

Gedragsregels voor klachtenmanagement in de verzekeringsondernemingen

I. TOELICHTING

Verzekeringsondernemingen dragen de klantvriendelijkheid hoog in het vaandel. Klachten zijn in deze context kansen om de kwaliteit van de dienstverlening, procedures en producten continu aan te scherpen.

In 2002 zagen "aanbevelingen voor het klachtenonthaal in de ondernemingen" het daglicht naar aanleiding van de conclusies van onderzoek op het terrein door Assuralia, de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen.

In de lente van 2007 heeft de Commissie Communicatie en Informatie van Assuralia, een werkgroep klachtenmanagement, met vertegenwoordigers van een twintigtal verzekeringsondernemingen een tweeledige opdracht gegeven:

- de bestaande aanbevelingen actualiseren en omvormen tot gedragsregels ten overstaan van de consument;*
- een sterke impuls geven aan alle verzekeringsondernemingen om het klachtenonthaal verder te professionaliseren.*

Het resultaat is het hierna volgende document "gedragsregels voor klachtenmanagement in de verzekeringssector". Deze regels werden door de Directieraad van Assuralia aangenomen op 14 januari 2008.

De regels gelden voor de toetredende ondernemingen en zijn zodanig opgesteld dat ze kunnen worden toegepast door alle verzekeringsondernemingen, ongeacht hun distributiekanaal.

De gedragsregels voor klachtenmanagement mikken op een snelle en kwaliteitsvolle behandeling van de grieven van de consumenten; ze zullen ook de samenwerking tussen de klachtendiensten in de ondernemingen en de "Ombudsdienst van de verzekeringen" nog verstevigen. Deze dienst is - sinds

het stopzetten van de klachtendienst bij de CBFA - het centrale klachtenloket voor verzekeringen.

Volledigheidshalve verwijzen we ook naar het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO) dat bevoegd is voor klachten over de schadevergoeding in arbeidsongevallen. De Ombudsman van de verzekeringen en de klachtendiensten in de ondernemingen zijn wel bevoegd voor klachten met betrekking tot de arbeidsongevallenpolis.

Dankzij de professionalisering van de klachtenopvang en naarmate de klachtendiensten binnen de ondernemingen beter gekend zijn kan de Ombudsdienst van de verzekeringen (www.ombudsman.as) geleidelijk evolueren naar een beroepsinstantie waarbij men terecht kan wanneer de verzekerde geen vrede kan nemen met het antwoord van de verzekeraar op zijn klacht.

De gedragsregels beogen vooral een vlotte communicatie tussen verzekeraars en verzekerden, wanneer deze laatste nood hebben aan een bijkomende uitleg, een tweede opinie over hun dossier, een objectief onderzoek van hun klacht volgens het 4-ogenprincipe.

Het engagement van de verzekeringssector om een degelijke en snelle klachtenopvang te organiseren zal de bescherming van de consument nog versterken en komt het imago van de verzekering bij de consument ten goede.

Klachtenpreventie: belang van de opvang in eerste lijn

De hierna volgende gedragsregels kunnen niet los worden gezien van alle andere inspanningen die de ondernemingen en de tussenpersonen dagelijks leveren om hun klanten tevreden te stellen.

Van bij het eerste signaal van ontevredenheid moet de klant de nodige aandacht krijgen. Tussenpersoon, beheerder of andere contactpersoon in de onderneming zorgen voor de eerste opvang hiervan en trachten die ontevredenheid weg te nemen met de gepaste woorden of daden.

II. GEDRAGSREGELS KLACHTENMANAGEMENT

1. Externe GEDRAGSREGELS TEN OVERSTAAN VAN DE CONSUMENT
2. Interne GEDRAGSREGELS TEN OVERSTAAN VAN DE ONDERNEMING:
RICHTLIJNEN VOOR EEN EFFICIENT KLACHTENMANAGEMENT

1. GEDRAGSREGELS TEN OVERSTAAN VAN DE CONSUMENT

1.1. Waar kan u met een klacht terecht?

Elke verzekeringsonderneming* vermeldt op de website en in de algemene voorwaarden of in het verzekeringsvoorstel**:

- waar u terecht kan om een klacht in te dienen met het bijbehorende adres of emailadres,

en in de algemene voorwaarden altijd ook:

- adres en webstek van de "Ombudsman van de verzekeringen" (de Meeûsquare 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as)

* Wanneer een klacht de prestaties van een verzekeringstussenpersoon betreft, kan u ook terecht bij de Ombudsman van de verzekeringen.

** De vermelding waar de consument terecht kan met een klacht wordt gerealiseerd bij de eerstvolgende aanpassing van de betrokken documenten.

1.2. Antwoordtermijn

Elke klacht gericht aan de onderneming verdient een snel antwoord. Bij schriftelijke klachten (cfr. 1.1.) gelden volgende termijnen:

- de verzekeringsonderneming verstuurt binnen de 3 werkdagen een ontvangstmelding met een korte uitleg over het verdere verloop van de procedure; tenzij een antwoord ten gronde wordt gegeven binnen de week;
- de verzekeringsonderneming streeft ernaar om binnen de 2 weken een antwoord op de klacht te versturen;
- de verzekeringsonderneming waarborgt u een definitief antwoord binnen de maand;
indien dit niet mogelijk is, dient de niet-naleving van deze termijn gemotiveerd te worden, met een indicatie van de termijn waarbinnen een definitief antwoord mag verwacht worden.

1.3. Als u het oneens blijft

Wanneer u aangeeft dat u het oneens is met het definitieve antwoord van een onderneming op uw klacht, meldt de verzekeraar dat u contact kan opnemen met de Ombudsman van de verzekeringen.

[1.4. Klachten

De consument richt iedere klacht betreffende de correcte toepassing door de verzekeringsonderneming van deze gedragscode aan de klachtendienst van de betrokken verzekeringsonderneming. Als het door deze dienst gegeven antwoord niet bevredigend is voor de consument, dan kan hij

vervolgens met zijn klacht terecht bij de Ombudsman van de verzekeringen via www.ombudsman.as.]¹

2. GEDRAGSREGELS TEN OVERSTAAN VAN DE ONDERNEMING: RICHTLIJNEN VOOR EEN EFFICIENT KLACHTENMANAGEMENT

2.1. Herkenning van een klacht

De verzekeringsondernemingen hanteren volgende definitie van een klacht : “elke uiting van ontevredenheid - met betrekking tot de verzekeringsactiviteiten van de onderneming - waarop impliciet of expliciet een antwoord wordt verwacht”, conform het door de sector opgestelde document ‘herkenning van klachten’ (*zie Bijvoegsel 1*), dat integraal deel uitmaakt van onderhavige gedragsregels.

Alle personen die regelmatig in contact komen met consumenten hanteren dit document. Het laat toe een klacht zo snel mogelijk te herkennen en de vigerende klachtenprocedure te volgen, met respect van bovenstaande gedragsregels ten overstaan van de consument.

2.2. Opleiding

De verzekeringsondernemingen voorzien in hun opleidingspakket voor alle medewerkers die regelmatig contact hebben met de consumenten een cursus communicatievaardigheden of omgaan met klanten.

De ondernemingen integreren in hun opleidingspakket ook vorming rond de herkenning en behandeling van klachten.

¹ Ingelast op 14 september 2015 door de Raad van bestuur van Assuralia.

2.3. Rapportering & communicatie

> Ten overstaan van de bedrijfsleiding:

de klachtenverantwoordelijke rapporteert periodiek aan de directie van de onderneming -- minimum 1 keer per jaar.

> Ten overstaan van het personeel van de verzekeringsonderneming:

de klachtenverantwoordelijke (of de dienst interne communicatie) verspreidt periodiek een analyse van de klachtenstroom, de tendensen of nieuws over de hieruit voortvloeiende acties, bv. via huismagazine, intranet, personeelsnota of ondernemingsraad -- minimum 1 keer per jaar.

Registratie van klachten en statistiek

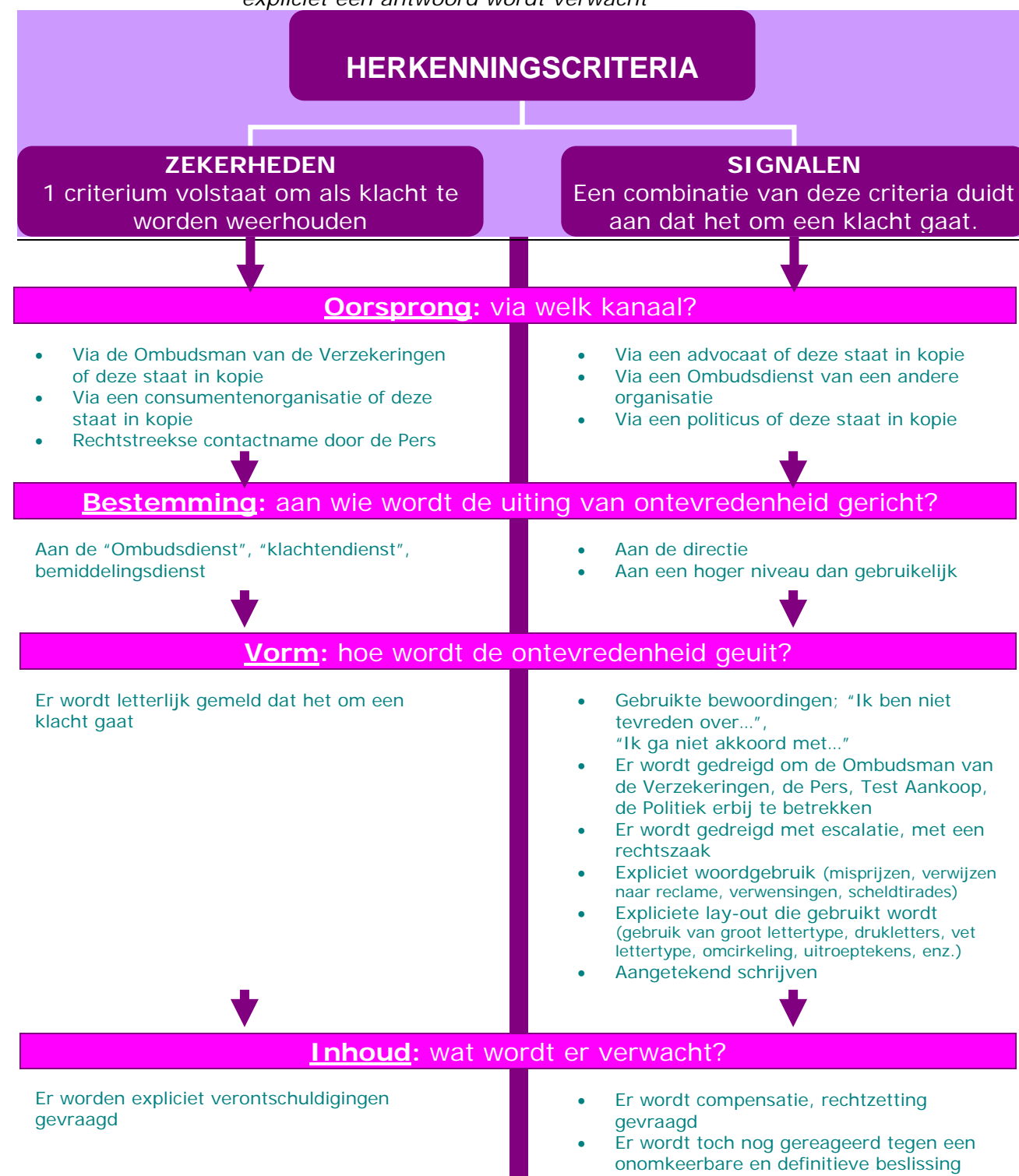
Elke onderneming voorziet in een registratiesysteem en dit ten minste voor de klachten behandeld door de klachtendienst of klachtenverantwoordelijke van de onderneming; met als doelstelling te kunnen beschikken over statistieken – als streefdatum geldt januari 2009.

Een registratiesysteem is een basisvereiste in het moderne klachtenmanagement; het moet de klachtenverantwoordelijke toelaten rapporten op te stellen en beleidssuggesties te formuleren met het oog op het continu verbeteren van de klanttevredenheid.

Herkenning van KLACHTEN

Assuralia - werkgroep klachten

Definitie klacht: "Elke uiting van ontevredenheid – met betrekking tot de verzekeringsactiviteiten van een onderneming - waarop impliciet of expliciet een antwoord wordt verwacht"



OPMERKING

Indien het ongenoegen wordt geuit binnen de "normale" beheersprocedure van een contract of dossier, dan betreft het geen klacht, tenzij er criteria in de vorm van 'zekerheden' voorkomen.

Bijvoorbeeld:

- a) Ongenoegen over schadebegroting indien de mogelijkheid van tegenexpertise nog openstaat,
- b) Ongenoegen over medische besluiten van de raadsdokter indien de mogelijkheid tot minnelijke medische expertise nog openstaat.