

Visie

Agentic AI in AOV en inkomen. Het herstel blijft mensenwerk.

23 oktober 2026 • Dirk Kon • 13 min

De agents doen het papierwerk. De mensen doen het herstel.

Samenvatting

Het probleem. Het premievolume van inkomensverzekeraars groeide over 2025 met 4% naar 5,2 miljard euro, terwijl de netto combined ratio opliep van 101 naar 104 en het resultaat na rente negatief werd (Verbond van Verzekeraars). De schadelast zit vooral in de duur, en die duur wordt bepaald door wat rond de behandeling gebeurt: mail, bijlagen, wachten en een keten van vijf tot tien partijen die elkaar niet ziet.

Waarom nu. De markt verandert snel. Nederland telt 770 verzekeringsartsen en de onvervulde vraag is 42% (Capaciteitsorgaan, december 2025). DNB zag in 2025 dat 80% van de grote en middelgrote verzekeraars AI in productie heeft, terwijl het schort aan documentatie en monitoring. Een AO-percentage zonder uitlegbare onderbouwing houdt geen stand bij Kifid of DNB, en straks niet onder de AI-verordening.

Onze visie. De agents doen het papierwerk, de mensen doen het herstel. Agentic AI levert pas waarde op een dossier dat volledig is en voor alle partijen hetzelfde, met medische scheiding die van rechten afhangt en niet van goede wil. Kort verzuim met een eenduidige onderbouwing kan straight through, binnen grenzen die de behandelaar stelt; langdurig en psychisch verzuim nooit.

Conclusie. Dat vraagt een orkestratielaag over het bestaande kernsysteem, die de keten verbindt en terugschrijft naar de core: Claim360. Omdat die laag verzekeraar, verzekerde, artsen en adviseurs verbindt, kan alleen een onafhankelijke partij zoals DCSolutions haar leveren. Het initiatief ligt bij de verzekeraar.

Waar deze visie op rust

Missie

Een nieuwe standaard in schadeafhandeling, waarin iedereen regie heeft en vertrouwen centraal staat. Door samenwerking en mensgerichte technologie geven we iedereen inzicht. Hierdoor wordt elke claim een kans op een efficiënt, eerlijk en persoonlijk traject.

Visie

Een schadeclaim is geen strijd of rompslomp meer, maar een soepele, gezamenlijke reis waarbij de klant of claimant zelf aan het stuur zit. Met mensgerichte technologie verbinden we alle partijen en geven we iedereen inzicht. Zo wordt vertrouwen de norm.

1 Waar de markt staat

Inkomen is de branche die groeit en verliest tegelijk. Het bruto premievolume van inkomensverzekeraars (AOV, verzuim, WIA-dekkingen, ongevallen) kwam over 2025 uit op 5,2 miljard euro, 4% meer dan in 2024. De netto combined ratio liep op van 101 in 2024 naar 104 in 2025 en het resultaat na rente is negatief: min 2% van de verdiende premie. Collectief verliest, individueel draait positief. Intussen helpen verzekeraars jaarlijks meer dan 100.000 mensen aan vervangend inkomen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid (Verbond van Verzekeraars, Financieel jaarverslag verzekeringsbranche 2025).

5,2 mld

euro premie inkomen
in 2025

104

netto combined ratio
inkomen 2025 (2024:
101)

27%

van de zelfstandigen
heeft een AOV

De groei is vrijwel helemaal prijs. a.s.r. schrijft de stijging in 2025 toe aan premieverhogingen om de schade-inflatie bij te houden, en meldt een hogere instroom door psychisch verzuim en long covid. Bij NN liep de combined ratio op disability op van 96 naar 99,3, met dezelfde verklaring. Het ziekteverzuim stond in 2025 op 5,4% en psychische en stressklachten zijn goed voor minimaal een kwart van alle verzuimdagen. Een burn-out duurt gemiddeld 322 dagen (ArboNed, via a.s.r.). De schadelast zit niet in de incidentie alleen. Hij zit in de duur.

Aan de andere kant van de tafel staat de verzekerde zelf. Van de zelfstandig ondernemers heeft 27% een AOV, van de zzp'ers 24% (CBS/TNO, Zelfstandigen Enquête Arbeid 2025). Ongeveer driekwart van de 1,2 miljoen zelfstandigen is niet verzekerd. Wie wel verzekerd is, betaalt tien of twintig jaar premie voor dit ene moment. Het is een eigen klant, geen claimant. Dat maakt inkomen anders dan letsel, en het maakt het claimmoment zwaarder: hier bewijst de verzekeraar zijn bestaansrecht aan de persoon die hem al jaren betaalt.

Een AOV-claim is een keten van vijf tot tien partijen. Verzekerde, adviseur, claimbehandelaar, medisch adviseur, keuringsarts of specialist voor de expertise, arbeidsdeskundige, re-integratiebureau, en bij een geschil een second-opinion-arts en een advocaat. De behandelaar is regisseur van een dossier dat maanden tot jaren loopt, met een periodieke herbeoordeling en een uitkering die maandelijks

achteraf wordt betaald. Bijna alles daartussen loopt per mail, met medische stukken als bijlage.

En de publieke kant loopt vast. UWV ontving in 2025 96.700 WIA-aanvragen en rondde er 74.500 af. Eind 2025 wachtten 7.900 mensen langer dan zes maanden op een claimbeoordeling, in maart 2026 waren dat er meer dan 11.000. Zonder ingrijpen raamt het ministerie de achterstand in 2030 op 100.000 tot 150.000 beoordelingen, en herbeoordelingen gebeuren in 2026 alleen nog bij schrijnende situaties. Nederland telt 770 verzekeringsartsen en de on vervulde vraag is 42% (Capaciteitsorgaan, december 2025). Wat bij UWV blijft liggen, komt bij private verzekeraars terug als hogere WGA-lasten, langere uitkeringen en reserves die niet vrijvallen.

Intussen ligt de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen (BAZ) in de Tweede Kamer. Ingediend op 24 maart 2026, verslag vastgesteld eind mei, en sindsdien stil: de nota naar aanleiding van het verslag is er op 22 oktober nog niet. De EU-deadline uit het herstelplan is weggefallen. Invoering niet vóór 2030, eerste uitkeringen door de wachttijd van 104 weken niet vóór 2032. Wat wel vaststaat: een opt-out via een private AOV die loopt tot de AOW-leeftijd, een stabiliteitsbijdrage, en een UWV dat per verzekerde een aanvraag van de verzekeraar krijgt. De markt beweegt al: het aantal AOV-producten met een eindleeftijd die meegroeit met de AOW verdubbelde in een jaar (MoneyView, augustus 2026).

2 Waarom het vastloopt bij verzekeraars

Inkomen is een ketenprobleem.



Figuur 1. Het is een ketenprobleem. Intern loopt het; het werk zit ervoor, ertussen en erna.

Intern loopt het proces bij de verzekeraar. Zit die eenmaal in contact, dan loopt het: een vaste behandelaar, een medische dienst, een arbeidsdeskundige op indicatie, termijnen in beeld. Daar zit de winst niet. Het werk zit ervoor en ertussen. De ziekmelding die via de adviseur, de telefoon of een pdf binnenkomt en daarna in een telefonische intake wordt overgetypt. De verzekerde die belt om te

vragen of zijn stukken er zijn en wanneer de eerste uitkering komt. De keuringsarts die de vraagstelling per mail krijgt en een rapport terugstuurt dat drie weken onderweg is. De arbeidsdeskundige rapportage die als bijlage binnenkomt en in het kernsysteem wordt overgetikt. En erna: wat aan de voorkant niet is vastgelegd, komt aan de achterkant terug. De Kifid-praktijk van de afgelopen twee jaar gaat precies daarover. Een AO-percentages vastgesteld zonder arbeidsdeskundig onderzoek, een vraagstelling aan de expert die niet met de verzekerde is afgestemd, een uitkering die wordt opgeschort terwijl het Verbond-protocol een voorschot voorschrijft (Kifid GC 2024-0923, Verbond Protocol bij claims op individuele AOV).

Verzekeraars sturen op overhead, en inkomen is bij de meeste een kleine afdeling naast een grote schadefabriek. De IT-aandacht gaat naar materieel: hoge volumes, eenvoudig proces, een business case die zichzelf schrijft. AOV heeft lage volumes en een proces waarin medisch, arbeidskundig en financieel door elkaar lopen, met een uitkering die jaren kan duren. Dat proces is nooit opnieuw ontworpen. Het is gedigitaliseerd zoals het was: een formulier online, de rest per mail. Capaciteit op claims is het eerste dat sneuvelt en het laatste dat terugkomt, terwijl de combined ratio op 104 staat en de premie het verschil niet meer maakt.

Een systeem dat alleen de binnenkant verbetert, structureert die informatiestroom niet. Het maakt de mailbox hooguit sneller.

Alleen de verzekeraar kan dit doorbreken. Het is uw klant, uw polis, uw medische dienst en uw uitkering. U bepaalt wat u nodig heeft om arbeidsongeschiktheid te beoordelen, in welke vorm, en wie wat mag

zien. Leg dat aan de voorkant vast: in velden, in een portaal, met een status die de verzekerde zelf ziet. Dat is een keuze over wie het proces bepaalt.

3 Wat AI echt verandert, en wat niet

Voor het eerst ondersteunt de computer ons vakinhoudelijk, in plaats van wij de computer. Een claimbehandelaar inkomen leest vandaag medische rapporten, arbeidsdeskundige rapportages, jaarcijfers en loonstroken, en vertaalt die naar een AO-percentage en een uitkering. Dat lezen, ordenen en samenvatten kan de machine nu meedoen. Dat keert de verhouding om, en daarom gaat deze adoptie zo snel.

De technologie is niet de uitdaging. De mens is dat, en de bereidheid van een organisatie om een proces los te laten dat twintig jaar heeft gewerkt. Een AI-pilot die medische rapporten samenvat terwijl die rapporten nog per mail binnenkomen, versnelt één taak en laat het proces staan. Dan heb je een sneller proces uit 2005.

AI op slechte data is onmogelijk. In een inkomensdossier is dat extra scherp. Medische informatie mag niet iedereen zien. De vraagstelling aan de keuringsarts moet herleidbaar zijn. Een AO-percentage uit een model zonder uitleg houdt geen stand bij Kifid, niet bij DNB en straks niet onder de AI-verordening. DNB zag in 2025 dat 80% van de grote en middelgrote verzekeraars AI in productie heeft, en dat het juist schort aan documentatie van keuzes en monitoring na ingebruikname. Het Ethisch kader van het Verbond eist menselijk toezicht en het recht

op menselijke tussenkomst bij automatische claimbehandeling.

Rechten per rol, logging per vraag en een dossier dat op één plek staat zijn geen compliance-details. Ze zijn de voorwaarde om AI überhaupt aan te zetten.

AI dwingt je om je informatiestromen op orde te brengen.

Dat is de echte verandering. Iedere verzekeraar blijft in de eigen bubbel denken: het eigen systeem, de eigen afdeling, de eigen werkvoorraad. Maar een claim begint nooit daar. Een claim begint bij de verzekerde, op de dag dat hij zich ziek meldt. Dat is waar het proces start, en van daaruit moet je het benaderen. Dan structureer je de data aan de bron. Dan bepaal je zelf welke velden binnen moeten komen en welk stuk aan welk onderdeel hangt. Feitelijk zeg je als verzekeraar: dit is wat ik nodig heb om arbeidsongeschiktheid te beoordelen, en zo lever je het aan. Daarmee neem je regie op de keten.

Het gevolg is dat de data bij elkaar komt in één portaal, met iedereen erin, ieder met de eigen rol en de eigen rechten. Verzekerde, adviseur, behandelaar, medisch adviseur, arbeidsdeskundige, re-integratiepartner: dezelfde informatie, ieder zijn deel, en medisch alleen voor wie dat mag zien. Dat is precies de situatie die agentie AI nodig heeft om te kunnen ondersteunen. Hoe dat er in de praktijk uit ziet, staat in de [use cases op AI-oplossingen](#).

En er is iets dat AI niet verandert. Ieder volledig digitaal businessmodel opent uiteindelijk toch winkels. Volledig online een gebruikte auto

kopen is nooit echt van de grond gekomen. Coolblue blijft fysieke winkels openen en versterkt daarmee juist zijn online model. Mensen hebben echt contact nodig, en het meest op het moment dat ze leed hebben. Een ondernemer die ziek wordt en zijn inkomen ziet wegvallen, is precies dat moment. Herstel en re-integratie zijn mensenwerk. Geen model belt een zelfstandige die na een burn-out twijfelt of hij ooit nog terug kan.

4 Onze visie: hybride, mens waar het telt

Wij geloven in een hybride model. Alles rond proces, administratie en uitkering automatiseren. Alles rond de verzekerde, zijn herstel en zijn terugkeer persoonlijk. Dat is de retailles toegepast op inkomen: het online model wordt sterker door de winkel, en de winkel wordt beter door het online model.

kort verzuim · dossier 2026-07318 · gebroken enkel, zes tot acht weken

● acht weken

Agents

- di 07.50 ziekmelding compleet, vanuit het ziekenhuis
- di 07.51 dossier, inlog, uitleg eigenrisicoperiode
- di 09.10 polis, prognose, signalen gecheckt
- di 09.10 voorstel klaar
- di 09.15 akkoord behandelaar
- di 09.16 datum eerste uitkering in de app
- week 4 uitkering onderweg
- week 6 herbeoordeling klaargezet
- week 8 hersteldmelding, uitkering stopt, dossier dicht

9 handelingen · 0 mails · 0 statustelefoontjes

Mensen

di 09.15 · 5 minuten

De behandelaar leest het voorstel en beslist.

week 3 · 25 minuten

Hij drukt op 'Wil je iemand spreken?'. Binnen een uur belt een behandelaar. Over de klus die wacht en of hij straks nog op een dak kan. Niet over het dossier.

do 14.00 · het lange dossier

De behandelaar zit bij een verzekerde thuis die na een burn-out niet terugkomt in haar praktijk. Daar gaat zijn tijd naartoe.

Figuur 2. Kort verzuim: de agents handelen af. De mens is er op het moment dat het telt.

In de praktijk ziet dat er zo uit. Kort verzuim met een eenduidige onderbouwing kan straight through, binnen grenzen die de behandelaar vooraf zet: een gebroken enkel, een operatie, zes weken eruit. De ziekmelding komt compleet binnen in velden, de eigenrisicoperiode telt af, de prognose past bij de diagnose, de uitkering start en stopt op de hersteldmelding. Daar hoeft geen mens aan te pas te komen, tenzij de

verzekerde dat wil. Dan is er een knop en belt er binnen een uur iemand die het dossier open heeft staan. Langdurig en complex is het omgekeerde: burn-out, een chronische aandoening, een ondernemer die zijn bedrijf ziet wegglijden. Daar is de behandelaar het product. De machine neemt hem alles uit handen wat niet over de mens gaat: termijnen, stukken, rappellen, berekeningen, concepten.

De menselijke factor wordt daarmee belangrijker dan ooit. Een AOV-verzekerde is een eigen klant die jaren premie betaalde voor dit ene moment. Als iedere verzekeraar straks dezelfde modellen draait, is hoe je iemand door zijn herstel heen helpt het enige dat je nog onderscheidt. Wie het goed doet, maakt daar zijn merk van.

Dat vergt een ander proces dan verzekeraars vandaag hebben, intern en extern. Het begint bij de verzekerde, en van daaruit bij de claimafdeling. Hij doet zijn aangifte digitaal, volgt zijn pakketje op zijn telefoon en logt in bij zijn bank. En zijn arbeidsongeschiktheid? Een telefoontje binnen zeven werkdagen en daarna stilte.

5 Zeven principes

- 01 Begin bij de verzekerde.** Het proces start bij wie ziek is. Ziek melden moet online kunnen, op de telefoon, in tien minuten, met direct een dossier en een uitleg van wat er nu gebeurt en wanneer de eerste uitkering komt.

- 02 **Vraag data in velden.** Alleen wat nodig is om arbeidsongeschiktheid te beoordelen, verplicht en gevalideerd. Loonstroken, jaaropgaven en rapporten als document aan het juiste onderdeel. Onvolledig komt niet binnen.
- 03 **Wees transparant over het proces en de uitkering.** De verzekerde ziet waar zijn claim staat, wat de volgende stap is, wanneer de uitkering komt en hoe die is opgebouwd. Dat alleen al scheelt het grootste deel van de statusvragen (zie 'Wat het oplevert').
- 04 **Medische gegevens alleen voor wie ze mag zien.** Een beveiligd kanaal naar de medische dienst, rechten per rol, iedere toegang gelogd en per direct intrekbaar. De verzekerde ziet wie wat ziet en kent de vraagstelling aan de keuringsarts voordat die wordt verstuurd.
- 05 **Mens waar het telt.** Kort verzuim met eenduidige onderbouwing loopt zonder tussenkomst, binnen grenzen die de behandelaar zet, tenzij de verzekerde iemand wil spreken. Langdurig en psychisch nooit: daar heeft een vaste behandelaar tijd, omdat de machine de rest doet.
- 06 **AI bereidt voor, de mens beslist.** Samenvatting van medische en arbeidsdeskundige rapportages, signalering, termijnen, berekening, concepten: de machine zet het klaar. De behandelaar beoordeelt en beslist over de uitkering. Uitlegbaar, gelogd, en daarmee verdedigbaar bij Kifid, DNB en onder de AI-verordening.
- 07 **Eén keer aansluiten.** Medisch adviseur, keuringsarts, arbeidsdeskundige, re-integratiebureau en adviseur sluiten één keer aan en werken in hetzelfde dossier. Geen mailrondes, geen losse uploads, het rapport landt waar het hoort.

6 Hoe het werkt

Eén laag in de basis: Claim360, de orkestratielaag over het kernsysteem dat blijft staan. Claim360 verbindt de keten. Daarop haalt het portaal de data goed binnen, houdt de workflow het bij, en pas dan werkt AI.



Figuur 3. Eén laag in de basis: Claim360, de orkestratielaag over het kernsysteem. Daarop draaien portaal, workflow en AI. Wie bovenaan begint, bouwt op zand. En bovenop staat geen model, maar een mens.

Het portaal (Azori). Een persoonlijke digitale omgeving in de huisstijl van de verzekeraar, voor verzekerde, adviseur, behandelaar, verzekeringsarts, arbeidsdeskundige en re-integratiepartner. Ieder ziet alleen wat voor zijn rol nodig is. De verzekerde ziet status, volgende stap, uitkeringsspecificaties en berichten, en geeft herstel of een gewijzigd inkomen online door. De ziekmelding komt binnen in velden. Communicatie loopt in het dossier, niet ernaast.

De orkestratielaag (Claim360). Een API-first laag over het bestaande kernsysteem (Keylane Axon, Guidewire, CCS, Novulo of een ander) die rollen, rechten, triggers en termijnen faciliteert en uitkeringen en reserveringen terugschrijft naar de core. Dit is de laag die de partijen verbindt. Zonder deze laag staat het dossier nergens compleet, en zonder compleet dossier kan AI niet werken.

Workflowautomatisering. Wat het systeem kent, hoeft niemand te bewaken. Voorbeelden die vandaag draaien: de eigenrisicoperiode telt af vanaf de ziekmelding en zet de eerste uitkering klaar; een medisch rapport dat binnenkomt maakt de taak voor de medisch adviseur aan; de arbeidsdeskundige rapportage triggert de berekening van het AO-percentage als voorstel; een herbeoordeling loopt als taak met datum en eigenaar mee; een dossier dat drie weken stil ligt escaleert naar de teamleider; een hersteldmelding stopt de uitkering en sluit het dossier; een uitkering gaat na akkoord rechtstreeks naar het kernsysteem en de boekhouding.

De AI-laag. Op een dossier dat klopt kan de Claimassistent werk uit handen nemen. De use cases die wij inrichten: samenvatting van medische en arbeidsdeskundige rapportages voor de behandelaar, met de rechten van die behandelaar; triage bij binnenkomst, kort en eenduidig of lang en complex; signalering van ontbrekende onderbouwing, lopende termijnen en afwijkende patronen over tijd; polischek en dekking getoetst tegen het kernsysteem; documentclassificatie, ieder stuk aan het juiste onderdeel; reserveringsvoorstel uit polis, inkomen en prognose; berekening van het AO-percentage en de uitkering als voorstel; conceptcommunicatie in gewone taal, voor de verzekerde en voor de adviseur; en straight-

through op kort verzuim binnen bandbreedte. Ieder voorstel is uitlegbaar, iedere vraag gelogd, iedere beslissing over de uitkering blijft bij de behandelaar.

Dat is het verschil met AI op het huidige proces. Daar leest een model losse mails en bijlagen, met medische gegevens erin. Hier leest het een dossier, binnen de rechten van wie vraagt.

En belangrijker: je bent klaar voor de toekomst.

Wie het dossier op orde heeft, zit niet vast aan één model. De AI-laag werkt vanuit de gedachte 'bring your own LLM': de verzekeraar is nooit afhankelijk van een model van DCSolutions of van welke andere partij ook. Het model bovenaan wisselt, de basis eronder blijft staan. Geen lock-in op een LLM, en geen lock-in op ons.

Uitgewerkt voor inkomen: [AOV- en inkomensclaims in één dossier](#).

7 Het knooppunt van de keten

Wij willen het knooppunt zijn van de Nederlandse inkomensmarkt, door iedere partij één keer aan te laten sluiten, zonder iemand in één systeem te dwingen.

Het werkt zo. De verzekerde en de behandelaar werken in het portaal van de verzekeraar. Iedere andere partij, medisch adviseur, keuringsarts, arbeidsdeskundige, re-integratiebureau, adviseur, sluit namens de verzekeraar één keer aan op Claim360: via het portaal Azori, of via een API op het eigen systeem. Vanaf dat moment staat die partij in verbinding met iedere verzekeraar die Claim360 draait. Een arbeidsdeskundig bureau dat voor vier verzekeraars werkt, krijgt zijn opdrachten op één plek en levert zijn rapport op één plek. Een keuringsarts ziet precies de stukken die bij zijn vraagstelling horen, en niets meer.

15

mogelijke lijnen
tussen zes partijen
rond één dossier,
vandaag

6

lijnen naar één
waarheid, met
Claim360

1

keer aansluiten, voor
iedere verzekeraar die
Claim360 draait

Voor inkomen komt daar een partij bij die in letsel niet speelt: de adviseur. Een groot deel van de ziekmeldingen komt via de tussenpersoon binnen. Die hoort in het dossier, met eigen rechten, zodat de verzekerde niet tussen twee loketten heen en weer hoeft.

En de volgende partij aan de keten is UWV. Herbeoordelingen voor eigenrisicodragers lopen sinds 1 april 2026 verplicht via een online formulier in het werkgeversportaal. Verbond en OVAL pleiten voor hergebruik van dossiers van bedrijfsartsen en verzekeraarsartsen om de WIA-wachttijd te verkorten. De BAZ brengt per verzekerde een opt-outaanvraag van de verzekeraar bij UWV. Al dat verkeer is

gestructureerd of het is mail. Wie zijn dossier nu op orde heeft, sluit straks aan. Wie niet, typt over.

Het knooppunt dwingt niets af. De verzekeraar bepaalt wie aansluit, wat hij ziet en wat hij moet aanleveren. De keten krijgt in ruil één standaard, één dossier en één waarheid, met een medische scheiding die van rechten afhangt en niet van goede wil.

Voor medisch adviseurs, arbeidsdeskundigen en re-integratiebureaus: één keer aansluiten op Claim360.

8 Wat het oplevert

Selfservice is de bekendste succesformule van de digitale wereld.

Een pakketje volg je op je telefoon tot aan de voordeur. Een overboeking, een aangifte, een reparatie: je logt in en ziet waar het staat. Niemand belt om te vragen of iets ontvangen is. Verzekeraars bieden het hun klanten op materieel al jaren in een mijn-omgeving. Voor de ondernemer die ziek thuis zit staat er meer op het spel, maar de behoefte is precies dezelfde: weten waar ik aan toe ben, en wanneer het geld komt.

Een selfserviceportaal doet in inkomen vier dingen tegelijk. Het stroomlijnt het proces: iedereen kijkt naar dezelfde informatie, met de

taken en termijnen erin, dus het is op ieder moment duidelijk wie aan zet is. Het wekt vertrouwen: een verzekerde die zijn uitkeringsspecificatie en de datum van betaling ziet, belt niet en zoekt geen advocaat. Het haalt de administratieve last van de behandelaar: de ziekmelding komt in velden binnen, het rapport landt in het dossier, het zoeken in mailboxen en het overtikken verdwijnt. En het verkort de doorlooptijd, omdat niemand meer wacht op een antwoord dat al in het dossier staat.

-30%

gemiddeld per dossier minder inkomend telefoon- en e-mailverkeer, en minder administratie

-80%

inkomende statusvragen

1

dossier voor alle betrokken partijen

De cijfers komen uit de praktijk. De partijen die vandaag met het portaal werken, zien het inkomende telefoon- en e-mailverkeer per dossier gemiddeld met 30% dalen, en daarmee de administratie; de statusvragen dalen met ongeveer 80%. Dat is geen inkomensuitzondering, dezelfde orde van grootte komt terug in iedere benchmark over selfserviceportalen, omdat mensen het antwoord zelf kunnen zien. Doe de wiskunde op de eigen afdeling: tel de statusvragen van een week, haal er 80% af, en reken uit hoeveel uur er terug gaat naar de verzekerde.

Voor inkomen komt daar een tweede effect bij, en dat is de grootste. De schadelast zit in de duur. Een burn-out duurt gemiddeld 322 dagen. Hoe eerder een verzekerde weet waar hij aan toe is, hoe eerder hij

ruimte heeft om aan herstel te werken. Vroege interventie werkt alleen als de ziekmelding op dag één compleet binnen is en de behandelaar tijd heeft om te bellen. Dat is precies wat het hybride model vrijspeelt. Minder uitkeringsduur is de enige post die een combined ratio van 104 echt beweegt. Premie heeft dat in 2025 niet gedaan.

Vandaag geeft één verzekeraar zijn AOV-verzekerden al toegang tot zo'n omgeving: documenten, berichten, medische adviezen en arbeidsdeskundige rapporten inzien, en direct contact met de re-integratiebegeleider. Daar ligt het verschil, en de winst: de hele keten kijkt naar hetzelfde dossier. Die kalmte is meetbaar in doorlooptijd, in uitkeringsduur en in klachten.

9 Een ziekmelding in 2026

Dinsdagochtend, 07.50 uur. Een zelfstandig installateur is van een trap gevallen. Gebroken enkel, operatie, zes tot acht weken geen werk. Vanuit het ziekenhuis meldt hij zich ziek in de app van zijn verzekeraar. Velden, geen bijlagen. Wat er is gebeurd, de verwachte duur, de behandelend arts, toestemming om medische informatie op te vragen via het beveiligde kanaal. Hij krijgt direct een dossier, een uitleg van de eigenrisicoperiode en de datum van de eerste uitkering.

Diezelfde ochtend. Voor de behandelaar is ingelogd heeft de Claimassistent het dossier gelezen. Polis klopt, de melding is eenduidig, de prognose past bij de diagnose, geen signalen. Het voorstel ligt klaar: erkennen, 100% arbeidsongeschikt voor de verwachte duur, uitkering na

de eigenrisicoperiode, herbeoordeling op week zes. De behandelaar leest het in vijf minuten en keurt het goed. De installateur ziet het in de app, met de uitkeringsspecificatie en de datum van betaling.

Week drie. In de app staat een knop: 'Wil je iemand spreken?' Hij drukt erop, want hij maakt zich zorgen over een klus die wacht en over of hij straks nog op een dak kan. De behandelaar belt binnen een uur. Geen wachtrij, geen keuzemenu, geen 'ik moet het dossier er even bij pakken'. Het dossier staat open, de machine heeft het gesprek voorbereid. Het gesprek gaat over hem, en over wat er kan: een tijdelijke kracht, een arbeidsdeskundige die meekijkt naar aangepast werk.

In hetzelfde team loopt een dossier van twee jaar. Een adviseur die na een burn-out niet terugkomt in haar praktijk. Medisch adviseur, arbeidsdeskundige, re-integratiebureau, haar tussenpersoon. Allemaal in hetzelfde dossier. Het nieuwe arbeidsdeskundige rapport is vanochtend geland, geclassificeerd en samengevat, en het AO-percentage staat als voorstel klaar. De behandelaar heeft vanmiddag een gesprek met haar, thuis. Daar gaat zijn tijd naartoe.

Geen van beide dossiers heeft een mail opgeleverd. Geen van beide verzekerden heeft gebeld om te vragen waar het stond.

10 Wat wij van verzekeraars vragen

Neem de regie. Het is uw klant, uw polis, uw medische dienst en uw uitkering. Leg aan de voorkant vast wat u nodig heeft, in velden, in een portaal, met een status die de verzekerde zelf kan zien. Dat is een keuze over wie het proces bepaalt.

Kom uit de bubbel. Vergelijk uzelf niet met de inkomensverzekeraar naast u, maar met de ervaring van de ondernemer die vanuit het ziekenhuis zijn telefoon pakt. Een telefoontje binnen zeven werkdagen was in 2015 goed. In 2026 is het een reden om een AOV-advocaat te zoeken.

Bereid u voor op de keten die komt. UWV loopt vast en zoekt uw dossiers. De BAZ brengt vanaf 2030 een generatie ondernemers naar uw voordeur die nog nooit heeft geclaimd en die een opt-out naast een publieke basis heeft. Die groep accepteert geen papieren proces. Wie zijn claimreis nu op orde brengt, heeft die groep straks.

Begin niet met AI. Begin met het dossier. Zet AI op een proces dat klopt, met rechten per rol en logging per vraag, en u haalt de behandelaar het werk uit handen dat niet over mensen gaat. Zet AI op het huidige proces en u krijgt een snellere mailbox, met medische gegevens erin.

En houd de mens waar hij telt. Herstel is mensenwerk. Als de modellen straks overal hetzelfde zijn, is hoe u iemand terugbrengt naar zijn werk het enige dat u onderscheidt.

Voor verzekeraars

Wij leveren de laag die dit mogelijk maakt

Over het systeem dat er al staat. Eerste pilot live in 8 tot 12 weken.

● Het kernsysteem blijft staan

● De agents doen het papierwerk

● De behandelaar beslist

Bronnen

- [Financieel jaarverslag verzekeringsbranche 2025](#), Verbond van Verzekeraars, 26 juni 2026: premievolume inkomen 5,2 miljard euro, combined ratio 101 (2024) en 104 (2025), resultaat min 2%, meer dan 100.000 uitkeringsgerechtigden, verzuim 5,4%
- [Omvang relevante markten 2025](#), Verbond van Verzekeraars, juni 2026: arbeidsongeschiktheid 1.327 miljoen, ziekteverzuim 2.052 miljoen euro
- [Zelfstandigen Enquête Arbeid 2025](#), CBS en TNO, juli 2025: 27% van de zelfstandig ondernemers en 24% van de zzp'ers heeft een AOV
- [Aantal zzp'ers daalt het sterkst onder jongeren](#), CBS, 12 februari 2026: 1,2 miljoen zzp'ers in 2025
- [a.s.r. jaarcijfers 2025](#), persbericht 18 februari 2026: premieverhogingen tegen schade-inflatie, hogere instroom psychisch verzuim en long covid, combined ratio disability 94,2%
- [NN Group Financial Supplement FY25](#), 12 februari 2026: combined ratio disability 99,3% (2024: 96,0%)

- [Trendrapport ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid](#), a.s.r., november 2025: burn-out gemiddeld 322 dagen, stressverzuim 252 dagen (cijfers ArboNed)
- [UWV Jaarverslag 2025](#): 96.700 WIA-aanvragen, 74.500 beoordelingen, 7.900 wachtenden langer dan zes maanden, 695 fte artsen eind 2025
- [Kamerbrief sociaal-medisch beoordelen](#), ministerie van SZW, 23 juni 2026: meer dan 11.000 wachtenden langer dan zes maanden, prognose 100.000 tot 150.000 in 2030, herbeoordelingen in 2026 alleen bij schrijnende situaties
- [UWV Volumeontwikkelingen voorjaar 2026](#), 15 april 2026: WIA-instroom 71.300 in 2025, 80.900 verwacht in 2026
- [Capaciteitsplan 2027-2030](#), Capaciteitsorgaan, december 2025: 770 verzekeringsartsen, on vervulde vraag 42%
- [Wetsvoorstel 36912, Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen](#), Tweede Kamer: ingediend 24 maart 2026, verslag 29 mei 2026, nota naar aanleiding van het verslag per 22 oktober 2026 niet verschenen
- [Memorie van toelichting Wet BAZ](#), Kamerstuk 36912 nr. 3: premie 5,4% van de winst, wachttijd 104 weken, opt-out via private AOV tot AOW-leeftijd, circa 75% van de zelfstandigen onverzekerd
- [BAZ stimuleert verandering](#), VVP, 18 augustus 2026 (MoneyView): aantal AOV-producten met eindleeftijd gekoppeld aan AOW verdubbeld
- [UWV concentreert zich op WIA- en Wajong-beoordelingen](#), UWV, 9 april 2026: verplicht online formulier herbeoordeling voor eigenrisicodragers per 1 april 2026
- [Verkort WIA-wachtlijsten door slimme samenwerking](#), Verbond van Verzekeraars en OVAL, 13 juni 2025: hergebruik private medische dossiers
- [Protocol bij claims op individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen](#), Verbond van Verzekeraars: standpunt binnen twee weken, voorschot bij vertraging, recht op second opinion
- [Kifid Geschillencommissie 2024-0923](#), 24 oktober 2024: AO-percentage niet zonder arbeidsdeskundig onderzoek, vraagstelling vooraf afstemmen met verzekerde
- [Verzekeraars en AI](#), DNB, 21 januari 2026: 80% van grote en middelgrote verzekeraars heeft AI in productie, tekortkomingen in documentatie en monitoring
- [Ethisch kader datagedreven toepassingen 2025](#), Verbond van Verzekeraars: menselijk toezicht en recht op menselijke tussenkomst bij automatische

claimbehandeling

- [Verordening \(EU\) 2026/1744 \(Digital Omnibus on AI\)](#), 24 juli 2026: hoog-risicoverplichtingen Annex III uitgesteld naar 2 december 2027
- [Aankondiging AOV-portaal](#): inzage in documenten, berichten, medische adviezen en arbeidsdeskundige rapporten, direct contact met de re-integratiebegeleider
- [AOV- en inkomensclaims in één dossier](#), DCSolutions
- [Agentic AI in personenschade](#), DCSolutions, 18 oktober 2026