

## Fraudebestrijding in Nederland

# Gluren bij de (Noorder)buren

**Bij ons wordt verzekeringsfraude meer als een sport dan als een misdaad gezien. De sector is ook niet van plan om reclame te maken voor een meldpunt. Maar in Nederland denken ze daar anders over. Daar is het niet zo ongewoon dat mensen melding maken van de minder koosjere zaken die ze in hun omgeving opmerken.**

**O**m fraude op te sporen bewandelen overheid en verzekeraars in Nederland twee pistes. Ten eerste wordt de mensen gevraagd om fraude – al dan niet anoniem – te melden. Ten tweede wordt ook van de verzekeraars een inspanning verwacht. Dat doen sommige maatschappijen door te investeren in innovatieve geautomatiseerde detectiesystemen.

### MELDPUNT VERZEKERINGSFRAUDE

Sinds enkele jaren bestaat in Nederland het meldpunt verzekeringsfraude ([www.meldpuntverzekeringsfraude.nl](http://www.meldpuntverzekeringsfraude.nl)). De filosofie hierachter is dat fraude net zo oud is als het product verzekering zelf. Bovendien lijkt er een verband te bestaan tussen de toestand van de economie en het aantal fraudegevallen. Maar op dit moment wordt *nog lang niet alle fraude opgespoord*. Het meldpunt verzekeringsfraude moet de pakkans vergroten. Wie op de hoogte is van fraude, kan die hier melden. Anoniem, want angst voor een slechte reputatie (of zelfs represailles) *weerhoudt veel mensen ervan fraude te melden*, meent men bij onze Noorderburen.

Exacte cijfers bestaan er natuurlijk niet - want lang niet alle fraude wordt ontdekt - maar de Nederlandse verzekeraars gaan ervan uit dat in de particuliere markt bij één op de tien claims bij motorrijtuigen-, brand- en aansprakelijkheidsverzekeringen sprake is van fraude. Voor reis- en pleziervaartverzekeringen zou dat percentage

zelfs nog hoger liggen, respectievelijk 16 en 14 %. In totaal zou het bij alle verzekeringen samen om bijna één miljard euro gaan, waarbij fraude in het spel is. Meer dan de helft van de fraude in de particuliere markt moet worden toegerekend aan motorrijtuigenverzekeringen, in de zakelijke markt zijn brand- en motorrijtuigenverzekeringen het meest fraudegevoelig. Het aantal meldingen stijgt elk jaar (zie tabel).

Het meldpunt verzekeringsfraude wil die cijfers dus doen zakken. Dat doet het door mensen de mogelijkheid te bieden fraude anoniem te melden. Het systeem lijkt op zich goed, maar in de rubriek 'vragen' op de website vinden we wat misschien wel dé hamvraag van dat hele 'verklikingsgebeuren': "Waarom een verzekeringsfraudezaak melden?" Waarom zou iemand de moeite nemen om te 'klikken'? Wat is het voordeel dat de 'verklikker', afgezien van de burgerzin? Het meldpunt verzekeringsfraude verwoordt het als volgt: "Alle verzekeraars worden geconfronteerd met fraude bij acceptatie van verzekeringen en afhandeling van schadeclaims. Fraude met en rond verzekeringen verhoogt echter de premiedruk en is maatschappelijk niet aanvaardbaar. Verzekeringen zullen hierdoor alleen maar duurder worden." Het argument van de portemonnee dus. Vraag is alleen in hoeverre dit – en dan zeker bij ons – mensen over de streep kan trekken.

### AANTAL FRAUDEMELDINGEN IN BELANGRIJKSTE BRANCHES

	2003	%	2004	%	2005	%
Motorrijtuigen	323	22.0%	509	13.9%	1.124	33.3%
Zorg	290	19.8%	433	20.3%	618	18.3%
Brand	324	22.1%	361	16.9%	584	17.3%

Bron: Verbond van Verzekeraars

## MELD MISDAAD ANONIEM

Een andere Nederlandse website is die van Meld Misdaad Anoniem, kortweg *M.* ([www.meldmisdaadanoniem.nl](http://www.meldmisdaadanoniem.nl)). Via dit meldpunt kunnen mensen ernstige misdaad, fraudezaken en schendingen van de integriteit melden. Verzekeringsfraude hoort daar dus ook bij. En hoewel dit niet de meest voorkomende melding is – cannabisplantages maken veruit de hoofdmoot uit van wat via dit meldpunt binnenkomt – beweert *M.* dat het de verzekeraars vorig jaar toch bijna 2 miljoen euro heeft opgeleverd.

Een kwart van de meldingen die *M.* in 2008 heeft door-  
gesluisd naar verzekeraars ging over diefstallen en inbraken. Hiermee werden 103 diefstallen (inclusief diefstal van voertuigen) en 11 inbraken opgelost. In totaal stuurde *M.* 1.823 meldingen door, met een hoog rendement. Ruim een derde (34 %) van het totale aantal meldingen bleek bruikbaar en bijna drie kwart (74 %) werd in onderzoek genomen.

De *M.*-meldingen komen in eerste instantie terecht bij het Verbond van Verzekeraars, dat als een soort sluis naar de bedrijfstak fungeert. Het Verbond heeft uiteindelijk 529 meldingen in zijn incidentenregister opgenomen en deze op diverse manieren aan de verzekeringsmarkt doorgestuurd. Zo heeft zij aan 54 verzekeraars informatie ter beschikking gesteld, nadat deze kon worden gekoppeld aan een polis of claim. Uiteindelijk heeft dat geleid tot elf opgeloste zaken.

## EN DE VERZEKERAARS ZELF

Behalve de plichtsbewuste man in de straat dragen ook de Nederlandse verzekeraars hun steentje bij in de opsporing van frauduleuze claims. De meeste maken daarbij gebruik van het fraudedetectiesysteem van de firma **Friss Fraudebestrijding**. Geautomatiseerde *real time* fraudedetectie is een essentiële stap in het effectief en consequent bestrijden van verzekeringsfraude. Dit begint stilaan bij de Nederlandse verzekeraars door te dringen. Maar in de praktijk staat de ene er veel verder mee dan de andere. Eind oktober vorig jaar ging bijvoorbeeld Reaal Schaderegeling live met de online *real time* variant van het fraudedetectiesysteem van Friss Fraudebestrijding. Concreet betekent dit dat de schadebehandelaars van Reaal bij elke nieuwe schade meteen een fraudescore op hun scherm krijgen en dus heel snel kunnen bepalen of nader onderzoek nodig is.

## FRISS FRAUDEBESTRIJDING

**Friss Fraudebestrijding** is een innovatief Nederlands bedrijf en op dit moment marktleider op het gebied van effectieve fraudebestrijding. Friss heeft een fraudedetectiesysteem voor de financiële wereld ontwikkeld. Dit maakt het mogelijk voor organisaties (zoals verzekeringsmaatschappijen) om potentiële fraudeurs te herkennen en het afhandelingsproces te ondersteunen. Door het toepassen van een gebalanceerde set kennisregels en koppelingen met interne en externe bronnen,

## Achmea spoort bijna 40 miljoen euro aan fraude op

**F**raudebestrijdingsteams van Achmea hebben vorig jaar voor 39,5 miljoen euro aan fraude opgespoord. De afdeling Integrity, Prevention & Safety (IP&S) onderzocht circa 10.000 zaken. Bij twee derde daarvan werd de aanvrager geweigerd of de klant geroyeerd.

In 47 gevallen werd aangifte gedaan bij de politie. “Dat doen we alleen bij zaken met grote geldbedragen en bij zaken die het maatschappelijk belang raken”, vertelt Gerwin van Marskamp van IP&S. De meeste oplichters die door de fraudebestrijders van Achmea werden betrapt, claimden ten onrechte schade op hun inboedel- of autoverzekering. Het concern verwacht dat er, met de huidige economische crisis, dit jaar meer fraudeopgingen zullen worden ondernomen.

Nationale-Nederlanden meldde eerder vorig jaar dat het voor tien miljoen euro aan fraude had opgespoord en voor 22 miljoen euro aan verdachte claims onderzocht.

kunnen organisaties de pakkans met een factor vijf tot tien verhogen. De oplossing voor fraudebestrijding van Friss wordt sinds eind vorig jaar gekoppeld aan de consumentendatabank van Experian, wereldwijd marktleider op gebied van analyses en informatievoorziening aan organisaties en consumenten. Verzekeraars krijgen hiermee toegang tot één van de meest uitgebreide instrumenten voor fraudebeheersing en risicomangement in Europa en de grootste consumentendatabank van Nederland. Het komt er nu alleen nog op aan om alle verzekeraars ervan te overtuigen om met dit systeem te werken. De aanpak van de maatschappijen onderling verschilt sterk, vooral het verschil tussen kleinere spelers en de grote multinationals is enorm.

## EN HOE DOET BELGIË HET?

Bij ons komen anonieme klachten ofwel terecht bij de verzekeringsmaatschappij, ofwel bij Assuralia. Meestal gebeurt zo'n klacht via een telefoontje of een brief, af en toe ook via e-mail.

Bij de verzekeringsondernemingen zal dan de afdeling die verantwoordelijk is voor de binnenkomende post of het onthaal de brieven of telefoontjes doorsturen naar

→

## Nederlandse verzekeraars halen miljoenen euro fraudegeld terug

**D**e vier grootste zorgverzekeraars van Nederland hebben het afgelopen jaar zeker 6 miljoen euro aan fraudegeld opgespoord en teruggehaald bij verzekerden en zorgverleners. Het gaat om Achmea (4 miljoen euro), Menzis (400.000 euro), Uvit (700.000 euro) en CZ (1 miljoen euro). Bij Achmea (3,5 miljoen klanten en daarmee de grootste zorgverzekeraar) gaat het om een toename van 700.000 euro.

Zorgverzekeraars Nederland rekende uit dat er in 2007 voor 8 miljoen euro aan fraude werd opgespoord. Verwacht wordt dat over 2008 eenzelfde bedrag wordt gehaald. Sinds verzekeraars meer tijd en mankracht

investeren in het opsporen van oplichting, neemt het aantal zaken toe. Bovendien is het niet uitgesloten dat de fraude die de verzekeraars nu ontdekken maar het topje van de ijsberg is.

Volgens Achmea liet vooral het persoonsgebonden budget (pgb) een toename van fraude zien. "Door de constructie van wet- en regelgeving is het lastig om misbruik van pgb's aan te tonen," laat het bedrijf weten. Zorgverleners zorgden bij Achmea voor 70 % van de fraudeschade. Zo liepen in 2008 bijvoorbeeld vijftien vrouwen in Iran tegen een taxideur om nadien een neuscorrectie te kunnen laten uitvoeren.

→ de fraudecel of – als die er niet is – naar de afdeling schade. Bij Assuralia gaan fraudemeldingen naar de sectorcoördinator voor de strijd tegen verzekeringsfraude. Iemand van de cel Fraude analyseert dan de ontvangen documenten of beantwoordt de telefoontjes. Daarbij moet hij rekening houden met een aantal regels: aandachtig luisteren of lezen, het contact onderhouden, informatie verzamelen die relevant is voor de verzekeraar en nagaan of de klacht steunt op een verzekerde persoon of betrekking heeft op een schade die werd aangegeven aan de verzekeraar. De anti-fraudecoördinator van Assuralia doet dan al het nodige om informatie te verzamelen en om de verzekeraar te identificeren.

Als de klacht een verzekeringsonderneming betreft, wordt een seintje gegeven aan de beheerder van de contracten of aan de schadebeheerder. Die laatste zal de

gegevens opnieuw analyseren en beslissen of de maatschappij al dan niet actie zal ondernemen. Deze actie kan verschillende vormen aannemen: bijkomende informatie vragen aan de klant, het aanstellen van een inspecteur, een onderzoek naar de omstandigheden instellen, en dit altijd in samenwerking met de anti-fraudecel of de persoon die hiervoor verantwoordelijk is bij de verzekeraar.

Als de anti-fraudecoördinator van Assuralia de verzekeraar heeft kunnen identificeren, geeft hij de informatie door aan de contactpersoon voor fraude die hij bij die verzekeraar heeft. Als de verzekeraar niet kan worden geïdentificeerd, worden geen verder acties ondernomen.

Liesbet Corthout

**JIJ KENT DE DADER,  
MAAR DE DADER  
KENT JOU OOK?  
MELD MISDAAD  
ANONIEM**

Heb je informatie over crimineel gedrag en fraude,  
maar durf je geen aangifte te doen?  
Dan biedt M. een veilig alternatief.

**BEL M. 0800-7000**  
[www.meldmisdaad.nl](http://www.meldmisdaad.nl)