

Visie

Agentic AI in personenschade. De mens maakt het verschil.

18 oktober 2026 • Dirk Kon • 13 min

De agents doen het papierwerk. De mensen doen het contact.

Samenvatting

Het probleem. Personenschade omvat in Nederland ongeveer 75.000 zaken en een schadelast van rond 1,5 miljard euro per jaar (Verbond van Verzekeraars). Rond één slachtoffer werken onder meer een belangenbehartiger, een behandelaar, medisch adviseurs, een arbeidsdeskundige en een rekenbureau. Hun verkeer loopt grotendeels per e-mail en bijlage, over één claim tot in twaalf inboxen. Intern loopt het proces; de vertraging ontstaat ervoor, ertussen en erna, en het dossier staat op zes plekken.

Waarom nu. De markt verandert snel. Teams zien te weinig jonge aanwas, terwijl slachtoffers met AI in een avond lange juridische brieven opstellen: meer werk, dezelfde mensen. De branche schetst in haar Visie 2030 persoonlijk contact kort na het ongeval en meer regie voor het slachtoffer. AI op het bestaande proces maakt het verkeer sneller en zwaarder, zonder het dossier te verbeteren.

Onze visie. De agents doen het papierwerk, de mensen doen het contact. Agentic AI levert pas waarde op een dossier dat volledig is en voor alle partijen hetzelfde. Licht letsel kan dan straight through worden afgehandeld, binnen grenzen die de behandelaar stelt; bij zwaar letsel beslist altijd een mens.

Conclusie. Dat vraagt een orkestratielaag over het bestaande kernsysteem, die de keten verbindt, rollen en rechten bewaakt en terugschrijft naar de core: Claim360. Omdat die laag de verzekeraar verbindt met partijen die juist onafhankelijkheid van de verzekeraar verlangen, 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

Personenschade is klein in volume en groot in gewicht. Het Verbond van Verzekeraars houdt het al jaren op ongeveer 75.000 letselschadezaken per jaar en een schadelast rond 1,5 miljard euro, zonder peiljaar. Ongeveer 90% van de zaken is binnen twee jaar afgewikkeld. Bij de zaken die langer lopen zijn het ontbreken van een medische eindtoestand (44%) en causaliteitsvragen (24%) de belangrijkste oorzaken (Universiteit Utrecht, via het Verbond en De Letselschade Raad).

75.000

letselschadezaken per
jaar

1,5 mld

euro schadelast per
jaar

90%

binnen twee jaar
afgewikkeld

Een flink deel van die schadelast is geen schadevergoeding maar buitengerechtelijke kosten: het honorarium van de belangenbehartiger, dat de verzekeraar vergoedt. Het laatste publieke totaal komt van het Verbond van Verzekeraars: in 2015 ging 240 miljoen euro naar buitengerechtelijke kosten, 20% van de toen 1,2 miljard euro aan uitkeringen. Dat bedrag is in de vakliteratuur betwist, en een jaarreeks heeft niemand gepubliceerd. Wat wel per jaar bekend is: de gemiddelde vergoeding aan de belangenbehartiger per zaak steeg van 7.636 euro in 2010 naar 9.019 euro in 2016 (Verbond en Stichting PIV), en de tarieven in het convenant gingen per 1 juli 2024 opnieuw met 3% omhoog voor middelgrote en grotere schades. Kosten die grotendeels in het proces zitten, niet in de schade zelf.

Een dossier is nooit van één partij. Rond een slachtoffer staan een belangenbehartiger, een behandelaar, een schaderegelaar, twee medisch adviseurs (de belangenbehartiger wil er een die onafhankelijk is van de verzekeraar), een arbeidsdeskundige en een rekenbureau. Al dat verkeer loopt per e-mail. Over de levenscyclus van één claim landen die mails in tot twaalf verschillende inboxen, met medische rapporten als bijlage.

Intussen zien wij in de teams die wij spreken te weinig jonge aanwas. Aan de andere kant van de tafel voelt een slachtoffer zich dankzij Al steeds vaker advocaat. Lange juridische epistels, gegenereerd in een avond, waar een behandelaar inhoudelijk op moet ingaan. Meer werk, dezelfde mensen.

Al dat verkeer zit niet in de behandeling zelf. Het zit ervoor, ertussen en erna. Daarom is personenschade een ketenprobleem, en daarom loopt het bij verzekeraars vast.

De branche ziet het zelf ook. Op het PPS-congres van 30 september 2026 schetste het Platform Personenschade zijn 'Visie 2030': persoonlijk contact kort na het ongeval, standaardisering van processtappen en meer regie voor het slachtoffer, met online inzicht in het dossier. Ongeveer een kwart van de slachtoffers weet slecht waar het dossier staat. Dat is precies de voordeur en het dossier waar dit stuk over gaat.

2 Waarom het vastloopt bij verzekeraars

Personenschade 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 eigen werkvoorraad, drie zwaartes letsel, termijnen in beeld. Daar zit de winst niet. Het werk zit ervoor en ertussen: de melding die per mail en formulier binnendruppelt, drie ingangen voor één voorval, overgetypt in het systeem. Het slachtoffer of de belangenbehartiger die belt voor een status. Het rapport dat aan de verkeerde thread hangt. De reservering die handmatig naar het management gaat. Betalingen die per mail worden bevestigd. En erna: wat aan de voorkant niet is vastgelegd, komt aan de achterkant terug als rappellen, BGK, klachten en Kifid.

Verzekeraars sturen op overhead. Personeelskosten en IT-kosten zijn de twee grootste posten en allebei groeien ze door. Materieel is daar de makkelijke kant: hoge volumes, eigen klanten, een deuk in de auto. Daar bouw je een business case op automatisering in een middag. Personenschade heeft lage volumes en een extreem complex proces, met claimanten die geen klant zijn. De business case ligt er wel, maar hij ligt in de keten en niet in de eigen afdeling. Verzekeraars kijken te veel naar elkaar en naar binnen om dat te zien.

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

Alleen de verzekeraar kan dit doorbreken. U wordt aansprakelijk gesteld, bij u komt alles samen en u bepaalt wat u nodig heeft. Leg dat aan de voorkant vast: in velden, in een portaal, met een status die iedereen 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. Dertig jaar lang hebben we systemen gevoed, velden gevuld en workflows geklikt. Nu leest het systeem mee, vat samen, signaleert en stelt voor. 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 op één taak laat het proces staan zoals het was. Dan heb je een sneller proces uit 2005.

AI op slechte data is onmogelijk. Twaalf partijen, meerdere medische rapporten, losse mails over een looptijd van jaren: geen model houdt dat uit elkaar. Als slachtoffer, belangenbehartiger, medisch adviseur en verzekeraar ieder hun eigen AI loslaten op een proces dat via mail en bijlagen loopt, wordt het verkeer sneller en zwaarder. Het dossier staat dan nog steeds op zes plekken. Het resultaat is een snellere mailbox.

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 altijd bij de klant, bij de claimant. 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 de kwaliteit van de velden die binnen moeten komen. Feitelijk zeg je als verzekeraar: dit is wat ik nodig heb om een claim 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. Slachtoffer, belangenbehartiger, behandelaar, medisch adviseur, expert: dezelfde informatie, ieder zijn deel. Dat is precies de situatie die agentic AI nodig heeft om te kunnen ondersteunen: één dossier dat klopt, met rollen en rechten die het model overneemt. 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 slachtoffer met letsel is precies dat moment.

4 Onze visie: hybride, mens waar het telt

Wij geloven in een hybride model. Alles rond proces en administratie automatiseren. Alles rond slachtoffer, claimant en contact zo persoonlijk mogelijk. Dat is de retailles toegepast op schade: het online model wordt sterker door de winkel, en de winkel wordt beter door het online model.

Agents

- zo 22.40 melding compleet
- zo 22.41 dossier, inlog, uitleg
- ma 07.10 polis, aansprakelijkheid, posten, signalen
- ma 07.10 voorstel klaar
- ma 07.14 akkoord behandelaar
- di 09.00 uitkering onderweg
- wo 14.02 statusvraag beantwoord
- do 11.30 herstelnota geboekt
- vr 16.00 dossier gesloten

9 handelingen · 0 mails · 0
statustelefoontjes

Mensen

ma 07.14 · 4 minuten

De behandelaar leest het voorstel en beslist.

wo 14.05 · 20 minuten

Ze drukt op 'Wil je iemand spreken?'. Binnen een uur belt een behandelaar. Over haar pols, niet over het dossier.

wo 15.30 · het zware dossier

De behandelaar zit bij het slachtoffer thuis. Daar gaat haar tijd naartoe.

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

In de praktijk ziet dat er zo uit. Licht letsel kan straight through, binnen grenzen die de behandelaar vooraf zet, bijvoorbeeld een totaal onder de 5.000 euro. Daar hoeft geen mens aan te pas te komen. De melding komt compleet binnen, de polis klopt, de posten vallen binnen bandbreedte, het besluit valt en het geld staat op de rekening. Heeft het slachtoffer toch behoefte aan een gesprek, dan moet die optie er zijn, met één klik en zonder wachtrij. Bij zwaar letsel is het omgekeerd. Daar is de behandelaar het product, en de machine neemt hem alles uit handen wat niet over de mens gaat.

De menselijke factor wordt daarmee belangrijker dan ooit. Als iedere verzekeraar straks dezelfde modellen draait, is het contact het enige dat je nog onderscheidt. Wie het goed doet, maakt daar zijn merk van.

Dat vergt een totaal ander proces dan verzekeraars vandaag hebben, intern en extern. Het begint bij de klant en de claimant, niet bij de afdeling. Je doet je belastingaangifte al jaren digitaal. Je volgt een pakketje op je telefoon. En je claim niet?

5 Zeven principes

- 01 **Begin bij het slachtoffer.** Het proces start bij wie de schade heeft. Melden moet net zo makkelijk zijn als een pakketje volgen: online, op de telefoon, binnen twintig minuten compleet.
- 02 **Vraag data in velden.** Je vraagt alleen uit wat je nodig hebt om de claim te beoordelen, verplicht en gevalideerd. Onvolledig komt niet binnen. Dat is de enige manier om datakwaliteit aan de voorkant veilig te stellen.
- 03 **Wees transparant over het proces.** Iedere betrokken partij ziet in het portaal of de app precies waar de claim staat en wat de volgende stap is. Dat alleen al scheelt het grootste deel van de statusvragen en telefoontjes (zie 'Wat het oplevert').
- 04 **De verzekeraar neemt regie op de keten.** Hij bepaalt wat hij nodig heeft, in welke vorm, en via welk kanaal. Bij hem komt alles samen.

- 05 **Mens waar het telt.** Alles rond proces en administratie automatiseren, alles rond contact persoonlijk. Licht letsel straight through, binnen grenzen die de behandelaar zet, tenzij het slachtoffer een mens wil. Zwaar letsel nooit: daar is de behandelaar in regie, ontzorgd door de machine.
- 06 **AI bereidt voor, de mens beslist.** Polis, fraude, prioritering, signalering, concepten voor digitale en fysieke communicatie: de machine zet het klaar. De behandelaar beoordeelt en beslist. Zo krijgt 'human in the loop' lading.
- 07 **Eén keer aansluiten.** Iedere ketenpartij sluit één keer aan en staat dan in verbinding met iedereen die ook is aangesloten. Geen bilaterale koppelingen, geen twaalf inboxen.

Herkent u dit in uw eigen keten? [Plan een gesprek.](#)

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 slachtoffer, belangenbehartiger, behandelaar en ketenpartner. Ieder ziet alleen wat voor zijn rol nodig is: status, schadestaat, voorschotten, volgende stap, documenten, berichten. De melding 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 terugschrijft naar de core. Dit is de laag die de partijen verbindt. Zonder deze laag kan AI niet werken, want zonder deze laag staat het dossier nergens compleet.

Workflowautomatisering. Wat het systeem kent, hoeft niemand te bewaken. Een paar voorbeelden die vandaag draaien: een melding onder de drempel met complete data gaat zonder tussenkomst naar besluit; een medisch rapport dat binnenkomt zet automatisch de taak voor de medisch adviseur klaar en start de GBL-termijn; een belangenbehartiger die een voorschot vraagt ziet het verzoek direct in de schadestaat staan, met de reactietermijn ernaast; een dossier dat drie weken stil ligt escaleert naar de teamleider; 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 en triage bij binnenkomst, overdracht en heropening; signalering van ontbrekende onderbouwing, dubbele posten en lopende termijnen; fraudedetectie op afwijkende patronen over posten, partijen en historie; prioritering van de werkvoorraad per behandelaar en team; polischeck en dekking getoetst tegen het kernsysteem; documentclassificatie, ieder stuk aan de juiste post; reserveringsvoorstel uit posten, historie en polis; conceptcommunicatie in de tone of voice van de verzekeraar, digitaal en fysiek; en straight-through op afgebakende segmenten. Ieder voorstel is uitlegbaar, iedere vraag gelogd; de behandelaar zet de grenzen en beslist daarbuiten. Het model bovenaan wisselt. De laag eronder blijft.

Dat is het verschil met AI op het huidige proces. Daar leest een model losse mails. Hier leest het een dossier.

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. Komt er morgen een beter model, een andere agent of een ander AI-model, dan wissel je, zonder het dossier, het portaal of de workflow aan te raken. Geen lock-in op een LLM, en geen lock-in op ons.

Uitgewerkt voor letselschade: [personenschade in één dossier](#).

7 Het knooppunt van de keten

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

Het werkt zo. Het slachtoffer en de behandelaar werken in het portaal van de verzekeraar. Iedere andere partij, belangenbehartiger, schaderegelaar, medisch expert, arbeidsdeskundige, rekenbureau, sluit namens de verzekeraar één keer aan op Claim360: via het portaal Azori,

of via een API op het eigen core systeem. Vanaf dat moment staat die partij in verbinding met iedere andere partij die is aangesloten, bij iedere verzekeraar die Claim360 draait. Een belangenbehartiger die bij drie verzekeraars dossiers heeft, logt niet drie keer in. Een medisch adviseur krijgt zijn opdrachten op één plek en zijn rapport landt direct in het juiste dossier.

66

mogelijke lijnen
tussen twaalf partijen
rond één zwaar
dossier, vandaag

12

lijnen naar één
waarheid, met
Claim360

1

keer aansluiten, voor
iedere verzekeraar die
Claim360 draait

Dat geldt ook tussen verzekeraars onderling. Regres loopt vandaag per brief en per mail. Twee verzekeraars die beide op Claim360 zitten, wisselen een regresdossier gestructureerd uit, met dezelfde rechten en dezelfde audit trail.

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, in plaats van per verzekeraar een ander portaal uit een ander decennium.

Voor belangenbehartigers, medisch adviseurs en schaderegelaars: **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 reparatie, een aangifte: je logt in en ziet waar het staat, op ieder moment dat jij dat wilt. Niemand belt om te vragen of iets ontvangen is. Iedereen wil dit, van iedere dienst, en verzekeraars bieden het hun eigen klanten op materieel al jaren in een mijn-omgeving. Een proces dat vroeger ingewikkeld was, is daar transparant geworden: de klant ziet de status en weet wat er van hem wordt verwacht. Dat geeft vertrouwen. Voor het slachtoffer met letsel staat er meer op het spel, maar de behoefte is precies dezelfde.

Een selfserviceportaal doet in personenschade vier dingen tegelijk. Het stroomlijnt het proces: iedereen kijkt naar dezelfde informatie, en in die informatie zitten de taken en de termijnen, dus het is op ieder moment precies duidelijk wie aan zet is. Het wekt vertrouwen: een slachtoffer dat weet waar het aan toe is, belt niet, zoekt geen belangenbehartiger bij een commerciële website en stuurt geen juridische brief. Het haalt de administratieve last van de behandelaar: de melding komt in velden binnen, het rapport landt in het dossier, het zoeken in mailboxen 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, de telefoontjes en mails over waar de claim staat en of stukken zijn ontvangen, dalen met ongeveer 80%. Dat laatste cijfer is geen letselschade-uitzondering: in aanpalende markten en in iedere benchmark over selfserviceportalen voor basisdiensten komt dezelfde orde van grootte terug, 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 klant.

In De Digitale Voordeur 2026 geven 6 van de 48 onderzochte verzekeraars en labels het slachtoffer na de melding zo'n omgeving. Daar ligt het grootste verschil, en de grootste winst: de hele keten kijkt naar hetzelfde dossier. Die kalmte is meetbaar in doorlooptijd, in BGK en in klachten. En omdat het een ketenprobleem is, levert het in de keten op.

9 Een melding in 2026

Zondagavond, 22.40 uur. Een fietser is aangereden door een auto. Gekneusde pols, een week niet werken, een kapotte fiets. Ze zoekt op haar telefoon de verzekeraar van de tegenpartij op en meldt in twintig minuten. Velden, geen bijlagen. Foto van het schadeformulier, foto van de pols, bankrekening, werkgever. Ze krijgt direct een dossier, een inlog en een uitleg van wat er nu gebeurt.

Maandag, 07.10 uur. Voor de behandelaar is ingelogd heeft de Claimassistent het dossier gelezen. Polis klopt, aansprakelijkheid is duidelijk, posten vallen binnen de bandbreedte, geen signalen. Het voorstel ligt klaar: erkennen, voorschot van 1.250 euro, fietsreparatie rechtstreeks aan de hersteller. De behandelaar leest het in vier minuten en keurt het goed. Het geld staat dinsdag op haar rekening. Ze ziet het in de app, met een bericht in gewone taal.

Woensdag. In de app staat een knop: 'Wil je iemand spreken?' Ze drukt erop, want ze maakt zich zorgen over haar pols. Een 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 haar.

In hetzelfde team loopt een zwaar letseldossier van drie jaar. Belangenbehartiger, twee medisch adviseurs, arbeidsdeskundige, rekenbureau. Alle partijen werken in hetzelfde dossier. Het nieuwe medisch rapport is vanochtend geland, geclassificeerd en samengevat. De GBL-termijn loopt zichtbaar. De behandelaar heeft vanmiddag een gesprek met het slachtoffer thuis. Daar gaat haar tijd naartoe.

Geen van beide dossiers heeft een mail opgeleverd.

10 Wat wij van verzekeraars vragen

Neem de regie. U wordt aansprakelijk gesteld, bij u komt alles samen, u bepaalt wat u nodig heeft. Leg dat vast aan de voorkant, in velden, in een portaal, met een status die iedereen kan zien. Dat is geen IT-project. Het is een keuze over wie het proces bepaalt.

Kom uit de bubbel. Vergelijk uzelf niet met de verzekeraar naast u, maar met de ervaring van het slachtoffer dat op zondagavond zijn telefoon pakt. Doe de [zelftest van De Digitale Voordeur](#) en kijk wat u ziet.

Begin niet met AI. Begin met het dossier. Zet AI op een proces dat klopt 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.

En houd de mens waar hij telt. Als de modellen straks overal hetzelfde zijn, is het contact 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 zet de grenzen

Bronnen

- [Geef mensen met letsel meer houvast](#), Verbond van Verzekeraars, verslag van het PPS-congres van 30 september 2026: de 'Visie 2030' van het Platform Personenschade
- Universiteit Utrecht, onderzoek naar lang lopende letselschadezaken, via het Verbond van Verzekeraars en De Letselschade Raad: ongeveer 90% binnen twee jaar afgewikkeld, 44% geen medische eindtoestand, 24% causaliteitsvragen
- [De Digitale Voordeur 2026: Letselschade](#), DCSolutions, oktober 2026
- [Letselschademanager is terug](#), DCSolutions, september 2026
- Verbond van Verzekeraars, cijfer letselschadezaken en schadelast, zonder jaartal
- [Vechten met verzekeraars](#), Advocatenblad, 26 oktober 2017: 240 miljoen euro buitengerechtelijke kosten in 2015 en de gemiddelde vergoeding per zaak 2010 tot 2016, beide volgens het Verbond van Verzekeraars
- [VR 2020/178, De vergoeding van buitengerechtelijke kosten rechtsbijstand in letselschadezaken](#), Verkeersrecht, 2020: kritiek op de onderbouwing van het

bedrag van 240 miljoen

- [Nieuwe regeling Buitengerechtelijke Kosten Letsel](#), Platform Personenschade, Verbond van Verzekeraars, 2024: 3% hogere vergoedingen per 1 juli 2024