

Klantbelang Dashboardmodule Claimafhandeling Normenkader 2016-2017

Opbouw module

De module bestaat uit de vijf onderdelen. Ieder onderdeel weegt even zwaar.

- I. Beleid en praktijk
- II. Toetsing en verbetering
- III. Aansturing schadebehandelaars en -experts
- IV. Claimafhandeling door gevolmachtigd agenten
- V. Transparantie en communicatie

Scoremethodiek

Ieder onderdeel begint met onze gedachtegang die aan het normenkader ten grondslag ligt. Daarna volgt het normenkader gebaseerd op de volgende tabel:

5	Klantbelang centraal-gedachte wordt bewust meegewogen en in praktijk gebracht (good practice)
4	Klantbelang centraal-gedachte speelt herkenbaar een rol; op de goede weg
3	Klantbelang centraal-gedachte komt voor, maar wordt in de praktijk (nog) te vrijblijvend toegepast
2	Klantbelang centraal-gedachte speelt geen belangrijke rol, reden tot aandacht
1	Klantbelang centraal-gedachte onvoldoende aanwezig; reden tot zorg (poor practice)

De onderdelen van deze module zijn trapsgewijs opgebouwd. Dit houdt in dat tevens minimaal aan de omschrijving van een '2' voldaan moet worden om een '3' te kunnen halen, minimaal aan de omschrijving van een '3' voldaan moet worden om een '4' te kunnen halen, enz. Voor score '1' geldt dat deze wordt toegekend wanneer niet aan de omschrijving van een '2' wordt voldaan.

I. Beleid en praktijk

Claimafhandeling is voor de verzekeraar een moment van waarheid. De verzekeraar heeft een visie hoe hij zijn klant in dit moment optimaal kan bedienen en ontzorgen. Hiervoor hanteert de verzekeraar een beleid dat ervoor zorgt dat zijn klanten kunnen rekenen op een zorgvuldige, objectieve en consistente beoordeling van schades en, zo nodig, een redelijke vergoeding voor het inschakelen van contra-expertise. Schadebehandelaars nemen regie over het proces van claimafhandeling met betrokken afdelingen en partijen. Adequate dossiervorming draagt hieraan bij, ook in geval van dossieroverdracht bij afwezigheid. De klant weet daardoor altijd waar hij aan toe is. De verzekeraar gaat bovendien nog een stap verder. Met proactiviteit op impactvolle momenten maakt hij het verschil voor de klant, bijvoorbeeld in geval van calamiteiten of op momenten waarop de klant wellicht andere verwachtingen had over toekenning van een claim.

5	- De verzekeraar beperkt zich niet alleen tot het afhandelen van een claim, maar denkt – waar mogelijk – verder mee met de klant. Hij verwijst bijvoorbeeld naar andere organisaties die zouden kunnen helpen bij het komen tot een oplossing, een ander soort (passender) product of dienst. Dit blijkt uit dossiers van de verzekeraar. - De verzekeraar heeft een aantoonbaar proactieve houding in crisissituaties of calamiteiten.
4	- Automatisering van (processen rondom) claimafhandeling draagt niet alleen bij aan de efficiëntie van de organisatie, maar dient ook direct het belang van de klant. - De verzekeraar zet het klantbelang centraal in zijn beleid omtrent contra-expertise. Er is bijvoorbeeld een proces aanwezig om de redelijkheid van een vergoeding bij contra-expertise op een objectieve en zorgvuldige wijze te toetsen. - Schadebehandelaars nemen regie over het proces van claimafhandeling met betrokken afdelingen en partijen. Uit dossiers blijkt dat de verzekeraar de klant proactief op de hoogte houdt van de voortgang van zijn claim, duidelijk communiceert over wie aanspreekpunt is en welke uitbetalingen de klant op welk moment kan verwachten.
3	- De verzekeraar heeft de visie op claimafhandeling concreet uitgewerkt naar doelstellingen en prestatie-indicatoren. Dit betreft naast harde indicatoren (bijvoorbeeld tijd en geld) ook zachte indicatoren (klant- en medewerkerswaardering). - De verzekeraar is voorbereid op 'crisissituaties' of calamiteiten (veel schademeldingen of onverwacht hoge schadelast). - Er is een proces aanwezig ten behoeve van gelijke behandeling in gelijke gevallen (ook met betrekking tot coulanceverzoeken en twijfelgevallen over dekking) en dit proces is bekend bij alle betrokkenen. Uit dossiers blijkt dat dit proces in de praktijk wordt uitgevoerd. - Uit de dossiers blijkt dat het door de verzekeraar gevoerde beleid is geïmplementeerd en wordt nageleefd.
2	- De productvoorwaarden zijn in lijn met wetgeving omtrent de rechten van consumenten bij het inschakelen van contra-expertise. - De verzekeraar heeft een duidelijke visie op claimafhandeling waarin het belang van de klant centraal staat. - De verzekeraar hanteert werkinstructies voor claimafhandeling en deze werkinstructies zijn bij alle betrokkenen bekend. - Er is sprake van adequate dossiervorming: schriftelijk contact en telefoongesprekken met de klant worden inhoudelijk vastgelegd, zodat het dossierverloop ook voor niet-betrokken collega's en ten behoeve van kwaliteitsaudits te volgen is.
1	De verzekeraar toont onvoldoende aan dat in het beleid en/of de praktijk van het proces van claimafhandeling het belang van de klant centraal staat.

II. Toetsing en verbetering

Binnen het verzekeringsbedrijf heerst een cultuur van leren en verbeteren, waarbij goed altijd beter kan. De verzekeraar onderzoekt en verbetert structureel het proces van claimafhandeling en daarmee zijn dienstverlening aan de klant. Hiervoor gebruikt hij niet alleen de periodieke audits en kwaliteitscontroles, maar luistert hij ook naar zijn klanten en medewerkers. De verzekeraar zet de verbetercyclus in om zijn visie op claimafhandeling te realiseren.

5	De verzekeraar verbetert de claimafhandeling en dienstverlening aan klanten systematisch en structureel. Hij doet dit niet alleen op basis van kwaliteitsaudits, maar ook op basis van klant- en medewerkersfeedback en een helder kwaliteitsmanagementsysteem. De verzekeraar laat daarmee zien het toets- en verbeterproces in te zetten om zijn visie op claimafhandeling te realiseren.
4	- De verzekeraar stuurt aantoonbaar op verbeter- en leerpunten die uit kwaliteitsaudits en eerstelijns kwaliteitscontroles komen. - De verzekeraar heeft een feedbackloop ingericht, waarin bijvoorbeeld verbeterpunten aan medewerkers worden teruggekoppeld.
3	- De periodieke kwaliteitsaudits richten zich naast processen, procedures en naleving van het beleid ook op de doeltreffendheid en kwaliteit van het gehele proces van claimafhandeling. De audits brengen hiermee de mate van zorgvuldigheid, consistentie en objectiviteit in kaart. - De verzekeraar stuurt aantoonbaar bij naar aanleiding van interne, periodieke rapportages over de succesfactoren, doelstellingen en prestatie-indicatoren die hij hanteert. - Het kwaliteitsmanagement is organisatorisch duidelijk belegd, de rol van stafafdelingen als IAD en Compliance zijn hierin gedefinieerd en dragen actief bij aan objectieve en zorgvuldige schadeafhandeling.
2	- De verzekeraar voert periodiek (minimaal eenmaal per twee jaar) derdelijns kwaliteitsaudits uit, eerstelijns kwaliteitscontroles worden doorlopend uitgevoerd. - De verzekeraar rapporteert intern en periodiek, bijvoorbeeld in het kader van eerstelijns kwaliteitscontroles, over de succesfactoren, doelstellingen en prestatie-indicatoren die hij hanteert.
1	De verzekeraar is onvoldoende in staat om het proces van claimafhandeling te verbeteren. Hij voert bijvoorbeeld te weinig kwaliteitsaudits of -controles uit.

III. Aansturing schadebehandelaars en -experts

Binnen het proces van claimafhandeling spelen schadebehandelaars en schade-experts (zowel interne als externe) een sleutelrol. Zij zijn voor de klant in veel gevallen het gezicht van de verzekeraar tijdens de behandeling van diens claim. De manier waarop zij handelen is dan ook mede bepalend voor de uitkomst van de claim van de klant en zijn beleving daarbij. De verzekeraar zorgt er daarom voor dat de aansturing van deze professionals bijdraagt aan het realiseren van zijn visie op claimafhandeling. Hij voorkomt onder meer dat afspraken met eigen medewerkers en externe schade-experts de objectiviteit en zorgvuldigheid van hun werk negatief beïnvloeden, bijvoorbeeld wanneer deze leiden tot (de schijn van) partijdigheid, belangenverstrengeling of andere ongewenste beïnvloeding van de oordeelsvorming.

5	- De verzekeraar stimuleert aantoonbaar een cultuur waarin claimafhandeling zorgvuldig en objectief plaatsvindt. Het topmanagement speelt hierbij een actieve rol. - De verzekeraar laat zien zowel de eigen medewerkers als externe experts bij te sturen aan de hand van eigen analyses, rapportages en metingen. De verzekeraar toont bijvoorbeeld aan ongewenste prikkels weg te nemen die voortvloeien uit afspraken met eigen medewerkers en externe schade-experts.
4	- In de samenwerking met externe schade-experts vaart de verzekeraar niet alleen op informatie van het schade-expertisebureau, maar ook op eigen waarnemingen of onderzoek omtrent de prestaties van deze schade-experts op zowel harde als zachte prestatie-indicatoren. - De verzekeraar heeft een proces ingericht om eventuele prikkels die uit afspraken met eigen en externe medewerkers voortvloeien te signaleren en te analyseren.
3	- De verzekeraar stuurt de eigen medewerkers (schadebehandelaars en -experts) aan op basis van prestatie- en competentieafspraken die onder meer zien op zachte aspecten zoals klanttevredenheid. - Als de verzekeraar eigen schade-experts in dienst heeft, zorgt hij ervoor dat zij objectief hun werk kunnen verrichten. - In de samenwerking met externe schade-experts vaart de verzekeraar voornamelijk op de informatie van het schade-expertisebureau over de prestaties van deze schade-experts op zowel harde als zachte prestatie-indicatoren.
2	- De verzekeraar stuurt de eigen medewerkers (schadebehandelaars en -experts) vooral aan ten behoeve van een efficiënte organisatie (prestatie- en competentieafspraken die zien op harde aspecten zoals doorlooptijd en geld). - Het beleid voor samenwerking met externe experts is vooral vormgegeven ten behoeve van een efficiënte organisatie (werkafspraken die zien op harde aspecten zoals doorlooptijd en geld).
1	De wijze van aansturing van de schadebehandelaars en -experts zorgt er te weinig voor dat het klantbelang centraal staat.

IV. Claimafhandeling door gevolmachtigd agenten

Klanten die een schadeclaim indienen bij een partij aan wie de verzekeraar een volmacht heeft verleend, moeten kunnen rekenen op dezelfde zorgvuldige, objectieve en consistente beoordeling van schades als die zij bij de verzekeraar zelf zouden krijgen. De verzekeraar heeft hiertoe niet alleen de randvoorwaarden voor aanstelling, aansturing en evaluatie van gevolmachtigden op orde, maar kan aantonen dat het belang van zijn klanten ook in de dienstverlening door gevolmachtigden centraal staat.

5	De verzekeraar kan aantonen dat klanten bij gevolmachtigden kunnen rekenen op dezelfde zorgvuldige, objectieve en consistente claimafhandeling als die zij bij de verzekeraar zelf zouden krijgen.
4	- De samenwerking met gevolmachtigden wordt periodiek geëvalueerd. De verzekeraar doet bijvoorbeeld onderzoek naar de klanttevredenheid, reactietermijnen en de toepassing van het claimbeleid. - De verzekeraar stuurt aantoonbaar op verbeter- en leerpunten die uit doorlopende kwaliteitsaudits komen.
3	- De verzekeraar heeft bepaald welke data noodzakelijk zijn om op een zinvolle wijze met gevolmachtigden het gesprek te kunnen voeren over het centraal stellen van het klantbelang in het proces van claimafhandeling. - De verzekeraar heeft een proces ingericht om eventuele ongewenste prikkels die uit afspraken met gevolmachtigden voortvloeien te signaleren en te analyseren. - De periodieke kwaliteitsaudits richten zich naast processen, procedures en naleving van het beleid ook op de mate waarin het klantbelang centraal staat in de claimafhandeling door gevolmachtigden. - Het aanstellingsbeleid voor samenwerking met gevolmachtigden beoogt dat klanten bij gevolmachtigden kunnen rekenen op dezelfde zorgvuldige, objectieve en consistente claimafhandeling als die zij bij de verzekeraar zelf zouden krijgen. De verzekeraar doet bij aanstelling bijvoorbeeld onderzoek naar de klanttevredenheid, reactietermijnen en de kennis over het claimbeleid van de verzekeraar onder gevolmachtigden.
2	- De verzekeraar stelt voldoende middelen beschikbaar om gevolmachtigden in staat te stellen om in het proces van claimafhandeling het belang van de klant centraal te stellen zoals bij de verzekeraar (bijvoorbeeld gedeelde visie, instructies en training). - De verzekeraar voert periodiek kwaliteitsaudits uit bij zijn gevolmachtigd agenten.
1	De wijze van aansturing en controle van gevolmachtigden zorgt er te weinig voor dat klanten bij gevolmachtigden kunnen rekenen op dezelfde zorgvuldige, objectieve en consistente claimafhandeling als die zij bij de verzekeraar zelf zouden krijgen.

V. Transparantie en communicatie

Een klant met schade heeft duidelijke en gemakkelijk vindbare informatie nodig. Het gaat daarbij niet alleen over de wijze waarop hij zijn schade kan melden. Het gaat ook om de rol van de schade-expert, de mogelijkheden tot contra-expertise, en de communicatie bij een (gedeeltelijke) afwijzing van de claim. Daarnaast biedt de verzekeraar aan zijn klant een online en actueel inzicht in de status van de afhandeling. Als de verzekeraar de dagwaarde in plaats van nieuwwaarde uitkeert, dan is hij transparant over de afschrijvingspercentages die hij hanteert.

5	De verzekeraar voldoet aan alle eisen voor de norm Claimbehandeling die de Stichting toetsing verzekeraars vanaf 2017 hanteert voor het toekennen van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren, zoals genoemd onder score 4. Aanvullend voldoet de verzekeraar aan de volgende punten: Klanten kunnen zelf de status van hun claim volgen in een online-omgeving.
4	De verzekeraar voldoet aan de onder score 3 genoemde eisen voor de norm Claimbehandeling van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren. Aanvullend voldoet de verzekeraar aan de eis om duidelijk uit te leggen waarom hij een claim afwijst en wat de klant moet doen als hij het niet eens is met de afwijzing.
3	De verzekeraar voldoet aan beide onder score 1 genoemde eisen voor de norm Claimbehandeling van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren. Aanvullend voldoet de verzekeraar aan de eis om de klant helder te informeren over belangrijke aspecten rondom de schade- en contra-expert.
2	De verzekeraar voldoet aan beide onder score 1 genoemde eisen voor de norm Claimbehandeling van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren.
1	De verzekeraar voldoet aan een van de volgende eisen voor de norm Claimbehandeling van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren. Dit zijn de eisen die gelden voor de informatie op de website over claimbehandeling en de eis om 24/7 bereikbaar te zijn voor klanten in noodsituaties.

De beoordeling van dit onderdeel is gebaseerd op de uitkomsten van onderzoek uitgevoerd door de Stichting Toetsing Verzekeraars in het kader van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren.¹

¹ De normen voor het Keurmerk Klantgericht Verzekeren voor Claimafhandeling zijn opgenomen in de bijlage.

Handboek Keurmerk Klantgericht Verzekeren 2016
versie 29 oktober 2015

Norm 8. Claimbehandeling

De keurmerkhouders legt de klant helder uit hoe de behandeling van claims verloopt bij schade-, zorg- en levensverzekeringen. Bij zorgverzekeraars gaat het hierbij niet alleen om het indienen van declaraties, maar ook om het verkrijgen van machtigingen en goedkeuringen. Bij levensverzekeringen gaat het vooral om wat er gebeurt bij uitkeringen, waardeoverdracht of afkoop en expiraties. Bij keurmerkhouders die tevens rechtshulpverlener zijn gaat het om hoe de klant een zaak kan aanmelden, maar ook om voorlichting aan de klant over de vrije advocaatkeuze.

Informatie over claims op de website

Alle relevante gegevens staan duidelijk, gemakkelijk vindbaar en bij elkaar op de website van de keurmerkhouders. Daarbij geeft de keurmerkhouders aan op welke manier de klant een claim kan indienen en hoe het proces verloopt vanaf binnenkomst van de claim tot het moment dat de keurmerkhouders uitkeert. Ook geeft hij aan wat de termijn is voor een eerste inhoudelijke reactie op een claim.

Toelichting bij afwijzing

Bij een (gedeeltelijke) afwijzing van een claim legt de keurmerkhouders de klant duidelijk uit wat de reden daarvan is. De keurmerkhouders geeft bij een afwijzing aan wat de klant moet doen als hij het niet eens is met de afwijzing.

Informatie over de schade- en contra-expert

Als de keurmerkhouders een schade-expert inschakelt, dan licht hij de klant in over de rol van deze expert. Ook moet de klant kunnen weten of de expert onafhankelijk is. De keurmerkhouders wijst de klant – indien relevant – actief op de mogelijkheid van een contra-expertise. Daarbij wordt de klant vooraf geïnformeerd over wie de kosten moet betalen voor de contra-expertise. Als deze kosten voor rekening komen van de klant, dan moet de keurmerkhouders de klant vooraf inlichten over de hoogte van het door hem verschuldigde bedrag. De keurmerkhouders geeft de informatie over het inschakelen van schade-experts en de mogelijkheid van contra-expertise ook op de website, bij de informatie over claimbehandeling.

De keurmerkhouders regelt dat hij in noodsituaties voor een schademelding '24/7' telefonisch bereikbaar is voor de klant.

Beoordeling Stv

Stv toetst of de keurmerkhouders:

- op de website samenhangende, relevante en gemakkelijk vindbare informatie heeft gepubliceerd over:
 - hoe de klant een claim kan indienen;
 - de behandeling van claims, vanaf binnenkomst tot het moment van uitbetaling;
 - de reactietermijn voor de eerste inhoudelijke reactie op een claim;
 - het inschakelen van schade-experts en de mogelijkheid van contra-expertise;
- duidelijk uitlegt waarom de claim van een klant (gedeeltelijk) wordt afgewezen;
- de klant helder informeert over de rol van een ingeschakelde expert;
- indien relevant:
 - de klant actief wijst op de mogelijkheid van contra-expertise;
 - de klant informeert over wie de kosten voor contra-expertise moet betalen;
 - de klant vooraf informeert over de kosten van een contra-expertise (als deze kosten voor rekening van de klant zijn);
- in noodsituaties voor een schademelding '24/7' telefonisch bereikbaar is voor de klant.