



Stichting toetsing verzekeraars

Rapportage

Protocol bij betalingsachterstanden juli 2025



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	5
2. Inleiding	7
3. Onderzoeksopzet	8
3.1 Afspreken toetskader	9
3.2 Informeren verzekeraars	9
3.3 Onderzoeken informatie	10
3.4 Bezoeken verzekeraar	10
3.5 De scope van het onderzoek	11
3.6 Toegevoegde waarde van het onderzoek en de beperkingen	11
4. Resultaten	12
4.1 Algemene resultaten	12
4.1.1 Eerste onderzoek	12
4.1.2 Vervolgonderzoek	12
4.2 Onderzoeksresultaten	13
4.2.1 Reikwijdte	13
Bijlage 1: Deelnemende verzekeraars	27

1. Samenvatting

Met dit rapport presenteren we de resultaten van ons onderzoek naar de naleving van het Protocol bij betalingsachterstanden aan 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). In 2023 is de tweede cyclus van onderzoeken van start gegaan. Daarbij zijn ook enkele wijzigingen doorgevoerd. Op basis van het Protocol bij betalingsachterstanden heeft Stv een toetskader opgesteld en vastgesteld na afstemming met enkele commissies van het Verbond. In dit kerncode-onderzoek is het Protocol bij betalingsachterstanden getoetst bij 94 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. De vervolgonderzoeken lopen tot maximaal juli 2025.

Stv onderzoeken	Stv vervolgonderzoeken
september 2023 t/m april 2024	september 2023 t/m juli 2025

Figuur 1 Tijdlijn Stv onderzoeken

1.3 Wat is onderzocht

Stv heeft onderzocht of verzekeraars betalingsachterstanden van klanten volgens het protocol behandelen. Er is onder andere daarbij gelet op:

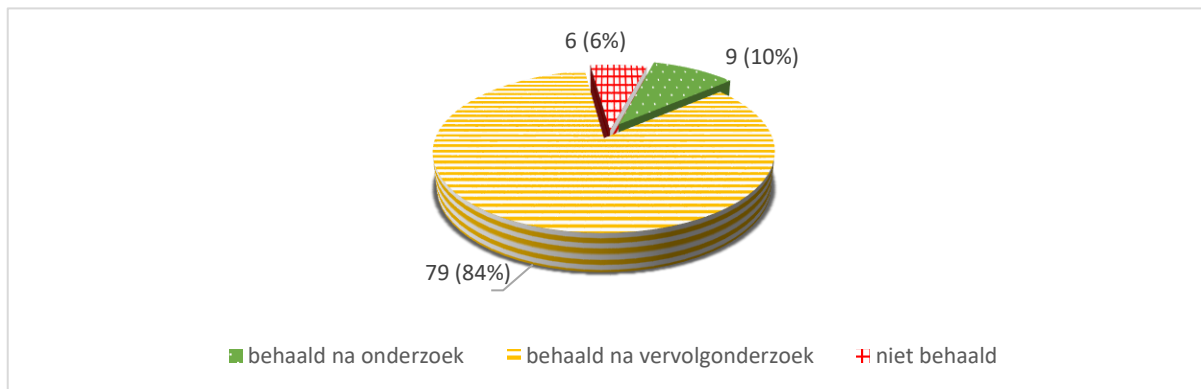
- of verzekeraars gelijke gevallen op gelijke manieren behandelen;
- het vastleggen van betalingsregelingen;
- het verstrekken van duidelijke informatie in herinneringsbrieven inclusief het wijzen op de gevolgen van het niet betalen van de premie;
- de informatie op de website;
- hoe de verzekeraar zijn volmachten monitort op naleving van het protocol.

1.4 Wat zijn de resultaten van het onderzoek

De resultaten van het onderzoek (zie figuur 2):

- Na het eerste onderzoek voldoen negen van de 94 (10%) getoetste verzekeraars in voldoende mate 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.
- Na het vervolgonderzoek voldoen 88 van de 94 verzekeraars (94%) in voldoende mate aan de kerncode.

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.



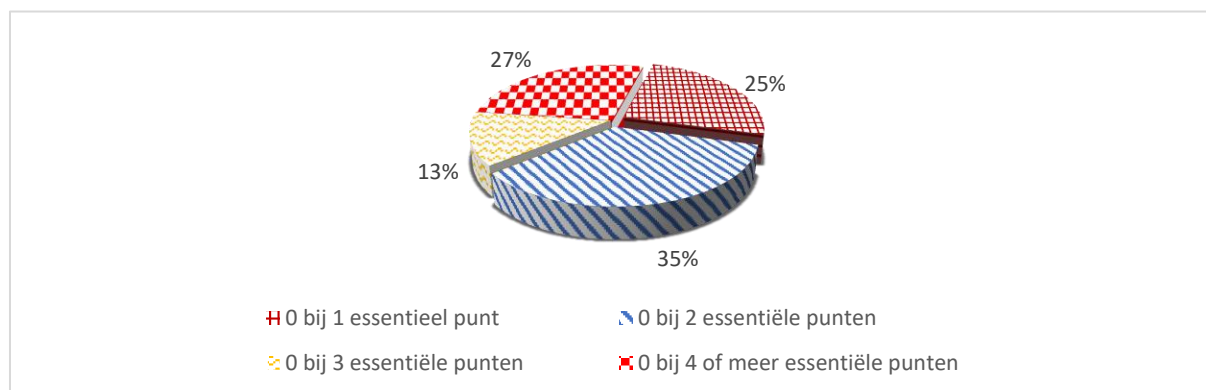
Figuur 2 Resultaten van het onderzoek Protocol bij betalingsachterstanden.

1.5 Wat ging goed

De meeste verzekeraars werken mee aan een betalingsregeling in het kader van een schuldhulpverleningstraject en de meeste verzekeraars wijzen klanten niet af voor een verzekering als de klant aantoonbaar succesvol een schuldsaneringstraject heeft afgerond onder begeleiding van een schuldhulpverlenende instantie die is aangesloten bij de NVVK en hiervoor finale kwijting heeft ontvangen. Verder houden veel verzekeraars er rekening mee om de incassokosten niet onnodig te laten oplopen bij een betalingsachterstand op meerdere verzekeringen.

1.6 Wat ging mis

Van de onderzoeken met een negatieve uitkomst na het eerste onderzoek is in 25% sprake van één essentieel toetspunt met een 0-score, 35% heeft twee essentiële toetspunten met een 0-score, 13% heeft er drie en 27% heeft vier of meer 0-scores.



Figuur 3 Aantal essentiële toetspunten met onvoldoende.

Het gaat het meest mis bij de toetspunten:

- De verzekeraar zorgt ervoor dat de herinnering en de aanmaning die hij verstuurt duidelijk en begrijpelijk zijn (toetspunt 15).
- De verzekeraar legt zowel bij de (tweede) herinnering, de aanmaning als het royement duidelijk uit wat de gevolgen zijn van wanbetaling (toetspunt 17).
- Vanaf de eerste betalingsherinnering, maar ook in de daaropvolgende communicatie, raadt de verzekeraar de klant aan om bij betalingsproblemen contact met hem op te nemen om te bespreken welke mogelijkheden er zijn (toetspunt 8).

Het gaat ook vaak mis bij het toetspunt waarbij de verzekeraar die met gevolmachtigden samenwerkt ervoor moet zorgen dat de gevolmachtigden het protocol naleven. Er zijn in het onderzoek 32 verzekeraars die met gevolmachtigden samenwerken. Bij 26 daarvan

(81%) hebben we een onvoldoende gescoord na de eerste onderzoeksdag. De overige zes verzekeraars die met gevolmachtigden werken, scoren een 1. Veel verzekeraars baseren zich op het Werkprogramma Risicobeheersing Volmachten, maar hierin is de naleving van het Protocol bij betalingsachterstanden bij het eerste onderzoek onvoldoende uitgewerkt.

1.7 Wat zijn de aanbevelingen

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

1. Veel verzekeraars die met gevolmachtigden samenwerken, vertrouwen erop dat het Werkprogramma Risicobeheersing Volmachten (WRV) voldoende is om te waarborgen dat gevolmachtigd agenten voldoen aan de afgesproken zelfregulering. Dat is (nog) niet zo bij het Protocol bij betalingsachterstanden.
Er komen wel enkele onderdelen van het Protocol bij betalingsachterstanden aan de orde in het WRV (Fin4, Fin5 en Fin11). Deze worden door de accountant getoetst en verzekeraars doen in de meeste gevallen geen aanvullend onderzoek naar de bewijsstukken die de volmacht hiervoor heeft aangeleverd.
Veel verzekeraars hebben na het vervolgonderzoek een 1-score behaald, omdat ze een start hebben gemaakt met een aanvullende toetsing bij volmachten, maar dit nog maar beperkt in de praktijk hebben kunnen brengen. Bij een komende toetsing zal pas blijken of de monitoring structureel verbeterd is.
De aanpak van het via het WRV toetsen van de naleving van de zelfregulering heeft het risico dat een gevolmachtigd agent van verschillende verzekeraars waarmee hij samenwerkt verschillende aanwijzingen ontvangt. Het is ook niet efficiënt als meerdere verzekeraars een vergelijkbare toets uitvoeren bij een gevolmachtigde over het naleven van de zelfregulering. Wij adviseren dan ook die toets bij Stv neer te leggen en denken graag mee over een efficiënte uitvoering daarvan.
2. Net zoals in de Gedragscode Informatieverstrekking en de Gedragscode Claimbehandeling worden de begrippen 'duidelijk en begrijpelijk' gebruikt bij communicatie-uitingen van de verzekeraar. Deze begrippen worden beperkt toegelicht in het protocol. We hebben gemerkt in de onderzoeken dat er grote verschillen zijn in de interpretatie van deze begrippen door de verschillende verzekeraars. Of dat er discussie ontstaat over de interpretatie die Stv heeft afgesproken met de betreffende commissies binnen het Verbond. We adviseren om meer handvatten in het protocol te geven over wat met 'duidelijk en begrijpelijk' wordt bedoeld, bijvoorbeeld door in een toelichting aan te geven wat in ieder geval als voldoende wordt beschouwd.
3. In het protocol wordt geen onderscheid gemaakt naar soort verzekering of naar de hoogte van de premie. Terwijl een achterstand op de betaling van de premie op een levensverzekering een andere consequentie heeft dan een achterstand bij een schadeverzekering. Sommige schadeverzekeringen hebben doorgaans een beperkte premie van soms minder dan € 10 per maand. In dat geval kan de verzekeraar bij een betalingsachterstand niet veel doen voor een oplossing daarvan. We adviseren te overwegen om in het Protocol bij betalingsachterstand onderscheid te maken naar verschillende verzekeringen en om bij bepaalde bepalingen een minimaal bedrag aan achterstand aan te geven waarvoor de bepaling geldt.
4. Verzekeraars die een verzekering van een klant beëindigen omdat de klant niet heeft voldaan aan de financiële verplichtingen kunnen hiervan melding maken bij Stichting CIS (een zogenoemde Vertrouwelijke Mededeling Code 2a registratie). We zien bij verzekeraars verschillen over wanneer een dergelijke melding in CIS wordt geregistreerd. Bijvoorbeeld over het informeren van de klant over de registratie of

de duur van de registratie. We adviseren te waarborgen dat verzekeraars hierin een uniforme behandeling hanteren.

5. We hebben bij enkele verzekeraars gezien dat zij in de herinneringsbrieven dreigen met bepaalde acties, die ze vervolgens nooit uitvoeren. Bijvoorbeeld een registratie in CIS, of het hanteren van incassokosten. Uiteraard kan het voorkomen dat een verzekeraar een gevolg van het niet betalen van de premie noemt in de brief en later besluit geen gebruik te maken van de mogelijkheid. Maar bij enkele verzekeraars constateerden we dat deze gevolgen uitsluitend als dreigement werden gebruikt. Dat vinden we onfatsoenlijk en het zou goed zijn als het protocol dergelijke praktijken uitsluit.
6. We kwamen in het onderzoek behoorlijke verschillen tegen hoe verzekeraars omgaan met incassobureaus. Sommige verzekeraars maken hier helemaal geen gebruik meer van, andere hebben duidelijke drempelbedragen ingericht op het inschakelen hiervan en voor de inzet van een deurwaarder. Daarnaast zien we ook afspraken dat het incassobureau een vordering na honderd dagen teruggeeft aan de verzekeraar.
We hebben echter ook meegemaakt dat er geen duidelijke vervolgafspraken zijn gemaakt en het incassobureau vrij is gelaten om te bepalen hoelang en op welke wijze het achter een vordering aangaat. We kwamen een dossier tegen dat al bijna vierenhalf jaar bij het incassobureau loopt. We bevelen aan om hierover nadere afspraken te maken in het protocol.
7. We adviseren om in de gedragscode ook relevante eisen uit wet- en regelgeving over betalingsachterstanden op te nemen. In een recente uitspraak van het Kifid (Kifid-uitspraak GC 2025-0458) werd een verzekeraar terechtgewezen dat zijn aanmaanproces niet voldeed aan het Burgerlijk Wetboek. In de aanmaning van de verzekeraar stond niet de juiste termijn. Deze eis staat niet beschreven in het protocol betalingsachterstanden en is daarmee ook niet op die manier beoordeeld in deze toetsing. Het uitbreiden van het protocol kan voorkomen dat een verzekeraar wel voldoet aan het protocol, maar niet aan wet- en regelgeving.

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 het **Protocol bij betalingsachterstanden** is de eerste kerncode van de tweede cyclus, waarbij Stv de leden van het Verbond van Verzekeraars intensief toetst. Het onderzoek is uitgevoerd tussen september 2023 en april 2024.

Het doel van het Protocol bij betalingsachterstanden is dat verzekeraars op een goede manier omgaan met klanten met een betalingsachterstand op de verzekeringspremie.

Het Protocol bij betalingsachterstanden legt een aantal voorschriften op aan verzekeraars met betrekking tot het debiteurenbeheer. Deze code is gericht op betalingsachterstanden op verzekeringen die zijn afgesloten door natuurlijke personen.

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

3. Onderzoeksopzet

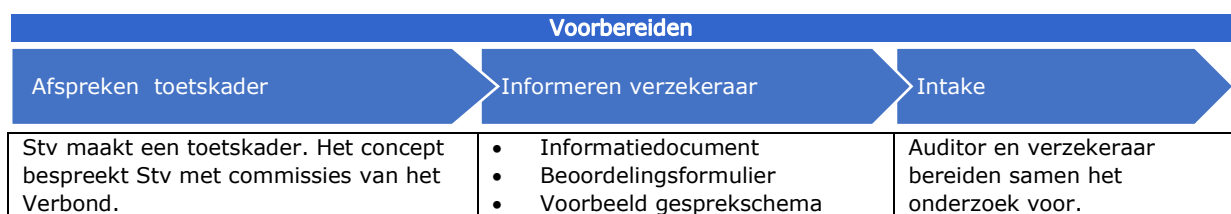
In dit hoofdstuk bespreken we de verschillende stappen van het onderzoek:

- 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

Het Protocol bij betalingsachterstanden is het uitgangspunt voor het toetskader.

Alle bepalingen uit het protocol 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 betalingsachterstanden bevat 17 toetspunten. Stv scoort deze toetspunten met een 0, 1, 2 of n.v.t. Het toetskader bespreken we in het hoofdstuk 'Resultaten'.

3.2 Informeren verzekeraars

In juli 2023 stuurden we een informatiedocument naar alle leden van het Verbond die aan het Protocol bij betalingsachterstand dienen te voldoen.

Het Protocol bij betalingsachterstanden heeft betrekking op betalingsachterstanden op verzekeringen die zijn afgesloten door natuurlijke personen.

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 dossiers.
- 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 vijftien 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 (premievolume minder dan één miljoen euro per jaar) die lid is van het Verbond. Er zijn veertien 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. Bij deze verzekeraars hebben we alleen de toetspunten 8, 15, 16 en 17 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 toetspunten te voldoen.

Als de verzekeraar niet volledig aan alle eisen voldoet, dan heeft de verzekeraar tot twaalf 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 verzekeraar omgaat met betalingsachterstanden.
Intermediairovereenkomst, volmactovereenkomst en volmachtaudit	Waaruit blijkt dat de verzekeraar de naleving van het protocol bij intermediairs en gevolmachtigden afdwingt en de naleving door gevolmachtigden monitort.
Lijst van dossiernummers	Waaruit een selectie van dossiers wordt gemaakt die worden besproken tijdens de onderzoeksdag.
Intern onderzoek	Intern onderzoek of monitoring over hoe de verzekeraar voldoet aan het Protocol bij betalingsachterstanden (indien aanwezig, want het is geen specifieke eis in het protocol).

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 of manager debiteurenbeheer
- Senior medewerkers debiteurenbeheer
- Manager volmacht
- Auditor volmacht

3.5 De scope van het onderzoek

Alle verzekeraars die producten aanbieden aan natuurlijke personen hebben meegedaan aan dit onderzoek.

In bijlage 1 geven we een overzicht van de verzekeraars die, als lid van het Verbond van Verzekeraars aan het Protocol bij betalingsachterstanden dienen te voldoen.

Een deel van de verzekeraars heeft niet meegedaan met dit onderzoek omdat zij uitsluitend verzekeringen aanbieden aan rechtspersonen.

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 over 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 een betalingsregeling inhoudelijk correct is. Wel beoordeeld zijn de vastlegging van de afspraken met de klant over de betalingsregeling of de teksten van de aanmaningsbrieven.

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.

Ten aanzien van de voldoende scores geldt dat deze gebaseerd zijn op de aangeleverde documenten, de dossiers die we hebben ingezien en de informatie die de verzekeraars tijdens de interviews hebben gegeven. Dit betekent dat de positieve resultaten en conclusies alleen een beeld geven op basis van de beschikbare informatie en geen volledig beeld geven.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van ons onderzoek naar de naleving van het Protocol bij betalingsachterstanden. 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 94 onderzoeken die door Stv zijn uitgevoerd, behaalde een deel van de verzekeraars (10%) direct een positief resultaat.

Verzekeraars	Behaald na 1 ^e onderzoek	Behaald na vervolgonderzoek
Aantal	9	88
Percentage	10%	94%

Figuur 4.1 Verzekeraars die een voldoende scoren in het onderzoek.

Bij de volgende toetspunten hebben we de meeste bevindingen geconstateerd:

- De verzekeraar zorgt ervoor dat de herinnering en de aanmaning die hij verstuurt duidelijk en begrijpelijk zijn (toetspunt 15).
- De verzekeraar legt zowel bij de (tweede) herinnering, de aanmaning als het royement duidelijk uit wat de gevolgen zijn van wanbetaling (toetspunt 17).
- Vanaf de eerste betalingsherinnering, maar ook in de daaropvolgende communicatie, raadt de verzekeraar de klant aan om bij betalingsproblemen contact met hem op te nemen om te bespreken welke mogelijkheden er zijn (toetspunt 8).
- De verzekeraar zorgt ervoor dat de gevolmachtigden waarmee hij samenwerkt het protocol naleven (toetspunt 4).

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. Verzekeraars hadden een jaar de tijd om zich te verbeteren en het vervolgonderzoek uit te laten voeren. Voor een vervolgonderzoek kunnen de verzekeraars bewijsstukken uploaden en deze laten beoordelen door Stv. Om te voldoen aan het vervolgonderzoek gelden dezelfde criteria als voor de eerste toets.

Voorafgaand aan het vervolgonderzoek hebben de verzekeraars in totaal 252 herstel- en verbeteracties uitgevoerd. Als gevolg hiervan voldoen 79 meer verzekeraars aan het protocol. Er is één verzekeraar die geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid van een vervolgonderzoek.

4.2 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk worden per onderdeel van het Protocol bij betalingsachterstanden de resultaten gedetailleerder uiteengezet. Waar relevant geven we een toelichting op het resultaat.

	Resultaten in tabel en tekst	Toelichting
Tabel	1 ^e drie kolommen grijs/gearceerd	Toetspunt is essentieel
	1 ^e drie kolommen wit	Toetspunt is niet-essentieel
	Score N	Niet van toepassing
	Score 0	Onvoldoende
	Score 1	Verzekeraar heeft de norm deels geïmplementeerd
	Score 2	Implementatie is voldoende

Figuur 4.3 toelichting op de resultaten in de tabellen en de tekst.

4.2.1 Reikwijdte

Toets punt	art	Eis	resultaten			
			N	0	1	2
1	-	Reikwijdte De verzekeraar moet ervoor zorgen dat het protocol bekend is onder medewerkers belast met incasso- en debiteurenbeleid en -uitvoering. We hebben beoordeeld wat de verzekeraar heeft gedaan om de bekendheid met het protocol te bevorderen bij medewerkers die zich bezighouden met incasso- en debiteurenbeleid en -uitvoering. Bekend zijn met het protocol kan ook blijken doordat het protocol in werkinstructies is verwerkt en medewerkers de instructies kennen. Voor 0 punten: - Het protocol is niet of onvoldoende uitgewerkt in werkinstructies; en - Medewerkers werken niet volgens de bepalingen in het protocol. Voor 2 punten: - Het protocol is volledig verwerkt in de werkinstructies; en - De verzekeraar heeft de medewerkers aantoonbaar en actief geïnformeerd over het protocol; en - Medewerkers werken volgens de bepalingen in het protocol.				
		Resultaat: In het onderzoek zijn 94 verzekeraars meegenomen in het onderzoek op dit onderwerp. Na het eerste onderzoek: Er zijn 25 verzekeraars met een onvoldoende score. Deze verzekeraars scoren ook onvoldoendes op andere toetspunten en de werkinstructies zijn niet volledig. Bij de verzekeraars met een n.v.t. staan de veertien verzekeraars die met een self assessment (SA) zijn getoetst en nog drie verzekeraars die uitsluitend via gevolmachtigden werken. Bij				

		deze laatste verzekeraars zijn alleen toetspunten 3 en 4 getoetst.	18	25	20	31
		Na het vervolgonderzoek: Dit is een niet-essentieel toetspunt. Daarom hebben niet alle verzekeraars met een bevinding op dit punt hiervoor herstelbewijs aangeleverd. Ook de verzekeraars die naast dit punt ook op essentiële toetspunten niet voldeden en daar wel herstelbewijs voor hebben aangeleverd, hebben niet in alle gevallen herstelbewijs aangeleverd voor dit toetspunt. Wij hebben daarom ook geen inzicht in het herstel gekregen bij de vijftien overgebleven verzekeraars met een 0-score.	18	15	20	41
2	-	Als een verzekeraar met intermediairs samenwerkt, dan legt hij de afspraken van het protocol vast in de samenwerkingsovereenkomst. We hebben de modelovereenkomst en een ondertekende overeenkomst beoordeeld. In de overeenkomst kan een verwijzing staan naar het protocol of de afspraken uit het protocol zijn in de overeenkomst opgenomen. Een algemene verwijzing (intermediair moet zich houden aan de zelfregulering van het Verbond) is onvoldoende, het protocol moet worden benoemd. Voor 0 punten: In de modelovereenkomst staat geen specifieke verwijzing naar het protocol of de bepalingen van het protocol. Voor 2 punten: In de modelovereenkomst staat een specifieke verwijzing naar het protocol of de bepalingen van het protocol staan in de overeenkomst. Als de verzekeraar niet samenwerkt met intermediairs of als de verzekeraar de premie incasseert, dan is de uitkomst n.v.t.				
		Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn 21 verzekeraars die in de overeenkomst geen specifieke verwijzing hebben opgenomen en daarmee een onvoldoende hebben op dit toetspunt.	60	21	0	13
		Na het vervolgonderzoek: Ook bij dit toetspunt was de score niet essentieel voor het behalen van het onderzoek. Wij hebben daarom niet van alle verzekeraars met een 0-score een terugkoppeling gezien.	60	16	0	18
3	-	Als een verzekeraar met gevolmachtigden samenwerkt, dan legt de verzekeraar in de samenwerkingsovereenkomst vast dat de gevolmachtigde zich houdt aan de regels van het protocol. De verzekeraar legt ook vast dat de gevolmachtigden de afspraken uit het protocol vastleggen in de samenwerkingsovereenkomst met financieel adviseurs.				

		We hebben gekeken naar de modelovereenkomst en een ondertekende overeenkomst. In de overeenkomst moet iets staan over de afspraken van het protocol en over het vastleggen door de gevolmachtigde van de afspraken met intermediairs. In de overeenkomst kan een verwijzing staan naar het protocol of de afspraken uit het protocol zijn in de overeenkomst opgenomen. Een algemene verwijzing is onvoldoende, het protocol moet worden benoemd. Voor 0 punten: In de modelovereenkomst staat geen specifieke verwijzing naar het protocol of de bepalingen van het protocol. Voor 2 punten: In de modelovereenkomst staat een specifieke verwijzing naar het protocol of de bepalingen van het protocol staan in de overeenkomst. Als de verzekeraar niet samenwerkt met gevolmachtigd agenten of als de verzekeraar de premie incasseert, dan is de uitkomst nvt.				
		Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn zes verzekeraars die een onvoldoende scoren omdat ze in de overeenkomst niet wijzen op het protocol. Er zijn drie verzekeraars met een score 1 omdat ze wel wijzen op het protocol, maar niet hebben opgenomen dat de gevolmachtigden de afspraken uit het protocol vastleggen in de samenwerkingsovereenkomst met intermediairs.	65	6	3	20
		Na het vervolgonderzoek: Bij dit toetspunt hebben vijf van de zes verzekeraars die hier een onvoldoende op scoorden zich verbeterd en de overeenkomst aangepast. Er is een verzekeraar die na het vervolgonderzoek geen herstelactie heeft uitgevoerd op dit toetspunt, omdat zij het niet eens zijn met de eis van dit toetspunt.	65	1	3	25
4	-	De verzekeraar die met gevolmachtigden samenwerkt, zorgt ervoor dat de gevolmachtigden het protocol naleven. We hebben beoordeeld hoe de verzekeraar waarborgt dat de gevolmachtigden het protocol naleven. We vroegen van twee gevolmachtigden een auditrapportage op om te beoordelen of alle elementen uit het protocol door de verzekeraar worden getoetst. Voor 0 punten: De verzekeraar kan niet of onvoldoende aantonen dat wordt gewaarborgd dat de gevolmachtigde agenten het protocol naleven. Voor 2 punten:				

		De verzekeraar toetst periodiek de naleving van het protocol bij alle gevolmachtigde agenten. Bij het toetsen van de naleving worden minimaal alle essentiële elementen van het protocol betrokken. Resultaat: Na het eerste onderzoek Geen enkele verzekeraar die met gevolmachtigden samenwerkt, scoort de maximale 2 punten. Veel verzekeraars die met gevolmachtigden samenwerken, vertrouwen erop dat het Werkprogramma Risicobeheersing Volmachten (WRV) voldoende is om te waarborgen dat gevolmachtigd agenten voldoen aan de afgesproken zelfregulering. Dat blijkt niet zo te zijn. De onderdelen over incasso en debiteurenbeheer (Fin4, Fin5 en Fin11) raken wel iets van het protocol, maar onvoldoende. Deze onderdelen worden door de accountant getoetst en verzekeraars doen in de meeste gevallen geen aanvullend onderzoek naar de bewijsstukken die de volmacht hiervoor heeft aangeleverd. De zeven verzekeraars die een 1 scoren, hebben zelf aanvullend onderzoek gedaan bij de gevolmachtigden. Echter, de scope van deze onderzoeken betrof niet alle essentiële punten van het protocol. Er zijn bij dit toetspunt 62 verzekeraars met een nvt, terwijl er 65 zijn bij het vorige toetspunt. Het verschil komt doordat er drie verzekeraars zijn die geen nieuwe samenwerkingsovereenkomsten met gevolmachtigden sluiten, maar de bestaande overeenkomsten nog wel moeten controleren.	62	25	7	0
		Na het vervolgonderzoek: 24 verzekeraars hebben hun onvoldoende score op dit punt verbeterd. Onder meer door volmachten nader te informeren over het Pbb, een auditchecklist te ontwikkelen om volmachten te toetsen op het Pbb tijdens periodieke bezoekaudit of met steekproeven betalingsherinneringen op te vragen bij volmachten en te beoordelend Er is één verzekeraar die ook na het vervolgonderzoek een 0-score heeft. De verzekeraar heeft na herhaaldelijk contact geen bewijs overhandigd waaruit kon worden opgemaakt hoe zij de volmacht hierop monitoren. Veel verzekeraars hebben na het onderzoek een 1-score behaald, dit komt omdat ze een start hebben gemaakt met een aanvullende toetsing bij volmachten, maar dit nog maar beperkt in de praktijk hebben kunnen brengen. Bij een komende toetsing zal pas blijken of de monitoring structureel verbeterd is. De verzekeraars die een 2-score hebben ontvangen hebben veelal slechts een klein aantal volmachten.	62	1	20	11

Toets punt	art	Eis	Na Onderzoek			
		Klanten kunnen van hun verzekeraar in elk geval het volgende verwachten	N	0	1	2
5	1	De verzekeraar behandelt gelijke gevallen op een gelijke manier.				

		Door het vastleggen van de werkwijze kan de verzekeraar aantonen dat gelijke gevallen op een gelijke manier worden behandeld. We toetsten of medewerkers de beschreven werkwijze kennen en hanteren. Voor 0 punten: De verzekeraar heeft geen beleid of werkinstructie vastgelegd waardoor gelijke gevallen op een gelijke manier worden behandeld. Voor 2 punten: - De verzekeraar heeft in beleid en/of werkinstructie vastgelegd dat gelijke gevallen op een gelijke manier worden behandeld; en - Uit het praktijkgesprek blijkt dat de verzekeraar gelijke gevallen op een gelijke manier behandelt. Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn 32 verzekeraars met een score 1. Bij deze verzekeraars hebben we op basis van het praktijkgesprek geconstateerd dat gelijke gevallen op een gelijke wijze worden behandeld. Deze verzekeraars hebben dat echter niet vastgelegd in beleid of in werkinstructies.	18	3	32	41
		Na het vervolgonderzoek: Alle verzekeraars die hier in het eerste onderzoek een onvoldoende scoorden hebben zich kunnen herstellen op dit toetspunt.	18	0	29	47

Toets punt	art	Eis	Na Onderzoek			
			N	0	1	2
6	2	Bepalingen met betrekking tot het contact met de klant Klanten die aangeven hun premie niet te kunnen betalen, kunnen met de verzekeraar overleggen over een oplossing. Dat geldt in ieder geval zo als er sprake is van een betalingsachterstand. De oplossing kan een betalingsregeling zijn, maar er zijn ook andere mogelijkheden zoals bijvoorbeeld een andere betaalmogelijkheid of een andere betalingstermijn (per maand in plaats van per jaar) of een aanpassing van de dekking. De verzekeraar houdt hierbij zoveel mogelijk rekening met de behoeften, wensen en mogelijkheden van de klant en informeert de klant duidelijk wat de gevolgen zijn, bijvoorbeeld bij het aanpassen van de dekking van een levens- of schadeverzekering. De bepaling in de code betekent dat de verzekeraar in ieder geval open moet staan voor het overleg met klanten die niet kunnen betalen en op zoek moet gaan naar een oplossing. De verzekeraar moet kunnen aangeven welke				

		oplossing(en) hij kan aanbieden aan klanten die de premie niet kunnen betalen. Voor 0 punten: De verzekeraar staat niet open voor overleg met de klant die de premie niet kan betalen. Voor 2 punten: - De verzekeraar heeft een beleid hoe om te gaan met klanten die hun premie niet kunnen betalen; en - Er zijn meerdere oplossingen beschikbaar voor klanten die hun premie niet kunnen betalen. Resultaat: Na het eerste onderzoek: Geen verzekeraar scoort een onvoldoende bij dit punt. Er zijn wel zeventien verzekeraars met een score 1. Bij twaalf daarvan komt dit omdat er in het beleid niets is vastgelegd en bij vijf zijn er onvoldoende oplossingen beschikbaar.	19	0	17	58
		Na het vervolgonderzoek: Er is een aantal verzekeraars die het toetspunt hebben verbeterd, ook al was dit geen verplichting vanuit de toetsing omdat de score niet onvoldoende was. Het is mooi om te zien dat dit gebeurt.	19	0	14	61
7	3	De verzekeraar bevestigt de gemaakte afspraken met betrekking tot een overeengekomen betalingsregeling. Hierbij vermeldt de verzekeraar in ieder geval de voorwaarden van de betalingsregeling, de afgesproken termijnen, de inningsmomenten en waar de klant terecht kan met vragen. De vorm waarin de verzekeraar de klant informeert is vrij, de verzekeraar kan zelf de meest effectieve wijze bepalen. Dat kan een brief of e-mail zijn, maar er zijn ook andere mogelijkheden. Belangrijk is in elk geval dat de klant weet wat de gemaakte afspraken zijn en deze nog eens kan nalezen. We hebben voorbeelden van vastlegging opgevraagd om te beoordelen of alle verplichte onderdelen zijn opgenomen. Voor 0 punten: - De verzekeraar bevestigt de afspraken met klanten niet consequent; of - In de vastgelegde afspraken staan niet alle verplichte onderdelen (voorwaarden, termijnen, vragen, inningsmomenten). Voor 2 punten: - De verzekeraar heeft gewaarborgd dat afspraken altijd worden bevestigd; en - De bevestiging is helder en duidelijk en bevat alle verplichte onderdelen. Resultaat: Na het eerste onderzoek:				

		Bij de onvoldoende scores gaat het er vooral om dat niet alle vier verplichte elementen worden vastgelegd in de bevestiging.	30	14	7	43
		Na het vervolgonderzoek: Bijna alle verzekeraars die een 0-score behaalde op dit toetspunt hebben zich hierop verbeterd. Er is 1 verzekeraar die geen aanpassing heeft gedaan en ook na het vervolgonderzoek niet voldoet op dit toetspunt.	30	1	7	56
8	4	Vanaf de eerste betalingsherinnering, maar ook in de daaropvolgende communicatie, raadt de verzekeraar de klant aan om bij betalingsproblemen contact met hem op te nemen om te bespreken welke mogelijkheden er zijn. We verwachten dat in elke betalingsherinnering een tekst staat dat de verzekeraar de klant aanraadt contact op te nemen bij betalingsproblemen. Dat moet dus meer zijn dan een algemeen blokje met 'heeft u vragen, neem contact op'. We verwachten een tekst in de trant van 'als u de premie niet kunt betalen'. Voor 0 punten: In de betalingsherinneringen (1ste, 2de, etc.) raadt de verzekeraar niet aan om contact op te nemen bij betalingsproblemen. Voor 2 punten: - In elke betalingsherinnering raadt de verzekeraar de klant aan om contact op te nemen bij betalingsproblemen; en - Vanaf de tweede betalingsherinnering probeert de verzekeraar ook op andere wijze (bellen / e-mailen / WhatsApp / etc.) contact op te nemen met de klant. Resultaat: Na het eerste onderzoek: Veel verzekeraars scoren een onvoldoende op dit punt. In de betalingsherinnering staat geen oproep om contact op te nemen om mogelijkheden te bespreken om betalingsproblemen op te lossen. Bij de twaalf verzekeraars die een 1 scoren gaat het in de meeste gevallen erom dat de verzekeraar vanaf de tweede herinnering niet op een andere wijze probeert contact op te nemen met de klant. Na het vervolgonderzoek: De meeste verzekeraars hebben hun brieven aangepast en roepen nu op om contact op te nemen bij betalingsproblemen.	7	33	12	42
			7	3	15	69

Toets punt	art	Eis	Na onderzoek			
		Bepalingen met betrekking tot de incassopartner	N	0	1	2
9	5	Als een verzekeraar een incassopartner inschakelt, dan moet de verzekeraar ervoor zorgen dat de incassopartner aantoonbaar aan enkele eisen voldoet.				

		Het gaat erom dat de verzekeraar ervoor zorgt dat de incassopartner: • werkt in lijn met de richtlijnen bij betalingsachterstand die de verzekeraar zelf hanteert (zoals bij toetspunt 6); • bij de ingezette maatregelen oog heeft voor de situatie van de klant en geen oneigenlijke druk uitoefent; • streeft naar minimalisatie van incassokosten binnen de wettelijke voorschriften. De verzekeraar schakelt een incassopartner in met een certificering voor Maatschappelijk Verantwoord Incasseren van de NVI of SRCM of met gelijkwaardig beleid. We hebben de afspraken (SLA) tussen de verzekeraar en de incassopartner of de opdrachtbevestiging getoetst of de verzekeraar deze afspraken vastlegt. Voor 0 punten: De verzekeraar heeft bij het inschakelen van een incassopartner niet vastgelegd dat de incassopartner zich aan de genoemde drie eisen houdt. Voor 2 punten: - De verzekeraar heeft bij het inschakelen van een incassopartner vastgelegd dat de incassopartner zich aan de genoemde drie eisen houdt; en - De verzekeraar monitort dat de incassopartner zich aan de gemaakt afspraken houdt.				
		Resultaat: Na het eerste onderzoek: 23 verzekeraars die een incassopartner inschakelen scoren een onvoldoende omdat ze geen of onvoldoende afspraken vastleggen. We kwamen in het onderzoek behoorlijke verschillen tegen hoe verzekeraars omgaan met incassobureaus. Sommige verzekeraars maken hier helemaal geen gebruik meer van, andere hebben duidelijke drempelbedragen ingericht op het inschakelen hiervan en voor de inzet van een deurwaarder. Daarnaast zien we ook afspraken dat het incassobureau een vordering na honderd dagen teruggeeft aan de verzekeraar.	51	23	1	19
		Na het vervolgonderzoek: Er is één verzekeraar die ook na het vervolgonderzoek niet voldoet aan dit toetspunt. Één verzekeraar is van een 0 naar een n.v.t. gegaan als gevolg van uitleg bij het gebruik van het incassobureau.	52	1	5	36
10	6	De verzekeraar houdt te allen tijde de eindverantwoordelijkheid voor zijn klantvorderingen en de keuze van de incassopartner. Indien de verzekeraar klantvorderingen verkoopt, draagt hij daarbij het juridisch eigendom niet over. En hij maakt goede afspraken over het nakomen van de regels in artikel 5. We vroegen bewijs op van de afspraken die de verzekeraar maakt bij verkoop van de vorderingen, bijvoorbeeld een overeenkomst. In de afspraken toetsten we of het juridisch				

		eigendom wordt overgedragen en of de afspraken uit artikel 5 worden vastgelegd. Voor 0 punten: - De verzekeraar heeft bij het verkopen van de klantvorderingen het juridisch eigendom overgedragen; of - De verzekeraar heeft bij het verkopen van de klantvorderingen geen afspraken gemaakt over het nakomen van de regels in artikel 5. Voor 2 punten: - De verzekeraar heeft alleen het economisch eigendom overgedragen en vastgelegd dat de koper zich houdt aan de eisen in artikel 5; en - De verzekeraar monitort dat de koper zich aan de gemaakte afspraken houdt. Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er is maar één verzekeraar die klantvorderingen verkoopt en deze voldoet niet aan alle eisen.	93	1	0	0
		Na het vervolgonderzoek: De betreffende verzekeraar heeft de bevindingen aangepast.	93	0	0	1
11	7	Heeft een klant meerdere losse verzekeringen bij een verzekeraar, en is er sprake van wanbetaling op één van deze verzekeringen, dan schort de verzekeraar slechts die verzekering op en niet de overige verzekeringen. Indien er sprake is van wanbetaling op meerdere verzekeringen, dan ziet de verzekeraar niet elke vordering als een nieuwe, maar worden deze -indien mogelijk- bij elkaar opgeteld. Het gaat hierbij om verzekeringen binnen één juridische entiteit (lidmaatschap Verbond) of commercieel label. Het gaat niet om een pakketpolis, waarbij meerdere verzekeringen in één polis zitten. Het gaat juist om de situaties met meerdere polissen en meerdere premiebetalingen. Het gaat erom dat de klant niet meerdere keren incassokosten betaalt. We onderzochten of hierover iets is vastgelegd in werkinstructies en bespraken de praktijk. Voor 0 punten: - De verzekeraar schort meerdere verzekeringen op als de klant op een van de verzekeringen een betalingsachterstand heeft; of - De verzekeraar hanteert bij betalingsachterstand van meerdere verzekeringen elke vordering als een nieuwe vordering. Voor 2 punten: - De verzekeraar schort alleen die verzekering op waarbij sprake is van wanbetaling; en - De verzekeraar telt bij betalingsachterstand van meerdere verzekeringen de vorderingen bij elkaar op.				

		Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn twee verzekeraars die niet voldoen na het eerste onderzoek.	31	2	0	61
		Na het vervolgonderzoek: Alle verzekeraars hebben zich bij dit toetspunt hersteld.	31	0	0	63

Toets punt	art	Eis	Na onderzoek			
		Bepalingen met betrekking tot schuldhelpverlening	N	0	1	2
12	8	De verzekeraar informeert een klant waarvan hij weet of vermoedt dat er financiële problemen spelen, over de mogelijkheid van (schuld)hulpverlening. Het is voor de verzekeraar in ieder geval duidelijk als er sprake is van een betalingsachterstand. We verwachten dat de verzekeraar in ieder geval heeft bepaald wanneer een klant op de mogelijkheid van (schuld)hulpverlening wordt gewezen. En vervolgens vroegen we bewijzen op dat daar daadwerkelijk op is gewezen. Voor 0 punten: - De verzekeraar heeft niets bepaald over wanneer klanten worden gewezen op de mogelijkheid van (schuld)hulpverlening; en - Uit het praktijkinterview blijkt dat de verzekeraar de klanten niet informeert over de mogelijkheid van een (schuld)hulproute, ook niet als de verzekeraar zou moeten of kunnen weten dat er financiële problemen zijn. Voor 2 punten: De verzekeraar wijst klanten die financiële problemen hebben op de mogelijkheid van (schuld)hulpverlening.				
		Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn negen verzekeraars die een onvoldoende scoren op dit punt. Dat betekent dat er niets is vastgelegd en in de praktijk ook niet wordt gewezen op schuldhelpverlening. De verzekeraars die een 1 scoren, wijzen vaak wel in de praktijk op schuldhelpverlening, maar hebben daarover niets vastgelegd.	20	9	24	41
		Na het vervolgonderzoek: Er zijn nog drie verzekeraars die dit toetspunt niet hebben hersteld. Het is geen essentieel toetspunt en wij hebben geen terugkoppeling gekregen van de verzekeraars of deze bevinding is opgelost.	20	3	22	49
13	9	De verzekeraar werkt zoveel mogelijk mee aan een betalingsregeling in het kader van een schuldhelpverlenings-traject, indien de schuldhelpverlenende instantie lid is van de NVVK of tenminste werkt volgens de kwaliteitscriteria van de NVVK.				

		We hebben getoetst of de verzekeraar dit heeft vastgelegd in beleid. Of dat het blijkt uit hoe de verzekeraar ermee omgaat in de praktijk. Voor 0 punten: De verzekeraar werkt niet mee met betalingsregelingen in het kader van een schuldhulpverleningstraject. Voor 2 punten: De verzekeraar werkt zo veel mogelijk mee met betalingsregelingen in het kader van een schuldhulpverleningstraject. Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn geen verzekeraars die niet meewerken aan een betalingsregeling in het kader van een schuldhulpverleningstraject	25	0	0	69
		Na het vervolgonderzoek: Niet van toepassing. Er waren geen herstelacties.	25	0	0	69
14	10	Indien een klant aantoonbaar succesvol een schuldsaneringstraject heeft afgerond onder begeleiding van een schuldhulpverlenende instantie die is aangesloten bij de NNVK en hiervoor finale kwijting heeft ontvangen, zal een verzekeraar hem in het acceptatieproces niet afwijzen vanwege een eerder roeyement wegens wanbetaling. We hebben getoetst hoe de verzekeraar heeft gewaarborgd dat klanten die een schuldsaneringstraject hebben afgerond niet worden afgewezen vanwege roeyement. In ieder geval moet de mogelijkheid er voor de klant zijn om aan te kunnen geven dat zo'n traject is doorlopen. Voor 0 punten: De verzekeraar houdt bij het wel of niet accepteren van een klant met een eerder roeyement wegens wanbetaling geen rekening of de klant een schuldsaneringstraject succesvol heeft afgerond. Voor 2 punten: De verzekeraar houdt bij acceptatie van een klant met een roeyement wel altijd rekening of de klant een schuldsaneringstraject succesvol heeft afgerond. Resultaat: Na het eerste onderzoek: Geen verzekeraar scoort een onvoldoende bij dit toetspunt. Er zijn enkele verzekeraars die verbeterpunten hebben in de vastlegging hoe rekening wordt gehouden met een afgerond schuldsaneringstraject.	28	0	7	59
		Na het vervolgonderzoek: Er zijn geen herstelacties geweest op dit toetspunt omdat er geen onvoldoende scores waren. Daarnaast was dit ook een niet-essentieel toetspunt.	28	0	7	59

Toets punt	art	Eis	Na onderzoek			
			N	0	1	2
15	11	Bepalingen met betrekking tot informatievoorziening				
		De verzekeraar zorgt ervoor dat de herinnering en de aanmaning die hij verstuurt duidelijk en begrijpelijk zijn.				
		We hebben de begrijpelijkheid van de herinneringsbrieven en aanmaningen getoetst in de dossiers. Duidelijkheid en begrijpelijkheid zijn in de code niet gedefinieerd. De volgende woorden zien we als onduidelijk (tenzij ze worden uitgelegd): • opschorten van de verzekering; • schorsen van de verzekering; • royeren van de verzekering. We gaan er vanuit dat in de herinnering en aanmaning in ieder geval staat: 1. om welke verzekering het gaat; 2. de hoogte van het achterstallig bedrag; 3. wat de klant kan doen als er wel betaald is; 4. wat de klant kan doen als hij vragen heeft of als hij het niet eens is; 5. wat de klant nu moet doen om te betalen. Voor 0 punten: De herinnering en aanmaning van de verzekeraar zijn niet duidelijk en begrijpelijk. De vijf elementen staan niet in de brieven. Of de genoemde woorden worden gebruikt. Voor 2 punten: De verzekeraar stuurt duidelijke en begrijpelijke herinneringen en aanmaningen.				
		Resultaat: Na het eerste onderzoek: Dit toetspunt levert de meeste onvoldoendes op. Dat komt mede doordat het protocol geen uitwerking bevat wat wordt verstaan onder duidelijk en begrijpelijk. Stv heeft in de voorbereiding van het toetskader in overleg met diverse gremia binnen het Verbond een nadere uitwerking gemaakt. Als het misgaat in de brieven dan ontbreekt vooral om welke verzekering het gaat, wat de klant kan doen als er wel betaald is en wat hij kan doen als hij het niet eens is.	7	54	10	23
		Na het vervolgonderzoek: Een groot deel van de verzekeraars die een onvoldoende scoorden op dit toetspunt heeft zich kunnen verbeteren. De brieven zijn aangepast op de elementen die wij hierin verwachten. De twee verzekeraars die na het vervolgonderzoek nog een onvoldoende scoren gebruiken nog steeds woorden als 'royeren' of hebben niet opgenomen waar de verzekerde terecht kan met vragen of als hij het niet eens is.	7	2	12	73
16	12	De verzekeraar zorgt voor vindbare en begrijpelijke informatie op zijn website over het betalen van premies en wat er gebeurt als de klant niet betaalt.				

		Bij vindbaar op de website verwachten we informatie op een webpagina of in de veelgestelde vragen. We zoeken naar de informatie op de site, ook met de zoekfunctie. Als de informatie alleen in de polisvoorwaarden staat die op de website zijn geplaatst, dan is dat onvoldoende. Bij de informatie staat in elk geval: 1. Welke risico's loopt de klant als hij zijn premie niet betaalt op het gebied van dekking en royement? 2. Wat kan hij verwachten aan herinneringen en aanmaningen? 3. Wat gebeurt er na een opschorting van de dekking of een royement? We toetsen of deze drie elementen in de informatie op de website zijn opgenomen. Voor 0 punten: - De verzekeraar heeft geen informatie op de website over het betalen van premies en wat er gebeurt als de klant niet betaalt; of - De verzekeraar heeft wel informatie over het betalen van premies, maar daarbij zijn niet alle drie de vragen beantwoord. Voor 2 punten: - De verzekeraar heeft begrijpelijke informatie op een goed vindbare plaats op de website; en - In ieder geval de drie genoemde vragen worden duidelijk beantwoord.				
		Resultaat: Na het eerste onderzoek: Er zijn achttien verzekeraars met een onvoldoende bij dit toetspunt. In de meeste gevallen zijn niet alle drie de vragen beantwoord. Bij de verzekeraars met een score 1 is de informatie op de website wel aanwezig maar niet duidelijk genoeg.	6	18	13	57
		Na het vervolgonderzoek: Er is na het vervolgonderzoek nog één verzekeraar die een onvoldoende scoort op dit toetspunt. Deze verzekeraar was het niet eens met de bevinding over de vindbaarheid van de informatie op de website en wilde deze daarom ook niet aanpassen.	6	1	12	75
17	13	De verzekeraar legt zowel bij de (tweede) herinnering, de aanmaning als het royement duidelijk uit wat de gevolgen zijn van wanbetaling. In alle herinneringen, aanmaningen en de royementsbrief moeten deze gevolgen zijn genoemd. In het protocol staan enkele voorbeelden genoemd, maar de verzekeraar kan ook andere gevolgen noemen. Het gaat om volgende voorbeelden: • de verzekeringnemer raakt onverzekerd; • eventuele schade is niet meer gedekt; • het wordt voor hem waarschijnlijk moeilijker om in de toekomst opnieuw een verzekering af te sluiten;				

	• betreft het een verpande levensverzekering, dan vertelt de verzekeraar dat de geldverstrekker wordt geïnformeerd.				
	Voor 0 punten: - In een van de brieven zijn geen gevolgen van wanbetaling beschreven; of - bij verpande levensverzekering is niet gemeld dat de hypotheekverstrekker wordt geïnformeerd.				
	Voor 2 punten: - alle mogelijke gevolgen van wanbetaling staan benoemd in alle brieven; of - in opvolgende brieven worden steeds meer gevolgen genoemd (in de eerste brief één gevolg, in de volgende brief meerdere gevolgen, in de laatste brief alles).				
	Resultaat: Na het eerste onderzoek: Dit toetspunt levert veel onvoldoendes op. 44 verzekeraars hebben in een of meerdere van de herinneringsbrieven geen gevolgen genoemd. De negentien verzekeraars die een 1 scoren, hebben in alle brieven wel een gevolg genoemd, maar niet alle relevante.	7	47	19	25
	Na het vervolgonderzoek: Een groot deel van de verzekeraars heeft herstelacties uitgevoerd door brieven aan te passen. Er is nog één verzekeraar die na het vervolgonderzoek niet voldoet aan dit toetspunt.	7	1	14	72

Bijlage 1: Deelnemende verzekeraars

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