

Fraudebeleid

Vertrouwen is de basis voor een goede relatie.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een kleine groep klanten misbruik maakt van dit vertrouwen. Zij plegen fraude. Uit dezelfde onderzoeken blijkt ook dat veruit de meeste klanten vinden dat verzekeringsfraude hard moet worden aangepakt. Dat is logisch. Want hoe meer fraude er gepleegd wordt, hoe hoger de premie uiteindelijk wordt. Dat willen wij natuurlijk voorkomen. Bijvoorbeeld door bij verzekeringsaanvragen te controleren met wie we zaken gaan doen en bij schadeclaims te kijken of deze terecht zijn.

Voorkom misverstanden

Weet u bij het aanvragen van een verzekering niet goed wat wij met een bepaalde vraag bedoelen? Neem dan contact op met ons. Dit geldt natuurlijk ook wanneer u bijvoorbeeld niet goed weet op welke manier u moet handelen bij een schademelding of welke informatie u aan ons moet verstrekken bij het indienen van een schadeclaim. Zo zorgen we er samen voor dat misverstanden worden voorkomen.

Wat verstaan wij onder fraude?

Wij zien fraude als “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”. De fraudeur geeft dan een foute voorstelling van zaken om bijvoorbeeld een verzekering te kunnen sluiten of een (hogere) uitkering te krijgen dan waar hij recht op heeft.

Denk daarbij bijvoorbeeld aan:

- Het niet eerlijk opgeven van informatie (bijvoorbeeld bij het aanvragen van een verzekering);
- Het niet eerlijk vertellen wat er is gebeurd;
- Het veranderen van bedragen op nota's;
- Meer declareren dan de daadwerkelijke schade:
- Een afgewezen schade nogmaals indienen, met een ander verhaal;
- Opzettelijk schade veroorzaken en doen alsof het een ongeluk was;
- Een letselschade voorwenden of een letsel overdrijven.

Fraudecontactpersoon

Bij een vermoeden van fraude treden wij in overleg met de verzekeraar. Dit overleg wordt gevoerd onder de verantwoordelijkheid van onze fraudecontactpersoon. Onze fraudecontactpersoon is

gekwalificeerd als register coördinator fraudebeheersing en als zodanig ingeschreven in het Register Coördinatoren Fraudebeheersing.

Dit register valt onder de verantwoordelijkheid van het Verbond van Verzekeraars en wordt beheerd door het Nederlands Instituut voor Registerexperts (Nivre).

Onderzoeksmethoden

Het achterhalen en opsporen van de waarheid kan op verschillende manieren gebeuren. Uiteraard houden wij en de verzekeraar ons hierbij aan de geldende wet- en regelgeving, zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek (GPO). Zo kan er bijvoorbeeld onderzoek gedaan worden naar iemands gedragingen of kan er informatie verzameld worden die van belang kan zijn voor het afsluiten van een verzekering, beoordelen van het recht op schadevergoeding of bepalen van de omvang van de verzekeringsuitkering. Dit onderzoek kan ook door derden gebeuren die door ons of uw verzekeraar zijn ingeschakeld.

Daarbij kunnen ook persoonsgegevens verzameld en verwerkt worden die op andere wijze en uit andere bronnen zijn verkregen dan van de betrokken persoon zelf. Bijvoorbeeld uit openbare bronnen zoals het kentekenregister van het RDW, de registers van de Kamer van Koophandel, het Kadaster en van gegevens die wij over u op internet vinden. Maar ook informatie verkregen van andere personen zoals tipgevers of getuigen.

Ook kan er informatie verzameld worden door bijvoorbeeld technisch-, tactisch- en persoonlijk onderzoek uit te (laten) voeren. Denk hierbij onder andere aan het (laten) observeren of interviewen van personen, ongevalsanalyse, notacontrole, brand(technisch)onderzoek en onderzoek naar braaksporen. Ook wordt daarbij gebruik gemaakt van relevante informatie uit het waarschuwingssysteem voor financiële instellingen, kan er informatie uitgewisseld worden met andere verzekeringsmaatschappijen en wordt voorspellende software ingezet. Deze software maakt onderscheid tussen claims die direct worden goedgekeurd en claims die moeten worden onderzocht op eventuele fraude.

De meeste onderzoeken worden verricht door de verzekeraar of door externe onderzoeksbureaus. Met deze onderzoeksbureaus zijn afspraken gemaakt. Zij dienen zich te houden aan de geldende wet- en regelgeving voor het uitvoeren van de onderzoeken en het verwerken van persoonsgegevens.

Wat gebeurt er indien er sprake is van een vermoeden van fraude?

Zodra voldoende feiten verzameld zijn om te kunnen stellen dat er mogelijk sprake is van frauduleus handelen worden de betrokken personen hiervan op de hoogte gebracht. Dit kunnen we zelf of de verzekeraar doen, maar we kunnen ook een onderzoeksbureau vragen om dit doen. De betrokken persoon krijgt dan de gelegenheid aanvullende uitleg te verschaffen. Hierna bepalen we of we maatregelen treffen.

Welke maatregelen worden genomen bij fraude?

Is er sprake van fraude? Dan nemen we maatregelen, zoals:

- De schade niet vergoeden;
- De gemaakte onderzoekskosten en de al uitbetaalde schadebedragen terugvorderen;
- Alle lopende schadeverzekeringsproducten en eventuele andere contracten opzeggen;
- In de toekomst geen contracten meer met de desbetreffende (rechts)persoon aangaan;
- Desbetreffende persoonsgegevens opnemen in onze gebeurtenissenadministratie (deze administratie heeft een interne werking).

Aanvullend op deze maatregelen kan uw verzekeraar de navolgende maatregelen nemen:

- Desbetreffende persoonsgegevens opnemen in het incidentenregister;
- Melden van deze persoonsgegevens aan de Stichting CIS*;
- Melden van de desbetreffende persoonsgegevens bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars;
- Aangifte bij de politie.

* Verzekeraars kennen ter voorkoming en bestrijding van fraude een Waarschuwingssysteem via Stichting CIS. Persoonsgegevens worden door aangesloten verzekeraars in dit systeem opgenomen en geraadpleegd. Meer hierover staat vermeld in het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. Kijk voor meer informatie op de website van Stichting CIS: www.stichtingcis.nl.

Terugvorderen kosten

Voor de interne onderzoekskosten van de verzekeraar geldt een standaard schadevergoeding van €532,-.

Dit bedrag wordt door SODA (Service Organisatie Directe Aansprakelijkstelling) verhaald. Bovenop het standaardbedrag kunnen ook overige ten onrechte gemaakte kosten of ten onrechte betaalde schade terugvorderen. Daarnaast kunnen er, als er bij het aanvragen van een verzekering sprake is van fraude, interne kosten ad € 101,00 in rekening gebracht worden. Meer informatie over SODA kunt u vinden op www.so-da.nl.

Hoe wordt de fraudeur geïnformeerd?

De fraudeur wordt schriftelijk op de hoogte gesteld van de maatregelen die wij of de verzekeraar getroffen hebben.