



Atlas Intermediaire Werkprocessen

**Versie
20160201.1**

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|-----------|
| 1. INLEIDING..... | 4 |
| 1.1 DOEL..... | 4 |
| 1.2 DOELGROEP..... | 5 |
| 1.3 OPZET..... | 5 |
| 2. CONTRACT: SLUITEN | 6 |
| 2.1 INLEIDING | 6 |
| 2.2 ADVISERING..... | 6 |
| 2.3 PREMIEVERGELIJKING..... | 7 |
| 2.4 OFFERTEAANVRAAG | 8 |
| 2.5 CONTRACTAANVRAAG..... | 9 |
| 3. CONTRACT: BEHEER..... | 11 |
| 3.1 INLEIDING | 11 |
| 3.2 PROLONGATIE | 11 |
| 3.3 MUTATIE..... | 13 |
| 3.4 BEËINDIGING | 14 |
| 4. CONTRACT: ONDERSTEUNENDE PROCESSEN | 15 |
| 4.1 INLEIDING | 15 |
| 4.2 VERZOEK OM INFORMATIE..... | 15 |
| 4.3 WIJZIGING RELATIEGEGEVENS | 16 |
| 4.4 VERVAARDIGING REKENING-COURANT | 17 |
| 4.5 AFHANDELING PREMIEACHTERSTAND | 17 |
| 5. SCHADEAFHANDELING | 20 |
| 5.1 INLEIDING | 20 |
| 5.2 SCHADEMELDING..... | 20 |
| 5.3 SCHADEVASTSTELLING | 21 |
| 5.4 SCHADEAFWIKKELING | 22 |
| 5.5 ONDERSTEUNEND PROCES: VOORTGANGSMELDING | 24 |
| 5.6 ONDERSTEUNEND PROCES: EXPERTISEOPDRACHT | 24 |

VERSIEBEHEER

| Versie | Datum | Auteur | Status |
|---------------|--------------|---------------|---------------|
| 20071001 | 01-10-2007 | SIVI | Vervallen |
| 20080401 | 01-04-2008 | SIVI | Vervallen |
| 20110101 | 01-01-2011 | SIVI | Vervallen |
| 20120401.1 | 01-04-2012 | SIVI | Vervallen |
| 20160201.1 | 23-02-2016 | SIVI | Definitief |

Wijzigingen ten opzichte van de vorige versie

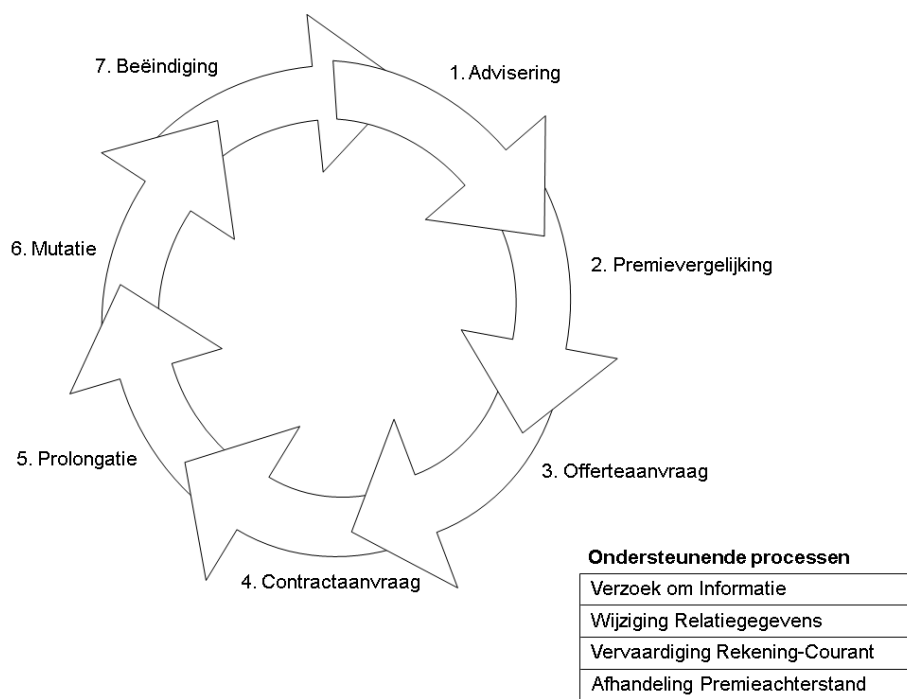
| Hoofdstuk/Paragraaf | Aanpassing |
|----------------------------|-------------------|
| Titelblad | Nieuw SIVI logo |

1. INLEIDING

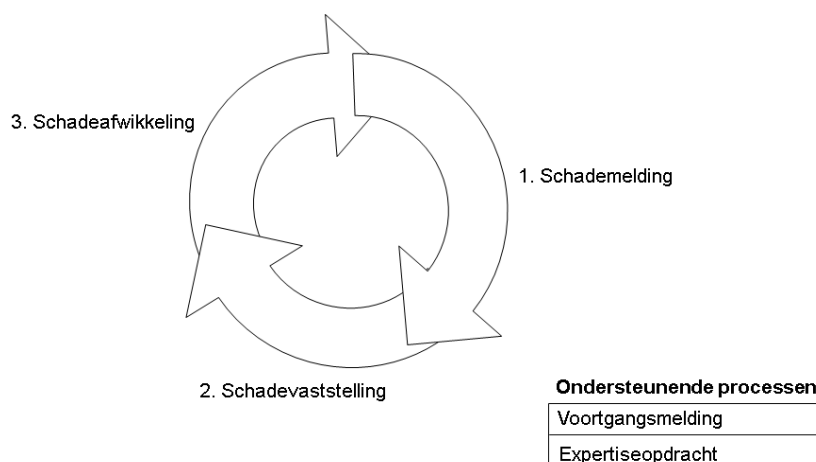
1.1 Doel

Dit handboek beschrijft de processen in de levenscycli van contracten en schadeclaims in de intermediaire verzekeringsbranche. De focus ligt op de communicatie tussen intermediair en maatschappij of gevolmachtigde, welke laatste in het vervolg niet meer apart genoemd zal worden. Processen met betrekking tot hypotheeken worden buiten beschouwing gelaten, evenals processen tussen volmachtgever en gevolmachtigde, herverzekeringsprocessen en processen in het coassurantie circuit.

Hieronder wordt de levenscyclus van een individueel verzekeringscontract weergegeven, samen met de ondersteunende processen. Ondersteunende processen zijn secundaire processen, die onderdeel kunnen zijn van één of meer (primaire) processen uit de levenscyclus.



Hieronder wordt de levenscyclus van een schadeclaim weergegeven, samen met de ondersteunende processen.



1.2 Doelgroep

| Doelgroep | Upper Management | Midden/Lijn Management | Consultant, Ontwikkelaar e.d. |
|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| Verzekeraars | Nee | Ja | Ja |
| Intermediairs | Nee | Ja | Ja |
| Leveranciers | Nee | Ja | Ja |

1.3 Opzet

Na deze inleiding worden in de hoofdstukken 2 t/m 4 alle processen beschreven die deel uitmaken van de levenscyclus van een verzekeringscontract, en in hoofdstuk 5 alle processen in de levenscyclus van een schadeclaim.

In hoofdstuk 2 worden de processen behandeld die centraal staan bij de totstandkoming van een nieuw contract; respectievelijk Advisering, Premievergelijking, Offerteaanvraag en Contractaanvraag.

Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de processen aan bod die centraal staan bij het beheer van een bestaand contract; respectievelijk Prolongatie, Mutatie en Beëindiging.

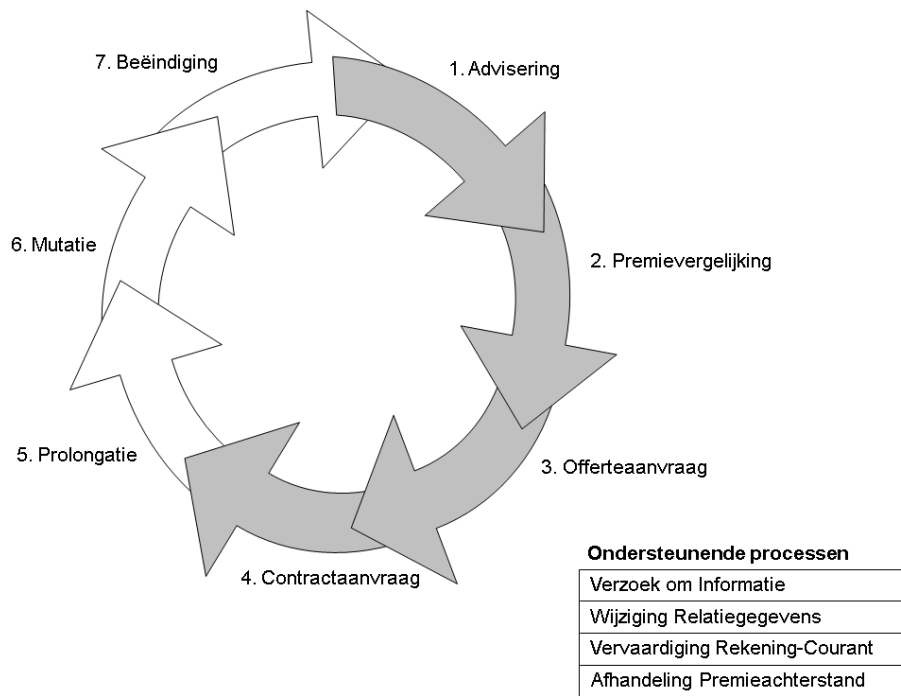
In hoofdstuk 4 worden de ondersteunende contractprocessen besproken; respectievelijk Verzoek om informatie, Wijziging relatiegegevens, Vervaardiging rekening-courant en Afhandeling premieachterstand.

In hoofdstuk 5 worden tenslotte alle processen beschreven die deel uitmaken van de levenscyclus van een schadeclaim; respectievelijk de primaire processen Schademelding, Schadevaststelling en Schadeafwikkeling, gevolgd door de ondersteunende processen Voortgangsmelding en Expertiseopdracht.

2. CONTRACT: SLUITEN

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de processen beschreven die centraal staan bij de totstandkoming van een nieuw contract in de intermediaire verzekeringsbranche. In §1.1 is de levenscyclus van een individueel contract geïntroduceerd. Deze cyclus wordt hieronder nogmaals weergegeven, met de in dit hoofdstuk te behandelen processen grijs gearceerd.



Na deze inleiding worden in §2.2 t/m §2.5 respectievelijk de processen Advisering, Premievergelijking, Offerteaanvraag en Contractaanvraag beschreven.

2.2 Advisering

Advisering is een proces dat zich primair tussen klant en intermediair afspeelt. Een intermediair brengt informatie over producten van verschillende verzekeraars samen en adviseert op basis van behoeften, wensen en mogelijkheden van de klant. Het adviseringsproces bestaat uit de volgende subprocessen:

1. Gegevens verzamelen.

De klantgegevens worden verzameld, met als doel het opbouwen van een integraal klantbeeld. Naast directe klantgegevens, zoals NAW+ gegevens en polisgegevens, maakt de inventarisatie van de verzekeringswensen van de klant een belangrijk deel uit van dit proces. Een deel van de gegevens wordt aangeleverd door de klant, eventueel aangevuld door het administratiesysteem van de intermediair. Daarnaast kunnen de verzekeraar en externe databronnen geraadpleegd worden, bijvoorbeeld voor actuele informatie over de waarde van levenspolissen, het betalingsgedrag van de klant, het te verzekeren object of de gezondheidstoestand van de verzekerde.

2. Gegevens vastleggen en analyseren.

De klantgegevens worden in de administratie van het intermediair vastgelegd, doorgaans via de CRM-module van het systeemhuispakket. Voor het analyseren van de

gegevens wordt veelal gebruik gemaakt van analysesoftware, bijvoorbeeld fiscaal juridische expertsystemen.

3. Advies opstellen.

Het advies wordt opgesteld, bijvoorbeeld in de vorm van een offerte, rapportage of EB-statement. Vaak wordt bij het opstellen van het advies productinformatie (tarieven) aangewend, die is opgevraagd bij verzekeraars. Een en ander is afhankelijk van het soort advies en de resultante uit voorgaande processen.

4. Adviesronde met de klant.

Het uitgewerkte advies wordt gecommuniceerd. Getoetst wordt of het advies voldoet en wat de wensen zijn van de klant ten aanzien van het vervolg. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot de aanvraag van een offerte of een contract, maar ook tot het beëindigen van de adviesronde zonder verdere actie. Tenslotte wordt het advies vastgelegd conform de Wet op het Financieel Toezicht (Wft).

2.3 Premievergelijking

Voorafgaand aan de aanvraag van een offerte of contract bij een verzekeraar kan een premievergelijking uitgevoerd worden. Hierbij maakt het intermediair in toenemende mate gebruik van premievergelijkingsservices, die door “derden” worden aangeboden via internet of lokaal te installeren software. De tussenpersoon start op basis van de klantgegevens en eventueel objectgegevens een automatische vergelijking, via een vergelijkingssite of de vergelijkingsssoftware op het eigen systeem. Het resultaat is een overzicht van tarieven van verschillende verzekeraars, die de intermediair kan aanwenden om tot een gefundeerd advies te komen en het eerder uitgebrachte advies te verfijnen.

Het proces premievergelijking valt uiteen in de volgende processtappen:

1. Voorbereiden premievergelijking.

De intermediair verzamelt de gegevens van de klant en de gegevens van het te verzekeren object, en legt deze zo volledig mogelijk vast in zijn administratie. De intermediair kiest de premievergelijkingsservice vanuit zijn administratie of via internet en selecteert daarbinnen het product waarvoor de premies worden opgevraagd. De verzamelde gegevens dienen als invoer hiervoor.

2. Starten premievergelijkingsservice.

Na het invoeren van de gevraagde gegevens start de intermediair de vergelijkingsservice. De service controleert eerst de juistheid en volledigheid van de gegevens. Als er gegevens ontbreken wordt alsnog gevraagd om deze aan te leveren. Na correctie en aanvulling kan het intermediair de service opnieuw opstarten. Als de service de invoergegevens compleet heeft ontvangen, dan wordt de vergelijking gestart. De service vergelijkt de gegevens uit de eigen database of betreft deze gegevens via een premieopvraging bij de maatschappij.

3. Bestuderen van de resultaten

De service presenteert de mogelijke alternatieven. Veelal is dat een lijst waarop per maatschappij de premie wordt vermeld. De intermediair kan één van de aangeboden alternatieven selecteren, om de detailgegevens hiervan te bekijken.

4. Afronden premievergelijking.

De intermediair kan er nu voor kiezen het proces te beëindigen. De gegevens van het geselecteerde alternatief worden gestructureerd aan het administratiepakket van het intermediair geleverd. De complete lijst komt als bijlage mee en kan in het klantdossier worden opgeslagen. Dit is in veel gevallen nodig in het kader van de Wft.

Na de premievergelijking wordt de klant geïnformeerd. Naar aanleiding hiervan kan de klant verzoeken tot de aanvraag van een offerte of contract. In sommige gevallen is het mogelijk direct via de premievergelijkingsservice een offerte, nieuw contract of wijziging op een bestaand contract aan te vragen. In dat geval maakt de vergelijkingsservice in stap 4

verbinding met het extranet van de maatschappij, waar controle van de aangeleverde gegevens plaats vindt - eventueel gevolgd door correctie en aanvulling - en de gewenste functie aangevraagd kan worden. Het extranet maakt een resultaat aan dat, aangevuld met het overzicht van de premievergelijking, via de vergelijkingservice aan het administratiepakket van het intermediair wordt geleverd.

2.4 Offerteaanvraag

De intermediair kan op verzoek van de klant of op eigen initiatief een offerte aanvragen bij een maatschappij, bijvoorbeeld in het verlengde van een adviestraject. Betreft het een standaardofferte, dan kan deze direct worden afgegeven door de maatschappijsoftware, zonder verdere tussenkomst van de verzekeraar. Deze software kan lokaal geïnstalleerd zijn bij de intermediair, maar tegenwoordig wordt doorgaans gekozen voor toegang via het extranet van de verzekeraar. De aanvraag van een maatwerkofferte verloopt meestal ook via de maatschappijsoftware, maar niet zonder tussenkomst van de verzekeraar. Er worden namelijk aanvullende acties gestart bij de verzekeraar, waarvan het resultaat eerst moet worden afgewacht. Een voorbeeld van een dergelijke actie is het inschakelen van een medisch expert.

Buiten het bestek van deze beschrijving vallen rekenvoorbeelden en premie-indicaties, evenals door de maatschappij geïnitieerde offertes (bulk, expiratie, ...).

In het offerteproces zijn de volgende stappen te onderkennen:

1. **Administratie van gegevens (intermediair).**
De intermediair verzamelt alle voor de aanvraag benodigde gegevens, en legt deze vast in zijn administratie. Indien eerder ten behoeve van een offerte gegevens zijn vastgelegd, dan worden deze gegevens opgevraagd. Indien de klant niet alle gegevens heeft opgegeven dan wordt gevraagd om een aanvulling.
2. **Indiening aanvraag (intermediair).**
De intermediair beoordeelt de aanvraag, waarbij onder meer de financiële situatie en de wensen van de klant tegen het licht worden gehouden. Bij negatief resultaat wordt de aanvraag in principe afgebroken, om later eventueel in gewijzigde vorm te worden voortgezet, na overleg met de klant. Bij positief resultaat wordt het aanvraagformulier ingevuld met klant-, contract-, object-, risico- en dekkingsgegevens. Dit verloopt via het extranet van de maatschappij, dan wel via lokaal bij de intermediair geïnstalleerde maatschappijsoftware.
3. **Controle en aanvulling van aanvraaggegevens (verzekeraar).**
De verzekeringsmaatschappij controleert de aangeleverde gegevens op correctheid en volledigheid. Indien nodig wordt om aanvullende informatie gevraagd. Hierbij kan de verzekeraar gebruik maken van externe databases zoals Eurotax en RDW, maar ook van experts. Dit kunnen zowel specialisten van de verzekeraar zelf zijn (bijvoorbeeld een medisch adviseur) of van derden (medisch onderzoek). Aanvullende informatie zal afhankelijk van de vraag elektronisch, telefonisch of per post worden opgevraagd.
4. **Beoordeling van de aanvraag (verzekeraar).**
De verzekeraar bepaalt aan de hand van het aangeboden risico (object, dekking, verzekeringnemer) of hij het risico wenst te accepteren. Zo niet, dan wordt er een afwijzing naar het intermediair gestuurd. Het is ook mogelijk dat de verzekeraar een afwijkend voorstel naar het intermediair stuurt, bijv. met een verhoogd eigen risico of strengere voorwaarden. Een afwijkend voorstel kan bijv. de vorm aannemen van een premieoverzicht of, zoals in het geval van collectieve zorgproducten, een acceptatievoorstel.
5. **Opstellen en verzenden van de offerte (verzekeraar).**
De verzekeraar stelt een offerte op, als besloten is om het aangeboden risico te accepteren conform de gevraagde dekking. De offerte wordt verzonden naar het intermediair. Doorgaans verzendt de verzekeraar daarnaast nog andere documenten

naar het intermediair. Denk hierbij aan de financiële bijsluiter, een brief aan de cliënt met productinformatie en een brief aan het intermediair.

2.5 Contractaanvraag

De intermediair kan op verzoek van de klant een nieuwe verzekering aanvragen bij een maatschappij, bijvoorbeeld in het verlengde van een adviestraject. Eerst wordt de voor de aanvraag benodigde informatie verzameld en vastgelegd. Vervolgens wordt het contract aangevraagd via het extranet van de maatschappij, dan wel via lokaal bij de intermediair geïnstalleerde maatschappijsoftware. Als de verzekeraar de aanvraag accepteert, dan worden de verzekeringsgegevens vastgelegd in de polis. Deze wordt naar de klant/intermediair verzonden, samen met de premienota en eventuele andere bescheiden.

Meer gedetailleerd zijn bij de contractaanvraag de volgende stappen te onderkennen:

1. **Administratie van gegevens (intermediair).**

De klant maakt kenbaar dat hij een verzekering wenst af te sluiten, of dat hij akkoord gaat met de offerte, of dat hij aan de beperkende voorwaarden heeft voldaan. De intermediair verzamelt alle voor de aanvraag benodigde gegevens, en legt deze vast in zijn administratie. Indien eerder ten behoeve van een offerte gegevens zijn vastgelegd, dan worden deze gegevens opgevraagd. Indien de klant niet alle gegevens heeft opgegeven dan wordt gevraagd om een aanvulling.
2. **Indiening aanvraag (intermediair).**

De intermediair beoordeelt de aanvraag, waarbij onder meer de financiële situatie en de wensen van de klant tegen het licht worden gehouden. Bij negatief resultaat wordt de aanvraag in principe afgebroken, om later eventueel in gewijzigde vorm te worden voortgezet, na overleg met de klant. Bij positief resultaat wordt het aanvraagformulier ingevuld met klant-, contract-, object-, risico- en dekkingsgegevens. Dit verloopt via het extranet van de maatschappij, dan wel via lokaal bij de intermediair geïnstalleerde maatschappijsoftware. Het aanvraagformulier wordt afgedrukt en ondertekend door de klant, en in sommige gevallen (levensverzekering) verzonden naar de verzekeraar.
3. **Controle en aanvulling van aanvraaggegevens (verzekeraar).**

De verzekeringsmaatschappij controleert de aangeleverde gegevens op correctheid en volledigheid. Indien nodig wordt om aanvullende informatie gevraagd. Hierbij kan de verzekeraar gebruik maken van externe databases zoals Eurotax en RDW, maar ook van experts. Dit kunnen zowel specialisten van de verzekeraar zelf zijn als externe experts. Concrete voorbeelden:

 - Bij levensverzekeringen en medische varia verzekeringen kan een medische keuring nodig zijn. Op verzoek van de verzekeraar maakt het intermediair een afspraak voor medische keuring. Het keuringsrapport gaat vanuit de medische keuringsinstantie naar de klant en met zijn instemming naar de verzekeraar.
 - Bij bedrijfsverzekeringen kunnen (omzet)cijfers uit het verleden benodigd zijn die door derden verstrekt moeten worden. De verzekeraar zal deze gegevens opvragen bij deze derde instanties, bijvoorbeeld de Kamer van Koophandel of een bedrijfsschap.
 - Als het risico complex of onduidelijk is, dan kan de verzekeraar een expert opdracht geven om de precieze aard en omvang van het risico vast te stellen.
 - Als de verzekeraar informatie verlangt over de relatie tussen de klant en andere verzekeraars of geldverstrekkers, dan staan hiervoor externe gegevensbronnen ter beschikking, zoals het CIS en het BKR.
4. **Beoordeling van de aanvraag (verzekeraar).**

De verzekeraar bepaalt aan de hand van de aangeleverde gegevens en de aanvullende informatie of hij het aangeboden risico (object, dekking, verzekeringnemer) wenst te accepteren. Zo niet, dan stuurt de verzekeraar aan het intermediair een afwijzing. In sommige gevallen moet een afwijzing ook gemeld worden aan andere instanties. Het is ook mogelijk dat de verzekeraar een afwijkend voorstel verstuurt, bijv. met een verhoogd

eigen risico of strengere voorwaarden. Een afwijkend voorstel kan bijv. de vorm aannemen van een premieoverzicht of, zoals in het geval van collectieve zorgproducten, een acceptatievoorstel.

5. **Administratieve afwikkeling van het contract (verzekeraar en intermediair).**

Op het moment dat de verzekeraar de verzekering accepteert op basis van de aan de aspirant-verzekeringnemer bekende premie en voorwaarden, is de verzekering (formeel) tot stand gekomen. Indien het te verzekeren risico in voorlopige dekking wordt genomen, dan ontvangt de klant hiervan bericht. Afhankelijk van de verzekering en de wensen van de klant, kan de verzekeraar een voorlopige dekking afgeven, al dan niet via de intermediair. In sommige gevallen moet een nieuwe verzekering gemeld worden bij derden, bijvoorbeeld het RDW in het geval van een motorrijtuigenverzekering. De verzekering wordt vastgelegd in de administraties van de verzekeraar en de intermediair. De polisbescheiden worden aangemaakt evenals de nota's. De polis wordt naar de klant verstuurd, eventueel via de intermediair. Hoe de nota's aangemaakt en verzonden worden, hangt af van de overeengekomen wijze van premie-incasso:

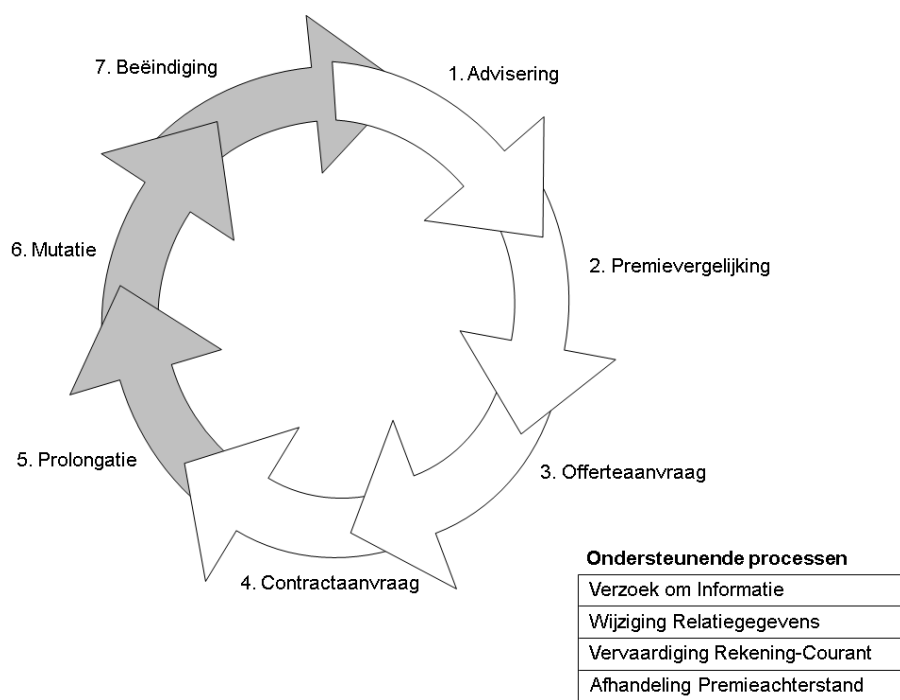
- Premie-incasso door de verzekeraar: de klant betaalt rechtstreeks aan de verzekeraar. De klant ontvangt de nota via de intermediair of rechtstreeks van de verzekeraar.
- Premie-incasso door de intermediair: de klant betaalt aan de intermediair en ontvangt de nota van de intermediair. De nota is aangemaakt door de verzekeraar of door de intermediair.
- Premie-incasso via de werkgever van de klant. De verzekeraar stuurt de werkgever een verzamelnota.

Om rekeningen tussen verzekeraar en intermediair onderling te vereffenen, wordt vrijwel altijd gebruik gemaakt van een rekening-courant, zie §4.4.

3. CONTRACT: BEHEER

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de processen beschreven die centraal staan bij het beheer van verzekeringscontracten in de intermediairbranche. Dit zijn de processen die volgen op de totstandkoming van een nieuw contract, in de levenscyclus van een individueel contract zoals geïntroduceerd in §1.1. Deze cyclus wordt hieronder nogmaals weergegeven, met de in dit hoofdstuk te behandelen processen grijs gearceerd.



Na deze inleiding worden in §3.2 t/m §3.4 respectievelijk de processen Prolongatie, Mutatie en Beëindiging beschreven.

3.2 Prolongatie

Het initiatief voor prolongeren ligt bij de verzekeraar; maandelijks worden de contracten geautomatiseerd doorlopen om vast te stellen welke de volgende boekmaand voor prolongatie in aanmerking komen. Afhankelijk van de vervaldatum waarop geprolongeerd wordt, worden drie typen van prolongatie onderscheiden:

1. Prolongatie op premievervaldatum: er wordt een nieuwe nota aangemaakt voor de volgende betalingstermijn.
2. Prolongatie op hoofdvervaldatum: aanvullend op (1) worden extra handelingen verricht, waaronder bonus/malus correcties en indexering. De hoofdvervaldatum kan samenvallen met de premievervaldatum. De hoofdvervaldatum wordt ook wel de 'polisverjaardag' genoemd.

3. Prolongatie op contractvervaldatum: aanvullend op (2) wordt de polis verlengd. De contractvervaldatum kan samenvallen met de hoofdvervaldatum en premievervaldatum. Een andere naam voor contractvervaldatum is afloopdatum of expiratedatum.

In detail valt prolongatie uiteen in de volgende subprocessen. In de praktijk zullen deze subprocessen slechts gedeeltelijk worden doorlopen, afhankelijk van het type verzekering, het type vervaldatum en de wijze van premie-incasso.

Aanlevering prolongatie door verzekeraar.

- Aanmaken polisblad/aanhangsel (verzekeraar).
Bij het verlengen van het contract en indien bij de verjaardag van de polis de dekking, voorwaarden en/of premie wijzigt, wordt een nieuw polisblad of aanhangsel afgegeven. Welke van de twee wordt verstrekt, hangt af van de verzekeraar. Sommige verzekeraars geven bijvoorbeeld bij de indexering van een inboedel of opstal wel een nieuw polisblad af, andere volstaan met een aanhangsel. Het intermediair krijgt in elk geval een kopie van het polisblad/aanhangsel, het origineel gaat naar de klant, al dan niet via het intermediair.
- Aanmaken prolongatiespecificatie (verzekeraar).
Van alle in een maand te prolongeren posten wordt voor het intermediair een specificatie aangemaakt. De indeling en sortering van die overzichten verschilt per verzekeraar, hoewel in hoofdlijnen dezelfde informatie wordt verstrekt. Vaak is er sprake van aparte overzichten per branche en/of productgroep en/of businessunit.
- Activeren premie-incasso (verzekeraar).
Indien de klant door de prolongatie premie verschuldigd is en deze door de verzekeraar wordt geïncasseerd, wordt een vordering geactiveerd. Veelal gebeurt dat in de debiteurenadministratie, waarin ook is vastgelegd hoe en op welk moment wordt betaald. Het bewaken van de vorderingen (herinneren, aanmanen en eventuele verdere stappen) is meestal ook belegd in het specifieke debiteurensysteem.
- Activeren rekening-courant boeking (verzekeraar).
Afhankelijk van product, prolongatiereden en inhoud van de samenwerkingsovereenkomst kan het intermediair door het prolongeren recht op provisie hebben. Voorbeelden zijn incassoprovisie bij levenposten, afsluitprovisie bij indexverhoging, termijnbetaling afsluitprovisie etc. Deze bedragen worden getotaliseerd in de rekening-courant geboekt, conform de prolongatiespecificatie. Indien een intermediair (een deel van) de premie zelf incasseert, worden provisierecht en premievordering gesaldeerd. Een prolongatie kan dus resulteren in een vordering van de verzekeraar op het intermediair, of omgekeerd.

Verwerking prolongatie door intermediair.

- Administratie van prolongatieresultaten (intermediair).
Het intermediair controleert de prolongatieresultaten. De eigen geautomatiseerde administratie kan dit proces ondersteunen door prolongatieoverzichten op te leveren die vergeleken kunnen worden met de specificaties van de verzekeraar. Eventuele verschillen die hieruit voortvloeien worden afgestemd met de verzekeraar. Nieuwe gegevens worden vastgelegd in de eigen administratie en een deel van de stukken wordt gearchiveerd, bijv. de prolongatiespecificatie en/of nieuwe polissen.
- Klantafhandeling (intermediair).
Stukken bestemd voor de klant worden naar de klant verstuurd, eventueel voorzien van eigen begeleidend schrijven. In geval van eigen incasso wordt een vordering geactiveerd en worden acceptgirokaarten en incassobestanden verstuurd.

3.3 Mutatie

Binnen de zakelijke markt nemen mutaties een bijzondere plaats in, en vinden typen mutaties plaats die niet op particuliere producten van toepassing zijn. Daarom worden mutaties hieronder apart beschreven voor de particuliere en de zakelijke markt.

Particuliere markt

Er bestaat een rijke verscheidenheid aan mutaties, een aantal belangrijke voorbeelden:

- Wijziging van klantgegevens, objectgegevens, intermediair, maatschappij, dekkinggegevens, gegevens betreffende de betalingswijze.
- Opschorting van de dekking of het opheffen van de opschorting.
- Wijzigingen in de opbouw van het kapitaal in bepaalde levenproducten. Jaarlijks ontvangen klanten ook berichten over eventuele winstbijschrijvingen.

Een aantal processen die nauw verwant zijn aan mutatie worden elders in dit document beschreven:

- Wijziging van het contract op initiatief van de verzekeraar vindt altijd plaats op een vervaldatum, en wordt daarom aangemerkt als prolongatie. Zie hiervoor §3.2.
- Wijziging van algemene klantgegevens vindt plaats middels het proces wijziging relatiegegevens, zoals beschreven in §4.2.

Een aanvraag van een klant voor een wijziging op een lopende verzekering wordt in behandeling genomen door het intermediair. Gezien de diversiteit van de mutaties valt een gedetailleerde beschrijving buiten het bestek van deze paragraaf. De afwikkeling van mutaties verloopt grosso modo gelijk aan de behandeling van een contractaanvraag, vooral wanneer voor de mutatie een nieuwe beoordeling nodig is. Uiteraard wordt in het verlengde van een mutatie minder vaak een offerte aangevraagd dan in het kader van een contractaanvraag. Verder wordt de klant in het geval van een mutatie niet altijd op de hoogte gesteld, vooral wanneer het een eenvoudige administratieve wijziging betreft.

Zakelijke markt (werknemers- en werkgeversverzekeringen)

Binnen de zakelijke markt nemen mutaties een bijzondere plaats in, en vinden typen mutaties plaats die niet op particuliere producten van toepassing zijn. Waar een particulier product twee partijen kent, te weten verzekeraar en verzekeringnemer, kent een zakelijk product meestal meer partijen: verzekeraar, werkgever en een aantal deelnemers (werknemers) in de verzekering.

Er zijn voor zakelijke verzekeringen twee soorten mutaties: mutaties van het contract zelf en mutaties binnen de randvoorwaarden van het contract (beheermutaties). In het laatste geval vinden alleen mutaties plaats in de gegevens van de deelnemers, er is dus geen sprake van wijzigingen in het contract.

Een werknemersverzekering is een verzekeringsproduct dat bedrijfsrisico's voor het uitvallen van werknemers dekt, of de financiële consequenties die werknemers tegenkomen als zij stoppen met werken (pensioen). Dit kan in de vorm van één collectief contract zonder individuele polissen, een mantelovereenkomst over individuele polissen heen, of een kortingregeling.

Een werkgeversverzekering is een zakelijk product bedoeld om alle werknemers tegen een risico te verzekeren. De werknemers krijgen geen individuele verzekeringsovereenkomst. Een voorbeeld is de verzuimverzekering. Hier worden alleen formele werknemer- en werkgeververzekeringen besproken, waar de werkgever de administratie voor voert of laat voeren.

De volgende producten zijn voorbeelden:

- Pensioenproducten;
- Collectieve ongevallenverzekering; zowel gewone ongevallen als arbeidsongeschiktheid;
- Collectieve verzuimverzekering; dekking van het doorbetalen van loon bij ziekte < 2 jaar;
- Aanvullingsverzekering op een WIA-uitkering.

Voor een aantal producten worden eens per jaar mutaties doorgegeven, deze worden ook wel bulkmutaties genoemd. Zo moet in het kader van verzuimverzekeringen veelal ieder jaar een opgave worden gedaan van het personeelsbestand (namen, geboortedata en jaarsalarissen) per 1 januari evenals een opgave van de totaal verloonde loonsom over het voorgaande jaar. Een ander voorbeeld is de collectieve ongevallen verzekering, waarvoor indiensttredingen en salarissen eens per jaar worden doorgegeven. Jaarlijkse salarismutaties vormen de belangrijkste informatiestroom.

In de zakelijke markt is het intermediair in tegenstelling tot de particuliere markt, niet de enige partij die de communicatie over contracten met de verzekeraar voert. De beheermutaties worden vaak ook direct door werkgevers, administratiekantoren of andere partijen doorgegeven. In een aantal gevallen is integratie van de processen van de werkgever wenselijk, zodat transacties via het intermediair, maar op initiatief van de werkgever kunnen worden uitgevoerd. De meeste mutaties worden middels een 'push' mechanisme door de werkgever verzonden. In sommige gevallen hebben ontvangende partijen een portal ingericht waarop de werkgevers (en soms de werknemers) gewijzigde informatie kan invoeren. Dit is voor hen echter dubbel werk omdat deze gegevens ook in de eigen administratie ingevoerd moeten worden. Voordeel van de portal is wel dat online/real time controles kunnen plaats vinden. Fouten die in batch aanleveringen aangetroffen worden kunnen lang niet altijd door de aanleverende partij (schakel tussen werkgever en verzekeraar) opgelost worden. In dat geval moet men terugvallen op de werkgever.

3.4 Beëindiging

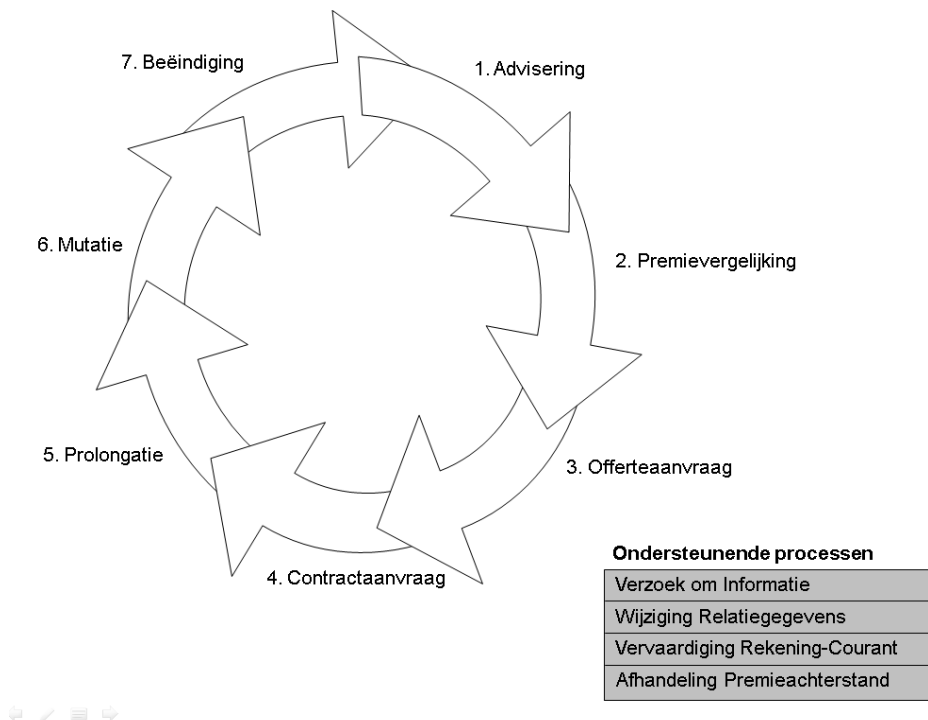
Beëindiging van een verzekeringscontract kan zowel op initiatief van de verzekeraar als van de klant plaatsvinden. Ligt het initiatief bij de verzekeraar, dan is vrijwel altijd sprake van premieachterstand, zoals beschreven in §4.4. Het is ook mogelijk dat de verzekering wordt beëindigd op basis van de contractgegevens, in dat geval is sprake van prolongatie, zoals beschreven in §3.2. In alle andere gevallen is het de klant die kenbaar maakt dat hij een verzekering wenst te beëindigen.

De verzekeraar behandelt de aanvraag en controleert of de gegevens correct en volledig zijn aangeleverd. Is dit niet het geval, dan zal de klant worden gevraagd om aanvullende gegevens. Op basis van deze gegevens en de opgehaalde verzekeringsgegevens wordt beoordeeld of het verzoek om beëindiging van de verzekering kan worden ingewilligd. Als de verzekering niet kan worden beëindigd, dan wordt de klant hiervan bericht. Als de verzekering kan worden beëindigd, ontvangt de klant een bevestiging, eventueel vergezeld van extra bescheiden, zoals een bonus/malus verklaring. In sommige gevallen zijn er derde partijen die moeten worden geïnformeerd, zo wordt beëindiging van een WA motorrijtuigenverzekering bijvoorbeeld gemeld aan het RDW. Tenslotte wordt eventueel teveel betaalde premie terugbetaald, of een nota aangemaakt voor de nog verschuldigde premie.

4. Contract: Ondersteunende Processen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de secundaire processen beschreven, die van (ondersteunend) belang kunnen zijn gedurende de gehele (of grote delen van de) levenscyclus van een verzekeringscontract, zoals geïntroduceerd in §1.1. Deze cyclus wordt hieronder nogmaals weergegeven, met de in dit hoofdstuk te behandelen processen grijs gearceerd.



4.2 Verzoek om Informatie

Het intermediair wordt bij zijn bedrijfsvoering ondersteund door verscheidene vormen van informatievoorziening. Het gaat vaak om informatie die het intermediair gebruikt bij het adviseren van de klant. Hij ontvangt folders over producten, nieuwsbrieven, aankondigingen over wetwijzigingen, etc. De informatie kan op aanvraag van het intermediair worden verstrekt, maar verzekeraars kunnen ook op eigen initiatief informatie aanleveren over bijvoorbeeld producten en tarieven. De informatieaanvraag en verstrekking verloopt veelal ongestructureerd (per e-mail of fax, telefonisch, per post of bezoek). Dit impliceert dat zowel vraag als antwoord handmatig wordt aangemaakt. Zowel bij verzekeraar als bij intermediairs kan dit ondersteund worden door standaardbrieven en standaardtekstdelen.

Veel voorkomende verzoeken om informatie aan verzekeraars zijn:

- heeft een bepaalde klant wel of niet betaald?
- wat is de contante waarde van een bepaald contract?
- hoe is het indexcijfer van een bepaald contract?
- wat is de afkoop waarde van het contract?
- wat zijn de contractgegevens?
- wat is de portefeuillestand?
- wat is de provisiestand?

Verzekeraars hanteren informatiestromen soms als trigger voor informatievoorziening:

- informatie over komende expiratie, afkoop;
- advies over besteding vrijkomend kapitaal;

- informatie over polisvoorwaarden, jurisprudentie.

4.3 Wijziging Relatiegegevens

Het relatiewijzigingsproces betreft het doorgeven en verwerken van gewijzigde gegevens van (een relatie van) een cliënt van het intermediair aan intermediairs en maatschappijen. Een relatie kan zijn een contracthouder, verzekeringnemer, premiebetaler, verzekerde, bestuurder, partner, kind etc. Kortom iedere persoon of organisatie die een relatie heeft met een contract. De gegevens die kunnen wijzigen zijn de adresgegevens en enkele andere persoonsgebonden gegevens of de gegevens van een organisatie.

De meest voorkomende relatiewijzigingen:

- Verhuizing van het hele gezin
- Verhuizing van een inwonend gezinslid
- Naamscorrectie (spelling, meisjesnaam)
- Correctie van overige gegevens (geboortedata etc.)

Onder relatiewijziging wordt *niet* verstaan het vervangen van een aan het contract gerelateerde persoon door een andere persoon (wijziging van de tenaamstelling). Zuiver verzekeringstechnische wijzigingen (mutaties) vallen niet onder het begrip relatiewijziging, zie hiervoor §3.3. Overigens kunnen mutaties wel het gevolg zijn van relatiewijzigingen.

Een relatiewijziging kan op verschillende manieren een maatschappij bereiken:

- **Het intermediair stuurt een relatiewijzigingsbericht.**
Het intermediair stuurt een relatiewijzigingsbericht naar alle maatschappijen waar de cliënt een contract heeft lopen. De maatschappijen ontvangen inhoudelijk dezelfde informatie, met uitzondering van gegevens over de contracten die bij de desbetreffende maatschappij lopen. Het intermediair geeft in dit geval alleen de relatiegegevens door en niet de relevante contractmutaties. Aangeraden wordt om deze route alleen te volgen indien de tussenpersoon er zeker van is dat alle lopende polissen inhoudelijk en verzekeringstechnisch niet zullen wijzigen. Anders dient het intermediair de hieronder beschreven mogelijkheid te gebruiken, waarbij de relatiewijziging tegelijkertijd met de contractwijziging(en) wordt doorgegeven.
- **Het intermediair stuurt één of meer poliswijzigingen met een relatiewijziging.**
Het intermediair kan direct een poliswijziging doorgeven en de gegevens van de cliënt wijzigen. De tussenpersoon loopt één voor één de contracten na en geeft per contract de wijziging door aan de maatschappij, gelijktijdig met eventueel overige wijzigingen op het contract. Hierbij dient expliciet te worden aangegeven dat de wijziging samenhangt met een relatiewijziging. Dit kunnen dus contracten zijn die bij meerdere maatschappijen lopen.
- **De cliënt stuurt een relatiewijzigingsbericht naar de maatschappij.**
De cliënt kan de maatschappijen op de hoogte brengen, bijvoorbeeld via de TNT Post Verhuisservice. Via de verhuisservice van TNT Post kunnen meer dan 250 organisaties, waaronder een groot aantal verzekeringsmaatschappijen, op de hoogte worden gebracht van de verhuizing.

Idealiter stuurt de maatschappij naar aanleiding van de ontvangen relatiewijziging een informatiebericht naar alle intermediairs die een relatie met de cliënt hebben, via de lopende contracten. In deze informatieberichten wordt per intermediair aangegeven om welke cliënt het gaat, en indien mogelijk met welke contracten de cliënt een relatie heeft, de status van deze contracten en wat de relatie tot het contract is. Alle betrokken intermediairs krijgen vervolgens de gelegenheid om de relevante contracten door te nemen en eventueel wijzigingen door te geven. Het intermediair blijft verantwoordelijk voor het doorgeven van contractmutaties die verband houden met de relatiewijziging aan de maatschappij.

4.4 Vervaardiging Rekening-courant

In de rekening-courant worden de financiële gevolgen van de samenwerking tussen intermediair en verzekeraar geregistreerd. Alle vorderingen die over en weer tijdens de samenwerking ontstaan, zijn terug te vinden in de rekening-courant. Het is daardoor te vergelijken met een bankrekening, waarbij de verzekeraar fungeert als bank. De rekening wordt dagelijks bijgewerkt. Slechts één keer per maand wordt een rekeningafschrift verstuurd.

Doorgaans wordt de rekening-courant van elke verzekeraar in de financiële administratie van een intermediair apart bijgehouden. Elk ontvangen boekingsstuk wordt beoordeeld en gecontroleerd, en na afsluiting van de boekmaand wordt het ontvangen rekeningafschrift gecontroleerd met de in de loop van de maand ontvangen boekstukken. Enkele assurantiepakketten bieden de mogelijkheid om dit geautomatiseerd te doen en brengen alleen de verschillen onder de aandacht.

Via de rekening-courant worden o.a. provisies, schade-uitkeringen, bijdragen in kosten, restituties en premie-incasso's betaald door de verzekeraar aan het intermediair. Voorbeelden van boekingen in omgekeerde richting zijn provisieterugboekingen en door intermediair te incasseren premies. Er zijn verschillende aanleidingen op basis waarvan boekingen plaats kunnen vinden:

- **Boekingen naar aanleiding van prolongatie**
De boekingen naar aanleiding van prolongaties worden aan het begin van elke boekmaand verwerkt in de rekening-courant. De specificatie van die boekingen is behandeld in de beschrijving van het prolongatieproces in §3.2.
- **Boekingen naar aanleiding van mutaties en nieuwe aanvragen**
Het grootste deel van de boekingen wordt veroorzaakt door aanvragen, mutaties en prolongaties. Boekingen worden geregistreerd door de verzekeraar, maar moeten uiteraard wel worden onderbouwd. Bij elke mutatie en nieuwe aanvraag die wordt doorgevoerd in de administratie bij de verzekeraar, wordt vastgesteld of er sprake is van consequenties voor de rekening-courant. Dat kan zowel provisie en/of premie (eigen incasso) en/of schade-uitkering betreffen. In elk van die gevallen wordt door de verzekeraar een schriftelijke specificatie (intermediainota) verstrekt. Hierop is gedetailleerd aangegeven welk bedrag naar aanleiding van een mutatie of aanvraag in de rekening-courant wordt geboekt. Daarnaast kunnen elektronische boekingscomponenten worden verstuurd, die meteen in de financiële administratie van een assurantiepakket verwerkt kunnen worden, afhankelijk van het pakket en de gekozen uitbreidingen.
- **Overige boekingen**
Naast prolongaties, mutaties en nieuwe aanvragen zijn er nog diverse andere omstandigheden die leiden tot een boeking in de rekening-courant. Elke boeking dient te worden onderbouwd d.m.v. een nota of een andere specificatie.
De belangrijkste overige boekingen zijn:
 - uitbetalen van RC-saldo aan intermediair
 - uitbetalen van voorschot aan intermediair
 - betalen van RC-saldo door intermediair
 - coulance-uitkeringen
 - prestatiebeloning (omzet, rendement etc.)
 - in rekening brengen van kosten (bijv. marketing, software)
 - bijdragen aan door intermediair gemaakte kosten

4.5 Afhandeling Premieachterstand

Aan elke verzekeringsovereenkomst ligt een afspraak tot het betalen van eenmalige of periodieke premie ten grondslag. Voor producten met een eenmalige premie geldt over het algemeen dat pas een polis wordt opgemaakt en afgegeven als de betaling is ontvangen. In dat geval kan er dus geen sprake zijn van premieachterstand. Deze categorie valt dan ook

buiten het bestek van deze beschrijving. Ook buiten beschouwing blijven hier levensverzekeringen van het type Universal Life, waarbij de premie geïncasseerd wordt uit het depot of opgebouwd vermogen in de beleggingen. Pas bij onvoldoende opgebouwd vermogen kan een nota volgen. De (periodieke) inleg in het depot wordt door de klant zelf bepaald. De dekkingen worden opgeschort als er geen premie geïncasseerd kan worden.

Afhandeling bij incasso door verzekeraar

Ontstaan vorderingen

Door nieuwe aanvragen, mutaties en prolongaties ontstaan vorderingen van de verzekeraar op de premiebetaler. Bij incasso door de verzekeraar wordt een vordering ingesteld op de debiteur. Dit gebeurt vaak in aparte debiteursystemen die voor meerdere productsystemen en/of business units worden ingezet. Het debiteursysteem zorgt ervoor dat de vorderingen op tijd en op de aangegeven manier geïncasseerd worden, dan wel onder de aandacht worden gebracht van de debiteur.

Premieachterstand

Indien een vordering niet op tijd volledig wordt voldaan, volgt een proces van herinneren en aanmanen. De exacte procedure en de parameters verschillen per verzekeraar en productgroep. Afhankelijk van de productgroep en de mogelijke gevolgen van premieachterstand, worden verzekeringstechnische afdelingen geïnformeerd. Het intermediair wordt, op uiteenlopende wijzen, geïnformeerd met betrekking tot herinneringen, aanmaningen etc. Als gedurende het herinneren en aanmanen alsnog wordt betaald, eindigt de premieachterstand. Meestal wordt wel vastgelegd voor welke vorderingen herinneringen en aanmaningen zijn verschenen. Indien de achterstand gevolgen heeft gehad voor de dekking (bijvoorbeeld opschorten WA-dekking en afmelden bij RDW) worden technische afdeling en intermediair op de hoogte gesteld.

Uitblijven van betaling

Indien herinnering en aanmaning niet tot betaling leiden, hangen de verdere stappen af van de productgroep en de geldende voorwaarden. Doorslaggevend is de vraag of er een betalingsverplichting is (schadeverzekeringen) of niet (eeenzijdige overeenkomsten zoals levensverzekeringen). In het eerste geval wordt in overleg met het intermediair en afhankelijk van parameters als hoogte en ouderdom van de vordering wel of geen verdere incassoprocedure in gang gezet. Indien ervoor gekozen wordt dit niet te doen, dan wordt de polis geroyeerd. Juridische incassotrajecten worden veelal uitbesteed aan een aparte afdeling of een externe partij. Die trajecten kennen in principe 3 uitkomsten:

- premie wordt geïncasseerd (+ kosten) en de polis loopt door
- premie wordt geïncasseerd (+ kosten) en de polis wordt geroyeerd
- premie wordt niet geïncasseerd (geen verhaal); polis wordt dan geroyeerd

Is er geen sprake van een betalingsverplichting, dan staan er geen juridische mogelijkheden ter beschikking om de premiebetaling af te dwingen. Uitblijven van betaling resulteert dan in het toepassen van de verzekeringsvoorwaarden door een technische afdeling. Wat dat toepassen van de voorwaarden betekent, hangt onder andere af van product, waarde, verstreken looptijd etc. Wel wordt het intermediair geïnformeerd en in staat gesteld om te proberen de post te behouden. Zeker als de verdienperiode van de provisie nog niet is verstreken, heeft het intermediair hierbij een groot belang. Hoeveel tijd een intermediair krijgt voor zijn behoudpoging is zeer uiteenlopend. Mogelijke gevolgen van het toepassen van voorwaarden en/of de behoudpoging zijn:

- premievrij maken
- royeren (zuivere risicodekking)
- verlagen van verzekerd bedrag en premie
- verlagen van verzekerd bedrag; premie blijft gelijk
- afkopen (alleen indien de verzekering waarde heeft)
- belenen van de polis (alleen indien de verzekering waarde heeft)

Afhandeling bij incasso door intermediair

Ontstaan vorderingen

Vorderingen van de verzekeraar op de premiebetaler ontstaan door mutaties (inclusief nieuwe aanvraag) en door prolongatie. Door de afspraak dat het intermediair incasseert, worden de vorderingen gespecificeerd en desgewenst elektronisch kenbaar gemaakt aan het intermediair en vervolgens belast in de rekening-courant. Daarmee is voor de verzekeraar de premie voldaan. Afhankelijk van de gemaakte afspraken brengt het intermediair de premie in rekening bij zijn klant. Naast de gangbare incassomogelijkheden die ook door verzekeraars worden toegepast, wordt door sommige intermediairs een zogenaamde middelingregeling toegepast. Hierbij betaalt de klant periodiek (vaak maandelijks) een bedrag aan zijn intermediair, bedoeld voor zijn complete verzekeringspakket. Eenmaal per jaar wordt de balans opgemaakt en wordt het verschil afgerekend. Bij deze manier van incasseren is er geen directe relatie meer tussen een polis en de betaling. Dat geldt ook voor een eventuele achterstand.

Premieachterstand

Bij betalingsachterstanden neemt het intermediair in eerste instantie zelf contact op met zijn klant om deze te bewegen alsnog te betalen. Per kantoor, maar ook per klant worden daarvoor verschillende middelen/methoden (herinneren, aanmanen, bellen, bezoeken) toegepast.

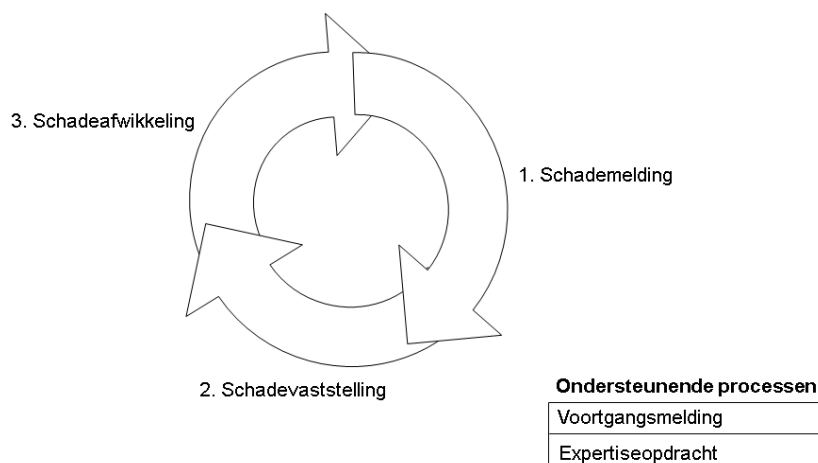
Uitblijven van betaling

Nadat het intermediair contact heeft gezocht met de klant, kan het zijn dat de intermediair tot de conclusie komt dat hij er niet in zal slagen de premie (tijdig) te incasseren. Afhankelijk van product en verzekeraar heeft hij een uiterste termijn waarbinnen hij het incasso kan overdragen (teruggeven) aan de verzekeraar. Daarover bestaan per verzekeraar eenduidige afspraken. Als het incasso tijdig wordt teruggeven, dan wordt het intermediair gecrediteerd in de rekening-courant en neemt de verzekeraar verdere stappen. Dat start met het aanschrijven van de klant en doorloopt vervolgens dezelfde stappen met dezelfde mogelijkheden als hiervoor beschreven.

5. Schadeafhandeling

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden alle primaire en secundaire processen beschreven, die deel uitmaken van de levenscyclus van een schadeclaim in de intermediaire verzekeringsbranche, zoals geïntroduceerd in §1.1. Deze cyclus wordt hieronder nogmaals weergegeven.



Omdat dit document zich richt op intermediaire processen, beperkt deze procesbeschrijving zich tot de partijen intermediair en de verzekeraar en de rollen die deze partijen kunnen hebben binnen het proces van het schadeafhandelingsproces. Uiteraard worden andere partijen wel genoemd om de context van de procesbeschrijving te verduidelijken. De processen worden globaal beschreven, omdat zij van toepassing zijn op meerdere sectoren: automotive, letselschade en brand/varia. Daar waar meer detail op zijn plaats is, worden deelprocessen per sector afzonderlijk beschreven.

5.2 Schademelding

De claimant (slachtoffer, verzekerde) meldt de schade bij een verzekeringsmaatschappij of intermediair. De claimant is de zogenaamde halende partij, de partij die de schade heeft geleden en waarvan de schade tijdens het proces van schadeafhandeling hersteld moet worden. Het melden van een schade door de claimant gaat meestal gepaard met het invullen van een standaard schade aangifteformulier (SAF). De mate van standaard is per soort schade verschillend. Zo zijn er standaardformulieren per verzekeringsmaatschappij voor brand- en letselschades maar ook Europese standaardformulieren voor het aanmelden van automotive schades.

Het melden van de schade kan zo eenvoudig zijn als het invullen van een SAF, maar ook zo complex als het uitvoeren van een proces (automotive) waarbij een melding via een Centraal Meldpunt en een Alarmcentrale geleid wordt naar de behandelaar bij een verzekeringsmaatschappij. Bij schademeldingen kunnen ook potentiële verwante claims worden doorgegeven, om aan te geven welke schademeldingen nog te verwachten zijn. Zo komt het voor dat bij het melden van een autoschade tevens de beschadiging van een gemeenteobject (een lantarenpaal bijvoorbeeld) wordt doorgegeven, vanwege een eventuele claim van de gemeente.

Wanneer het slachtoffer de schade bij zijn verzekeraar meldt, dan neemt doorgaans de verzekeraar de schade in behandeling en geeft deze de relevante gegevens door aan de betrokken intermediair. Wanneer het slachtoffer de schade bij zijn intermediair meldt, dan neemt doorgaans de intermediair de schade in behandeling en geeft deze de relevante

gegevens door aan de betrokken verzekeraar. Schademelding tussen intermediair en verzekeraar geschiedt door middel van een voortgangsmelding, zoals beschreven in §5.5.

Gezien de scope van dit document wordt ervan uitgegaan dat alleen verzekeraar of intermediair schadebehandelaar kunnen zijn. De behandelaar stelt vast of de gemelde schade gedekt is en of de polis geldig is. Zo niet, dan volgt een afwijzing richting intermediair en/of klant. De behandelaar meldt de schade aan betrokken derde partijen. Het uitgangspunt hierbij is dat alle gegevens die voor de ontvangende partij van belang zijn om de schade te kunnen afwikkelen worden doorgegeven. Het moet in principe mogelijk zijn op basis van de melding een expert in te schakelen, indien nodig. Na een ongeval wordt de schade gemeld bij de rechtsbijstandverzekeraar of advocaat van een slachtoffer. Indien niet aanwezig kan de schade ook bij de WA-verzekeraar gemeld worden. Daarnaast wordt gecommuniceerd worden met de verzekeraar van de tegenpartij. Over de tegenpartij worden zoveel mogelijk gegevens doorgegeven, dus ook gegevens over verzekeringnemer, polis, verzekeraar en dekking.

5.3 Schadevaststelling

Wanneer de melding geaccepteerd is, wordt de schade beoordeeld. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de schadebehandelaar. Het vaststellen van de schade resulteert in gemotiveerde standpunten t.a.v. wie aan wie wanneer wat betaalt, in welke vorm. Het vaststellen van de schadeomvang en (eventuele) aansprakelijkheid speelt in deze fase een belangrijke rol, en daarmee ook de onderliggende causaliteit (schadeoorzaak).

De standpunten hierover kunnen alleen worden ingenomen op basis van voldoende ondersteunende informatie. Deze informatie wordt doorgaans ingewonnen door zaakdeskundigen, die worden aangestuurd door de behandelaar. Een zaakdeskundige is een persoon die binnen een bepaald vakgebied inhoudelijk deskundig is. Deze verzamelt informatie en adviseert verschillende partijen tijdens het proces. Vaak wordt deze rol vervuld door een expert of schaderegelaar van een expertise bureau. Het kan echter ook een medisch adviseur, controlerend arts, timmerman, of loodgieter zijn. Meer informatie over de expertiseopdracht is te vinden in §5.6.

Het beoordelen van de claim is in de praktijk meestal een iteratief proces waarbij in opeenvolgende iteraties meer ondersteunende informatie beschikbaar komt, op basis waarvan de standpunten bepaald of bijgesteld worden. Uiteindelijk resulteert het doorlopen van het gehele schadeafhandelingsproces in een regeling, waarin het eindstandpunt is vastgesteld.

Branchespecifiek: letselschade

Bij letsel gaat het in eerste instantie om de aansprakelijkheid.

Veel voorkomende oorzaken van letselschade zijn:

- Verkeersongevallen
- Bedrijfsongevallen
- Medische fouten

Bij deze oorzaken is altijd een aansprakelijke partij aanwijsbaar, zijnde de WA-verzekeraar van een particulier (verkeerszaken), van een bedrijf (bedrijfsongevallen) of van een medische instantie (de medische fouten). Zonder aansprakelijkheid valt het medisch herstel van de patiënt onder 'zorg' en hoeft geen enkele WA verzekeraar de schade te vergoeden. Vanwege het belang van aansprakelijkheid krijgt de schuldvraag binnen letsel veel aandacht. In geval van een geweldsdelict of opzet wordt er door de WA-verzekeraar van de dader geen aansprakelijkheid erkend.

De schadeomvang is moeilijk vooraf te bepalen daar het herstelproces van mensen moeilijk te voorspellen is. Het herstelproces duurt vaak lang. De lange duur van het herstelproces heeft weer invloed op de schade. De omvang van de schades is groot, wat ervoor zorgt dat veel aandacht uitgaat naar het beantwoorden van de schuldvraag.

Veel processen spelen zich gelijktijdig af. Hoewel vanwege de omvang van de schade vaak veel aandacht uitgaat naar de schuldvraag, kan niet gewacht worden met de schuldvraag totdat de schadeomvang duidelijk is. Ook het medisch herstel wordt niet uitgesteld als de schuldvraag niet duidelijk is. En hoewel de schadeomvang direct volgt uit het resultaat van het medisch herstel, kan niet gewacht worden met het bepalen van de schadeomvang totdat het slachtoffer hersteld is.

Meestal wordt eerst de aansprakelijkheid vastgesteld, waarbij de belangenbehartigers van de claimant en tegenpartij een belangrijke rol spelen. Daarnaast worden de medische gevolgen beoordeeld en de restcapaciteit bepaald. Tenslotte wordt de schade in onderling overleg bepaald, waarbij soms inschakeling van de rechter noodzakelijk is.

Branchespecifiek: automotive

De schades laten zich doorgaans snel beoordelen omdat ze overzichtelijk zijn. Ten eerste is de schuldvraag (indien van toepassing) en de dekking van de schadegevallen vaak eenvoudig vast te stellen. Verkeersregels bepalen de schuldvraag en het aantal en de complexiteit van polissen is beperkt. Daarnaast gaat het om materiële schades aan overzichtelijke objecten, en is er altijd voldoende kennis over die objecten om de schadeomvang vast te stellen en het herstel uit te voeren. Tenslotte zorgen standaard rekenmethoden ervoor dat de schadeomvang controleerbaar is.

Branchespecifiek: brand/varia

Voor het merendeel van de schadeoorzaken bij brand en uitgebreide gevarenverzekering (UGV) polissen speelt geen aansprakelijkheid of verhaalrecht. Daarnaast is er door afspraken tussen verzekeraars bijna nooit sprake van regres. Hierdoor ligt de nadruk binnen de brandbranche op de dekking van het evenement en de omvang van de schade. De schade-expert binnen de brand/varia branche heeft een bijzondere rol. Waar zowel binnen automotive als binnen letsel de schade-expert voornamelijk als zaakdeskundige optreedt, treedt de brandexpert meer als schadebehandelaar op. Hiermee wordt bedoeld dat de brandschade-expert naast het beoordelen van de schade ook bepaalt hoeveel er moet worden uitgekeerd. De formele besluitvorming ligt echter nog wel bij de behandelaar van de verzekeringsmaatschappij.

5.4 Schadeafwikkeling

Het proces van schadeafwikkeling vangt aan wanneer de belangrijkste standpunten zijn bepaald, t.a.v. wie aan wie wanneer wat betaalt. Het resultaat van dit proces is een definitief eindstandpunt, soms gevormd door een regeling. Ook hier bestaan grote verschillen in de vorm waarin dit plaatsvindt. Zo kunnen binnen de letselbranche onderhandelingen tussen (belangenbehartigers van) claimant/tegenpartij en behandelaar noodzakelijk zijn om een schaderegeling op te maken, terwijl dergelijke onderhandelingen binnen automotive en brand/varia niet of nauwelijks plaatsvinden.

Wanneer een schadeafwikkeling leidt tot bijstelling/aanpassing van polisgegevens, dan dienen deze wijzigingen volgens elders in deze documentatie beschreven processen gecommuniceerd te worden, zie §3.3. Zo kan de schade leiden tot terugval in de Bonus/Malus-trede dat aangepast dient te worden in de polis.

De belangrijkste activiteit binnen het afwikkelingsproces is het vergoeden van de schade, hetgeen door betaling (schade-uitkering) en/of via herstel in natura kan plaats vinden.

Schade-uitkering(en)

Een schade kan leiden tot één of meerdere schade-uitkeringen, aan één of meerdere partijen. De partij die een schade-uitkering doet (via bank/giro of op Rekening-courant) meldt dit aan de partij aan wie de schade-uitkering plaatsvindt en eventueel aan andere partijen die hier belang bij hebben. Zo krijgt het intermediair een melding van de verzekeraar, wanneer een schade-uitkering door de verzekeraar rechtstreeks aan de klant plaatsvindt. De verzekeraar stelt het intermediair doorgaans ook op de hoogte van uitkeringen aan derden, die de intermediair vervolgens weer aan zijn cliënt meldt.

Een uitkering kan aan verscheidene partijen gericht zijn:

- rechtstreeks aan de klant.
- rechtstreeks aan de tegenpartij.
- aan het intermediair (bijvoorbeeld via rekening-courant).
- aan degene die een aansprakelijkstelling heeft gedaan.
- aan een partij, die vervolgens weer aan een andere partij uitkeert (bijv. bij verhaalsactie).
- rechtstreeks aan de schadehersteller.

De hoogte van de schade-uitkering wordt bepaald aan de hand van het expertiserapport, of (afhankelijk van soort schade en schadebedrag) aan de hand van bijvoorbeeld de garagenota.

Indien het verhaal nog niet afgerond is, kan het eigen risico ingehouden worden. Zodra blijkt dat de tegenpartij schuldig is geweest, kan dit eigen risico doorbetaald worden, nadat de verzekeringsmaatschappij de schade verhaald heeft op de wettelijke aansprakelijkheidsdekking van de polis van de tegenpartij. Ook kunnen uitkeringen plaatsvinden voor claims als persoonlijk letsel, schade aan bagage, kosten voor een vervangend motorrijtuig en waardevermindering van een motorrijtuig.

Herstel

Zeer algemeen geformuleerd is het doel van het herstelproces een eindtoestand te bereiken in het herstel van de schade. Een dergelijke eindtoestand kan een herstelde materiële schade zijn, of een situatie van totaal verlies (Total loss), maar ook een (deels) hersteld slachtoffer. De vorm van een eindsituatie verschilt sterk per branche, evenals de plaats van de eindtoestand binnen het gehele proces. Zo heeft binnen de automotive branche de eindsituatie van het herstel geen noodzakelijke directe invloed op het treffen van een regeling. Binnen de letselbranche echter, moet een (medische) eindsituatie bereikt zijn voor een regeling getroffen kan worden. Ook de ondersteunende producten verschillen per branche. Wel spelen bij iedere branche de expertiserapporten doorgaans een belangrijke rol, met daarin de status en/of verwachtingen met betrekking tot het herstel. In het bijzonder bij langdurige trajecten wordt de voortgang gevolgd door het regelmatig opmaken van de status (expertiseren) door zaakdeskundigen. De behandelaar bij de verzekeraar of het intermediair volgt op basis van informatie en adviezen van zaakdeskundigen het herstel totdat een eindtoestand is ontstaan.

Branchespecifiek: automotive

Het herstelproces binnen de automotive branche wijkt sterk af ten opzichte van de andere branches. Vooral ten behoeve van kostenbeheersing is het herstelproces in hoge mate gestroomlijnd, o.a. door afstemming tussen de relevante partijen binnen de automotive branche. Zo zijn er samenwerkingsverbanden tussen verzekeringsmaatschappijen, leasemaatschappijen, expertisebureaus en schadeherstellers ontstaan. Binnen deze samenwerkingsverbanden worden middels afspraken veranderingen in het herstelproces (en andere subprocessen) aangebracht ten behoeve van snelheid en (kosten)efficiëntie. Voorbeelden van zulke samenwerkingsverbanden zijn Stichting Schadegarant, Glasgarant en Topherstel.

Een ander onderscheidend kenmerk van het herstelproces binnen automotive ten opzichte van de andere branches is de grote nadruk op snelle reparatie, waardoor het herstelproces vaak het eerst begonnen proces is binnen de schadeafhandeling. Zo wendt de verzekerde zich in geval van motorrijtuigenschade veelal direct tot een bij de verzekeraar aangesloten reparateur. Het intermediair van de klant dient in dit geval een bewijs van dekking aan te leveren aan de reparateur. Dit gebeurt op verzoek van de reparateur of de klant. Het intermediair stelt het bewijs van dekking op en stuurt dit naar de reparateur (dit kan per email). Het intermediair bewaart zelf een kopie. Er zijn ook internet services ingericht (bijv. bij Schadegarant) waarop het intermediair het bewijs van dekking elektronisch kan aanmaken en naar de reparateur kan sturen.

5.5 Ondersteunend Proces: Voortgangsmelding

Gedurende het proces van schadeafhandeling kunnen zich meerdere ontwikkelingen en processen voordoen, die voor één of meer betrokken partijen relevant zijn. Het is voor een goede en efficiënte afhandeling van de schade belangrijk dat statuswijzigingen meteen gecommuniceerd worden tussen betrokken partijen. Hiertoe sturen partijen, onder wie intermediairs en verzekeraars, elkaar voortgangsmeldingen. Deze meldingen kunnen gedurende de gehele levenscyclus van een schadeclaim een belangrijke rol spelen, en worden hier daarom apart als ondersteunend proces besproken.

Met een voortgangsmelding informeren partijen elkaar over de voortgang van de schadeafhandeling. Het kan vaak nuttig zijn indien de partijen elkaar op de hoogte houden van de status van behandeling. Voornamelijk kan hierbij gedacht worden aan een intermediair, opdat hij de klant goed op de hoogte kan stellen. De voortgangsmelding kan ook door het intermediair verzonden worden, bijvoorbeeld in de vorm van een rappel of een nadere rapportage over de voortgang. Naast het bekend maken van het schadenummer van de maatschappij (melding van dossieropening) kan de verzekeraar aangeven welke acties door de maatschappij en welke acties door het intermediair ondernomen moeten worden. Gevraagd kan bijvoorbeeld worden om een volledig ingevuld en ondertekend Schade Aangifte Formulier op te sturen.

Voorbeelden van behandelingsstatussen (als aanleiding voor voortgangsmeldingen):

- De schade is in behandeling genomen. Dit geeft aan dat een dossier geopend is (waarbij een schadenummer wordt toegekend) bij de partij waar een schademelding, aansprakelijkstelling of telefonische schademelding is binnengekomen.
- De schade-expert is ingeschakeld.
- Werkdruk momenteel te groot. Dit kan door de schade-expert aangeven worden.
- Verhaalsactie opgestart.
- Er zal geen schade-uitkering plaatsvinden.

In de context van de procesbeschrijvingen in dit document zijn onder meer de volgende vormen van voortgangsmeldingen van belang:

De opdracht tot verhaal

Dit is de opdracht naar de partij die de verhaalsactie uitvoert. Dit kan een verzekeringsmaatschappij zijn, een rechtsbijstandverzekeraar, of een intermediair. Inhoudelijk bestaat dit uit het SAF en een opdrachtverstrekking.

De aansprakelijkstelling

Een aansprakelijkstelling is afkomstig van diegene die de verhaalsactie uitvoert. Veel partijen kunnen een verhaalsactie uitvoeren, bijvoorbeeld een intermediair, een verzekeringsmaatschappij, een verlener van Rechtsbijstand of de klant zelf. Inhoudelijk lijkt een aansprakelijkstelling veel op een schademelding. Een aansprakelijkstelling kan gezien worden als een schadeclaim op de wettelijke aansprakelijkheid dekking van een polis.

Melding vaststelling

De schadebehandelaar dient aan te geven of en hoeverre er sprake van schade is en deze informatie te delen met de betrokken partijen, zoals intermediair of verzekeraar.

5.6 Ondersteunend Proces: Expertiseopdracht

Meerdere partijen (onder andere intermediair en verzekeringsmaatschappij) kunnen een schade-expert inschakelen, al dan niet in opdracht van een andere partij. Het al dan niet inschakelen van een schade-expert is afhankelijk van zowel de aard van de schade als de inschatting van het schadebedrag.

Er zijn schade-experts in loondienst van een verzekeringsmaatschappij en vrije schade-experts. In principe wordt per schadegeval (doorgaans per beschadigd object) één schade-expert ingeschakeld. Het is mogelijk voor de klant om tegen de hoogte van het expertisebedrag in beroep te gaan, door een contra-expertise aan te vragen. Hierna kan

eventueel nog een bemiddelende schade-expert ingeschakeld worden, wiens beslissing bindend is. Het kan voorkomen dat een gespecialiseerde schade-expert ingeschakeld wordt, bijvoorbeeld bij schade aan vrachtauto's, maar ook bij letselschade. De schade-expert heeft belang bij een accurate beschrijving van het beschadigde object. Ook melding van eerdere schades kan zinvol zijn.

Een expertise resulteert in een expertiserapport. Het expertiserapport gaat in principe terug naar de opdrachtgever, hoewel een intermediair op basis van afspraken opdrachten kan geven in naam van de verzekeringsmaatschappij, waarna het expertiserapport naar de verzekeringsmaatschappij zal gaan. De intermediair kan om een kopie van het expertiserapport verzoeken. Dit kan hij doen aan de schade-expert die hij inschakelt in opdracht van de maatschappij. Ook kan hij de partij die de schade-expert inschakelt verzoeken om een kopie.