2.1 Toetskader

Voor het toetskader is de inhoud van de Gedragscode Klachtbehandeling het uitgangspunt. Alle toetsbare bepalingen uit de gedragscode zijn in het toetskader opgenomen. Daarbij bepaalt Stv wanneer het toetspunt als voldoende of onvoldoende wordt beoordeeld.

Het toetskader is in concept besproken met de volgende commissies binnen het Verbond van Verzekeraars:

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

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

Het toetskader bevat 19 toetspunten. Stv scoort deze toetspunten met een 'ja', 'nee' of 'n.v.t.'. Het toetskader staat in bijlage 2.

### 2.2 Onderzoeksmethode

In september 2021 stuurden we een informatiedocument naar alle leden van het Verbond die aan de Gedragscode Klachtbehandeling dienen te voldoen. In het informatiedocument staat onder meer aangegeven welke documenten we voorafgaand aan de onderzoeksdag willen ontvangen. In dit document staat ook 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 onderdelen:

- Bureauonderzoek, naar de aangeleverde documenten en de website.
- Onderzoeksdag met interviews. Door de coronamaatregelen hebben wij (bijna) alle interviews uitgevoerd met behulp 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 bepalen wij of wel of niet is voldaan aan het toetspunt, maar deze aanpak biedt als voordeel dat de verzekeraar wordt meegenomen in de beoordeling en niet verrast is door de uitkomst van het onderzoek. Dit bevordert het draagvlak voor eventuele bevindingen van Stv. Dit blijkt ook doordat we nauwelijks reacties van verzekeraars ontvangen op de conceptrapportage die we sturen.

In overleg met het Platform Onderlinge Verzekeraars hebben we besloten om verzekeraars met een relatief klein premievolume (lager dan vijf miljoen euro) op proportionele wijze te toetsen. 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 deze verzekeraars voldeden aan alle toetspunten. In totaal zijn er achttien verzekeraars op deze manier getoetst. Daarnaast is er een groep kleine verzekeraars (premiëvolume minder dan één miljoen euro) die lid is van het Verbond.

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 onderzoeken van de website. Deze verzekeraars hebben schriftelijk gereageerd en daarbij bewijsstukken meegestuurd. Er zijn vijftien verzekeraars op deze wijze getoetst.

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 19 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.

### **2.3 Onderzochte informatie en onderzoeksdag**

Wij hebben de verzekeraars gevraagd om documenten en informatie bij ons aan te leveren. Het ging onder meer om:

- het klachtenbeleid;
- de werkinstructies en procedures voor het behandelen van klachten;
- vijf klachtdossiers die zijn afgewezen en vijf klachtdossiers die zijn toegewezen;
- indien aanwezig: een intern onderzoek naar de naleving van de Gedragscode Klachtbehandeling (is niet verplicht op basis van de gedragscode).

Daarnaast hebben wij de website van de deelnemende verzekeraars onderzocht naar informatie over het indienen van een klacht en informatie over klachtbehandeling in de polisvoorwaarden.

Tijdens de onderzoeksdag bij de verzekeraar spraken we met de volgende functionarissen:

- directeur met verantwoordelijkheid voor klachten;
- klachtencoördinator;
- klachtbehandelaars;
- interne auditor of de verantwoordelijke voor de periodieke interne controle;
- medewerker acceptatie / medewerker claims.

### **2.4 Beperkingen onderzoek**

Het onderzoek van Stv betreft vooral het toetsen van opzet en bestaan en in beperkte mate de werking. Door zoveel mogelijk samen met de verzekeraar de toetspunten door te nemen, komen wel relevante bevindingen boven water. De verzekeraars waren heel 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 goed beeld geeft van de geconstateerde tekortkomingen bij diverse verzekeraars.

### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van ons onderzoek naar de naleving van de Gedragscode Klachtbehandeling. Er zal eerst een algemeen beeld worden geschetst. Vervolgens zal er per onderdeel van de gedragscode dieper op de resultaten worden ingegaan.

#### 3.1 Algemene resultaten

##### 3.1.1 Eerste onderzoek

Van de in totaal 101 onderzoeken die door Stv zijn uitgevoerd, behaalden 37 verzekeraars direct een positief resultaat. Dat is 37%. Bij 64 verzekeraars scoorden we bij één of meerdere toetspunten een 'nee'.

In de 64 onderzoeken met een negatief resultaat is gemiddeld 2,1 keer een nee-score gegeven. In 25 gevallen hebben we één 'nee' gescoord en bij 22 verzekeraars is sprake van twee nee-scores. Er zijn zeventien verzekeraars met drie of meer toetspunten met een onvoldoende uitkomst.

Bij de volgende toetspunten hebben we de meeste bevindingen geconstateerd:

- De klachtbehandelaar streeft ernaar te reageren binnen twee weken na ontvangst van de klacht. Bij complexe klachten kan het maximaal twaalf weken duren. Bij uitstel na twee weken bericht de verzekeraar de klager.
- De verzekeraar wijst de klant na een negatieve uitkomst van de behandeling van de klacht op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid.
- Als de verzekeraar een bezwaarprocedure heeft, dan wijst hij daarop bij de afwijzing van de klacht.

We komen daar verder op terug in paragraaf 3.2.

Voor de herstellmogelijkheid die wij als onderdeel van het toetsingsproces aanbieden, komen 64 verzekeraars in aanmerking. In totaal moeten er 134 herstelacties worden uitgevoerd. In de volgende paragraaf worden de resultaten van de vervolgonderzoeken beschreven, voordat in meer detail wordt ingegaan op de resultaten.

##### 3.1.2 Vervolgonderzoek

We hebben bij 63 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.

De 63 verzekeraars hebben in totaal 132 herstelacties uitgevoerd. Alle vervolgonderzoeken zijn met een positief resultaat afgerond: de verzekeraar heeft de tekortkomingen hersteld. Er is een verzekeraar die geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid van een vervolgonderzoek. Deze verzekeraar voldoet daarmee nog niet volledig aan de gedragscode.



## 3.2 Onderzoekresultaten

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

### 3.2.1 **Gedragscode Klachtbehandeling**

#### 3.2.1.1 *Definitie van een klacht en klachtenprocedure?*

In dit onderdeel van de Gedragscode Klachtbehandeling gaat het om de definitie van een klacht die door verzekeraars wordt gehanteerd. In de gedragscode is vastgelegd dat onder een klacht wordt verstaan elke uiting van onvrede tussen de klant en de verzekeraar.

Wij hebben getoetst of de verzekeraar die definitie in het beleid en/of in de werkinstructie voor klachtbehandelaars heeft opgenomen en/of de definitie van de klacht ook op de website van de verzekeraar staat.

Ook van belang in dit onderdeel is dat de verzekeraar een klachtprocedure heeft, waarin alle stappen van het klachtproces staan. In de klachtprocedure staat stap voor stap wat de verzekeraar doet met een klacht. Een verzekeraar die een klachtprocedure heeft, dient in de praktijk daar ook naar te handelen.

We hebben ook getoetst of klachtbehandelaars de inhoud van de gedragscode kennen. Om dat te bewerkstelligen is het aan de verzekeraar om de bekendheid met de gedragscode te bevorderen. Het bekend zijn met de gedragscode kan bijvoorbeeld ook blijken doordat deze is verwerkt in de werkinstructies, die bedoeld zijn voor klachtbehandelaars.

Uit het onderzoek blijkt dat alle klachtbehandelaars de inhoud van de gedragscode kennen. Er zijn zes verzekeraars (6%) die niet de juiste definitie van een klacht hanteren, dan wel de definitie niet op hun website hebben gepubliceerd. Er zijn twee verzekeraars die geen klachtprocedure hebben. Na de vervolgonderzoeken voldoet een verzekeraar niet aan dit onderdeel van de gedragscode. Deze verzekeraar scoort een onvoldoende voor het niet hebben van een klachtenprocedure, waarin alle stappen staan en waar in de praktijk naar gehandeld wordt.

#### 3.2.1.2 *Klacht indienen*

Een onderdeel van de gedragscode is dat de verzekeraar op de website aan de klant kenbaar maakt dat er een klacht kan worden ingediend en ook op welke wijze de klant dat kan doen.

Verzekeraars moeten de informatie over de mogelijkheid voor het indienen van een klacht en de wijze waarop de klant dat kan doen, ook opnemen in de polisvoorwaarden. Daarvoor zijn twee verschillende polisvoorwaarden beoordeeld die de verzekeraar op de website heeft geplaatst.

Het moet voor de klant voldoende makkelijk zijn om een klacht in te dienen. Wij hebben dat zo uitgewerkt dat de verzekeraar minimaal twee kanalen beschikbaar dient te stellen aan de klant voor het indienen van een klacht. Dat kan door bijvoorbeeld op de website een klachtenformulier te plaatsen, een direct e-mailadres beschikbaar te stellen voor het sturen van een klacht of de mogelijkheid te bieden om een klacht telefonisch of via de sociale media in te dienen. Het indienen van een klacht wordt onvoldoende makkelijk gemaakt wanneer de klant enkel de mogelijkheid wordt geboden om de klacht per brief in te dienen.

Wij hebben in ons onderzoek geconstateerd dat er twaalf verzekeraars (12%) zijn die op één of enkele toetspunten uit dit onderdeel van de Gedragscode Klachtbehandeling niet voldoen. Er zijn drie verzekeraars die geen informatie op hun website hebben staan en zes verzekeraars waarbij de informatie over klachten ontbreekt in de polisvoorwaarden. We hebben bij zes verzekeraars geconstateerd dat het onvoldoende makkelijk is om een klacht in te dienen. In totaal gaat het dus om vijftien tekortkomingen. Elf verzekeraars hebben de bevinding in de herstelperiode opgelost. Een verzekeraar voldoet na het vervolgonderzoek bij dit onderdeel nog niet aan de gedragscode. Deze verzekeraar scoort een onvoldoende voor het niet opnemen van informatie in de polisvoorwaarden over de mogelijkheid voor het indienen van een klacht en de wijze waarop dat kan.

#### *3.2.1.3 Wie behandelt de klacht?*

In het onderdeel 'Wie behandelt uw klacht?' gaat het er vooral om dat de verzekeraar de juiste klachtbehandelaars inzet.

Verzekeraars moeten één of meerdere klachtbehandelaars hebben. De verzekeraar dient te waarborgen dat de klachtbehandelaar niet betrokken is geweest bij datgene waarover de klant klaagt. Dit moet de verzekeraar hebben vastgelegd in het beleid en/of de werkinstructies. Ook moet uit de werkinstructies blijken dat de verzekeraar een bericht naar de klant stuurt als de klacht niet wordt behandeld, omdat de desbetreffende klacht al eens eerder is behandeld bij de verzekeraar, een geschilleninstantie (Kifid) of een burgerlijke rechter. Na de onderzoeksdag zijn er vijf verzekeraars met een bevinding omdat ze onvoldoende hebben gewaarborgd dat de klachtbehandelaar niet betrokken is geweest bij de oorzaak van de klacht. Deze verzekeraars hebben deze bevinding in de herstelperiode opgelost.

#### *3.2.1.4 Hoe wordt de klacht behandeld?*

Bij dit onderdeel van de Gedragscode Klachtbehandeling gaat het om de daadwerkelijke behandeling van de klacht. Het is van belang dat de klachtbehandelaar een ontvangen klacht serieus neemt en met de klant bespreekt hoe de klacht kan worden opgelost. Om dit onderwerp te toetsen, hebben wij tijdens het gesprek met de klachtbehandelaar gevraagd of er contact wordt opgenomen met de klant die een klacht heeft ingediend en wat er tijdens het gesprek is besproken. Met de klant dient in ieder geval besproken te worden hoe de klacht volgens de klant kan worden opgelost, waarbij de klachtbehandelaar daarbij specifiek aan de klant vraagt naar de door de klant gewenste oplossing. Het bespreken kan telefonisch, maar ook bijvoorbeeld via e-mail of chat. De gewenste oplossing van de klant kan (ook) blijken uit het (online) klachtformulier. Er zijn twaalf verzekeraars die de klant niet vragen naar de gewenste oplossing. Na het vervolgonderzoek voldoen alle verzekeraars wel hieraan.

Het is aan de klachtbehandelaar om duidelijk aan te geven in welke stappen hij de klacht behandelt, zodat de klager weet wat de volgende stap of stappen zijn. De verzekeraar kan de klachtenprocedure standaard naar de klager sturen, maar het kan ook dat de klachtbehandelaar toelicht wat hij voornemens is te gaan doen met de klacht of dat de stappen duidelijk op de website staan waar de klager het klachtformulier invult. Er zijn vijf verzekeraars die dit onvoldoende hebben gewaarborgd. Na het vervolgonderzoek voldoen alle verzekeraars hieraan.

Als de klachtbehandelaar een klacht afwijst, dan moet hij dat met argumenten onderbouwd toelichten. Bij een telefonische toelichting op de afhandeling van de klacht ontvangt de klant op verzoek van de klager een schriftelijke bevestiging. Alle verzekeraars hebben dit voldoende op orde. Wij hebben niet beoordeeld of een verzekeraar een klacht wel of niet terecht afwijst, wij hebben ons beperkt tot de onderbouwing, de duidelijkheid van de brieven en het wijzen op vervolgstappen.

Een onderdeel van de gedragscode is de reactietermijn, waarbij het van belang is dat klachten tijdig worden afgehandeld. De klachtbehandelaar moet ernaar streven dat de klager binnen twee weken na ontvangst van de klacht een reactie ontvangt. Lukt dat niet, dan stuurt de verzekeraar een uitstelbericht waaruit duidelijk blijkt hoe lang het duurt voordat de klager een inhoudelijke reactie ontvangt. Bij complexe klachten kan de reactietermijn maximaal twaalf weken zijn. De verzekeraar moet de reactietermijnen monitoren en daarop aansturen. We hebben bij dertig verzekeraars een onvoldoende gescoord. Bij elf verzekeraars hebben we een onvoldoende gescoord omdat zij niet in alle gevallen tijdig reageren op een klacht en omdat er onterecht geen of te laat een overschrijdingsbericht werd gestuurd. Daarnaast hanteren negentien verzekeraars standaard een reactietermijn van meer dan twee weken. Na de vervolgonderzoeken voldoen alle verzekeraars aan dit punt.

Gemaakte fouten dient de verzekeraar te herstellen. Om te voorkomen dat dezelfde fouten opnieuw gemaakt worden, dient de verzekeraar een evaluatie- en leerproces te hebben. Daarom moet de verzekeraar klachten registreren en analyseren, zodat bijvoorbeeld duidelijk wordt welke klachten vaker voorkomen. Ook moeten klachten kunnen worden geëscaleerd. Daarnaast moet de verzekeraar naar aanleiding van klachten verbeteracties hebben opgezet met betrekking tot de bedrijfsvoering. Er zijn vijf verzekeraars die hieraan niet voldoen, omdat uit de werkinstructie en bespreking van de praktijk blijkt dat zij onvoldoende leren van gemaakte fouten om herhaling te voorkomen. Na het vervolgonderzoek voldoen alle verzekeraars hieraan.

Bij het onderdeel 'Hoe wordt de klacht behandeld?' hebben we de meeste tekortkomingen geregistreerd. Er zijn 38 verzekeraars waarbij in totaal 52 tekortkomingen zijn geconstateerd. Na de vervolgonderzoeken voldoen alle verzekeraars aan deze onderdelen van de gedragscode.

#### *3.2.1.5 Wat staat er in het klachtdossier?*

Voor dit onderzoek hebben we een aantal klachtdossiers opgevraagd bij de verzekeraar. In een klachtdossier moet minimaal een aantal gegevens staan, zoals de ontvangstdatum van de klacht, de klachtomschrijving, het standpunt van de verzekeraar en de datum van het afsluiten van de klacht. De meeste verzekeraars leggen in hun klachtenoverzicht en de klachtendossiers alle benodigde gegevens vast. Enkele verzekeraars hebben bij de klachtbehandeling een beperkte dossiervorming. Een verzekeraar voldoet hier niet aan, omdat de dossiers niet volledig zijn. Na het vervolgonderzoek voldoet ook deze verzekeraar.

#### *3.2.1.6 Bezwaar, Kifid en rechter*

Als de verzekeraar een bezwaarprocedure heeft, dan dient hij de klant daarop te wijzen bij de afwijzing van de klacht. Dit moet blijken uit de afwijsbrieven of uit de praktijk bij een telefonische afwijzing. Er zijn 33 verzekeraars met een interne bezwaarprocedure, zoals een directieklacht. Van deze 33 verzekeraars wijzen achttien verzekeraars de klant actief op het bestaan van de bezwaarprocedure bij het afwijzen van een klacht. Bij vijftien verzekeraars hebben we geconstateerd dat de verzekeraar niet altijd verwijst naar de bezwaarprocedure. Na het vervolgonderzoek voldeden al deze verzekeraars alsnog.

Als de verzekeraar een bezwaarprocedure heeft en de klager maakt daar gebruik van, dan moet de klacht door een andere behandelaar worden behandeld. Dit moet blijken uit de werkinstructies of de klachtprocedure van de verzekeraar. Bij een verzekeraar was dit onvoldoende gewaarborgd. Na het vervolgonderzoek voldeed deze verzekeraar alsnog.

Een ander punt bij dit onderdeel van de gedragscode is dat de verzekeraar de klant, na een negatieve uitkomst van de behandeling van de klacht, wijst op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid. Het gaat erom dat de verwijzing is opgenomen in de brief met een negatieve uitkomst van de behandeling van de klacht. Bij een telefonische afhandeling dient de verzekeraar de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid te bespreken met de klant. Enkel een verwijzing naar het Kifid op de website van de verzekeraar is volgens de gedragscode onvoldoende. We hebben bij dertig verzekeraars een onvoldoende gescoord, omdat deze verzekeraars de klant niet of onvoldoende wijzen op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid. Bij 22 verzekeraars staat in de afwijzingsbrief geen verwijzing naar het Kifid. Acht verzekeraars hebben onvoldoende gewaarborgd dat bij een telefonische afhandeling van de klacht de klant wordt gewezen op het Kifid, danwel dat dit wordt vastgelegd in een schriftelijke bevestiging van de afgewezen klacht. Enkele verzekeraars wijzen de klant enkel op deze mogelijkheid als de klant expliciet aangeeft het niet eens te zijn met de uitkomst van de klachtbehandeling. Er zijn ook enkele verzekeraars die niet wijzen op de mogelijkheid tot het indienen van een klacht bij het Kifid, omdat ze willen dat de klant eerst nog eens contact met hen opneemt als ze het niet eens zijn. Dat is niet in overeenstemming met de gedragscode. Na de vervolgonderzoeken voldoen alle verzekeraars aan dit punt.

Tot slot moet de verzekeraar, na een negatieve uitkomst van de behandeling van een klacht, de klager informeren dat hij naar de rechter kan stappen. Het is voldoende als deze informatie bijvoorbeeld op de website staat of in de polisvoorwaarden is opgenomen. Er zijn zes verzekeraars die hieraan niet voldoen. Na het vervolgonderzoek voldoen alle zes verzekeraars aan dit punt.

## Bijlage 1 Onderzochte verzekeraars

Deelnemers Gedragscode Klachtbehandeling

- 1 ABN AMRO Levensverzekering N.V.
- 2 ABN AMRO Schadeverzekering N.V.
- 3 Achmea Pensioen- en Levensverzekering
- 4 Achmea Schadeverzekeringen N.V.
- 5 AEGON Nederland N.V. Leven
- 6 AEGON Nederland N.V. Spaarkas
- 7 AEGON Nederland N.V. Schade
- 8 AgriVer Onderlinge Hagelverzekering Maatschappij B.A.
- 9 AIG Europe Limited, Netherlands
- 10 Allianz Benelux NV
- 11 Amlin Insurance S.E.
- 12 Anker Insurance Company n.v.
- 13 Ansvar Verzekeringsmaatschappij N.V.
- 14 ARAG SE
- 15 ASR Levensverzekering NV
- 16 ASR Schadeverzekering NV
- 17 Avipol B.A., Onderlinge Waarborgmaatschappij
- 18 AWP P&C SA - Dutch Branch
- 19 AXA XL
- 20 Baloise Belgium N.V.
- 21 BNP Paribas Cardif Life Insurance
- 22 BNP Paribas Cardif Non Life Insurance
- 23 Bos Fruit Aardappelen Onderlinge Verz. BFAO UA
- 24 Bovemij N.V. Schadeverzekering-Maatschappij
- 25 Chubb European Group SE
- 26 Chubb Life Europe SE
- 27 Credit Life AG
- 28 DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
- 29 De Burcht N.V. Verzekering Maatschappij
- 30 De Goudse Leven N.V.
- 31 De Goudse Schade N.V.
- 32 De Luchtvaart Onderlinge WA
- 33 De Vereende N.V.
- 34 DELA Natura- en levensverzekeringen N.V.
- 35 De Laatste Eer U.A., Onderlinge Uitvaartverzekering
- 36 DLE Natura Uitvaartverzekeringen N.V.
- 37 Donatus Verzekeringen
- 38 EFO Paardenverzekering
- 39 EOC Verzekeringen
- 40 Hiscox SA
- 41 JUWON Onderlinge Schade Maatschappij U.A.
- 42 Klaverblad Verzekeringen U.A., Coöperatie
- 43 Lifetri Uitvaartverzekeringen N.V.
- 44 Lifetri Verzekeringen N.V.
- 45 Markel Insurance SE
- 46 Mercurius Schadeverzekeringen N.V.
- 47 Midglas Glasassurantie Maatschappij N.V.
- 48 Monuta Verzekeringen N.V.
- 49 Nh1816 Verzekeringen, Levensverzekeringsmaatschappij NV

50 Nh1816 Verzekeringen, Schadeverzekeringsmaatschappij NV  
51 Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V.  
52 Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.  
53 OBM Noord-Holland U.A.  
54 OBV Giethoorn  
55 OBV "Steenwijkerwold" W.A.  
56 Onderlinge Levensverzekering Maatschappij 's-Gravenhage U.A.  
57 Onderling Verzekerd U.A.  
58 Onderlinge van 1719 Levensverzekering Maatschappij u.a., De  
59 Onderlinge Steenwijk Verzekeringen  
60 Onderlinge verzekeringen OVM U.A.  
61 ONVZ Aanvullende ziektekostenverzekeraar NV  
62 ONVZ Ziektekostenverzekeraar NV  
63 OOM Verzekeringen  
64 OVM SOM U.A.  
65 OVM Twente  
66 OVM Vinkeveen & Omstreken  
67 OVM Waterland & Omstreken U.A.  
68 Onderlinge Waarborg Maatschappij Achterhoek U.A.  
69 Patronale Life NV  
70 Proteq Levensverzekeringen NV  
71 Quantem Leben AG  
72 Rheinland Versicherungs AG  
73 Rijn en Aar U.A., Onderlinge Verzekerings Maatschappij  
74 Robein Leven N.V.  
75 Samenwerking Glasverzekering N.V.  
76 SAZAS U.A., Onderlinge waarborgmaatschappij  
77 Schadeverzekeringsmaatschappij Maas Lloyd  
78 Scildon N.V.  
79 Sliedrecht Onderling Fonds BA  
80 Squarelife Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft  
81 SRLEV N.V.  
82 Tulip Assist Insurance Limited  
83 TVM U.A., Coöperatie  
84 Uitvaartverzekering Twenthe N.V.  
85 Univé Dichtbij Brandverzekeraar N.V.  
86 Univé Het Groene Hart N.V.  
87 Univé Noord-Holland Brandverzekeraar N.V.  
88 Univé Noord-Nederland  
89 Univé Oost Brandverzekeraar N.V.  
90 Univé Zuid-Nederland  
91 Univé Samen U.A., Onderlinge Verzekeringsmaatschappij  
92 Univé Schade N.V.  
93 Univé Stad en Land Brandverzekeraar N.V.  
94 UVM Verzekeringen  
95 Verenigde Hagel VVaG  
96 VvAA Schadeverzekeringen N.V.  
97 Waard Leven N.V.  
98 Waard Schade N.V.  
99 Zevenwouden  
100 ZLM Verzekeringen  
101 Zurich Insurance plc, Nederlands bijkantoor

## Bijlage 2. Uitwerking toetspunten Gedragscode Klachtbehandeling

	<b>Toetspunten Gedragscode Klachtbehandeling</b>	<b>Aantal verzekeraars met een bevinding</b>	<b>Aantal verzekeraars met een bevinding na afloop onderzoeksperiode</b>
<b>1</b>	Wat betekent een Klacht. Onder een klacht verstaat de verzekeraar elke uiting van onvrede door de klant.	6	0
<b>2</b>	Wat betekent de klachtprocedure. De klachtprocedure is de manier waarop (procedure) de verzekeraar de klacht behandelt. In de klachtprocedure staat stap voor stap omschreven wat de verzekeraar moet doen met de klacht.	2	1
<b>3</b>	De gedragscode geldt voor consumenten en zakelijke partijen met net zoveel kennis over verzekeringen als consumenten.	0	0
<b>4</b>	De verzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn klachtbehandelaars de inhoud van de gedragscode kennen.	0	0
<b>5</b>	Op de website van de verzekeraar moet staan dat de klant een klacht kan indienen en hoe de klant dat kan doen.	3	0
<b>6</b>	De informatie dat je als klant een klacht kunt indienen en hoe je dat kunt doen, moet ook in de polisvoorwaarden staan.	6	1
<b>7</b>	De verzekeraar moet het makkelijk maken om een klacht in te dienen.	6	0
<b>8</b>	Iedere verzekeraar heeft een of meer klachtbehandelaars. De klachtbehandelaar is niet betrokken geweest bij datgene waarover de klant klaagt.	5	0
<b>9</b>	De verzekeraar stuurt een bericht naar de klant als hij de klacht niet behandelt omdat hij eerder is of nu wordt behandeld bij de verzekeraar, een geschilleninstantie of een burgerlijke rechter.	0	0
<b>10</b>	De klachtbehandelaar neemt de klant serieus en bespreekt hoe de klacht kan worden opgelost. De klachtbehandelaar vraagt welke oplossing de klant wenst.	12	0
<b>11</b>	De klachtbehandelaar geeft duidelijk aan in welke stappen hij de klacht behandelt. De klager heeft de stappen gehoord of gelezen.	5	0
<b>12</b>	De klachtbehandelaar geeft aan waarom hij de klacht toe- of afwijst. Hij onderbouwt dit met duidelijke argumenten.	0	0

<b>13</b>	De klachtbehandelaar streeft ernaar te reageren binnen twee weken na ontvangst van de klacht. Bij complexe klachten kan het maximaal twaalf weken duren. Bij uitstel na twee weken bericht de verzekeraar de klager.	30	0
<b>14</b>	De verzekeraar herstelt gemaakte fouten. Als dat kan, onderneemt hij actie om te voorkomen dat hij dezelfde fouten opnieuw maakt.	5	0
<b>15</b>	In het klachtdossier staan minimaal de volgende gegevens: - NAW - Datum ontvangst klacht - Klachtomschrijving - Standpunt verzekeraar - De informatie en correspondentie op grond waarvan verzekeraar standpunt inneemt - Datum afsluiten klacht	1	0
<b>16</b>	Als de verzekeraar een bezwaarprocedure heeft, dan wijst hij daarop bij de afwijzing van de klacht.	15	0
<b>17</b>	Als de verzekeraar een bezwaarprocedure heeft en de klager maakt daarvan gebruik, dan wordt de klacht door een andere behandelaar behandeld.	1	0
<b>18</b>	De verzekeraar wijst de klant na een negatieve uitkomst van de behandeling van de klacht op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij het Kifid.	30	0
<b>19</b>	De verzekeraar vertelt de klager dat hij na een negatieve uitkomst van de behandeling van een klacht naar de rechter kan stappen.	7	0