

## Fraudebeleid

### Algemeen

Fraude tast het imago van de verzekeringsbranche en met name van ons eigen volmachtbedrijf aan. Daarnaast heeft fraude een onmiskenbare invloed op de schadelast en daarmee het resultaat van onze volmachtportefeuille.

In 2018 hebben verzekeraars 12.879 gevallen van verzekeringsfraude aangetoond. Sinds de cijfers hierover door het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit worden bijgehouden, lag dit aantal nog nooit zo hoog. Met deze succesvolle aanpak van fraude realiseerde de sector in 2018 een besparing van 82 miljoen euro. Dat betekent dat over de afgelopen zes jaar al meer dan een half miljard euro bespaard is door effectief optreden tegen fraudeplegers. Eerlijke klanten hoeven hierdoor niet op te draaien voor de financiële schade die deze fraudeurs hebben geprobeerd te veroorzaken.

Het is het vierde jaar op rij dat verzekeraars meer fraudes aantonen. In totaal zijn in 2018 bijna 45.000 fraudesignalen onderzocht. Het toenemende gebruik van innovatieve fraudedetectietechnieken, zoals Artificial Intelligence, speelt een belangrijke rol bij het vinden van fraudesignalen. Hierdoor neemt de pakkans voor degene die denkt 'het een keer te kunnen proberen' toe.

Afgezien van de directe schade die door fraude ontstaat, zijn verzekeraars veel tijd kwijt aan onderzoek en afwikkeling van dit soort zaken. Ook eenvoudige frauduleuze claims veroorzaken schade waarvan welwillende consumenten uiteindelijk de dupe zijn. Om dit te voorkomen, en om potentiële fraudeurs te ontmoedigen, hebben verzekeraars in 2017 een lik-op-stukaanpak ingevoerd. Bij deze aanpak krijgt een betrachte fraudeur via SODA een factuur met een 'startbedrag' van 532 euro gepresenteerd. Dit ter compensatie van de onderzoekskosten die de verzekeraar intern heeft gemaakt. Sinds de start van deze aanpak zijn al meer dan tweeduizend zaken op deze manier afgehandeld. Deze zomer overschreed het totaal door fraudeurs betaalde bedrag de mijlpaal van één miljoen euro.

Top vijf verzekeringen waarmee het meest gefraudeerd wordt:

- Autoverzekering
- Inboedel- en opstalverzekering
- Aansprakelijkheidsverzekering
- Pakketpolis (combiverzekeringen)
- Reisverzekering

## De definitie van fraude

*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.*

## Beleid

Het is de verantwoordelijkheid van de directie om te komen tot een goed fraudebeleid en zorg te dragen voor passende maatregelen. Wij tolereren geen enkele vorm van fraude.

Het is van belang dat iedereen binnen ons bedrijf bekend is met de relevante aspecten van fraude en dat het fraudebewustzijn wordt gestimuleerd en gedragen door alle medewerkers.

Fraudebestrijding is een regulier onderdeel van het dagelijks acceptatie- en schadebehandelingsproces. Wij besteden in onze procedures en instructies aandacht aan het signaleren en controle op fraudeaspecten. Medewerkers zijn geïnformeerd over onderzoeksindicatoren en op welke wijze deze moeten worden toegepast. Daarnaast wordt iedere nieuwe verzekering en iedere schadebetaling gecontroleerd op basis van de CIS databank.

Het Spoorboekje Fraudebeheersing voor de gevolmachtigd agent en de scorelijsten onderzoekindicatoren en risicopunten zijn opgenomen in ons Kennisportal en beschikbaar voor onze medewerkers. Medewerkers zijn op de hoogte van de inhoud van deze documenten. Een vermoeden van fraude wordt getoetst aan de onderzoeksindicatoren en risicopunten. Deze toetsing wordt aantoonbaar vastgelegd.

Als fraudecontactpersoon is de algemeen directeur aangesteld. In geval van een gesignaleerde (mogelijke) fraude wordt de algemeen directeur direct geïnformeerd door de signalerende medewerker. De fraudecontactpersoon registreert bijzondere registraties in de CIS databank (waaronder EVR registraties) die worden gesignaleerd en ieder vermoeden van fraude in het frauderegister. Ook als uiteindelijk blijkt dat er geen sprake van fraude is, of dit niet bewezen kan worden. De fraudecontactpersoon is verantwoordelijk voor de vertrouwelijke behandeling van het frauderegister.

Indien een EVR registratie wordt gesignaleerd of (een vermoeden van) fraude wordt geconstateerd op een volmachtverzekering informeert de fraudecontactpersoon de fraudecoördinator van de volmachtgever binnen 3 werkdagen. Instructies van de volmachtgever worden opgevolgd.

Op onze website hebben wij ons fraudebeleid vastgelegd en toegelicht zodat verzekerden en andere geïnteresseerden hiervan kennis kunnen nemen.

Naast de dagelijks door ons gevoerde procescontroles zorgen wij voor een aantal managementcontroles om fraude achteraf te signaleren.

Indien door ons interne fraude wordt geconstateerd wordt gehandeld zoals vermeld in de [Procedure Incidenten](#). Van fraude wordt altijd aangifte gedaan bij Justitie.