



**Themarapportage Module Kwaliteitsverbetering
Kerncodes Fraude
Protocol Verzekeraars en Criminaliteit,
Protocol Incident-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI)
en
Gedragscode Persoonlijk Onderzoek**

November 2022

Inhoud rapportage Module Kwaliteitsverbetering

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Onderzoeksaanpak	5
3. Normenkader	6
4. Benchmark	7
5. Resultaten	8
5.1 Onderdeel I. Beleid en praktijk	8
5.2 Onderdeel II. Mensen en middelen	10
5.3 Onderdeel III. Communicatie met de klant	12
6. Goede praktijkvoorbeelden	14

Samenvatting

Introductie

Stichting toetsing verzekeraars (hierna: Stv) toetst de naleving van de zelfregulering in opdracht van het Verbond van Verzekeraars.

Het derde kerncode-onderzoek naar de kerncodes fraude; het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit, PIFI en de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is getoetst bij alle leden van het Verbond van Verzekeraars.

In aanvulling op het kerncode onderzoek zijn wij met de aanvullende Module Kwaliteitsverbetering dieper ingegaan op het onderwerp fraude.

Wij hebben het onderzoek met de Module Kwaliteitsverbetering uitgevoerd bij negen verzekeraars.

Resultaat

Op de eerste plaats van de benchmark staat Rechtsbijstandsverzekeraar DAS met een score van 96%.

De gemiddelde score over negen verzekeraars is 91%.

Verbetermogelijkheden

Tijdens ons onderzoek hebben we ondanks de hoge scores een aantal verbetermogelijkheden gesignaleerd. De belangrijkste verbetermogelijkheden zijn:

- De beoordeling van fraude- en criminaliteitsrisico's. Slechts een derde van de deelnemende verzekeraars beoordeelt jaarlijks fraude- en criminaliteitsrisico's op operationeel niveau door een frauderisicoanalyse.
- Het gebruik van data-analyse bij fraudebestrijding. Op basis van ons onderzoek concluderen we dat het gebruik van data-analyse bij fraudebestrijding nog in de kinderschoenen staat. Slechts 22% van de deelnemers maakt structureel gebruik van data-analyse om (mogelijke) fraude-incidenten op te sporen.
- De controle of EVR 'hits' zijn nagevraagd bij veiligheidszaken. Minder dan de helft van de deelnemende verzekeraars voldeed volledig aan de eis om te controleren of alle interne EVR hits daadwerkelijk zijn gecommuniceerd aan de verantwoordelijke functionaris of afdeling.
- Het uitvoeren van een in-employment integriteitsscreening. Een derde van de deelnemende verzekeraars voert niet standaard een in-employment screening uit. gericht op meer risicovolle functies.

Goede praktijkvoorbeelden

Verzekeraars kunnen de goede praktijkvoorbeelden die wij hebben gezien tijdens ons onderzoek, gebruiken om zich op onderdelen nog verder te verbeteren. Enkele voorbeelden:

- Tijdens de onderzoeksperiode zijn we verzekeraars tegengekomen die speciale sessies organiseren met medewerkers om gezamenlijk de risico's ten aanzien van interne en externe fraude te bespreken en op te halen. Hiermee benutten deze verzekeraars een belangrijke informatiebron.
- We hebben mooie voorbeelden gezien waarbij verzekeraars op een toegankelijke manier controleren of medewerkers bekend zijn met de procedures. Zij doen dit door bijvoorbeeld een quiz uit te zetten op het intranet. We zien ook een verzekeraar die een applicatie gebruikt die medewerkers vragen stelt die ze moeten beantwoorden tot ze een bepaalde score halen. Zo waarborgen en toetsen verzekeraars dat medewerkers de procedures kennen.
- Enkele verzekeraars hebben signalering ingericht op het overmaken van bedragen of premierestitutie naar rekeningnummers van eigen medewerkers. Daarnaast zijn er verzekeraars die ook een trigger hebben ingericht op veelvoudige overboekingen naar rekeningnummers die niet behoren tot samenwerkingspartners.

1. Inleiding

Rapportage

In dit rapport geven we inzicht in de uitkomsten van het onderzoek naar de Module kwaliteitsverbetering bij de drie fraudegerelateerde Kerncodes.

Dit rapport is een aanvulling op het onderzoeksrapport van het kerncode-onderzoek uitgevoerd bij alle leden van het Verbond van Verzekeraars. Het rapport van het kerncode-onderzoek staat op de website van Stv.

Inhoud onderzoek

In dit onderzoek hebben wij onderzocht hoe verzekeraars de beheersing van fraude- en criminaliteitsrisico's hebben ingebed in de organisatie. We hebben dit beoordeeld vanuit de drie Kerncodes Klantbelang gericht op het onderwerp fraude. Dit zijn het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit (PV&C), het Protocol Incidentwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (PIFI) en de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek (GPO)

In de periode van juni 2021 tot en met februari 2022 heeft Stv 116 verzekeraars getoetst op de kerncodes fraude.

Negen verzekeraars namen ook deel aan de Module Kwaliteitsverbetering.

Nieuw stelsel zelfregulering

Het onderzoek naar de kerncodes fraude is het derde onderzoek voor het nieuwe stelsel van zelfregulering.

Stv toetst bij alle leden van het Verbond van Verzekeraars of er wordt voldaan aan de gedragscodes. Bij tien zogenoemde Kerncodes Klantbelang toetsen we elke drie jaar intensief de naleving daarvan.

Als verdieping en aanvulling op kerncode-onderzoeken biedt Stv de Module Kwaliteitsverbetering aan.

Normenkader en benchmark

Het normenkader voor het onderzoek naar de kerncodes fraude met de Module Kwaliteitsverbetering bestaat uit drie onderdelen:

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

De resultaten van de verzekeraars vertalen wij naar een score, waarmee we een benchmark opstellen. Hiermee zien verzekeraars hoe zij presteren ten opzichte van andere verzekeraars.

Daarnaast geven we per onderdeel een marktbeeld terug wat is opgedaan bij het kerncode-onderzoek.

Drijfveer Stv

Stv heeft als missie om waarde toe te voegen aan de verzekeringsbranche en de individuele verzekeraars. Dit doen we onder andere door het stelsel van zelfregulering toetsbaar te maken, te toetsen en daarover te rapporteren. Daarmee geven we inzicht in de mate waarin verzekeraars voldoen aan de protocollen en gedragscodes. Met het aanbieden van vervolgonderzoeken zetten we verzekeraars aan tot verbeteren zodat zij de

referenties naleven. Wij helpen verzekeraars daarmee risico's voor het belang van hun klanten in kaart te brengen en daarmee de kwaliteit en betrouwbaarheid van hun dienstverlening te verbeteren.

Module Kwaliteitsverbetering

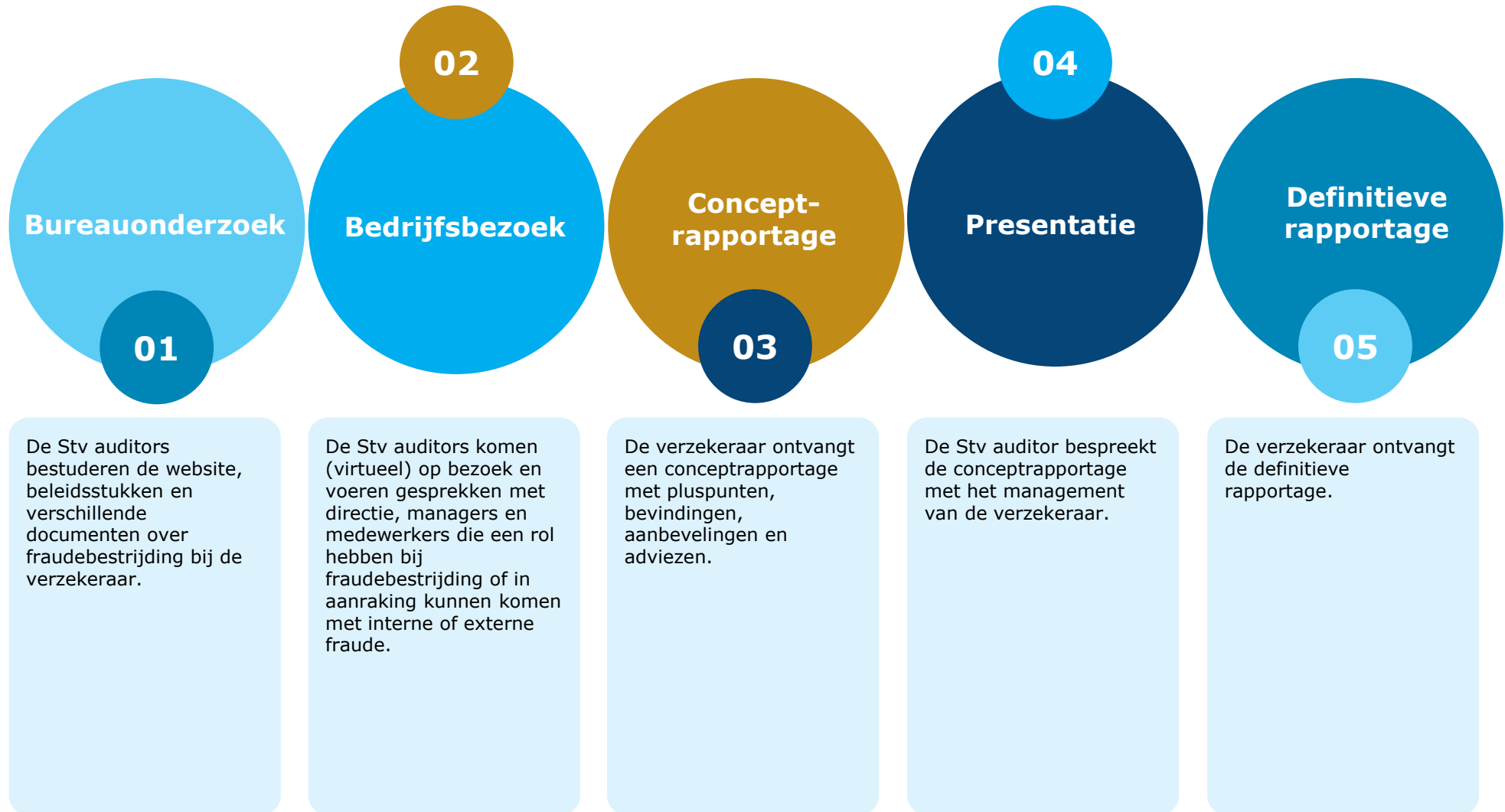
Met de Module Kwaliteitsverbetering geven wij verdere invulling aan onze drijfveer. In tegenstelling tot de reguliere onderzoeken in het kader van de zelfregulering biedt de kwaliteitsmodule een individuele verzekeraar de mogelijkheid om een slag dieper te gaan en uitgebreider terugkoppeling te geven over verbeterpunten.

De deelnemende verzekeraars aan de Module Kwaliteitsverbetering ontvangen ieder een eigen rapport met uitgebreide aanbevelingen en adviezen waarmee ze zich verder kunnen verbeteren. Daarnaast ontvangen ze een themarapportage waarin we de resultaten van alle verzekeraars presenteren en onderling vergelijken. Daarin staan ook de goede praktijkvoorbeelden en aanbevelingen met een algemeen karakter. Verzekeraars kunnen zich daarmee aan elkaar optrekken.

Met de onderzoeken en (thema)rapportages dragen wij bij aan het verder verbeteren van de kwaliteit en betrouwbaarheid van de dienstverlening van verzekeraars en het inzichtelijk maken van risico's voor het klantbelang.

2. Onderzoeksaanpak

De onderzoeksaanpak door Stv bestaat voor iedere verzekeraar uit vijf stappen.



3. Normenkader

Het normenkader kerncodes fraude met de Module Kwaliteitsverbetering bestaat uit drie onderdelen:

I. Beleid

De verzekeraar heeft beleid en procedures vastgesteld om te voldoen aan de eisen van het PV&C, het PIFI en de GPO. Hiermee legt de verzekeraar de basis om de fraude- en criminaliteitsrisico's in de organisatie vast te stellen en te beheersen.

II. Mensen en middelen

Om de kerncodes fraude goed te kunnen naleven, moet de verzekeraar de vereiste taken duidelijk beleggen bij medewerkers. De medewerkers moeten beschikken over voldoende tijd en kennis. Ook moet de verzekeraar de medewerkers faciliteren met middelen en instrumenten waarmee ze hun taken goed kunnen uitvoeren en hun handelingen waar nodig aantoonbaar vast kunnen leggen.

III. Communicatie naar de klant

De verzekeraar is transparant over de wijze waarop hij fraude en criminaliteit bestrijdt en de maatregelen die hij kan toepassen. Ook wijst de verzekeraar de klant op relevante plaatsen en momenten op de consequenties van het plegen van fraude en criminaliteit. Als de verzekeraar een persoonlijk onderzoek uitvoert, dan informeert de verzekeraar de betrokkene op relevante momenten over het uitvoeren van een persoonlijk onderzoek.

Werkprogramma

Het normenkader dat is gebruikt voor de Module Kwaliteitsverbetering is een aanvulling op het normenkader dat gebruikt is voor de kerncodes fraude. Het reguliere kerncodeonderzoek bestaat uit 70 toetspunten, het onderzoek Module Kwaliteitsverbetering bestaat uit 77 toetspunten. Door de grote hoeveelheid toetspunten in het reguliere onderzoek heeft Stv ervoor gekozen om een verdieping aan te brengen in de bestaande toetspunten in plaats van toetspunten toe te voegen.

Opbouw scores

Ieder toetspunt heeft een scoremogelijkheid van 0, 5 of 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.

De drie onderdelen van het normenkader zijn ieder opgebouwd uit meerdere toetspunten. Om te komen tot een score per onderdeel is er gekeken naar de behaalde score per onderdeel ten opzichte van de maximaal haalbare score en deze is vervolgens uitgedrukt in een percentage. Hierbij is rekening gehouden met toetspunten die mogelijk voor een verzekeraar niet van toepassing zijn.

De totale score van de verzekeraar is de behaalde score over de drie onderdelen ten opzichte van de maximaal haalbare score.

In deze rapportage koppelen wij de scores terug zoals die zijn vastgesteld na het eerste onderzoek en niet de scores op basis van een vervolgonderzoek.

Minimale score

Bij deelname aan de Module Kwaliteitsverbetering geldt geen minimale score. Het doel is namelijk kwaliteitsverbetering.

Net als iedere verzekeraar moeten de deelnemers aan de kwaliteitsmodule wel voldoen aan de kerncodes Fraude.

4. Benchmark

Benchmarkscore

De benchmarkscore van iedere verzekeraar is de gewogen gemiddelde score die hij behaald heeft over de drie onderdelen.

Op de eerste plaats van de benchmark staat rechtsbijstandsverzekeraar DAS met een score van 96%. Daarna zijn er vier verzekeraars met dezelfde score van 94%.

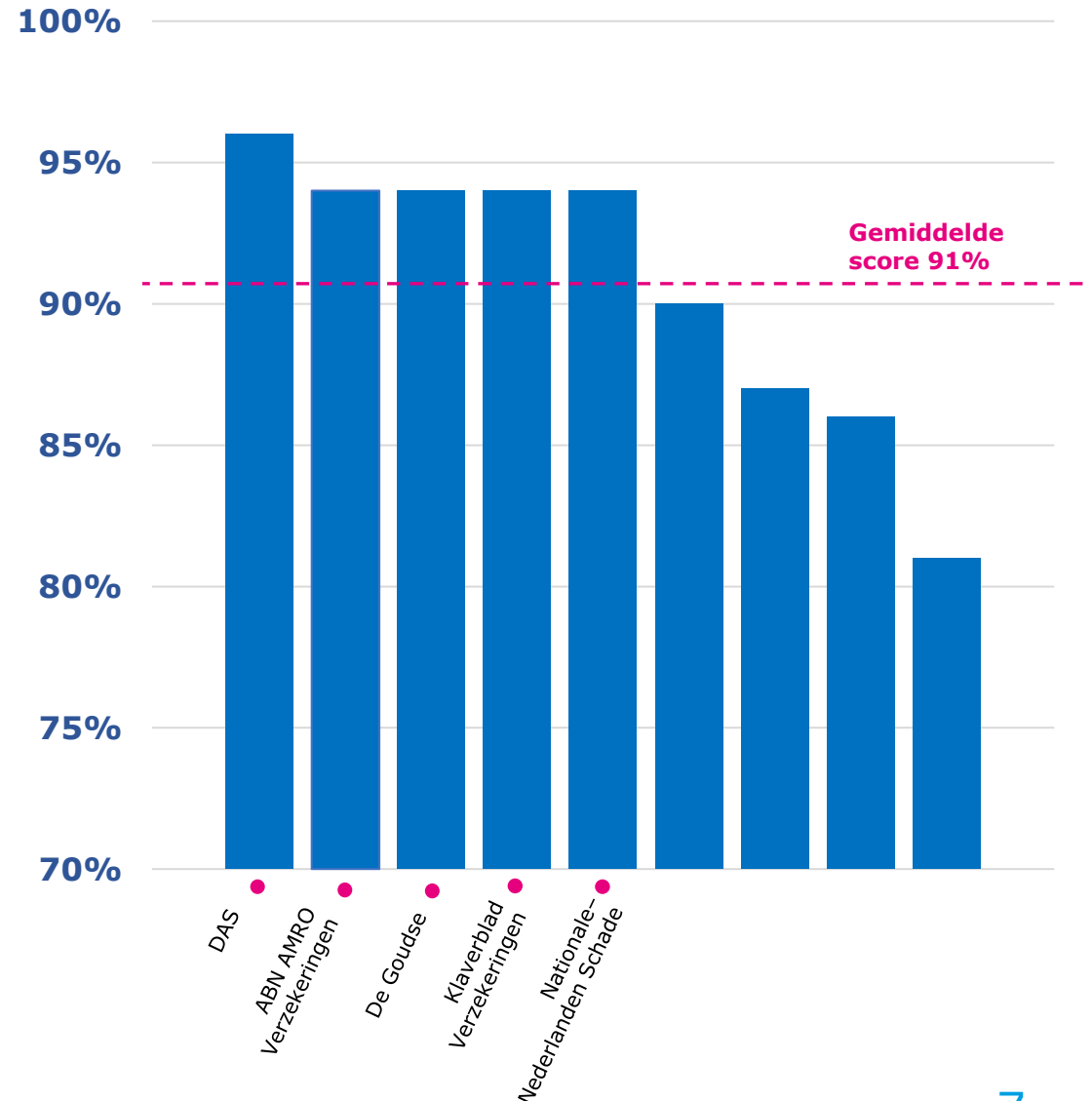
De gemiddelde score over 9 verzekeraars is 91%.

De hoge gemiddelde score kan worden verklaard door de aandacht dat het onderwerp fraude krijgt, zowel intern als extern. In onze ervaring zijn deelnemende verzekeraars zich op alle lagen in de organisatie bewust van het belang van fraudebestrijding en de informatie-uitwisseling hieromtrent. Daarnaast heeft het CBV binnen de branche een belangrijke rol om verzekeraars te ondersteunen in het opzetten en ten uitvoering brengen van het fraude- en criminaliteitsbeleid van verzekeraars. Dit draagt ook bij aan een gedegen opzet van de fraudebestrijdingsorganisatie.

Stv heeft ondanks de hoge gemiddelde score alle deelnemende verzekeraars in hun individuele rapport verbeterpunten of aanbevelingen gegeven om te komen tot nog betere prestaties.

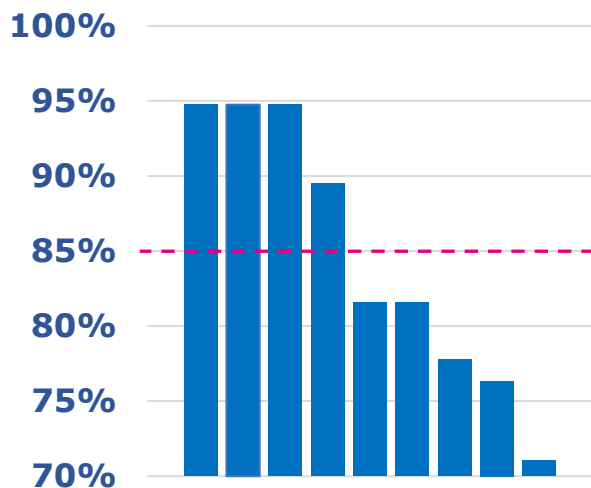
Resultaten per onderdeel

Op de volgende pagina's gaan we in op de resultaten in de drie verschillende onderdelen van het normenkader. Wat zijn de scores per onderdeel, wat gaat opvallend goed en wat kan beter?



5. Resultaten

I. Beleid



Benchmarkscore

In het onderdeel 'Beleid' scoren verzekeraars gemiddeld 85%.

Marktbeeld

In de markt zien we dat verzekeraars niet altijd onderzoek doen naar de mate waarin het PIFI wordt nageleefd. Hetzelfde geldt voor de niveaumeting van het CBV die door een deel van de verzekeraars nooit is ingevuld. Hiermee is het zelf schonend vermogen bij een deel van de sector niet benut in de afgelopen jaren.

Algemeen beeld en wat gaat goed

Fraudebestrijding op de agenda

We zien dat het onderwerp fraudebestrijding bij deelnemende verzekeraars aandacht heeft van het topmanagement.

We constateren bij vrijwel alle deelnemende verzekeraars (89%) dat het onderwerp fraudebestrijding minimaal twee keer per jaar op de agenda staat van het bestuur of de directie.

Daarnaast vindt er ook bij veel deelnemers (67%) minimaal twee keer per jaar overleg plaats tussen de afdeling Veiligheidszaken en het topmanagement.

Fraudebeleid en vertaling naar werkinstructies

Alle verzekeraars die deelnamen aan de Module Kwaliteitsverbetering voeren een fraudebeleid. Bij veel verzekeraars blijkt dat de menselijke maat een belangrijk beleidsmatig uitgangspunt is. In bijna alle gevallen (89%) is het fraudebeleid ook volledig, vastgesteld door de directie en is er vastgelegd dat het beleid jaarlijks wordt beoordeeld op actualiteit en kwaliteit.

Alle deelnemende verzekeraars hebben beleidsmatig vastgesteld wanneer aangifte wordt gedaan bij fraude.

We zien bij bijna alle deelnemers (89%) dat het beleid is vertaald naar werkinstructies en procedures waarmee effectief uitvoering kan worden gegeven aan het beleid.

Verzekeraars doen het niet alleen

Deelnemende verzekeraars scoren allemaal de volledige punten als het gaat om samenwerking en informatie-uitwisseling. In samenwerkingsovereenkomsten met gevolmachtigden wijzen de deelnemers op de voorwaarden en afspraken uit het PV&C en het PIFI. Ook zien we dat deelnemende verzekeraars betrokken zijn bij externe commissies en trainingsinstanties waardoor ze structureel kennis uitwisselen.

I. Beleid en praktijk

Wat kan beter?

Risicomanagement

We zien dat alle deelnemers gebruik maken van een jaarlijkse beoordeling op fraude- en criminaliteitsrisico's op strategisch niveau door de Systematische integriteitsrisicoanalyse (SIRA). Slechts een derde van de deelnemende verzekeraars beoordeelt jaarlijks fraude- en criminaliteitsrisico's op operationeel niveau door een frauderisicoanalyse.

Op dit moment heeft een derde van de deelnemers een effectief risk control framework (RCF) in werking. Daarmee wordt structureel de werking van beheersmaatregelen beoordeeld. is een beweging zichtbaar onder de overige deelnemers die op dit moment bezig zijn om een RCF op te zetten en in te richten. Zo willen ook de overige deelnemers waarborgen dat zij continu inzicht hebben in de werking van beheersmaatregelen en in staat zijn om hierover te rapporteren op jaarlijkse basis.

Onderzoek naar de naleving van het PIFI.

Alle deelnemende verzekeraars nemen deel aan het extern verwijzingsregister (EVR) en zijn daarmee verplicht om periodiek een intern onderzoek uit te voeren naar de naleving van het PIFI. We zien verschillen tussen verzekeraars waar dit onderzoek is belegd; in de tweede- of derdelijn. We constateren echter dat het merendeel van de deelnemers geen onderzoek doet naar de naleving van het volledige PIFI. We zien dat er veelal onderzoeken zijn gedaan naar het CIS gebruikersprotocol, waarmee enkel een deel van het PIFI wordt getoetst. Slechts twee deelnemers scoren het volledig aantal punten.

Inzet van data-analyse bij fraudebestrijding

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat het gebruik van data-analyse bij fraudebestrijding nog in de kinderschoenen staat. Slechts 22% van de deelnemers maakt structureel gebruik van data-analyse om (mogelijke) fraude-incidenten op te sporen.

Bij de overige deelnemers constateren we dat het gebruik van data-analyse bij fraudebestrijding in een opstartende fase zit. Eén deelnemer maakt hier op dit moment nog helemaal geen gebruik van. Wel merken we op dat veel deelnemers het doel hebben om meer gebruik te gaan maken van data-analyse om mogelijke fraude te detecteren. Op dit gebied zouden verzekeraars onderling meer de samenwerking en uitwisseling op kunnen zoeken.

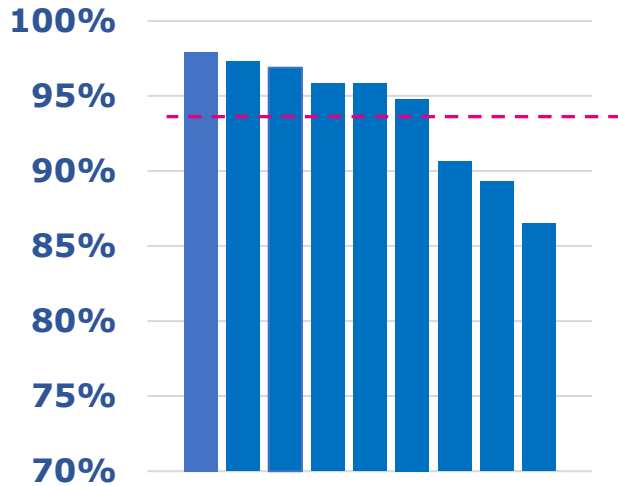
Communicatieplan voor awareness activiteiten

Alle deelnemende verzekeraars houden medewerkers bewust van fraude- en criminaliteitsrisico's door bijvoorbeeld workshops, kennissessies en toegankelijke interne berichtgeving (bijvoorbeeld in de vorm van casuïstiek). Echter, zien we bij een groot deel van de verzekeraars dat deze activiteiten niet concreet worden gekoppeld aan een communicatie(jaar)plan.

Verhalen onderzoekskosten.

We signaleren dat deelnemende verzekeraars vaak moeite hebben om onderzoekskosten te verhalen op fraudeurs. Zeker bij kleine bedragen of bij acceptatiefraude blijkt dit een uitdaging te zijn. Ook als het verhalen van de onderzoekskosten verloopt via SODA.

II. Mensen en middelen



Benchmarkscore

In het onderdeel 'Mensen en middelen' scoren verzekeraars gemiddeld 94%.

Marktbeeld

De wijze waarop verzekeraars het fraudebeleid hebben belegd binnen de organisatie verschilt. De grotere verzekeraars hebben veelal een afdeling of team Veiligheidszaken. In veel gevallen ondersteunen medewerkers met een rol als fraudecontactpersoon de afdeling of het team. Bij kleinere verzekeraars is de fraudespecialist veelal als een rol bij een staffunctie of het management belegd. De wijze waarop het fraudebeleid is belegd, kan ook gevolgen hebben voor de mate van onafhankelijkheid van de afdeling of het team Veiligheidszaken. Verder zien we dat een groot deel van de markt geen persoonlijk onderzoek meer uitvoert.

Algemeen beeld en wat gaat goed

Specialisten en deskundigheid

Alle deelnemende verzekeraars hebben één of meerdere fraudespecialisten aangesteld die belast zijn met de coördinatie en operationele activiteiten van fraude- en criminaliteitsbeheersing. Uit alle onderzoeken blijkt dat ze voldoende ruimte krijgen om opleidingen te volgen.

Awareness

Alle deelnemende verzekeraars zorgen dat medewerkers op de hoogte zijn van mogelijke fraudesignalen. We vinden het positief dat alle deelnemers daarnaast ook een terugkoppeling geven aan medewerkers over een door hen gedetecteerd fraudesignaal.

Registratie conform PIFI

Alle verzekeraars documenteren de onderzoeksmiddelen en onderzoeksmethode in het incidentenregister. We zien dat veel verzekeraars FRISS gebruiken, maar dat er ook verzekeraars zijn die een eigen systeem hebben ontwikkeld. Alle verzekeraars dragen er zorg voor dat gegevens verwijderd worden op het moment dat er niet meer wordt voldaan aan de vereiste om gegevens te bewaren in het incidentenregister, het interne verwijzingsregister of het externe verwijzingsregister.

Proportionaliteitsafweging bij EVR registratie

We vinden het positief dat alle verzekeraars voorafgaand aan het registreren van een betrokkene, een proportionaliteitsafweging maken waarbij de menselijke maat in acht wordt genomen.

Instellen persoonlijk onderzoek

Alle deelnemende verzekeraars die persoonlijk onderzoek uitvoeren, maken bij het instellen van een persoonlijk onderzoek een afweging met betrekking tot de proportionaliteit en subsidiariteit. Deze afwegingen worden in alle gevallen gedocumenteerd. Het besluit om een persoonlijk onderzoek in te stellen, wordt altijd gemaakt door een leidinggevende.

II. Mensen en middelen

Wat kan beter?

Op de hoogte houden bestaande medewerkers

Twee derde van de deelnemers zorgt er structureel voor dat medewerkers alert blijven op fraudesignalen door periodieke trainingen, workshops, e-learnings of quizen aan te bieden. Een derde van de deelnemers kan nog verder verbeteren door trainingen te organiseren en dit met een vaste periodiciteit te doen. Daarnaast zien we bij een groot gedeelte de verbeterpotentie om het onderling leervermogen te verbeteren door medewerkers die veel signalen aandragen, te koppelen aan medewerkers die minder signalen oppikken.

Gebruik maken van het CBV voor het onderbouwen van fraude en criminaliteit

Bij het merendeel van de deelnemers constateren we dat de afweging en de criteria voor het melden van een lopend onderzoek bij het CBV niet is vastgelegd. Bij een klein deel wordt deze afweging ook niet gemaakt in de praktijk.

Controle of EVR 'hits' zijn nagevraagd bij veiligheidszaken

Minder dan de helft van de deelnemende verzekeraars voldoet volledig aan de eis om te controleren of alle interne EVR hits daadwerkelijk zijn gecommuniceerd aan de verantwoordelijke functionaris of afdeling. Enerzijds zien we dat er door de grote hoeveelheid EVR hits geen opvolging kan worden gegeven aan deze eis. Anderzijds zien we dat verzekeraars die controle simpelweg niet hebben ingericht.

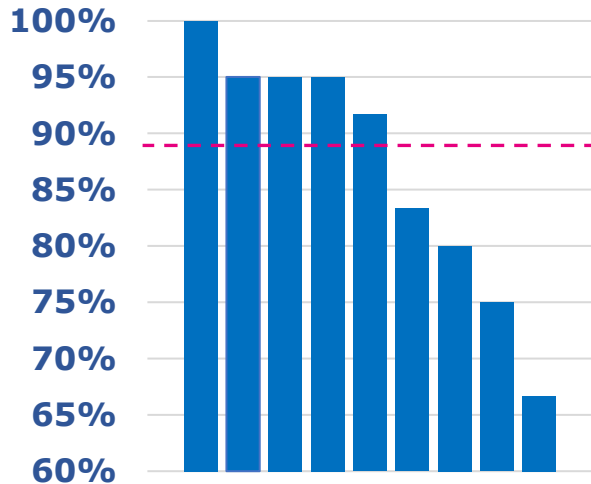
Evalueren na fraudevaststelling of er nieuwe risico's zijn blootgelegd

Een derde van de verzekeraars voert niet structureel aantoonbaar een evaluatie uit na een fraudevaststelling. Ook zien we dat niet alle deelnemers de evaluatie hebben beschreven in werkinstructies. We adviseren de verzekeraars om te waarborgen dat een evaluatie altijd wordt uitgevoerd zodat nieuwe risico's meteen worden gesignaleerd en gemitigeerd.

Uitvoeren integriteitsscreening

Alle deelnemende verzekeraars voeren een pre-employment screening uit voordat een medewerker in dienst treedt. Een derde voert niet standaard een in-employment screening uit. We adviseren verzekeraars om een in-employment screening in te richten, bijvoorbeeld eens in de drie tot vijf jaar en gericht op meer risicovolle functies.

III. Communicatie naar de klant



Benchmarkscore

In het onderdeel 'Communicatie naar de klant' scoren verzekeraars gemiddeld 87%.

Marktbeeld

Een substantieel deel van de markt had geen fraudebeleid op de website gepubliceerd of het fraudebeleid voldeed niet aan alle vereisten.

Verder wijst een deel van de verzekeraars betrokkenen niet op de gevolgen van fraude bij het aangaan en uitvoeren van de verzekering. Ook de expliciete vraag om een waarheidsverklaring te verkrijgen, ontbreekt in enkele gevallen.

Algemeen beeld en wat gaat goed

Start en slotvragen

Alle deelnemende verzekeraars stellen bij het aanvragen van een verzekering en het uitvoeren van een verzekering start- of slotvragen waarmee ze een expliciete verklaring krijgen dat de opgave op waarheid berust.

Informerende betrokkenen bij een registratie in het incidentenregister of het EVR

Alle deelnemende verzekeraars hebben duidelijke procedures en werkinstructies over het informeren van betrokkenen op het moment dat de betrokkenen worden geregistreerd in het incidentenregister of het EVR. Ook constateren we dat verzekeraars betrokkenen hierover structureel informeren op het juiste moment.

Communicatie voorafgaand en tijdens het uitvoeren van persoonlijk onderzoek

Alle deelnemende verzekeraars die persoonlijk onderzoek uitvoeren, informeren betrokkenen op de vereiste momenten. Verzekeraars dienen betrokkenen te informeren als de verzekeraar persoonlijk onderzoek uitbesteedt, als de verzekeraar informatie inwint bij derden en als er een observatie heeft plaatsgevonden. We constateren dat verzekeraars alle momenten hebben beschreven in werkinstructies en dat ze betrokkenen in de praktijk informeren (of laten informeren).

Communicatie na afloop van het persoonlijk onderzoek

We constateren dat alle deelnemende verzekeraars de betrokkenen informeren (of laat informeren) over de resultaten van het onderzoek.

III. Communicatie naar de klant

Wat kan beter?

Fraudestatement op de website

Op één verzekeraar na hebben alle deelnemers een direct toegankelijk fraudestatement gepubliceerd op hun website. Slechts een derde van de verzekeraars heeft alle vereiste elementen opgenomen in het fraudestatement. Het element dat vaak ontbreekt, is op basis van welke regels de organisatie bij fraudebestrijding omgaat met persoonsgegevens.

Informereren van betrokkenen over het verwerken van gegevens in het kader van het PIFI

Minder dan de helft van de deelnemende verzekeraars wijst de betrokkenen in het privacystatement expliciet op het verwerken van gegevens in het kader van het PIFI. We zien vaak wel impliciete verwijzingen doordat verzekeraars verwijzen naar het gebruik van gegevens van stichting CIS. We adviseren verzekeraars om een expliciete tekst op te nemen in het privacystatement waar dit uit blijkt.

Informereren van betrokkenen over de mogelijkheid om bezwaar in te dienen in het kader van het PIFI

Alle verzekeraars informeren betrokkenen op de website over de vervolgmogelijkheden als niet de gewenste oplossing wordt bereikt tijdens de klachtbehandeling. Bij een derde van de deelnemende verzekeraars zien we dat ze deze informatie op verschillende plekken weergeven. Vaak wordt de mogelijkheid voor een betrokkene om zich tot de Autoriteit Persoonsgegevens te wenden alleen vermeldt in het privacystatement en niet als een van de opties op de klachtpagina op de website. We adviseren verzekeraars om alle informatie duidelijk weer te geven op één plek.

7. Goede praktijkvoorbeelden

Tijdens onze onderzoeken naar de kerncodes fraude en de Module Kwaliteitsverbetering kwamen we bij verzekeraars allerlei goede praktijkvoorbeelden tegen. We vermelden hier de meest opvallende.

Fraudetrainingen bij volmachthouders

Enkele verzekeraars die producten aanbieden via het volmachtkanaal, organiseren structureel in house trainingen bij deze organisaties om fraudebestrijding te verbeteren. Door het organiseren van de trainingen bereikt de verzekeraar twee dingen. Ten eerste houdt de verzekeraar op informele wijze toezicht op de werkwijze bij volmachthouders. Ten tweede houden ze de medewerkers bewust van fraudesignalen.

Interne fraude: het uitvoeren van een periodieke in-employment screening

We zien dat een deel van de verzekeraars een periodieke in-employment screening uitvoert. Daarbij zien we verschillen in de periodiciteit waarmee dat gebeurt en de vorm. Er zijn verzekeraars die kiezen voor een in-employment screening van een keer per twee jaar, tot eens in de vijf jaar. De verschillende vormen van in-employment screening die we aantreffen, variëren. We zien verzekeraars die kiezen voor een nieuwe EVR controle, het opnieuw opvragen van een verklaring omtrent gedrag (VOG) of het opnieuw laten tekenen van een interne gedragscode waarin de normen en waarden van de organisatie beschreven staan.

Hoe zou jij frauderen? Sessies met medewerkers

Wie weet er beter hoe je kan frauderen dan de mensen die met de systemen werken? Tijdens de onderzoeksperiode zijn we verzekeraars tegengekomen die speciale sessies organiseren met medewerkers om gezamenlijk de risico's ten aanzien van interne- en externe fraude te bespreken en op te halen. Hiermee benutten deze verzekeraars een belangrijke informatiebron. Medewerkers reageren hier enthousiast op en het resulteert in waardevolle inzichten. Daarnaast maakt zo'n sessie medewerkers ook meer betrokken bij het onderwerp zelf.

Onderzoeken naar interne fraude standaard laten uitvoeren door een extern bureau

Gelet op de gevoelige aard van persoonlijk onderzoek en de beperkte mate waarin het voorkomt, zien we verzekeraars die ervoor kiezen om persoonlijk onderzoek volledig uit te besteden aan een professioneel extern bureau.

Interne fraude: automatische signalering op rekeningnummers.

Enkele verzekeraars hebben signalering ingericht op het overmaken van bedragen of premierestitutie naar rekeningnummers van eigen medewerkers. Daarnaast zijn er verzekeraars die ook een trigger hebben ingericht op veelvoudige overboekingen naar rekeningnummers die niet behoren tot samenwerkingspartners.

Professionalisering fraudecontactpersoon

We zien dat een verzekeraar de rol van fraudecontactpersoon heeft geprofessionaliseerd. Medewerkers moeten solliciteren voor deze rol bij het team Speciale Zaken. In deze rol helpen ze Speciale Zaken actief met het geven van trainingen en ze nemen deel aan overleg van Speciale Zaken.

Sterke inzet op data-analyse om onbekende fraudegevallen boven te halen

Een aantal verzekeraars zet stevig in op data-analyse om potentiële fraudegevallen te detecteren. Hierbij zetten ze in op het leggen van verbanden die voor het menselijk oog in eerste instantie onzichtbaar zouden zijn.

Actief wijzen op het bestaan van het fraudestatement

Enkele verzekeraars wijzen de klant bij het aanvragen van een verzekering, of bij het indienen van een claim op het bestaan van het fraudestatement. Klanten kunnen op een link klikken waardoor ze direct op de webpagina van het fraudestatement uitkomen.

Helder overzicht van de vereisten uit het PIFI

Enkele verzekeraars hebben ervoor gekozen om het PIFI te ontleden en overzichtelijk uiteen te zetten in een overzicht waarbij in een oogopslag duidelijk wordt wanneer welke verplichting geldt bij bijvoorbeeld het uitwisselen van gegevens.

Zijn de procedures bekend?

We hebben mooie voorbeelden gezien waarbij verzekeraars op een toegankelijke manier controleren of medewerkers bekend zijn met de procedures. Zij doen dit door bijvoorbeeld een quiz uit te zetten op het intranet. We zien ook een verzekeraar die een applicatie gebruikt die medewerkers vragen stelt die ze moeten beantwoorden tot ze een bepaalde score halen. Zo waarborgen en toetsen verzekeraars dat medewerkers de procedures kennen.

Fraudespecialist structureel betrekken in het PA(R)P

Bij het uitvoeren van een product approval (review) proces (PARP) kiezen verzekeraars ervoor om altijd iemand van team Speciale Zaken aan te laten sluiten in bepaalde fases van het proces. Zo waarborgen ze dat de frauderisico's worden gesignaleerd, besproken en meegenomen in de overwegingen.

Grensoverschrijdend gedrag

Grensoverschrijdend gedrag is een probleem waar steeds meer verzekeraars mee geconfronteerd worden. We zien verzekeraars waar structureel training wordt gegeven aan medewerkers met klantcontact om te leren omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast maken deze verzekeraars het onderwerp bespreekbaar en zijn de lijnen naar Speciale Zaken kort. Grensoverschrijdend gedrag wordt niet getolereerd en er worden vaker EVR registraties opgelegd voor mensen die dit gedrag vertonen.

Vermelden van de exacte einddatum van een registratie in eindbrieven

In de eindbrieven aan de betrokkene na afloop van het fraudeonderzoek, zien we dat enkele verzekeraars de betrokkene niet alleen wijzen op het feit dat ze een registratie opleggen en hoe lang, maar ook exact vermelden tot welke datum de registratie wordt opgelegd. Dit is duidelijker voor de betrokkene.