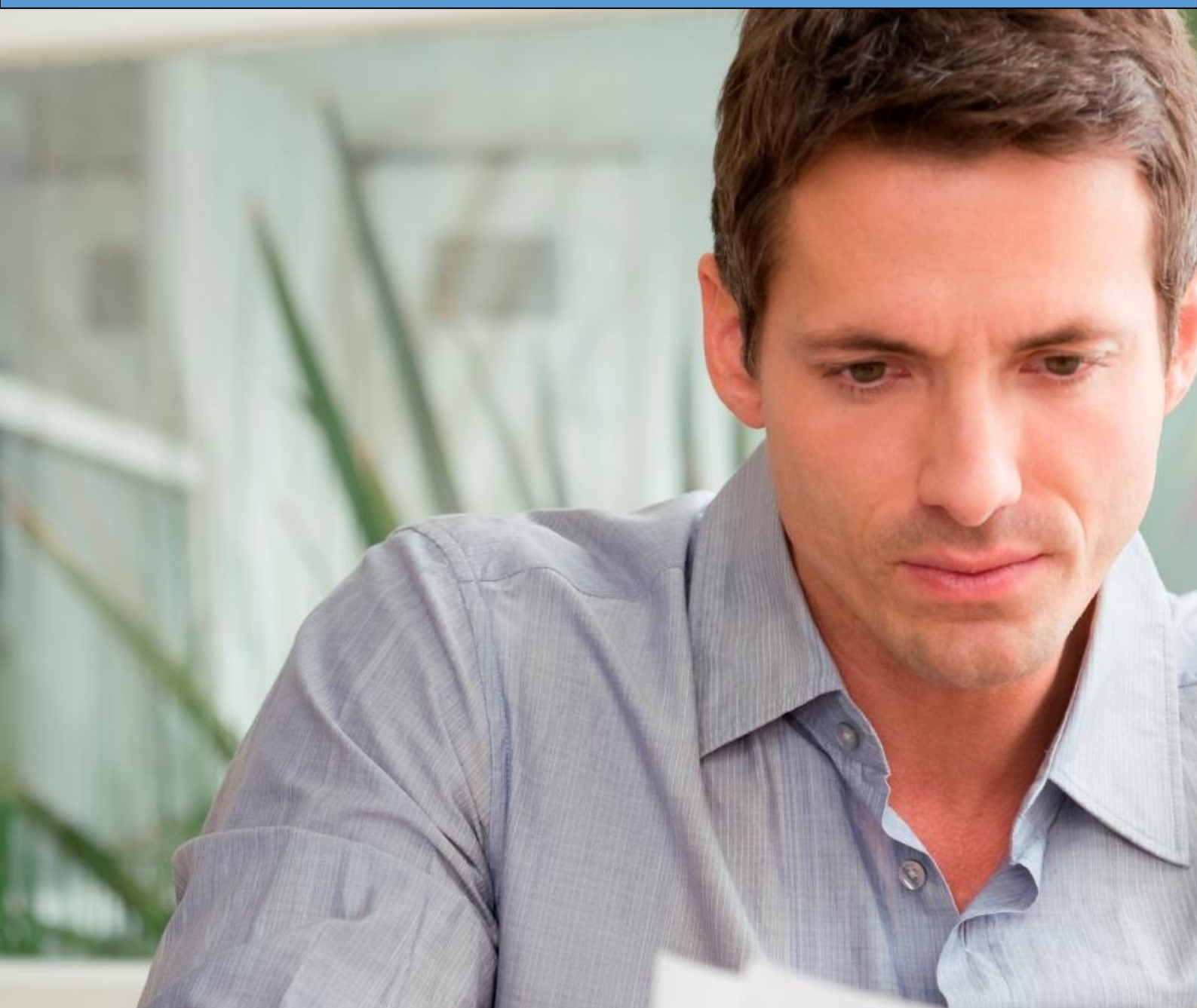


Gedragscode Claimbehandeling 2024



VERBOND VAN VERZEKERAARS

Inhoud

Inleiding	3
Over deze gedragscode	3
1 Artikel 1 Wat betekent ...?	3
1.1 Verzekeraar	3
1.2 Klant	3
1.3 Verzekering	3
1.4 Schadeverzekering	3
1.5 Sommenverzekering	3
1.6 Levensverzekering	4
1.7 Individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen	4
1.8 Verzekeringsclaim	4
2 Artikel 2 Wat is het doel van deze gedragscode?	4
3 Artikel 3 Voor wie geldt deze gedragscode?	4
4 Artikel 4 Hoe gaan we om met open normen?	5
5 Artikel 5 Welke informatieplicht hebben schade-, levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars?	5
5.1 Voordat u een claim indient	5
5.2 Tijdens de claimbehandeling	5
5.3 Over de voortgang van de claimbehandeling	5
5.4 Over hoe uw verzekeraar zijn standpunt bepaalt	5
5.5 Als uw verzekeraar vermoedt dat u geen recht op uitkering hebt	5
5.6 Als uw verzekeraar nog geen standpunt kan innemen	6
5.7 Over bezwaar maken	6
5.8 Over het standpunt na bezwaar	6
Specifiek voor schadeverzekeraars	6
6 Artikel 6 Welke informatie krijgt u bij expertise en contra-expertise na schade?	6
Specifiek voor aanbieders van individuele arbeidsongeschiktheids-verzekeringen	6
7 Artikel 7 Welke informatie krijgt u na een claim op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering?	7
7.1 Over de claimbehandeling	7
7.2 Over de verzekering	7
7.3 Heeft uw claim gevolgen voor uw inkomsten of omzet?	7
7.4 Tijdens de claimbehandeling	7
7.5 Over vragen om een second opinion	8
Specifiek voor levensverzekeraars	8
8 Artikel 8 Welke informatie krijgt u als uw levensverzekering eindigt?	8

Inleiding

Als belangenvereniging van schade-, inkomens- en levensverzekeraars bevordert het Verbond van Verzekeraars klantgerichte dienstverlening door verzekeraars. Het Verbond van Verzekeraars stelt daarvoor onder meer gedragscodes en richtlijnen op. Ook voor claimbehandeling is die klantgerichtheid belangrijk. Met claimbehandeling bedoelen we hoe uw verzekeraar omgaat met uw vraag (claim) om het verzekerde (schade)bedrag uit te keren. In deze gedragscode staat wat u minimaal mag verwachten van de claimbehandeling van uw verzekeraar

Over deze gedragscode

- 1 De officiële naam van deze regeling is: Gedragscode Claimbehandeling.
- 2 De regeling is ingegaan op 1 juli 2020, met een looptijd van 12 maanden. Per 1 juli 2024 zijn hierop aanpassingen gedaan, ingaande 1 juli 2024. Na afloop van deze periode verlengen wij de regeling stilzwijgend voor eenzelfde periode, tenzij we anders overeenkomen.

1 Artikel 1 Wat betekent ...?

1.1 Verzekeraar

De verzekeraar is het bedrijf dat de verzekeringen aanbiedt en de uitkeringen regelt die hieruit betaald worden.

1.2 Klant

In deze gedragscode bedoelen we met 'klant': de persoon die een verzekering sluit en/of aanspraak maakt op een uitkering of vergoeding van de verzekeraar. Dat kan de verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/ of nabestaande zijn. In deze code verwijzen we naar de klant met 'u'.

1.3 Verzekering

Bij een verzekering spreekt u met de verzekeraar af dat u premie betaalt. In ruil daarvoor vergoedt de verzekeraar de schade die u lijdt (schadeverzekering en inkomensverzekering). Of de verzekeraar keert op een afgesproken moment een bedrag uit (sommenverzekering).

1.4 Schadeverzekering

Een schadeverzekering is een verzekering waarmee u uzelf beschermt tegen financiële schade als gevolg van onverwachte gebeurtenissen, zoals diefstal, aansprakelijkheid, brand of een auto-ongeluk.

1.5 Sommenverzekering

Een sommenverzekering is een verzekering die, in tegenstelling tot de schadeverzekering, niet tot doel heeft het schadebedrag te vergoeden. In plaats daarvan keert de sommenverzekering een van tevoren afgesproken bedrag uit. Dit noemen we de verzekerde som.

1.6 Levensverzekering

Een levensverzekering is een sommenverzekering. Deze keert uit op een afgesproken moment in het leven van of bij overlijden van de verzekerde. Let op: een ongevallenzekeringsverzekering is in Nederland geen levensverzekering.

1.7 Individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Een individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering is een inkomensverzekering die een klant afsluit los van bijvoorbeeld een werkgever. Deze keert uit als de verzekerde minder of geen inkomen heeft door ziekte of arbeidsongeschiktheid. Voorbeelden hiervan zijn een aov voor zelfstandigen, (woon)lastenverzekeringen en kredietbeschermers.

1.8 Verzekeringsclaim

Als er iets gebeurt, zoals een ongeluk met uw auto, een overlijden of schade aan uw huis, en u heeft een daarvoor een verzekering afgesloten, dan kunt u bij de verzekeraar een claim indienen (uw schade claimen). U vertelt de verzekeringsmaatschappij wat er is gebeurd en vraagt hen om u te helpen door de kosten te betalen.

2 Artikel 2 Wat is het doel van deze gedragscode?

Het doel van deze code is dat het voor u duidelijk is wat u mag en kan verwachten van uw verzekeraar als deze uw claim afwikkelt. Deze code sluit daarmee aan op de Gedragscode Verzekeraars en dan vooral de bepalingen 7 en 11 van die gedragscode. Het is de bedoeling dat deze code inzicht biedt in het schadebehandelingsproces of uitkeringsproces. Ook moet deze verhelderen wanneer uw claim voortvarend en zorgvuldig is afgehandeld.

Overigens bevat deze code geen informatie over klachtbehandeling of over wanneer u een klacht kunt indienen. Deze informatie vindt u in de Gedragscode Klachtbehandeling.

3 Artikel 3 Voor wie geldt deze gedragscode?

Deze gedragscode geldt voor leden van het Verbond van Verzekeraars. Is uw verzekeraar lid? Dan verwachten wij dat hij zich houdt aan de voorschriften voor claimbehandeling die in deze gedragscode staan. Hierbij gaat het om de claimbehandeling voor consumenten. Maar ook voor zakelijke partijen met net zoveel kennis over verzekeringen als consumenten, als die een verzekering willen afsluiten op basis van standaardvoorwaarden. Daarnaast moet uw verzekeraar ervoor zorgen dat zijn schadebehandelaren de inhoud van deze gedragscode kennen.

Let op: deze gedragscode geldt niet voor verzekeraars die uitsluitend rechtsbijstandsverzekeraar of uitvoerder daarvan zijn. Hun verplichtingen zijn vastgelegd in de Kwaliteitscode Rechtsbijstand.

Daarnaast blijven naast deze code de volgende regelingen van toepassing:

- Bedrijfsregeling 15 Informatievoorziening Letselschade;
- Gedragscode Openheid medische incidenten (GOMA);
- Gedragscode Behandeling letselschade (GBL).

4 Artikel 4 Hoe gaan we om met open normen?

Deze gedragscode bevat een aantal open normen. Uw verzekeraar geeft zelf aan hoe hij deze normen in zijn organisatie invult. Uw verzekeraar is hierover transparant. De eigen invulling is ons uitgangspunt, als we toetsen of uw verzekeraar zich houdt aan deze gedragscode.

5 Artikel 5 Welke informatieplicht hebben schade-, levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars?

Hebt u een claim ingediend? Dan is het belangrijk dat uw verzekeraar u voldoende informeert bij elke stap in dit proces. In dit artikel leest u terug welke informatie u mag verwachten op welk moment van de behandeling van uw claim.

5.1 Voordat u een claim indient

De verzekeraar geeft u duidelijke en begrijpelijke informatie over hoe u een claim kunt indienen. Hierin staat ook wat u vervolgens kan verwachten van uw verzekeraar en wat uw verzekeraar van u verwacht.

5.2 Tijdens de claimbehandeling

Alle mondelinge en schriftelijke communicatie die u als klant ontvangt, is duidelijk en begrijpelijk. Ook stuurt uw verzekeraar begrijpelijke en duidelijke berichten aan een eventuele belangenbehartiger en/of andere derde partijen. Hierbij vermijdt hij vakjargon. Snelle communicatiemiddelen zoals e-mail of berichtgevingen in de mijn-omgeving van de verzekeraar hebben de voorkeur boven brieven via de post. Uw verzekeraar onderbouwt in zijn berichten waarom hij een bepaald besluit neemt.

Zodra uw verzekeraar uw claim ontvangt, ontvangt u informatie over de claimbehandeling. U krijgt dan onder meer informatie hoe uw verzekeraar uw claim behandelt en welke informatie u in elke stap van dit proces kunt verwachten. Ook weet u welke behandelaar of afdeling u kunt benaderen bij vragen.

5.3 Over de voortgang van de claimbehandeling

Uw verzekeraar houdt u op de hoogte van hoe het staat met de behandeling van uw claim. Daarbij geeft hij duidelijk aan binnen hoeveel dagen of weken (de termijn) hij reageert op uw eventuele vragen. Uw verzekeraar komt die belofte aantoonbaar na. De reactietermijnen die uw verzekeraar hanteert, publiceert hij op zijn website.

5.4 Over hoe uw verzekeraar zijn standpunt bepaalt

Is het standpunt van uw verzekeraar dat hij uw claim niet (volledig) toekent? Dan legt uw verzekeraar duidelijk en met redenen uit waarom hij uw claim (gedeeltelijk) afwijst. Daarbij benoemt uw verzekeraar wat u kunt doen, als u het niet eens bent met dit besluit om af te wijzen. U ontvangt deze informatie op de manier die met u is afgesproken.

5.5 Als uw verzekeraar vermoedt dat u geen recht op uitkering hebt

Vermoedt uw verzekeraar bij de ontvangst van uw claim dat u geen recht hebt op uitkering? Bijvoorbeeld omdat de specifieke schade in uw claim niet verzekerd is? Dan laat uw verzekeraar dit zo snel mogelijk aan u weten en geeft hij aan wat er verder gebeurt. U ontvangt hierover bericht vóórdat uw verzekeraar verder onderzoekt of zijn vermoeden klopt. Vermoedt uw verzekeraar verzekeringsfraude? Dan hoeft hij geen contact met u op te nemen voordat hij verder onderzoek start.

5.6 Als uw verzekeraar nog geen standpunt kan innemen

Kan uw verzekeraar nog geen definitief standpunt innemen? Dan ontvangt u bericht over waarom uw verzekeraar dat nog niet kan. Ook hoort u welke actie(s) nodig zijn om wel een definitief standpunt te kunnen innemen.

5.7 Over bezwaar maken

Heeft uw verzekeraar een standpunt ingenomen over uw claim? Dan moet hij in zijn bericht daarover duidelijk aangeven dat u bezwaar mag maken tegen zijn besluit (het standpunt).

5.8 Over het standpunt na bezwaar

Dient u een bezwaar in tegen het standpunt van uw verzekeraar? En leidt dat niet tot een nieuw standpunt of besluit? Dan legt uw verzekeraar u duidelijk en met argumenten uit waarom hij bij zijn standpunt blijft.

Specifiek voor schadeverzekeraars

Naast bovenstaande algemene bepalingen geldt de volgende bepaling specifiek voor aanbieders van schadeverzekeringen.

6 Artikel 6 Welke informatie krijgt u bij expertise en contra-expertise na schade?

Uw verzekeraar geeft u duidelijke en begrijpelijke informatie over de rol van een expert die hij inschakelt. Hierin benoemt uw verzekeraar hoe (on)afhankelijk de expert is van uw verzekeraar. Wat u verder kunt verwachten van de expert, staat in de Gedragscode Schade-expertiseorganisaties en Gedragscode Expertise bij motorrijtuigen. Uw verzekeraar vermeldt het recht op contra-expertise in de polisvoorwaarden.

Uw verzekeraar wijst u uit zichzelf actief op de volgende aspecten:

- Welke taken en bevoegdheden de expert heeft;
- Welke taken en bevoegdheden de eventuele contra-expert heeft;
- Hoe de kosten van de contra-expert worden vergoed.

Deze informatie hoort u niet alleen telefonisch, maar ontvangt u ook op de manier die wij met u hebben afgesproken.

Specifiek voor aanbieders van individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Naast bovenstaande algemene bepalingen gelden de volgende bepalingen specifiek voor aanbieders van individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

7 Artikel 7 Welke informatie krijgt u na een claim op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering?

Hebt u een claim ingediend op uw individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering? Dan is het belangrijk dat uw verzekeraar u voldoende informeert bij elke stap in het afhandelingsproces. In dit artikel leest u terug welke informatie u mag verwachten op welk moment van de behandeling van uw claim.

7.1 Over de claimbehandeling

Ontvangt uw verzekeraar een melding van uw arbeidsongeschiktheid? Dan ontvangt u eerst algemene informatie over de claimbehandeling. Deze algemene informatie is vastgelegd in [de folder van het Verbond van Verzekeraars](#). Uw verzekeraar kan er ook voor kiezen deze informatie op de website te zetten. Als u dat wilt, kunt u die informatie schriftelijk of online (zoals via e mail of in de mijn-omgeving) ontvangen.

7.2 Over de verzekering

U krijgt algemene informatie over uw verzekering, als u zich arbeidsongeschikt meldt bij uw verzekeraar (zie ook 7.1). In deze informatie moet u terug kunnen lezen hoe uw verzekeraar uw claim beoordeelt. En welke factoren die beoordeling beïnvloeden. Ook staat hierin op welke uitkering u eventueel recht hebt en voor hoe lang. Door u hierover vooraf te informeren, probeert uw verzekeraar eventuele verwachtingen bij te stellen en teleurstellingen te voorkomen.

7.3 Heeft uw claim gevolgen voor uw inkomsten of omzet?

Speelt bij uw claim de hoogte van uw omzet of inkomen (verzekeraar belang) of verlies van uw inkomen (inkomstenderving) een rol bij het bepalen van uw recht op uitkering? Of bij de omvang van de uitkering? Dan hoort u dat op tijd van uw verzekeraar. Ook vraagt uw verzekeraar dan de financiële informatie op die nodig is om de (omvang) van de inkomstenderving te beoordelen. Of om te beoordelen of er een verzekeraar belang is. Als uw verzekeraar u om financiële gegevens vraagt, legt hij duidelijk en met argumenten uit waarvoor hij die gegevens nodig heeft.

7.4 Tijdens de claimbehandeling

Er zijn meerdere medewerkers betrokken bij het beoordelen of u recht hebt op een uitkering. En om te beoordelen hoe hoog die uitkering dan moet zijn en hoe lang die zal duren. Uw verzekeraar informeert u daarom over het volgende:

- Wie betrokken zijn bij de behandeling van uw claim. Dit zijn bijvoorbeeld de technisch en de medisch claimbehandelaar, de medisch adviseur en de arbeidsdeskundige. U krijgt te horen wat hun taken zijn, hoe ze die uitvoeren en of ze onafhankelijk zijn van uw verzekeraar.
- Binnen welke termijn de actie(s) van de claimbehandelaar en/of andere medewerkers tot resultaat zullen leiden. U ontvangt sowieso binnen twee weken na ontvangst van dit resultaat bericht over het standpunt van uw verzekeraar.
- Lukt het uw verzekeraar niet om binnen de afgesproken termijn te reageren? Dan hoort u hoe dat komt en binnen welke redelijke termijn u wel resultaat kunt verwachten.
- Over uw recht om het resultaat of de resultaten van de actie(s) op te vragen.
- Over uw verplichtingen. De verzekeraar kan u bijvoorbeeld verplichten mee te werken aan een (medisch) onderzoek, of een arts te bezoeken.
- Als de verzekeraar nog geen standpunt kan innemen, ontvangt u meestal een voorschot op uw uitkering. Uw uitkering of voorschot kan uitgesteld worden, als er een vermoeden is dat uw claim niet rechtmatig is. Als uiteindelijk blijkt dat u toch geen recht had op een uitkering, moet u het voorschot terugbetalen. Vermeldt uw verzekeraar in de berichten over uw uitkering niet dat het gaat

om een voorschotuitkering? Dan ontvangt u de uitkering alsof uw verzekeraar een definitief standpunt heeft ingenomen.

7.5 Over vragen om een second opinion

Dient u een bezwaar in tegen het standpunt (besluit) van uw verzekeraar? Dan hebt u recht op een hernieuwd onderzoek, ook wel een second opinion genoemd. Uw verzekeraar moet u hierover informeren nadat u uw claim hebt ingediend én nadat hij zijn standpunt heeft bepaald. Daarbij geeft uw verzekeraar ook aan dat u het moet doorgeven als u inderdaad een second opinion wilt. Tijdens dat gesprek vertelt uw verzekeraar wie de kosten voor de second opinion moet betalen. Zijn die kosten (gedeeltelijk) voor u? Dan legt uw verzekeraar uit hoe hij deze kosten bepaalt.

Specifiek voor levensverzekeraars

Naast bovenstaande algemene bepalingen geldt de volgende specifieke bepaling voor de aanbieders van levensverzekeringen.

8 Artikel 8 Welke informatie krijgt u als uw levensverzekering eindigt?

Eindigt uw levensverzekering, omdat de einddatum is bereikt (expiratie)? Of ontvangt uw verzekeraar een melding dat de verzekerde is overleden? Dan ontvangt u of de begunstigten een bericht van uw verzekeraar. Daarin leest u terug waarop u of de begunstigten recht hebben.