



Normenkader Module Kwaliteitsverbetering

Protocol Verzekeraars en Criminaliteit, PIFI en Gedragscode Persoonlijk Onderzoek

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 drie fraudegerelateerde codes: Protocol Verzekeraars en Criminaliteit, PIFI en Gedragscode Persoonlijk Onderzoek.

Tijdens het onderzoek toetsen we uiteraard ook of de verzekeraar voldoet aan de drie codes, 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. Omdat het toetskader voor het Kerncode onderzoek al zeventig toetspunten bevat, kiezen we voor de uitbreiding bij deze module niet voor veel extra toetspunten, maar juist voor de verdieping bij de bestaande toetspunten.

Naast het normenkader ontvangt de verzekeraar een toetsformulier met alle toetspunten van het onderzoek. Daarnaast ontvangt hij 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 gedragscodes. 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. Bij het protocol Verzekeraars & Criminaliteit baseren we de score op de niveaus van de Niveaumeting Verzekeraars & Criminaliteit. Niveau 3 levert 10 punten op en bij niveau 2 scoren we 5 punten.

Niveau 2 van de niveaumeting is wel voldoende om te voldoen aan de Kerncode, maar voor de volle score van de Module Kwaliteitsverbetering verwachten we prestaties op niveau 3. 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 drie onderdelen:

- I. Beleid en praktijk
- II. Mensen en middelen
- III. Communicatie met de klant.

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

I Beleid en praktijk

De verzekeraar heeft een beleid en procedures vastgesteld om de fraude- en criminaliteitsrisico's te beheersen. Het beleid is actueel en bevat alle relevante onderwerpen om de fraude- en criminaliteitsrisico's zo goed mogelijk te beheersen. De verzekeraar besteedt in alle lagen van de organisatie aandacht aan deze risico's. Preventie, detectie en bestrijding van fraude- en criminaliteitsincidenten heeft de aandacht van het topmanagement. Er is structureel overleg tussen de afdeling Veiligheidszaken of de fraudecoördinator en het hoger management.

De verzekeraar zorgt ervoor dat de relevante medewerkers bewust zijn van fraude- en criminaliteitsrisico's. Het creëren van awareness en alertheid is een belangrijk onderdeel van de fraudebestrijding.

De verzekeraar heeft een aangiftebeleid waarin staat wat de verzekeraar doet bij vastgestelde fraude, waaronder terugvorderen eventueel betaalde uitkering, verhalen onderzoekskosten en aangifte doen bij openbaar ministerie.

De organisatie van de fraude- en criminaliteitsbeheersing is goed ingericht bij de verzekeraar. De verzekeraar werkt samen met brancheorganisaties en andere verzekeraars in de bestrijding van fraude en maakt gebruik van de ondersteuning door CBV.

De verzekeraar toetst bij nieuwe producten en bedrijfsprocessen standaard op frauderisico's. De verzekeraar doet ook data-analyses om fraudes op te sporen.

De verzekeraar stuurt de fraudeaanpak met kengetallen. Jaarlijks beoordeelt de verzekeraar de beheersmaatregelen op basis van uitkomsten van risicoanalyse. De verzekeraar controleert periodiek zelf de naleving van het protocol.

De verzekeraar heeft werkinstructies om de bepalingen van het PIFI te concretiseren.

We zien dat het beleid voor beheersen fraude- en criminaliteitsbeheersing in de praktijk goed wordt nageleefd.

II Mensen en Middelen

De verzekeraar heeft de juiste mensen om de fraude- en criminaliteitsbeheersing goed uit te voeren. Er is een verantwoordelijke afdeling Veiligheidszaken en/of een fraudecoördinator en er is een vertrouwenspersoon voor interne incidenten. De afdeling Veiligheidszaken en/of fraudecoördinator heeft een autonome onderzoeks- en adviesbevoegdheid.

De fraudecoördinator heeft een taak- of functiebeschrijving over zijn rol en werkzaamheden. De fraudecoördinator is ingeschreven in het Register Coördinator Fraudebestrijding.

Op de relevante afdelingen zijn fraude contactpersonen waar medewerkers terecht kunnen met vragen of signalen over fraude. Medewerkers die zich bezighouden met fraude- en criminaliteitsrisico's hebben kennis van zaken.

Om de kennis over frauderisico's te vergroten, houdt de verzekeraar de medewerkers op de hoogte van fraudegerelateerde zaken. Nieuwe medewerkers worden gewezen op de risico's en er zijn bijvoorbeeld workshops op e-learning trajecten om medewerkers betrokken en alert te houden.

De verzekeraar screent medewerkers voordat zij in dienst treden.

Medewerkers bij de afdeling Acceptatie en bij de afdeling Claimbehandeling zijn alert op signalen die op fraude of criminaliteit wijzen. Zij weten vervolgens wat ze moeten doen als zij een signaal zien. De verzekeraar koppelt terug naar medewerkers die signalen over fraude hebben aangeleverd.

De verzekeraar screent aanvragen voor verzekeringen en claims standaard op signalen die om nader onderzoek vragen. Jaarlijks evalueert de verzekeraar deze fraude-indicatoren.

De verzekeraar maakt gebruik van beschikbare interne en externe bronnen.

De verzekeraar meldt fraudes bij het CBV volgens de regels van het PIFI.

De verzekeraar registreert relevante incidenten in een incidentenregister. Het incidentenregister is compleet.

Alleen bevoegde medewerkers bevragen het EVR. De verzekeraar neemt aantoonbaar het proportionaliteitsbeginsel in acht bij opname van gegevens in het EVR.

Als de verzekeraar een persoonlijk onderzoek uitvoert, dan is er in alle gevallen aantoonbaar sprake van een zorgvuldige afweging (proportionaliteit en subsidiariteit) door de juiste persoon. De bepalingen van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek zijn bekend en worden correct nageleefd.

De verzekeraar evalueert na vaststelling van de fraude (nieuw geval) of een risico in een product of proces is blootgelegd.

III Communicatie met de klant

De verzekeraar is transparant over de wijze waarop hij fraude en criminaliteit bestrijdt en de maatregelen die hij kan toepassen, waaronder het doen van aangifte en het verhalen van de schade en de onderzoekskosten (SODA).

De verzekeraar wijst de klant op relevante plaatsen op de consequenties van het plegen van fraude en criminaliteit.

Als de verzekeraar persoonsgegevens opneemt in het incidentenregister of het EVR, dan informeert de verzekeraar de betrokkene hierover. Dit staat bijvoorbeeld in het privacystatement.

Als de verzekeraar een persoonlijk onderzoek uitvoert, dan informeert de verzekeraar de betrokkene op relevante momenten over het uitvoeren van een persoonlijk onderzoek, waaronder het inwinnen van informatie bij een derde of na afronding van het onderzoek over de resultaten.