

Fraudebeleid (versie 06-2018)

Vertrouwen is de basis voor een goede relatie met onze klanten. Helaas blijkt uit onderzoek dat een kleine groep klanten misbruik maakt van dit vertrouwen. Die groep klanten maakt misbruik van ons vertrouwen door fraude te plegen.

Maar wat is fraude? De definitie van fraude is “Het misbruik maken van een verzekeringsproduct of dienst door de verzekeringnemer of verzekerde of begunstigde om een uitkering in geld of natura te verkrijgen waarop men geen recht heeft”.

Een aantal voorbeelden:

- Het niet eerlijk opgeven van informatie aan de verzekeraar
- Het veranderen van bedragen op aankoopnota's
- Meer claimen dan de geleden schade
- Een onjuiste weergave van de schade om toch dekking op een verzekering te krijgen

De omvang van verzekeringsfraude is fors. In het [Convenant aanpak verzekeringsfraude](#) staan enkele kerncijfers waaruit de omvang van de verzekeringsfraude blijkt. Op jaarbasis keren schadeverzekeraars ongeveer € 900 miljoen onterecht uit als gevolg van frauduleuze handelingen. Dit is ongeveer 15% van het totale schadebedrag. Ongeveer 10% van de schadeclaims kan als frauduleus worden aangemerkt. Fraude heeft dus een onmiskenbare invloed op de schadelast en daarmee het resultaat van de volmacht portefeuille.

Het plegen van fraude is strafbaar, maar fraude heeft ook als gevolg dat iedereen via de premie meebetaald aan het fraudegedrag van anderen. Dit is dan ook onder andere voor ons de reden dat wij vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid zulke misstanden aanpakken, zodat de producten voor andere verzekerden betaalbaar blijven. Wij zullen er alles aan doen om verzekeringsfraude zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom doen wij aan fraudebeheersing.

Verzekeringsfraude heeft ook negatieve gevolgen voor het beeld van onze branche. Dat past niet in het in het imago wat wij nastreven namelijk zekerheid, betrouwbaarheid en continuïteit. In dat kader is door het Verbond van Verzekeraars het [Protocol Verzekeraars & Criminaliteit](#) opgesteld. Dit protocol heeft als doel dat verzekeraars gerichte maatschappelijke betrokkenheid tonen en algemene preventie en detectie hebben ingeregeld waardoor de fraude kan worden teruggedrongen.

Onze organisatie vind fraudebewustzijn belangrijk. Dit betekent dat fraudebewustzijn gestimuleerd en gedragen wordt door de directie en alle medewerkers. Wij besteden in onze acceptatie- en schadebehandelingsprocedure aandacht aan het signaleren en controle op fraudeaspecten en fraude-indicatoren. Als leidraad hanteren wij het [Sporboekje Fraudebeheersing voor Gevolmachtigden](#).

Om de fraude terug te dringen voeren we, bij het accepteren van een verzekering en bij het behandelen van schadeclaims, controles uit. Daarnaast leveren wij schadegegevens aan de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS). Bij het CIS wordt door middel van de FISH de schadehistorie en specifieke fraude geregistreerd waardoor andere verzekeraars worden gewaarschuwd.

Naast de door ons gevoerde procescontroles zorgen wij voor een aantal managementcontroles om fraude achteraf te signaleren. De managementcontroles zijn onderdeel van de Interne Controle.

Om kennis en fraudebewustzijn te bevorderen, worden fraudezaken besproken met de acceptanten en schadebehandelaars.

Indien door ons interne fraude wordt geconstateerd, zal er worden gehandeld zoals vermeld in de procedure Incidenten.

Maatregelen die worden getroffen bij fraude als er sprake is van fraude:

- Opzegging van de verzekering(en)
- De geclaimde schade wordt niet vergoed of teruggevorderd
- Uitsluiting van aan te vragen verzekeringen in de toekomst
- Melding van de fraude bij Stichting CIS