



Normenkader Module Kwaliteitsverbetering

Gedragcode Klachtbehandeling

Stichting toetsing verzekeraars

Inleiding

In de Module Kwaliteitsverbetering ligt de focus van ons onderzoek op de verbeterkansen voor de verzekeraar. In dit document beschrijven we wat we toetsen in de Module Kwaliteitsverbetering voor de Gedragcode Klachtbehandeling.

Tijdens het onderzoek toetsen we uiteraard ook of de verzekeraar voldoet aan de Gedragcode Klachtbehandeling, dat toetsen we immers bij alle leden van het Verbond. In de Module Kwaliteitsverbetering gaan we dieper in op het onderwerp; verderop lichten we toe welke onderwerpen we in deze module onderzoeken. Bij deze module kijken we niet alleen naar de klachtbehandeling, maar ook naar zowel klacht- als feedbackmanagement. Verder ligt er veel nadruk op het leren en verbeteren door de klantfeedback.

Naast het normenkader ontvangt de verzekeraar een toetsformulier met alle toetspunten van het onderzoek. Dit toetsformulier kunt u gebruiken bij de voorbereiding van de onderzoeksdagen met alle betrokkenen. Daarnaast ontvangt u een uitvraag met de documenten die we vooraf willen ontvangen en een gespreksschema voor de onderzoeksdagen.

Na de onderzoeksdagen ontvangt u de rapportage met onze bevindingen en aanbevelingen. Daarbij geven we ook aan of u voldoet aan de gedragscode. Nadat we alle verzekeraars hebben getoetst, maken we een totaalrapportage over alle deelnemende verzekeraars, met bevindingen, goede voorbeelden en een benchmark van de scores.

Score

In het toetsingskader staan alle toetspunten vermeld. Wij scoren uw organisatie op elk toetspunt tussen 0 en 10 punten. In het toetsingskader geven we bij diverse toetspunten aan wat we verwachten voor de maximale score.

De som van de scores zien we als uitkomst van de toets en hanteren we als input voor de benchmark. Er is geen vereiste minimum score in de Module Kwaliteitsverbetering, de module is immers bedoeld om de verzekeraar te helpen zich verder te verbeteren.

Opzet normenkader

Bij dit normenkader hebben we de eisen geordend in de volgende vier onderdelen:

- I. Beleid en cultuur
- II. Praktijk behandeling klantfeedback
- III. Leren en verbeteren
- IV. Communicatie naar de klant.

We lichten hieronder op hoofdlijnen toe wat we bij elk onderdeel toetsen.

I Beleid en Cultuur

Het beleid van een verzekeraar vormt de basis voor een klantgericht klacht- en feedbackmanagement. De verzekeraar begrijpt hoe dit bijdraagt aan het succes van de onderneming. Hij streeft daarom naar een positieve cultuur waarin hij voortdurend kan leren en op die manier zijn doelstellingen kan realiseren. Het topmanagement speelt hierin een belangrijke rol. Zowel met een stevige beleidsmatige basis en gerichte aansturing, als door het vervullen van een voorbeeldrol.

De verzekeraar zorgt voor een cultuur waarin feedback van klanten wordt verwelkomd. De verzekeraar stimuleert klanten proactief om feedback te geven.

Het topmanagement van de verzekeraar is persoonlijk en oprecht betrokken bij klacht- en feedbackmanagement. Het management stuurt op het proces van klachten en feedback met rapportages, waarbij het zowel gaat om harde als zachte indicatoren.

De verzekeraar heeft een actueel beleidsplan voor klacht- en feedbackmanagement, dat is uitgewerkt naar succesfactoren en doelstellingen. Het plan is bekend bij alle betrokkenen.

II Praktijk behandeling klantfeedback

We zien dat het beleid voor klacht- en feedbackmanagement in de praktijk goed wordt nageleefd.

De verzekeraar heeft de juiste mensen om de klachtbehandeling goed uit te voeren. Medewerkers die klachten behandelen, zijn daarvoor geselecteerd en opgeleid en hebben voldoende bevoegdheden om klachten van klanten af te handelen.

De verzekeraar neemt klanten serieus en bespreekt hoe de klacht kan worden opgelost. De medewerkers van de verzekeraar hebben en ervaren de beslismogelijkheid om te doen wat nodig is om feedback van klanten passend te behandelen. Zij hebben de ruimte om te doen wat nodig is om herhaling van negatieve feedback waar mogelijk te voorkomen en de kans op herhaling van positieve feedback te vergroten.

Klachten van klanten worden in de praktijk tijdig afgehandeld en in ieder geval ontvangt de klant tijdig bericht als de afhandeling een keer langer duurt. De klant weet dus steeds waar hij aan toe is.

III Leren en verbeteren

In klacht- en feedbackmanagement is leren een centraal begrip. De verzekeraar zorgt ervoor dat zijn omgang met klachten en feedback niet alleen doeltreffend is, maar ook volgens de meest actuele kennis. Het is immers een vakgebied dat voortdurend in ontwikkeling is. Daarnaast leert de verzekeraar stelselmatig van de feedback die hij ontvangt. Dat betekent dat de verzekeraar niet alleen klachten van klanten oplost, maar ook voortdurend manieren zoekt en gebruikt om feedback te benutten om de dienstverlening aan klanten en de klantbeleving te verbeteren.

De verzekeraar heeft kwaliteitscontroles ingericht op klachtendossiers om een goede behandeling te borgen.

De verzekeraar voert regelmatig intern onderzoek uit om de prestaties van het klacht- en feedbackmanagement te evalueren en te verbeteren.

IV Communicatie naar de klant

De verzekeraar zorgt dat klanten eenvoudig feedback kunnen geven. Wanneer de verzekeraar er met een klant niet uitkomt, dan wijst hij hem op de mogelijkheden om in beroep te gaan. Wanneer het de behandeling van een klacht betreft, weet de verzekeraar welke oplossing de klant verwacht. In alle gevallen, ook bij afwijzing van een klacht, streeft de verzekeraar ernaar om een klacht alleen in overleg met de klant af te sluiten.

De verzekeraar is transparant over wat de klant kan verwachten als hij feedback geeft. Hij is ook transparant naar klanten en medewerkers over de feedback die hij ontvangt. De verzekeraar koppelt waar mogelijk terug wat hij met de feedback heeft gedaan.