



Detachering & Projecten

# Verzekeringsfraude

De aanpak van een hardnekkig probleem

WHITEPAPER

# WHITEPAPER

## Verzekeringsfraude De aanpak van een hardnekkig probleem





## Voorwoord

Fraude is een vorm van bedrog die al bestaat zolang er mensen zijn. Zelfs toen er nog geen sprake was van geld, wist de ene partij de andere bij ruilhandel een rad voor de ogen te draaien. Melk werd met water aangelengd, stenen werden door de kolen gemengd en koper werd zo goudkleurig mogelijk gekleurd. Fraude is van alle tijden, of we nu over de oudheid, de middeleeuwen of onze eeuw praten: mensen die een ander een loer proberen te draaien, zijn er altijd al geweest.

Verzekeringsfraude leidt tot een verhoging van de verzekeringspremies en is mede daardoor maatschappelijk onaanvaardbaar. Daarnaast heeft fraude uiterst negatieve gevolgen voor het imago van de verzekeringsbranche, terwijl juist voor deze bedrijfstak de begrippen vertrouwen, zekerheid en continuïteit essentiële voorwaarden zijn om producten te kunnen blijven aanbieden.

De initiatieven die de afgelopen jaren zijn genomen om verzekeringsfraude in te dammen, hebben het fenomeen spijtig genoeg niet kunnen uitroeien. Integendeel, de cijfers laten zien dat het probleem eerder groter dan kleiner wordt. Waar diverse deltaplannen, convenanten en task forces het tij niet hebben kunnen keren, dringt de vraag zich op of een op andere leest gestoelde aanpak noodzakelijk is.

In dit whitepaper besteden we aandacht aan de belangrijkste aspecten van verzekeringsfraude, waarbij we ons primair focussen op door consumenten gepleegde onregelmatigheden met schade- en ongevallenverzekeringen. Daarnaast staan we stil bij de manier waarop de betrokken partijen zich sterk maken om dit verschijnsel tegen te gaan. In dat kader besteden we aandacht aan een relatief nieuw instrument in de strijd tegen verzekeringsfraude: fraudemanagement. Op deze manier hopen wij een bijdrage te leveren aan de bestrijding van verzekeringsfraude. Want accepteren dat het probleem werkelijk onuitroeibaar is, daar willen wij niet aan.

Wij wensen u veel leesplezier.

Ton van der Laan  
*Algemeen Directeur inVentiv*



# Inhoudsopgave

Voorwoord	pag	<b>3</b>
Management summary	pag	<b>5</b>
1. Het probleem verzekeringsfraude	pag	<b>6</b>
2. De strijd tegen verzekeringsfraude	pag	<b>11</b>
3. Fraudemanagement in de praktijk	pag	<b>15</b>
Colofon	pag	<b>19</b>



## Management summary

Nederlanders verzekeren zich graag en veel. Mede daardoor is ook het frauderen met verzekeringen een wijdverbreid en hardnekkig fenomeen. Met het op oneigenlijke gronden sluiten van een verzekering of het verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat, is jaarlijks een bedrag van tussen de € 900 miljoen en € 1 miljard gemoeid. Volgens de meeste schattingen is met tien procent van de schademeldingen die bij schade- en ongevallenverzekeraars jaarlijks worden geclaimd iets niet in de haak. Bovenop deze vormen van klassieke verzekeringsfraude, waarop in dit whitepaper de nadruk ligt, zijn ook onregelmatigheden met inkomensverzekeringen en met name zorgfraude enorme schadeposten.

Dat verzekeringsfraude zo welig kan tieren, heeft te maken met de sociale acceptatie in de samenleving. Men beschouwt het als een misdaad zonder slachtoffers. Een gestolen smartphone claimen voor een bedrag ruim boven de aanschafprijs kan in de ogen van veel mensen best door de beugel. Financieel gewin is een van de belangrijkste motieven om te frauderen. Naast hebzucht en rancune kan ook financiële nood mensen aanzetten tot frauduleus gedrag.

Frauderen met verzekeringen doet zich in verschillende vormen voor. Men verzwijgt relevante informatie voor de verzekeraar, overdrijft en verzint schade of zet zelfs autoaanrijdingen in scène. Bij het oplichten van de verzekering maakt men zich doorgaans weinig zorgen over de pakkans (terecht, want die is klein) of over mogelijke straffen (onterecht, want de gevolgen kunnen behoorlijk ingrijpend zijn).

Voor verzekeraars is opsporing van fraude een kostenpost, waarop in slechte tijden bezuinigd kan worden. Verzekeraars zijn dan ook niet erg succesvol in het opsporen van fraude. Niet meer dan een schamele 1% van alle fraudegevallen wordt ontdekt. Insiders stellen dat zo'n 90% van de fraudegevallen die medewerkers van verzekeringsmaatschappijen wél aan het licht weten te brengen het resultaat is van een goed ontwikkeld onderbuikgevoel. Men is alert op bepaalde patronen en hanteert lijsten waarop tientallen fraude-indicatoren prijken. Individuele verzekeraars melden geconstateerde onregelmatigheden bij een fraudeloket, dat deze meldingen doorzet naar politie en justitie. Helaas zijn deze eigenlijk alleen maar geïnteresseerd in beroepsriminaliteit.

De opkomst van ICT in de afgelopen decennia heeft het plegen van fraude eenvoudiger gemaakt. Fraudeurs zijn inventief en bedenken voortdurend nieuwe manieren om de zaak te flessen. In de strijd tegen fraude maken verzekeraars op hun beurt gebruik van geautomatiseerde fraudedetectiesystemen. De mogelijkheden van deze systemen worden door een gebrek aan kennis en/of capaciteit in de praktijk nog onvoldoende benut. Toch is bestrijding van fraude een belangrijk punt van aandacht, zo melden nagenoeg alle verzekeraars op hun websites. Met soms stevige taal proberen zij kwaadwillenden af te schrikken.

Een relatief nieuw wapen in de strijd tegen fraude is fraude-management. Nieuwe en bestaande partijen verwachten met fraudemanagement een bijdrage te kunnen leveren aan de bestrijding van fraude. Hun aanpak is gebaseerd op standaardisatie, schaalgrootte



en het door training en opleiding vergroten van de expertise van medewerkers. Deze externe dienstverleners bieden hun diensten onder andere aan verzekeraars aan, variërend van een projectmatige scan op verzekeringsdossiers tot geavanceerde maatwerkoplossingen. Bijvoorbeeld het vergroten van de effectiviteit van een fraudeafdeling of zelfs het volledig opzetten van zo'n afdeling.

## 1. Het probleem verzekeringsfraude

Nederland heeft een hoge verzekeringsdichtheid. We verzekeren ons graag en veel. De meeste Nederlanders hebben een verzekering voor hun huis, de inboedel, de auto, aansprakelijkheid en voor op reis. Fraude met en rond deze verzekeringen is een wijdverbreid en hardnekkig fenomeen. Verzekeraars hebben te maken met verschillende vormen van fraude. Zo claimen verzekerden bijvoorbeeld sieraden, ski's of andere eigendommen die niet zijn gestolen. Of zij verstrekken onjuiste gegevens over hun gezondheidstoestand bij het aangaan van een levensverzekering. Naast deze vormen van consumentenfraude dienen zorgverleners soms dubbele declaraties in en stellen schadeherstelbedrijven nota's op die niet-uitgevoerde reparaties vermelden. Zelfs eigen medewerkers van verzekeringsmaatschappijen vervalsen wel eens rekeningen voor schade-uitkeringen en er zijn tussenpersonen die afsluitprovisie opstrijken voor levensverzekeringen van niet bestaande klanten. De voorbeelden zijn – helaas – talrijk.

Verzekeringsfraude is het op oneigenlijke gronden sluiten van een verzekering of het verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat. Het Verbond van Verzekeraars definieerde verzekeringsfraude ooit als volgt: *'Het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van schade-, levens- of zorgverzekering, of bij een natura uitvaart-, hypotheek- of spaarkasproduct betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.'*

Uit onderzoek van PwC (zie afbeelding *Fraudebeeld 2013 op pagina 7*) blijkt dat er in 2013 voor een bedrag van € 11 miljard werd gefraudeerd. Daarvan nam verticale fraude, waarbij de overheid wordt benadeeld, € 7,3 miljard voor zijn rekening. Het resterende bedrag van € 3,7 miljard kwam voor rekening van horizontale fraude, waarvan mensen en bedrijven het slachtoffer zijn. Faillissementsfraude (totaal € 1,3 miljard) was in 2013 de omvangrijkste vorm van horizontale fraude, op de voet gevolgd door verzekeringsfraude.

Met verzekeringsfraude is in Nederland volgens de meeste schattingen jaarlijks een bedrag van tussen de € 900 miljoen en € 1 miljard gemoeid. Bij een totale afwezigheid van deze fraude zou iedere Nederlander per jaar € 150 minder aan verzekeringspremie hoeven te betalen. Helaas is het echter nog steeds zo dat de goeden moeten lijden onder de kwaden. Het aantal kwaadwillenden is talrijk. Uit klantenonderzoek van Interpolis blijkt dat een derde van de ondervraagden iemand kent die wel eens

## Een walhalla voor fraudeurs

Fraude kost de Nederlandse maatschappij jaarlijks miljarden euro's. Exacte bedragen ontbreken, maar schattingen lopen op tot minimaal 10 miljard euro per jaar en hoogstwaarschijnlijk is dit nog steeds een grove onderschatting van de realiteit. Ondanks deze enorme schade ontbreekt een effectieve aanpak voor fraudebeheersing. Fraudezaken worden vaak ad hoc behandeld waardoor opsporingsinstanties en andere stakeholders bij elke zaak het wiel opnieuw moeten uitvinden. Er wordt geen samenhangende expertise opgebouwd. Netwerken die ontstaan, worden na afhandeling van een zaak direct weer ontbonden. Kortom, er wordt geen basis gelegd waarop voortgebouwd kan worden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de pakkans bij een aantal fraudedomeinen schrikbarend laag is. Pakkansen rond de 2% (!) zijn niet ongekennd. De enorme schade gecombineerd met deze lage pakkans resulteert in een waar walhalla voor fraudeurs.

*Bron: Position paper naar aanleiding van de conferentie 'Fraude en ICT' van 20 januari 2012*



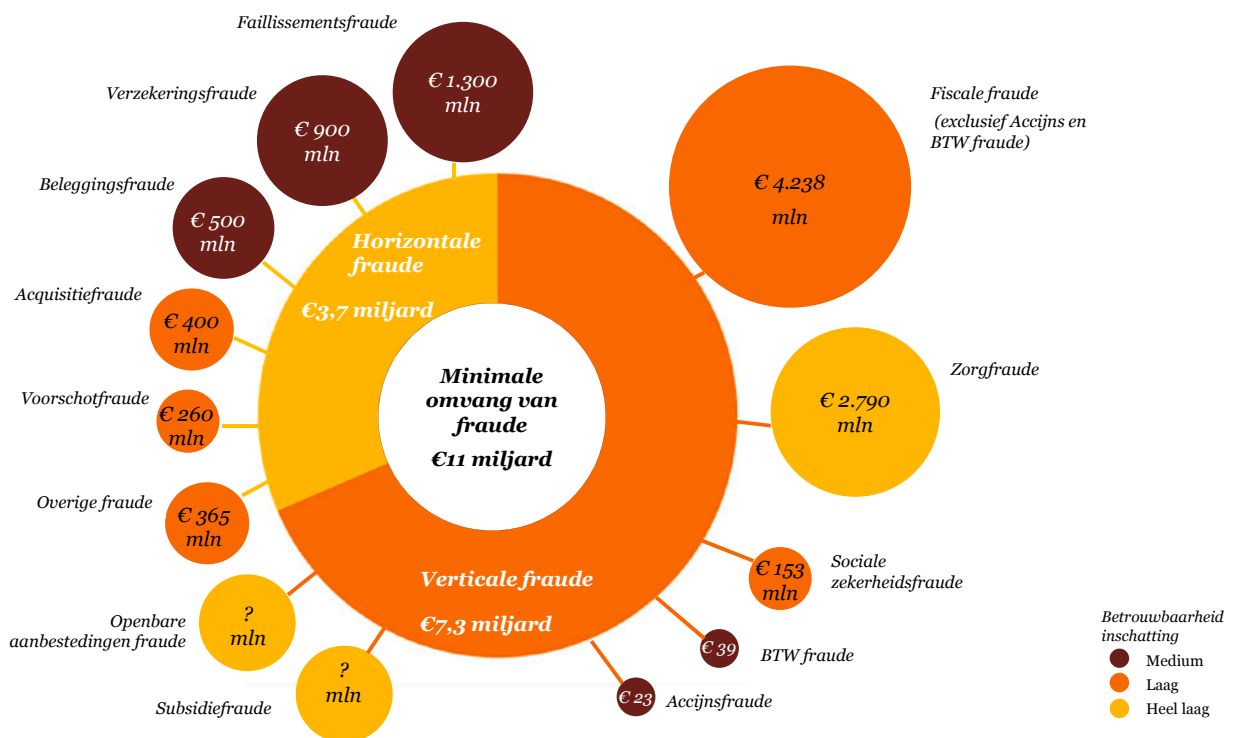
verzekeringsfraude heeft gepleegd.

Van de klassieke verzekeringsfraude (geen inkomens- of zorgfraude) vindt 88% van de fraudegevallen plaats met schadeverzekeringen. Meer dan de helft van de fraudes heeft te maken met motorrijtuigenverzekeringen. Daarmee was in 2013 een bedrag van € 450 miljoen gemoeid. Na autoverzekeringen worden respectievelijk brandverzekeringen en reisverzekeringen het vaakst misbruikt voor fraude. Ging het vroeger veelal om primitieve vormen van fraude, tegenwoordig is fraude – met alle vormen van moderne technologie die de fraudeur ter beschikking staan – veel complexer. ICT maakt het makkelijker om fraude te plegen. Het online invullen van declaratieformulieren geeft een gevoel van anonimiteit die kwaadwillenden uitnodigt om te gaan sjoemelen. Het idee dat de pakkans gering is en de straffen laag werkt eveneens drempelverlagend.

Het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV) heeft in 2012 3196 keer onderzoek verricht naar (grootschalige) fraudezaken met verzekeringen. Van de bijna 3200 onderzochte fraudegevallen achtte het CBV er 2500 bewezen, tegen 2000 in 2008. Over hoe groot het probleem exact is, lopen de ramingen enigszins uiteen. Volgens de meeste schattingen zou met tien procent van alle schademeldingen die bij schade- en ongevallenverzekeraars jaarlijks worden geclaimd iets niet in de haak zijn. Uit onderzoek van Accenture onder 44 Europese schadeverzekeraars blijkt dat verzekeringsfraude hen op jaarbasis tussen 8 en 12 miljard euro kost. Uit het onderzoek blijkt verder dat 39% van de verzekeraars vermoedt dat van alle in de laatste twaalf maanden uitgekeerde schades vijf tot tien procent frauduleus was.

## Fraudebeeld 2013

Uit openbare bronnen komen de volgende inschattingen van de aard en minimale omvang van de fraude in Nederland:



Bron: PwC

Een verhaal apart is zorgfraude, waarmee jaarlijks een bedrag van ongeveer € 2,8 miljard is gemoeid. Anders dan bij andere vormen van fraude zijn het bij zorgfraude niet alleen verzekerden die frauderen, maar doen ook zorgaanbieders een forse duit in het zakje. Fraudepraktijken variëren van het verrichten van onnodige of (veel) te dure medische handelingen tot gesjoemel met declaraties. In sommige gevallen kan de fraude naar aard en omvang zodanig grootschalig van opzet zijn dat sprake is van georganiseerde criminaliteit.

## Een misdaad zonder slachtoffers

De sociale acceptatie van verzekeringsfraude is tamelijk groot. Het is een misdaad zonder slachtoffers, is de algemene perceptie. Veel mensen hebben een negatief beeld van verzekeringen. Ze beschouwen het dikwijls als 'een nette vorm van oplichting', zoals op internetfora valt te lezen. Het gelegenheidsargument daarbij is dat verzekeraars nooit of bijna nooit 100% van geclaimde schade uitkeren en altijd zullen proberen er (veel) voordeliger uit te springen. Overigens blijkt uit een bericht in de gratis krant Spits hoezeer het normaal gevonden wordt om verzekeringsfraude te plegen. In 2011 plaatste men een artikel dat ontluisterend genoeg als volgt begint: "Als je de verzekeringen probeert te lichten, wees dan voorzichtig met je Facebook-account." Weliswaar slordig geformuleerd, maar de boodschap is duidelijk.

Waar de gemiddelde burger inkomensfraude en zorgfraude doorgaans afwijst, is deze tegelijkertijd tamelijk lankmoedig als het om fraude met schadeverzekeringen gaat. Een gestolen smartphone claimen voor een bedrag ruim boven de aanschafprijs kan in de ogen van veel mensen best door de beugel. Ze redeneren: we hebben tenslotte jarenlang premie betaald en al die tijd nooit iets geclaimd. Bovendien, zo denken veel mensen, zwemmen verzekeraars in het geld want ze maken elk jaar weer honderden miljoenen euro's winst. Op deze manier rechtvaardigt men voor zichzelf een oneerlijke handelwijze zonder deze zelf als frauduleus te ervaren.

"WAAROM doen mensen zoiets?" Die vraag stelde iemand die zichzelf introduceerde als werknemer van een verzekeringsmaatschappij op een internetforum in juli 2005. "Zien ze niet in dat maatschappijen er niets slechter van worden en de premies gewoon doorberekend worden in de premies van iedereen?"

Kennelijk was het voorstellingsvermogen van deze persoon onvoldoende ontwikkeld om de vraag waarom mensen frauderen zelf te kunnen beantwoorden. Daarom staan we er hieronder kort bij stil.

## Motieven van fraudeurs

In detectivefilms en -boeken wordt vaak gezocht naar het motief van een potentiële dader. Weet je het motief, dan ben je al een stap dichterbij de mogelijke dader. Deze speurregel geldt eigenlijk ook bij fraudeurs. De vraag is dan ook: wat brengt een fraudeur tot zijn daad? Er zijn vier motieven die (eventueel in onderlinge samenhang) een rol kunnen spelen bij verzekeringsfraude.

### *Financiële nood*

Verhalen van financiële nood wekken meestal sympathie op. Het zijn vaak persoonlijke tragedies die een ongelukkige tot de rand





van de afgrond hebben gebracht. Bij fraudeurs wordt het gebrek aan geld echter vaak veroorzaakt door omstandigheden waarvoor minder sympathie bestaat. Bijvoorbeeld verslaving aan alcohol en drugs, goklust en prostitutie.

#### *Financieel gewin*

Financieel gewin is het meest algemene motief om fraude te plegen. Een fraudeur pleegt bijna altijd fraude om er financieel beter van te worden. Als de fraudeur succes heeft, kan dat zelfs zo verslavend werken dat een gelegenheidsfraudeur zich ontwikkelt tot een professionele fraudeur. 'Snel en makkelijk rijk worden' is zijn motto.

#### *Hebzucht*

Ook hebzucht is een drijfveer voor fraude. Welke successen de fraudeur ook behaalt, het is nooit genoeg. Het kan altijd beter en er kan altijd sneller resultaat geboekt worden. Mensen die uit hebzucht frauderen, vallen bijna altijd in de categorie professionele fraudeur.

#### *Rancune*

Rancune of wraakgevoelens tegenover de verzekeraar zijn ook een motief om te frauderen. Daarbij kan het gaan om ex-werknemers van de verzekeraar, maar ook om personen bij wie een claim is afgewezen.

## **Van verzwijgen tot ensceneren**

Frauderen met verzekeringen kent meerdere verschijningsvormen. We onderscheiden er vier:

#### *1. Niet nakomen mededelingsplicht (verzwijging)*

Hierbij gaat het om het aanvragen en/of sluiten van een verzekering op grond van het opzettelijk verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie.

#### *2. Majoreren*

Majoreren is het met opzet meer schade claimen dan er daadwerkelijk is geleden. Iemand die majoreert, 'dikt de schade aan'. Deze vorm van fraude komt veel voor bij inboedel- en reisverzekeringen.

#### *3. Fingeren*

Fingeren is doen alsof er een schadesituatie heeft plaatsgevonden, terwijl dat in werkelijkheid niet het geval was. Het gaat dus om pure verzinsels.

#### *4. Enscceneren*

Ensceneren doet aan toneel denken. En niet voor niets, want een fraudeur die iets enscceneert, creëert opzettelijk een schade-evenement dat onder de verzekeringsdekking valt om zo een uitkering te krijgen. Hij voert een toneelstuk op. Deze vorm van fraude komt veel voor bij autoverzekeringen in de vorm van opzetaanrijdingen.

De meeste verzekeringsfraude doet zich voor bij het aangaan van een verzekering doordat mensen onjuiste informatie doorgeven om in aanmerking te komen voor de verzekering. Het premieverschil tussen een polis voor een niet-roker en een polis voor een roker is groot genoeg om het voor kwaadwillenden aantrekkelijk te maken om een loopje met de waarheid te nemen. Als een klant verzwijgt welke



gezondheidsrisico's hij loopt of welke schades hij in het verleden heeft gehad, dan is al sprake van fraude.

Bij *inkomensfraude* maakt de verzekerde misbruik van werknemersverzekeringen en private inkomensverzekeringen op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Dit is volgens het Verbond van Verzekeraars bijvoorbeeld het geval wanneer:

- de verzekerde in het acceptatieproces bewust gezondheidsgegevens verzwijgt;
- de verzekerde (administratieve) wijzigingen die relevant zijn voor het recht op uitkering niet, niet volledig, of onjuist opgeeft aan de verzekeraar (mededelingsplicht);
- de verzekerde inkomen heeft gehad – al dan niet uit arbeid – zonder dat dit bekend is bij de fiscus en/of verzekeraar (denk aan zwart werk);
- er sprake is van voorgewende ziekte of (hogere mate van) arbeidsongeschiktheid.

Volgens Zorgverzekeraars Nederland is sprake van *zorgfraude* bij de volgende drie kenmerken:

- opzet, een bewust handelen;
- overtreden van een regel;
- (financieel) wederrechtelijk voordeel.

## Consequenties van frauderen

Verzekeren is in veel opzichten een kwestie van vertrouwen. Wanneer klanten dit vertrouwen beschamen, heeft dit repercussies. De verzwijging van relevante feiten, zoals een strafblad, kan tot het vervallen van de dekking leiden. Frauduleuze gedragingen kunnen bovendien tot gevolg hebben dat de verzekeraar de desbetreffende polis beëindigt. Eventueel kan dat eveneens gelden voor andere verzekeringsovereenkomsten bij die verzekeraar. Ook aangifte bij de politie is een mogelijkheid, net als aanmelding bij de stichting Centraal Incidenten Systeem (CIS), dat in feite als zwarte lijst fungeert. Wie daarop wordt vermeld komt niet meer in aanmerking voor een gewone verzekering, maar is aangewezen op een duur alternatief.

Als blijkt dat iemand een valse declaratie indient door bijvoorbeeld aan het bedrag op een factuur een nulletje toe te voegen, dan hoeft dat overigens niet meteen het einde van de verzekeringsovereenkomst te betekenen. In een dergelijk geval kan de verzekeraar ook zeggen: wat u doet is frauduleus, dus keren we in dit geval niet uit. Beschouw dit als een ernstige waarschuwing; een volgende keer komt u er niet zo makkelijk mee weg. Niet alleen kan hier een belangrijk opvoedkundig effect van uitgaan, maar ook de premie-inkomsten van de verzekeraar zijn veiliggesteld.

Dat de pakkans laag is, is een feit dat onderzoek heeft uitgewezen. Het individu dat de verzekering voor een paar honderd euro probeert op te lichten, zal het risico van het mislukken van zijn opzet waarschijnlijk eerder inschatten in termen van 'pech gehad' dan dat hij alle consequenties overziet. Maar de straffen kunnen zeker in omvangrijke fraudezaken wel degelijk fors zijn. Ook in situaties waarin een verzekeringsfraude niet wordt bestraft met een celstraf, kan de sanctie flinke impact hebben. Naast de standaard





terugvordering van het uitgekeerde bedrag, beëindiging van de verzekering of zelfs royement kunnen er stevige taakstraffen worden opgelegd. Daarnaast kunnen de kosten van een eventueel onderzoek op de fraudeur worden verhaald.

Overigens is het royeren van een verzekerde een maatregel met een forse impact, niet alleen voor de verzekerde, maar soms ook voor de verzekeraar. Als een verzekeraar een sjoemelend bedrijf bijvoorbeeld de wacht aanzegt, kan een gevolg zijn dat de verzekeraar voortaan jaarlijks meerdere tonnen aan brandpremie van dit bedrijf misloopt. Als het überhaupt al tot een royement komt, pakt die maatregel in zo'n geval dus extreem duur uit.

## 2. De strijd tegen verzekeringsfraude

In het verleden waren individuele verzekeraars huiverig om op krachtige wijze werk te maken van fraudebestrijding. Het feit dat een stevige aanpak van fraude leidt tot betere risico's in de verzekeringsportefeuille woog niet automatisch op tegen een dreigend verlies van bestaande klanten en een lagere toestroom van nieuwe klanten. Midden jaren negentig was sprake van een kentering. Rabobank-dochter Interpolis richtte toen een 'Bureau Speciale Zaken' op dat zich met zeven mensen concentreerde op de bestrijding van fraude. In 1996 verklaarde Interpolis jaarlijks iets minder dan duizend van de in totaal 200.000 schadeclaims op fraude te onderzoeken.

Volgens een bericht op de website easyswitch.nl hebben de grote verzekeringsmaatschappijen zo'n 400 fraudespecialisten in dienst. Dat getal lijkt nogal uit de lucht gegrepen. Het is sterk de vraag of alle verzekeringsmaatschappijen bij elkaar, groot en klein, aan die hoeveelheid fraudespecialisten komen. Feit is wel dat onderzoekers van het toenmalige Moret, Ernst & Young (nu EY) in 1996 vaststelden dat veertig procent van de verzekeraars helemaal niets aan fraudepreventie deed. Een derde van de schadeverzekeraars zou het zonder fraudecoördinator moeten stellen. De onderzoekers becijferden de totale schadepost destijds op 700 miljoen gulden (€ 318 miljoen) per jaar.

De kunst is om een frauduleus dossier zo snel mogelijk bewezen te krijgen. Hoe langer het duurt, hoe meer geld het kost. Fraudeopsporing vraagt om een investering in fte's. Als slechts één procent van de fraudes wordt opgelost, is het echter nog maar zeer de vraag of een dergelijke investering lonend is. Verzekeringsfraude kan in tijden van crisis zelfs dubbel goed gedijen. Naast het feit dat de plegers er eerder toe overgaan, zouden verzekeraars in crisistijd ook nog eens bezuinigen op de opsporing van fraude. Volgens deze redenering is kostenreductie in crisistijd het eerste instrument dat uit de kast wordt gehaald. En omdat fraudeopsporing een kostenpost is, ontkomt het ook niet aan bezuinigingen.

De veel voorkomende kleine fraudes handelen verzekeraars in de regel zelf af. Als ze die al ontdekken. Want wie komt er achter als een verzekerde, die een polis heeft afgesloten onder opgave van



het feit dat hij een niet-roker is, toch weer zwicht voor de verleidingen van tabak? De verzekerde die in een dergelijke situatie spontaan zijn verzekeraar belt met de mededeling weer te zijn gaan roken moet nog geboren worden. De middelen die verzekeraars hebben om fraude op te sporen zijn tamelijk beperkt. Tegelijkertijd kunnen een goed ontwikkeld 'buikgevoel' en een gezonde dosis argwaan mogelijke fraudes wel degelijk op het spoor komen. Fraudeopsporing is voor negentig procent het resultaat van het onderbuikgevoel van medewerkers bij verzekeringsmaatschappijen. Wie weet dat bij de introductie van een nieuw type smartphone van een bepaald merk er ineens opvallend veel oude modellen geclaimd worden, hoort alle alarmbellen afgaan en zal dergelijke claims waarschijnlijk serieus onderzoeken.

Een ervaren schadebehandelaar ruikt doorgaans snel onraad als er patronen zijn die wijzen op fraude. Schades die worden gemeld onmiddellijk na de start van een verzekeringsovereenkomst of vlak voor het aflopen daarvan zijn automatisch verdacht. Daarnaast zijn schadebehandelaars extra attent op externe omstandigheden, zoals de hierboven genoemde introductie van een nieuw type smartphone. Daarnaast kunnen bepaalde omstandigheden leiden tot patronen die wijzen op frauduleus gedrag. Bedrijfsbusjes zijn bijvoorbeeld tot drie jaar verzekerd voor de nieuwwaarde. Uit



## Wie doet wat?

Het **Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV)** is de afdeling van het Verbond van Verzekeraars die specifiek is gericht op de problematiek van verzekeringsfraude en -criminaliteit. Het CBV regisseert voor de totale bedrijfstak een brancheoverstijgende aanpak en is het aanspreekpunt voor (individuele) verzekeraars en relevante stakeholders. De missie van het CBV luidt als volgt: 'Het voorkomen van interne en externe criminaliteit gericht tegen de verzekeringsbranche en als dit niet mogelijk is, de schade als gevolg van deze criminaliteit beperken'. In deze zin is het voorbehoud 'als dit niet mogelijk is' op zijn minst veelzeggend.

Zowel schade- als zorgverzekeraars melden fraudegevallen aan bij een geautomatiseerd systeem dat bekendstaat als het **fraudeloket FACTS**. Deze gegevens worden vervolgens doorgesluisd naar het Verbond van Verzekeraars dat beoordeelt of het zinvol is om fraudegevallen aan te geven bij politie en justitie. Die zijn namelijk slechts geïnteresseerd in fraudegevallen die het gevolg zijn van beroepsriminaliteit. Aan gesjoemel van gelegenheidsfraudeurs besteden zij vrijwel geen aandacht.

Weliswaar kent het Openbaar Ministerie een **landelijk coördinator horizontale fraude**, maar de beschikbare capaciteit is per definitie schaars. Meestal krijgen andere strafbare feiten meer prioriteit. Fraude is op zich trouwens niet strafbaar; er bestaat geen wetsartikel dat fraude strafbaar stelt. Wel strafbaar zijn frauduleuze gedragingen, zoals oplichting en valsheid in geschrifte.

In het kenniscentrum **Fraudebeheersing in de Zorg** werken zorgverzekeraars en andere betrokken partijen samen. Zij delen expertise, informatie en contacten ten aanzien van fraudebeheersing om op die manier fraude in de zorg tegen te gaan. Het kenniscentrum, een initiatief van Zorgverzekeraars Nederland, verstrekt niet alleen informatie over fraudebeheersing, het ontwikkelt tevens producten die ingezet kunnen worden om fraudebeheersing te versterken.

In het programma '**Zinnige zorg, Zuivere rekening**' maken zorgverzekeraars bij de zorginkoop afspraken met zorgaanbieders over zaken als gepast gebruik, declaraties en toezicht. Ook werken zorgverzekeraars samen bij controles, worden signalen ten aanzien van de controle gedeeld en wordt screening van zorgaanbieders gezamenlijk opgepakt. Tot slot onderzoeken zorgverzekeraars welke instrumenten ze aanvullend kunnen inzetten om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders worden geprikkeld alleen gepaste zorg te leveren en deze vervolgens correct te declareren.



statistieken blijkt dat er na twee jaar en tien maanden een piek optreedt in het aantal schademeldingen. Een ander voorbeeld: toen de Belgische regering aankondigde auto's met een hoge CO2-uitstoot zwaarder te gaan belasten, waren er ineens veel meer meldingen van ongevallen waar dergelijke auto's bij waren betrokken. Zulke situaties lijken een nader onderzoek dubbel en dwars waard.

Bij het beoordelen van claims hanteren schadebehandelaars lijsten met onderzoeks- of fraude-indicatoren. Een lijst met meer dan veertig indicatoren is zeker geen uitzondering. Enkele voorbeelden:

- Van kostbare zaken kunnen geen aanschafbewijzen getoond worden. Van de goedkopere wel.
- Verzekerde geeft (veel) ongevraagde informatie.
- Verzekerde is te goed op de hoogte van de polisvoorwaarden.

Een onderzoeksindicator is een aanwijzing die direct of indirect duidt op mogelijke verzekeringsfraude. Een onderzoeksindicator is een directe aanwijzing als deze op zichzelf op mogelijke verzekeringsfraude duidt. Bij een indirecte aanwijzing gaat het om de combinatie van gegevens die op mogelijke verzekeringsfraude duidt. Daarbij levert een afzonderlijk gegeven geen indicatie van mogelijke verzekeringsfraude op, maar ontstaat deze juist door de combinatie van gegevens.

## Moderne technologie

Waar kwaadwillenden de mogelijkheden van moderne technologie aanwenden voor hun frauduleuze praktijken, doen verzekeraars dat bij de opsporing van fraude natuurlijk ook. Helaas hebben de plegers van fraude per definitie een voorsprong op de bestrijders ervan. Mede daarom betrekken zij zoveel mogelijk alternatieven in hun opsporingsrepertoire. Bekend is bijvoorbeeld dat schade-experts tegenwoordig in toenemende mate social media afstruinen om na te gaan of de door verzekerden gemelde feiten en omstandigheden wel in overeenstemming met de werkelijkheid (kunnen) zijn.

De rekenkracht van de huidige generatie computers en datagerichte technologieën maken het mogelijk om rekenintensieve algoritmes te ontwikkelen die patronen herkennen van afwijkende transacties of overeenkomsten. Tegenwoordig worden verschillende systemen aangeboden die helpen bij het detecteren van fraude. Dit zijn veelal systemen die het mogelijk maken om fraude-indicatoren hard te programmeren of zo toe te passen dat dossiers uitvallen zodra er onregelmatigheden optreden. Flexibilisering is de trend binnen dergelijke systemen. Het makkelijk kunnen toevoegen en verwijderen van kennisregels en al dan niet kunnen draaien van query's op basis van vooraf vastgestelde karakteristieken zijn belangrijke kenmerken. Door gebrek aan kennis wordt hiervan echter nog weinig gebruik gemaakt en worden nog niet alle mogelijkheden benut. Dit heeft vaak ook te maken met beperkte operationele capaciteit binnen verzekeringsmaatschappijen.

Om een indruk te geven van wat er op de markt verkrijgbaar is, besteden we hieronder kort aandacht aan enkele fraude-detectiesystemen.

**FRISS** is een bekend fraude- en risicobeheersingsysteem dat volgens de stoplichtmethode in het acceptatieproces checks op externe bronnen uitvoert. Groen staat daarbij voor een vlotte acceptatie, *(lees verder op pagina 15)*



# “Helaas zijn soms ook onze klanten oneerlijk”

**Op hun websites besteden verzekeraars standaard aandacht aan het onderwerp fraude. Naar aard en inhoud zijn er overeenkomsten, maar ook grote verschillen. Een bloemlezing.**

Dat fraude een probleem is, daarover doen verzekeraars niet geheimzinnig. Hoewel ARAG wel een relativerende kanttekening over fraude maakt: “Ooit was het een fluitje van een cent, maar nu niet meer. Verzekeraars treden hard op tegen fraudeurs.” Desalniettemin melden Reaal en Interpolis/Achmea op hun websites dat ‘een kleine groep klanten’ misbruik maakt van vertrouwen door fraude te plegen. “Helaas zijn soms ook onze klanten oneerlijk”, stelt Aegon onomwonden. Om er aan toe te voegen: “Gelukkig zijn dat er maar weinig.”

## Topprioriteit

Bijna alle verzekeraars melden op hun websites dat zij het belangrijk vinden om fraude te bestrijden en op die manier te voorkomen dat de premies stijgen. “Waarom zou jij betalen voor de fraude van een ander?” is de retorische vraag op de website van AllSecur. Duidelijk is dat de bestrijding van fraude een topprioriteit is. “In het belang van al onze eerlijke klanten”, aldus Delta Lloyd. Ook Allianz hecht belang aan wat het bedrijf een ‘uniform fraudebeleid’ noemt. In tegenstelling tot dochter AllSecur, blijft men daar echter vaag over. In de drie regels die Allianz aan het onderwerp fraude besteedt, meldt de maatschappij: “Dit betekent voor de behandeling van schaden dat er op elke afdeling een contactpersoon Speciale Zaken aanwezig is, die u kunt aanspreken bij – vermoedelijke – fraude.” Naast Allianz is ook ASR uiterst karig in de toelichting van het fraudebeleid op de website. Meerdere verzekeraars geven voorbeelden van oneerlijke praktijken die fraudeurs er op na houden. Aegon geeft zelfs een juridische verhandeling over wat ‘oneerlijk’ precies inhoudt, die helaas voor consumenten onbegrijpelijk is. Aegon ziet dat zelf ook in door te schrijven: “De uitleg hierboven is erg ingewikkeld. Om deze uitleg duidelijker te maken vindt u hieronder een aantal voorbeelden van fraude.” Waarna het bekende rijtje praktijkvoorbeelden volgt.

## Zero tolerance

Een aantal verzekeraars geeft inzicht in de wijze waarop zij fraude opsporen. AllSecur is daarin het duidelijkst door de werkzaamheden van hun experts te omschrijven. “Zij gaan op onderzoek uit naar de oorzaak van de schade door bijvoorbeeld buurtonderzoek te doen, maar ook onderzoek te

doen naar de relatie tussen twee partijen. Dit alles om bijvoorbeeld een opzetschade uit te sluiten.” De Goudse stelt, als dat voor het onderzoek nodig is, zelfs gebruik te maken van ‘(verborgen) camera’s’. Generali meldt: “Wij werken met computerprogramma’s die speciaal zijn ontwikkeld om fraude te herkennen. Daar zitten zogenoemde fraude-indicatoren in die een signaal geven als er mogelijk sprake is van fraude.” Die uitleg is weliswaar ietwat abstract, maar heel wat begrijpelijker dan de formulering die REAAL gebruikt: “De markt verzamelt schadehistorie en specifieke fraude-informatie in een marktbreed systeem (FISH), dat de opsporing van fraude beter mogelijk maakt.” Welke leek snapt dit? Naast informatie over de manier waarop het fraude aanpakt, besteedt Delta Lloyd als een van de weinige verzekeraars ook aandacht aan fraudepreventie. Een ‘risicoanalyse’ en een ‘gestructureerde controlecyclus’ zijn onderdeel van het fraudebeheersingsbeleid. Dat Delta Lloyd fraude nooit accepteert, zet men kracht bij door op de website de term ‘zero tolerance’ te gebruiken.

## Zwarte lijst

Als de fraude eenmaal is geconstateerd, kunnen ‘forse sancties’ (ARAG) natuurlijk niet uitblijven. Bijna alle verzekeraars geven op hun websites aan fraude te melden bij de stichting CIS. Aegon geeft fraudegevallen door aan ‘waarschuwingslijsten’ en legt ze vast in ‘ons incidentenregister’, vermoedelijk een variant op de ‘interne incidentenlijst’ die REAAL hanteert. ARAG stelt dat fraudeurs ‘minstens vijf jaar op een zwarte lijst’ komen te staan. Bij de meeste verzekeraars is daarnaast sprake van een ‘actief aangiftebeleid’, zoals Interpolis/Achmea dat noemt. “Welke maatregelen wij precies nemen, hangt af van de ernst en omvang van het fraudegeval”, stelt Nationale-Nederlanden. De maatschappij verwijst naar ‘het protocol van het Verbond van Verzekeraars’ dat bepaalt dat men onder andere rekening moet houden met de vraag: ‘Hoe groot is de inbreuk van het fraudegeval op maatschappelijke en bedrijfseconomische belangen?’ Waarschijnlijk maakt deze nogal formele benadering bij de consument minder indruk dan de ‘verhoogde pakkans’ waar ARAG het over heeft. “Alleen schijnt dat nog niet tot de consument door te dringen”, aldus de verzekeraar. “Men beseft nog niet dat een kleine leugen grote gevolgen kan hebben.” ARAG gebruikt stevige taal en schuwt ook een vermanend woord aan het adres van branchegenoten niet. “Natuurlijk werken sommige verzekeraars frauduleus gedrag in de hand”, stelt de maatschappij. “Bij een reisverzekering waarbij je geen aankoopbonnetjes hoeft aan te leveren, vraag je om moeilijkheden.”



oranje voor het verrichten van onderzoek en rood voor het niet aangaan van een verzekeringsovereenkomst.

**Nemesysco** maakt gebruik van *layered voice analysis*. Bij telefoongesprekken over claims en in het acceptatieproces is deze software in staat om emoties bij de verzekerde cliënt waar te nemen die er op duidt dat deze niet geheel de waarheid spreekt. Gericht doorvragen kan fraude in dergelijke situaties helpen voorkomen of opsporen.

**Detica** kan netwerken en relaties tussen personen en data in kaart brengen. Het gaat hier om een combinatie van *social* en *predictive analytics*. Met social analytics is het mogelijk om in korte tijd de (digitale) leefomgeving van een persoon in kaart te brengen. Predictive analytics maakt gebruik van actuele en historische data om via voorspellende modellen uitspraken te doen over bijvoorbeeld de kans op fraude.

**SAS**, voluit SAS Fraud Framework, biedt oplossingen voor het gehele proces van fraudebestrijding: van het opsporen tot het bestrijden en voorkomen van fraude binnen complexe bedrijfsomgevingen. De hybride detectie van dit systeem spoort met behulp van *business analytics software* afwijkingen van de norm op. Verder kan dit lerende systeem met netwerkanalyses mogelijke verbanden zichtbaar maken.

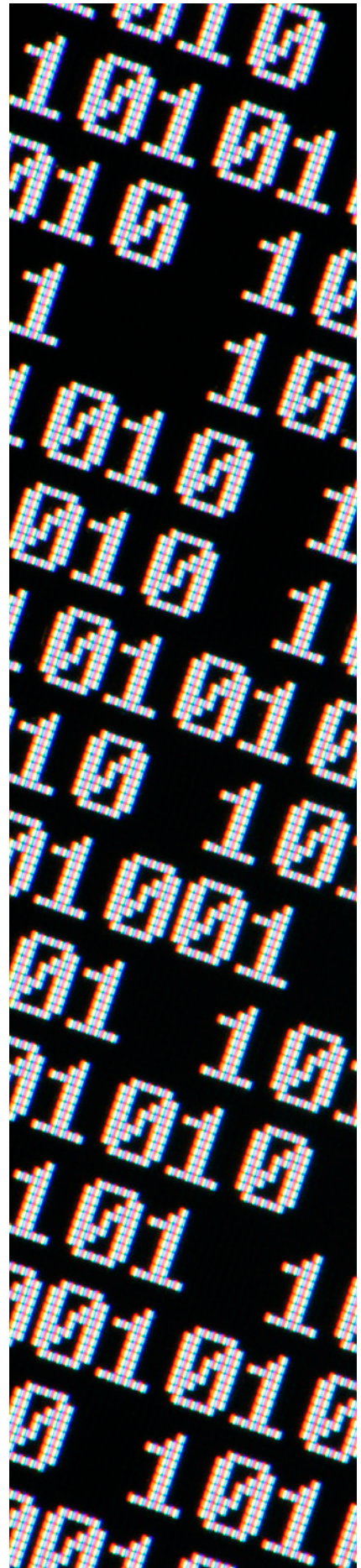
**Customer Self Service** analyseert het online gedrag van de consument om onregelmatigheden te ontdekken. Stel: een verzekeraar hanteert een bedrag van € 250 als bovengrens om schade automatisch uit te betalen. De klant vult eerst bij het schadebedrag € 220 in en krijgt de mededeling dat de schade direct wordt uitbetaald. Daarna vult de klant € 280 in en krijgt de melding dat de claim in behandeling wordt genomen en er contact zal worden opgenomen. Vervolgens vult de klant na nog wat proberen uiteindelijk € 249 in als schadebedrag. Er zijn systemen die dergelijke vormen van dubieus invulgedrag herkennen.

### 3. Fraudemanagement in de praktijk

Een relatief nieuw wapen in de strijd tegen fraude is fraudemanagement. De aanpak varieert van handmatige detectie tot omvangrijke, geautomatiseerde datachecks. Fraudemanagement draait om het elimineren van consumenten- en beroepsfraude uit verzekeringsportefeuilles. Daarmee wordt de schadelast voor verzekeraars gereduceerd, wat in theorie een premieverlaging voor verzekerden mogelijk maakt. De strategie van fraudemanagement richt zich op drie pijlers:

- Standaardisatie
- Vergroten schaalgrootte
- Medewerkerprofiel

Standaardisatie wordt bereikt door bij de systematische checks op fraude de gegevens met behulp van digitale formulieren in te voeren. Met schaalgrootte is men in staat om expertise te creëren en op die manier de verwerkingssnelheid te verhogen. Daarnaast maakt het werken op een centrale locatie de uitwisseling van kennis en ervaring mogelijk. Met behulp van bijscholing ontwikkelt men medewerkers



en worden zij uiteindelijk gediplomeerd fraudecoördinatoren. Deze opleiding wordt aangeboden door de Stichting Nederlands Instituut van Register Experts (NIVRE).

Fraudemanagement is in drie varianten beschikbaar: light, medium en heavy. De light-variant behelst een scan op verzekeringsdossiers. Dat kan gebeuren voorafgaand aan behandeling en uitkering, maar ook daarna. Hiervoor wordt doorgaans een fee per dossier in rekening gebracht. De scan resulteert in bepaalde hoeveelheid verdachte dossiers. Deze worden inclusief de van toepassing zijnde fraude-indicatoren aan de verzekeringsmaatschappij aangeboden of, volgens de medium-variant, in opdracht van de verzekeringsmaatschappij zelf in behandeling genomen. Dit kan volgens een uurtarief, maar ook op basis van no cure no pay. De heavy variant bestaat uit maatwerkoplossingen ten aanzien van de opsporing van fraude, onder andere met behulp van de inzet van geautomatiseerde systemen. Ook detachering van gekwalificeerde medewerkers om periodes van piekbelasting op te vangen, behoort tot de mogelijkheden.

Bij fraudemanagement worden vanzelfsprekend geautomatiseerde systemen gebruikt voor het detecteren van fraude. Door slimme algoritmes worden combinaties gemaakt die leiden tot de signalering van potentiële fraudes. Claims die als potentiële fraudezaken worden aangemerkt, worden automatisch apart gezet waardoor uitbetaling voorkomen wordt. Vaak zijn de kennisregels hard geprogrammeerd en in enkele gevallen kunnen zelf kennisregels toegevoegd worden. De medewerkers komen met aanvullende kennis(regels) om het vangnet verder aan te scherpen, waardoor de pakkans van fraudeurs vergroot wordt. Daarnaast is het mogelijk om door middel van query's specifieke selecties te maken. Hierdoor zal er een verschuiving van subjectieve beoordeling naar objectieve vaststelling ontstaan.

Naast deze systeemsigalering kunnen medewerkers die een claim behandelen met een fraude-indicatie, deze laten bekijken door een fraudecoördinator. Deze let met name op de aspecten bewijsbaarheid, gedrag en bedrag. Komt de fraudecoördinator tot de conclusie dat een zaak niet bewijsbaar is, dan vindt er geen nader onderzoek plaats. Het aspect gedrag omvat een systematische beoordeling van signalen die erop kunnen wijzen dat een claim verdacht is. Dat gebeurt door de medewerker aan de telefoon en uiteraard ook door de schade-expert. Men kijkt daarbij naar het verleden en de omstandigheden van de persoon die claimt. Bij het aspect bedrag gaat het om een afweging van kosten en baten. Heel veel mankracht besteden aan relatief kleine zaken is niet slim. Ruitschade is tientjeswerk, dus dat onderzoekt men in de regel niet. Tenzij er ineens opvallend veel ruitschades tegelijk zijn; dan is er mogelijk iets mis met de leverancier van de autoruiten.

## Vormen van fraudemanagement

Bedrijven die fraudemanagement als dienst aanbieden, doen dat in verschillende varianten. We onderscheiden er vier, die we hieronder kort toelichten.

### *Als project*

Verzekeraars die zelf niet aan fraudemanagement doen leveren, conform de in een projectovereenkomst vastgelegde afspraken, een afgebakende query aan met dossiers waarin fraude-





indicatoren aanwezig zijn. De dienstverlener op het gebied van fraudemanagement checkt deze stelselmatig (triage) en krijgt hiervoor een vergoeding per dossier. De dossiers, die na triage onderzoekwaardig zijn, worden door de dienstverlener behandeld en die krijgt daarvoor een vergoeding ter grootte van een bepaald percentage van het bespaarde bedrag. Indien het aantal dossiers boven een bepaald aantal komt krijgt de verzekeraar een refund op de triagekosten. Hierin kan eventueel een staffel zijn verwerkt.

#### *Als dienst*

Verzekeraars die het bestrijden van fraude weliswaar op de agenda hebben staan, maar niet groot genoeg zijn om fraudedetectie zelf goed te organiseren, kunnen ook bij externe dienstverleners terecht. De dossiers met fraude-indicatoren worden geautomatiseerd of handmatig aangeleverd, waarna ze stelselmatig worden gecheckt. De dienstverlener krijgt hiervoor een vergoeding per dossier. Als blijkt dat een dossier onderzoekwaardig is wordt het in behandeling genomen. Vanwege het continue karakter van de opdracht wijken de vergoedingen af van die van fraudemanagement als project.

#### *Opzetten afdeling*

Indien de verzekeraar geen fraudeafdeling heeft, maar er wel een wenst op te zetten, kan deze aankloppen bij een externe dienstverlener. In overleg worden afspraken gemaakt over de inzet van intern en extern personeel. De expertise van een ervaren projectmanager is doorgaans noodzakelijk om alles in goede banen te leiden. De medewerkers en de projectmanager verrichten hun werkzaamheden op basis van uurtarieven.

#### *Verbeteren afdeling*

Indien de verzekeraar beschikt over een fraudeafdeling maar de effectiviteit wenst te verhogen, kan de externe dienstverlener met behulp van een scan bepalen waar verbetermogelijkheden liggen. De uitkomsten ervan worden besproken met de verzekeraar, die kan besluiten dat de resultaten van de scan aanleiding geven tot een vervolgopdracht.



# Casus

## Een verdubbeling van de bespaarde schadelast in twee jaar tijd

Plein Verzekeringen\* is een middelgrote verzekeringsmaatschappij gevestigd in het midden van het land. Net als bij veel andere verzekeraars is schadelastreductie een belangrijk speerpunt voor deze verzekeraar. Om die reden doet de maatschappij regelmatig onderzoek naar fraude. Het management van

Plein Verzekeringen beschouwt de uitkomsten van de eigen steekproeven op het gebied van fraude als onvolledig en ontoereikend en besluit externe expertise in te huren. Plein Verzekeringen komt vervolgens in contact met Keizer Fraude Management, kortweg KFM, op basis van de aanbeveling van een

zakelijke relatie. Deze relatie geeft hoog op van de kennis en kunde van de medewerkers van KFM in combinatie met een transparant dienstenaanbod bij een aantrekkelijk (laag) kostenniveau. Waar het management van Plein Verzekeringen externe bemoeienis ten aanzien van fraude eerder nog als een risicofactor had ingeschat, besluit men nu om die bezwaren opzij te zetten en met KFM in zee te gaan.

### **Aanscherping fraudebeleid**

KFM krijgt van Plein Verzekeringen een vooraf afgesproken hoeveelheid van 5000 dossiers aangeleverd voor uitbetaling. Deze dossiers zijn door medewerkers van de verzekeraar niet aangemerkt als mogelijke fraudegevallen. De dossiers worden door de fraudecoördinatoren van KFM beoordeeld om te zien of er indicatoren aanwezig zijn die zouden kunnen wijzen op fraude. Deze handmatige detectie door KFM leidt tot de vaststelling dat met bijna 8% van de aangeleverde dossiers iets niet in de haak is. KFM doet de aanbeveling om deze dossiers aan nader onderzoek te onderwerpen om vast te stellen of inderdaad sprake is van fraude.

Tijdens de terugkoppeling en de aansluitende evaluatie geeft KFM een overzicht van fraude-indicatoren die de schadebehandelaars van Plein Verzekeringen over het hoofd hebben gezien. Mede op basis daarvan meent het management van Plein Verzekeringen dat een aanscherping van het fraudebeleid op zijn plaats is. De capaciteit van de eigen fraudeafdeling is echter niet berekend op het nader onderzoeken van honderden extra dossiers. KFM komt daarop met het voorstel om verdachte dossiers op basis van no cure no pay in behandeling te nemen. Het rekent daarvoor een fee ter grootte van een percentage van de bespaarde schadelast.

In het vervolgtraject wordt Plein Verzekeringen maandelijks op de hoogte gehouden van de voortgang en ontvangt de verzekeraar rapportages ten aanzien van de ontwikkelingen in de bespaarde schadelast. KFM is zowel via mail als per telefoon goed bereikbaar voor de medewerkers van Plein Verzekeringen en komt de voortgang van het project maandelijks op het kantoor van de verzekeraar toelichten. De

samenwerking met KFM bevalt zo goed dat het management van Plein Verzekeringen besluit deze uit te breiden.

### **Zelflerende module**

KFM maakt vervolgens een scan van de huidige situatie op het gebied van fraudebestrijding bij Plein Verzekeringen en een gapanalyse naar de gewenste situatie. Een belangrijke uitkomst is dat niet iedereen dezelfde stappen doorloopt in een dossier, waardoor fraude-indicatoren gemist worden. Door gestructureerd een dossier te doorlopen wordt de kans op het missen van fraude-indicatoren verkleind. Dit vraagt van medewerkers een andere manier van kijken naar een dossier en het hanteren van een gestructureerde vraagstructuur. Daarnaast is het huidige detectiesysteem verouderd en niet flexibel (het kan niet zelf indicatoren toevoegen/aanpassen en is niet zelflerend). Het bestaande systeem wordt daarom vervangen door een systeem met een zelflerende module. Plein Verzekeringen is daardoor beter in staat om mee te groeien met de vorderingen die fraudeurs in hun aanpak boeken. De medewerkers van Plein Verzekeringen die schades behandelen worden daarnaast bijgeschoold door de fraudecoördinatoren van KFM. Elk half jaar verzorgt KFM een bijscholingsworkshop over de laatste trends en ontwikkelingen op het gebied van beroeps- en consumentenfraude. Ten slotte zijn er voor situaties van piekbelasting afspraken gemaakt over aanvullende assistentie van KFM, zodat er geen dossiers onbehandeld blijven liggen.

Het resultaat van de samenwerking met KFM is dat de door Plein Verzekeringen bespaarde schadelast in twee jaar is verdubbeld van € 3 miljoen tot € 6 miljoen en het percentage frauduleuze claims groeit in de richting van het door het Verbond van Verzekeraars afgegeven percentage (10%). Omdat fraudedetectie een aanzienlijk prominentere plek heeft gekregen, is de verzekeraar nu veel beter in staat om de frauduleuze schades eruit te filteren.

*\* Plein Verzekeringen en Keizer Fraude Management (KFM) zijn gefingeerde namen.*





## Colofon

Dit whitepaper is geproduceerd in opdracht van inVentiv Group Nederland.  
Aan de totstandkoming werkten mee:

- Van der Lit Communicatie (tekst)
- ProBeeld (design)
- Op Maat Management (initiatiefnemer en casus)

### Contact

inVentiv Group Nederland  
Hogebrinkweg 17  
3871 KM Hoevelaken  
T + 31 (0)33 – 2580977  
[www.inventiv.nl](http://www.inventiv.nl)

© 2014, inVentiv Group

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd of openbaar worden gemaakt zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van inVentiv.

Verzögerungsstrategie

WHITTEPAPER