

1 februari 2011

# CONVENANT AANPAK VERZEKERINGSFRAUDE

VERBOD VAN VERZEKERINGSFRAUDE



Zorgverzekeraars Nederland

OPENBAAR  
MINISTERIE



POLITIE



## **De ondergetekenden:**

Het Verbond van Verzekeraars  
Zorgverzekeraars Nederland  
Het College van Procureurs-Generaal  
De Raad van Korpschefs

hierna aan te duiden als: de convenantpartners

## **In aanmerking nemende:**

- a) dat verzekeringsfraude wordt aangemerkt als een ernstige inbreuk op de rechtsorde en dat zij veelal leidt tot hoge kosten, zowel mogelijke maatschappelijke kosten (te weten de kosten verbonden aan de inzet van hulp- en opsporingsdiensten) als particuliere (in de vorm van onkosten die de afwikkeling van fraude met zich meebrengt aan de zijde van verzekeraars en de daaruit voortvloeiende premiedruk op verzekeringnemers);
- b) dat bepaalde vormen van verzekeringsfraude, zoals brandstichting met frauduleus oogmerk, daarnaast een aanmerkelijk gevaar voor de veiligheid van mens en goed opleveren;
- c) dat verzekeringsfraude in verband kan staan met andere gepleegde vormen van (georganiseerde) criminaliteit;
- d) dat het daarom een zwaarwegend algemeen belang is verzekeringsfraude te bestrijden, waar mogelijk te voorkomen en daarmee ook andere vormen van (georganiseerde) criminaliteit tegen te houden;
- e) dat dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van zowel private als publieke partijen;

**Komen overeen de samenwerking in de aanpak van verzekeringsfraude te versterken en leggen daartoe de hierna beschreven afspraken vast.**

## **Aanleiding**

Verzekeringsfraude brengt grote financiële schade toe aan de verzekeringsmaatschappijen en tast tevens de integriteit van het economisch verkeer aan. Op jaarbasis keren schadeverzekeraars ongeveer € 900 miljoen onterecht uit als gevolg van frauduleuze handelingen. Dit is ongeveer 15% op het totale schadebedrag van € 6 miljard. Ongeveer 10% van de schadeclaims kan als frauduleus worden aangemerkt. De zorgverzekeraars hebben door een effectief controle- en fraudebeleid in 2009 in totaal € 184,5 miljoen bespaard. Dit bedrag omvat € 177 miljoen euro aan onterechte declaraties en € 7,5 miljoen aan declaraties die opzettelijk onjuist zijn ingediend (fraude).

Gelet op de omvang van de financiële schade, het met fraude gepaard gaande misbruik van publieke gelden, en ter bescherming van de integriteit van het economisch verkeer en het solidariteitsfundament van het verzekeringsstelsel, is een krachtige bestrijding van verzekeringsfraude door zowel de branche als de overheid vereist.

Zoals het ministerie van Veiligheid en Justitie in het beleidsprogramma "Veiligheid begint bij voorkomen" (2007) heeft geformuleerd is preventie het centrale uitgangspunt van de fraudeaanpak: belanghebbenden kunnen en moeten zélf de nodige maatregelen nemen om de kans op het plegen van fraude te verkleinen. Waar preventie alleen niet voldoende is, volgt een gedifferentieerde aanpak: een snelle en lichte correctie als het gaat om incidentele fraude, snelle en stevige strafrechtelijke handhaving in gevallen van stelselmatige of planmatige fraude.

Zowel het Verbond van Verzekeraars als Zorgverzekeraars Nederland hebben vanaf het begin van deze eeuw de aanpak van fraude en het hebben van een daarop gerichte fraudebeheersingsstructuur bij hun leden als speerpunt in hun beleid opgenomen. Beide brancheorganisaties hebben hiertoe een meerjarig Verbeterprogramma/-plan Aanpak Fraude in gang gezet.

Het beleidsprogramma "Veiligheid begint bij voorkomen" heeft geleid tot intensiveringprogramma's bij de politie en het Openbaar Ministerie voor de bestrijding van financieel-economische criminaliteit, onder meer ter versterking van de opsporing en vervolging van fraude.

Het Nationaal Platform Criminaliteitsbeheersing, waarin enkele van de convenantpartijen participeren, heeft in het eerste en derde Actieplan Veilig Ondernemen het belang benadrukt van publiek-private samenwerking bij de detectie en bestrijding van fraude. Het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Openbaar Ministerie en de politie hebben behoefte de al bestaande ketensamenwerking in de bestrijding van verzekeringsfraude verder uit te bouwen en in een convenant vast te leggen.

## **Doelstelling**

Dit convenant heeft tot doel het versterken van de samenwerking tussen het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Openbaar Ministerie en de politie, teneinde verzekeringsfraude terug te dringen. De convenantpartners willen dit doel bereiken door:

1. beter zicht te krijgen op verzekeringsfraude;
2. te komen tot een integrale, programmatische aanpak, bestaande uit preventie, detectie, civielrechtelijke en strafrechtelijke afhandeling;
3. het proces van meldingen, aangiftes en strafrechtelijke afdoening te stroomlijnen.

Hiertoe leggen het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Openbaar Ministerie en de Politie de hierna volgende afspraken vast. De convenantpartners verplichten zich tot elkaar om de in dit convenant neergelegde rechten en verplichtingen, met inachtneming van de doelstelling van dit convenant en met behoud van ieders eigen verantwoordelijkheden en alle geldende wettelijke bepalingen, naar vermogen uit te voeren en na te leven. De verplichtingen die het Openbaar Ministerie en de Politie in dit convenant aangaan gelden uitsluitend ten aanzien van die leden van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland die zich committeren aan de afspraken in dit convenant.

Een aantal van deze afspraken is beschreven in de vorm van uit te voeren acties. Al deze acties samen zullen in een projectstructuur worden uitgevoerd.

Dit convenant ziet op verzekeringsfraude in brede zin, dus inclusief fraude met betrekking tot zorgverzekeringen. Voor een integrale aanpak van zorgfraude is echter de betrokkenheid van meer partijen nodig. Daartoe is reeds overleg gaande, onder voorzitterschap van het ministerie van VWS, met deelname van het ministerie van Justitie, Openbaar Ministerie, FIOD, SIOD, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, De Nederlandsche Bank, het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland. In dit verband zal Zorgverzekeraars Nederland nog nadere afspraken maken met de Nederlandse Zorgautoriteit over onder meer de doorgifte van meldingen aangaande fraude gepleegd door zorgaanbieders. Voor zover al samenwerkingsverbanden bestaan (zoals de tripartiete overleggen tussen het Openbaar Ministerie, toezichthouders en bijzondere opsporingsdiensten) wordt hierbij aangesloten.

## **Definitie**

Fraude is een meer fenomenologisch dan juridisch begrip. Onder verzekeringsfraude wordt in het kader van dit convenant verstaan: het bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst opzettelijk geven van een onjuiste voorstelling van zaken met als doel het onrechtmatig verkrijgen van een verzekeringsdekking of een –uitkering c.q. service.

Voor strafrechtelijke afdoening zal per definitie sprake moeten zijn van een strafbaar gestelde gedraging. In het kader van verzekeringsfraude gaat het daarbij vooral om valsheid in geschrifte (art. 225 WvSr), (poging tot) oplichting (art. 326 WvSr) en verzekeringsbedrog (art. 327 WvSr).

Er bestaat een veelheid aan verzekeringsproducten, zoals aansprakelijkheidsverzekeringen, zorgverzekeringen, brandverzekeringen, rechtsbijstandverzekeringen, reisverzekeringen, transportverzekeringen,

motorrijtuigenverzekeringen. Fraude kan zich bij elk verzekeringsproduct voordoen; de modus operandi is deels afhankelijk van het product.

Naast het onderscheid in verzekeringsproducten kan verzekeringsfraude in vier groepen fraudeurs worden onderverdeeld:

1. fraude door consumenten (verzekerde, verzekeringnemer, tegenpartij en begunstigde);
2. fraude door of met behulp van een intermediair;
3. fraude door dienstverleners (zoals herstelbedrijven, leveranciers van hulpmiddelen, zorgaanbieders, bemiddelingsbureaus PGB);
4. fraude door de eigen medewerkers van de verzekeraar (interne fraude), voor zover betrekking hebbend op verzekeringsproducten.

Bij met name de door de eerste drie groepen fraudeurs gepleegde fraudes kunnen onder meer de volgende verschijningsvormen worden onderscheiden:

- majoreren: meer claimen dan daadwerkelijk aan schade geleden is of waar recht op is;
- fingeren: het doen voorkomen dat schade geleden is of er een recht op uitkering is, of het zodanig verdraaien van de feiten dat de claim onder de dekking van de polis valt;
- ensceneren: het opzettelijk veroorzaken van het onzekere voorval dat onder de dekking valt;
- opzettelijk niet voldoen aan de mededelingsplicht bij het afsluiten van een verzekering (verstrekken van onvolledige of verkeerde informatie).

## **Project 1: Preventie en civielrechtelijke afdoening**

### *Preventie*

In de aanpak van fraude staat preventie voorop. Bij preventie door verzekeraars gaat het om niet-fraudegevoelige producten in de markt te zetten en het uitvoeren van verantwoorde controles op de rechtmatigheid van ingediende claims.

De aanpak van verzekeringsfraude in de bedrijfstak is gebaseerd op het Verbeterprogramma Aanpak Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars. Dit programma is gericht op de aanpak van fraude bij:

- schadeverzekeringen;
- levensverzekeringen;
- arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
- kredietverzekeringen.

Het Deltaplan Aanpak Fraude bij Schadeverzekeringen (2006) is ook een belangrijke basis voor de aanpak in de andere branches.

De aanpak richt zich op:

- versterking sturing en borging van fraudebeheersing;
- versterking fraudepreventie en afschrikking;
- verbetering processen van risicoanalyse, detectie en afdoening;
- verbetering bewijsbaarheid;
- versterking imago en relatie tussen verzekeraars/bedrijfstak en samenleving.

Voor zorgverzekeraars heeft Zorgverzekeraars Nederland de visie 'Fraudebeheersing in de zorgverzekeringsbranche' ontwikkeld. Centraal uitgangspunt van de visie is dat de fraudebeheersing integraal moet worden aangepakt; zowel bij de zorgverzekeraars zelf als bij andere partijen in de zorgsector. Voor deze integrale aanpak heeft Zorgverzekeraars Nederland met haar leden verschillende instrumenten ontwikkeld en projecten in gang gezet. Voorbeelden hiervan zijn het 'Masterplan Fraudebeheersing Zorgverzekeraars' voor een interne integrale aanpak en het project 'Zorgbrede Fraudebeheersing' voor een integrale aanpak in de zorgsector als geheel.

*Actie 1: Het Verbond van Verzekeraars toetst d.m.v. haar Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) periodiek de mate van implementatie bij de leden van de aangegeven minimum fraudebeheersingsstructuur. Zorgverzekeraars Nederland inventariseert jaarlijks het fraudebeheersingsbeleid van de zorgverzekeraars, inclusief de door hen genomen maatregelen en resultaten daarvan.*

*Actie 2: Het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland richten ieder een gespecialiseerd Kenniscentrum Fraudebeheersing in en delen kennis onderling en met de politie en het Openbaar Ministerie.*

*Actie 3: Het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland nemen maatregelen om het bewustzijn in de bedrijfstak van de noodzaak tot actieve fraudebeheersing te vergroten.*

*Actie 4: Het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland attenderen verzekeraars in voorkomende gevallen op de fraudegevoeligheid van verzekeringsproducten en/of wet- en regelgeving die van invloed is op de verzekering.*

*Actie 5: Het Verbond van Verzekeraars zal bij zijn leden onder de aandacht brengen dat het van belang is, alvorens een claim wordt uitgekeerd, verzekerden expliciet te wijzen op het feit dat frauduleus handelen strafbaar is en gevolgen zal hebben. De verzekerde dient (eventueel digitaal) bij het indienen van de claim te verklaren dat deze rechtmatig is. (Bij zorgverzekeringen wordt slechts een fractie van de nota's rechtstreeks door de verzekerde ingediend. Het door een zorgaanbieder in rekening brengen van een onjuiste nota is in de Wet Marktordening Gezondheidszorg*

*als economisch delict aangemerkt. Verondersteld mag worden dat zorgaanbieders bekend zijn met de strafbaarheid.)*

*Actie 6: Het Verbond van Verzekeraars zal onderzoek verrichten naar de wijze waarop verzekeraars controle op de rechtmatigheid uitvoeren en op basis daarvan algemene handreikingen doen om deze te verbeteren. Daarbij gaat het onder meer om het opvragen van bewijsstukken en het uitvoeren van een schouw ter plaatse.*

*(Ten aanzien van de zorgverzekeraars verricht de Nederlandse Zorgautoriteit al dergelijk onderzoek.)*

### *Civielrechtelijke afdoening*

Verzekeraars zijn primair zelf verantwoordelijk voor de (civielrechtelijke) afhandeling van de verzekeringsfraude. Dit houdt onder meer in de terugvordering van ten onrechte al gedane uitkeringen, door middel van het instellen van een civielrechtelijke procedure. Voorts bestaat bij het aanbrengen van een strafzaak bij de rechter de mogelijkheid voor de verzekeraar zich in het strafproces te voegen als direct benadeelde partij. Uit de jurisprudentie kan worden opgemaakt dat de strafrechter zich daarbij beperkt tot die gevallen waarin de schade eenvoudig kan worden vastgesteld. Indien dat niet het geval is en de rechter de vordering niet-ontvankelijk verklaart, staat alsnog de civielrechtelijke weg open.

Andere civielrechtelijke instrumenten die verzekeraars ter beschikking staan zijn het plaatsen van de verzekerde op een interne waarschuwingslijst van de betreffende verzekeraar of op de externe waarschuwingslijst van de gezamenlijke verzekeraars en hun volmachten, of het royement van de verzekerde. In het kader van de integriteit Verzekeringsbedrijf heeft het Verbond hier beleid op vastgelegd ("Belangenafweging bij Externe Registraties") met instemming van het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) en het College Bescherming Persoonsgegevens. Zorgverzekeraars hanteren het door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde 'Sanctiebeleid - maatregelen bij geconstateerde fraude'. Dit wordt als model gebruikt bij het vaststellen van gepaste sancties en/of maatregelen in geval van een vastgestelde fraude.

## **Project 2: Detectie**

Het tijdig detecteren van frauduleuze claims is van groot belang om onterechte uitbetaling te voorkomen.

*Actie 7: Verzekeraars wisselen structureel onderling, via het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) en/of het coördinatiepunt van Zorgverzekeraars Nederland, informatie uit over claims en uitkeringen van*

*verzekeringen. Door het CBV en Zorgverzekeraars Nederland zullen analyses worden uitgevoerd gericht op het constateren van afwijkingen in claimgedrag in het algemeen, van personen of in relatie tot personen, objecten, goederen of anderszins waar de claims betrekking op hebben.*

Indien schade is geclaimd na een voorval waarbij de politie ter plekke is geweest of ingeval van een misdrijf strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, wordt tussen de politie, in het kader van art. 20 Wet Politiegegevens, en de betreffende verzekeraar informatie uitgewisseld ten behoeve van waarheidsvinding, detectie en opvolging van mogelijke verzekeringsfraude.

*Actie 8: Het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, de Raad van Korpschefs en het College van procureurs-generaal zullen een modelconvenant informatie-uitwisseling ter bestrijding van verzekeringsfraude opstellen en bevorderen dat dit op korte termijn in elke politieregio wordt gesloten. De Raad van Korpschefs zal daartoe het Korpsbeheerdersberaad positief adviseren.*

Op de verstrekking van strafvorderlijke gegevens door het Openbaar Ministerie aan een verzekeraar is de *Aanwijzing verstrekking van strafvorderlijke gegevens voor buiten de strafrechtspleging gelegen doeleinden* van toepassing.



## Project 3: Strafrechtelijke afdoening

### *Zware fraudegevallen*

Naast civielrechtelijke afdoening is strafrechtelijk optreden in beginsel\* aangewezen in geval van ernstige vormen van verzekeringsfraude. Deze kenmerken zich onder andere door:

- samenloop van fraude (oplichting, valsheid in geschrifte) met andere, ernstige strafbare feiten (bijv. doodslag of brandstichting);
- gepleegd in georganiseerd verband;
- stelselmatigheid (recidive binnen een bepaalde periode);
- omvang (hoog fraudebedrag c.q. wederrechtelijk verkregen voordeel in relatie tot het verzekeringsproduct);
- voorbeeldfunctie dader;
- misbruik van kwetsbare slachtoffers (bijv. zorgfraude mede ten nadele van patiënten).

### *Lichte fraudegevallen*

Lichte fraudegevallen worden primair door de verzekeraars civielrechtelijk afgehandeld. Echter, ook hier is het van belang om in aanvulling op, en ter ondersteuning van preventieve maatregelen en civielrechtelijke procedures een krachtig signaal aan de samenleving af te geven dat fraude niet getolereerd wordt. Door jaarlijks een beperkt aantal lichte zaken, waarvan een deel rond een specifiek thema, strafrechtelijk aan te pakken en daar ook de nodige publiciteit aan te geven wordt een generieke normbevestiging en fraude-afschrikkende werking beoogd. Dit type zaken zal zo veel mogelijk in het kader van de Wet OM-afdoening worden afgehandeld.

*Actie 9: De convenantpartners maken op basis van het te ontwikkelen verzekeringsfraudebeeld afspraken over inspanningsverplichtingen met betrekking tot het aantal strafrechtelijk af te handelen zware en lichte zaken, alsmede het percentage daarvan voor de thematische aanpak. De strafrechtelijke bestrijding van verzekeringsfraude door politie en Openbaar Ministerie vindt plaats binnen de actuele financiële, capacitaire en wegingskaders.*

*Actie 10: De convenantpartners bepalen op basis van het verzekeringsfraudebeeld en aanvullende risicoanalyses de thema's voor de jaren 2011 en 2012.*

---

\* In beginsel, omdat in elke voorgelegde casus de officier van justitie uiteindelijk naast een beoordeling van de strafbaarheid en bewijsbaarheid ook de opportuniteit van vervolging moet afwegen. Contra-indicaties voor strafrechtelijke vervolging kunnen onder meer zijn onvoldoende fraudebestendige wetgeving en gebrek aan preventie bij de benadeelde verzekeraar.

## Procedure

Door stroomlijning via één uniforme procedure van het proces van meldingen en aangiftes, de beoordeling ervan aan de hand van beleidsafspraken en kwaliteitscriteria, de afdoening, monitoring en terugkoppeling ontstaat een beter zicht op de omvang van (de diverse vormen van) verzekeringsfraude en kan tevens tot een betere selectie van de 'juiste' strafzaken gekomen worden.

*Actie 11: De convenantpartners ontwerpen op zaaksniveau een procesmodel met bijbehorende kwaliteitscriteria en doorlooptijden voor de intake van meldingen en aangiftes, de analyse, beoordeling en afdoening, en ten slotte de monitoring en terugkoppeling. Bijgaand processchema dient hiertoe als uitgangspunt. Tevens richten de convenantpartners de daarvoor benodigde ICT-infrastructuur in.*

*Dit vergt de ontwikkeling en formalisering van drie vormen van afstemming en samenwerking:*

*Privaat-privaat: tussen de verzekeraars en het (fraudeloket van het) Verbond van Verzekeraars, tussen zorgverzekeraars en het coördinatiepunt van Zorgverzekeraars Nederland en tussen het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland;*

*Publiek-privaat: tussen het fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars, het Fraudemeldpunt Noord- en Oost Nederland en de Bovenregionale Recherche Noord- en Oost-Nederland (beide met landelijk taakaccent verzekeringsfraude). Ook zal Zorgverzekeraars Nederland nadere afspraken met de Nederlandse Zorgautoriteit maken. In genoemde publiek-private relaties betreft de afstemming en samenwerking, voor zover toepasselijk, de doorgifte van meldingen, de beoordeling en selectie, het doen van aangifte, de terugkoppeling alsmede de uitwisseling van relevante informatie;*

*Publiek-publiek: tussen het Fraudemeldpunt Noord- en Oost-Nederland en de Bovenregionale Recherche Noord- en Oost-Nederland en tussen het Fraudemeldpunt Noord- en Oost-Nederland en de overige Fraudemeldpunten en betreffende OM-parketten. Tevens tussen OM (en intern tussen arrondissementsparket Zwolle, Functioneel Parket en Parket-Generaal) en de politie voor wat betreft de doorvertaling van de te maken prestatie-afspraken, binnen de daarvoor bestemde besluitvormingsstructuren.*

*Actie 12: De convenantpartners ontwikkelen een communicatieplan teneinde de verzekeraars, de politiekorpsen en de OM-parketten te informeren over de gemaakte afspraken en de te volgen procedures.*

## **Project 4: Criminaliteitsbeeldanalyse**

Voor een goede aanpak, inclusief prioriteitstelling, is het van belang om zicht te krijgen en te houden op de omvang van verzekeringsfraude (aantal

gevallen en schadebedrag), de trends in fraudevormen, modus operandi, daderprofielen, risico's in verzekeringsproducten en fraudebeheersingsstructuren etc. Daartoe wisselen de convenantpartners informatie uit.

*Actie 13: Onder verantwoordelijkheid het arrondissementsparket Zwolle stellen het Fraudemeldpunt Noord- en Oost-Nederland en de Bovenregionale Recherche Noord- en Oost-Nederland in samenwerking met het Functioneel Parket, het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland periodiek een verzekeringsfraudebeeld (criminaliteitsbeeldanalyse) op. Dit betreft een analyse van onder meer de omvang van de onderscheiden vormen van verzekeringsfraude in aantal en financiële schade, modus operandi, fraudegevoeligheid van wet- en regelgeving en kwetsbaarheid van bedrijfsprocessen.*

*De analyse dient de ontwikkeling van een effectieve interventiestrategie. Deze strategie bevat onder meer preventieve maatregelen, de inrichting van de detectie, de opsporingstactiek en de prioriteitstelling in de strafrechtelijke aanpak, inclusief de keuze van de jaarlijkse thematische controle. Tevens wordt op basis van een nulmeting het effect van de in dit convenant genoemde maatregelen geëvalueerd.*

Over de communicatie over het verzekeringsfraudebeeld en de interventiestrategie maken de convenantpartners nadere afspraken.

*Actie 14: Indien bij één van de convenantpartners een ontwikkeling in relatie tot verzekeringsfraude manifest wordt die noopt tot direct optreden van verzekeraars of openbaar ministerie en politie dan wel in gezamenlijkheid, dan stelt zij de overige partners hiervan onverwijld in kennis, waarna informatie over het fenomeen gedeeld wordt en in gezamenlijk overleg wordt gekomen tot een aanpak.*

## **Implementatie en overleg**

Een projectgroep draagt zorg voor de nadere uitwerking en implementatie van de in dit convenant beschreven acties, alsmede voor de monitoring van de operationele informatie-uitwisseling. De projectgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de stafbureaus van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland, het Parket-Generaal, het Functioneel Parket, het Fraudemeldpunt Noord- en Oost-Nederland, Voorziening tot Samenwerking Politie Nederland en de Bovenregionale Recherche Noord- en Oost-Nederland. De projectgroep stelt allereerst een implementatieplan op met een uitgebreide beschrijving van de te ondernemen acties, de verantwoordelijkheidsverdeling en de realisatietermijnen.

De projectgroep rapporteert aan de ondertekenaars van dit convenant, zijnde de vertegenwoordigers van het bestuur van het Verbond van

Verzekeraars, het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland, het College van procureurs-generaal en de Raad van Korpschefs. Deze bewaken op hoofdlijnen de voortgang in de uitvoering van de gemaakte afspraken en besluiten over de door de projectgroep voorgelegde vraagpunten. Tevens informeren zij het Nationaal Platform Criminaliteitsbeheersing over het convenant en de uitvoering ervan, in het kader van project 18 (financieel-economische criminaliteit) van het Actieplan Veilig Ondernemen 3.

Na realisatie van het project vindt ten minste eenmaal per jaar overleg plaats tussen de ondertekenaars van dit convenant ter bespreking van de stand van zaken in de aanpak van verzekeringsfraude en de te voeren interventiestrategie.

## **Inwerkingtreding en looptijd**

Dit convenant treedt in werking op 1 februari 2011 en heeft een looptijd van twee jaar, met de mogelijkheid van (stilzwijgende) verlenging. Na anderhalf jaar wordt het convenant gezamenlijk door de convenantpartners geëvalueerd.

## **Wijziging**

Indien er zich omstandigheden voordoen die van dien aard zijn dat tussentijds een wijziging van dit convenant noodzakelijk is, zullen de convenantpartners hiertoe zo spoedig mogelijk in overleg treden. Een voorstel tot wijziging wordt schriftelijk gedaan aan of door de projectgroep. De wijziging wordt eerst van kracht na schriftelijke instemming van alle convenantpartners. Indien de convenantpartners niet tot overeenstemming komen met betrekking tot de voorgestelde wijziging, is elk van hen gerechtigd het convenant binnen redelijke termijn op te zeggen. Indien een wetswijziging leidt tot strijdigheid van een bepaling in dit convenant met de wet, dan treedt de betreffende convenantbepaling met onmiddellijke ingang buiten werking.

Aldus overeengekomen,



Verbond van Verzekeraars

R.R. Latenstein van Voorst MBA (voorzitter)



Zorgverzekeraars Nederland

H. Wiegel (voorzitter)



Openbaar Ministerie

Mr. H.J. Moraal (lid College van Procureurs-Generaal)



Politie

P.-J. Aalbersberg (portefeuillehouder publiekprivate samenwerking,  
Raad van Korpschefs)