Protocol Verzekeringskeuringen: als u een
medische keuring moet ondergaan
naar aanleiding van uw gezondheidsverklaring

U moet worden gekeurd!
En nu?

Inhoud

Voor wie is deze folder bedoeld? 3

Waarom is een medische keuring nodig? 4

Wat kunt u verwachten van een medische keuring? 5

Welke regels gelden bij een keuring? 6

Wat zijn uw rechten bij erfelijkheidsonderzoek? 6

Wat zijn uw plichten? 7

Wat gebeurt er met de uitkomsten van de keuring? 8

Meer informatie 9

Voor wie is deze folder bedoeld?

Als u een levensverzekering of arbeidsongeschiktheidsverzekering wilt afsluiten, moet u meestal een gezondheidsverklaring invullen. De gezondheidsverklaring bevat een aantal algemene en specifieke vragen over uw gezondheid. Nadat u de gezondheidsverklaring heeft ingevuld, beoordeelt een medisch adviseur uw gezondheidssituatie. Op basis daarvan geeft hij een advies aan de verzekeraar. Meestal zal hij adviseren om iemand zonder beperkende voorwaarden te accepteren. Maar u kunt door uw gezondheid een verhoogd risico vormen voor de verzekeraar. Dan kan de verzekeraar u geen verzekering aanbieden, of een verzekering met een hogere premie of beperkende voorwaarden.

Soms is de ingevulde informatie in de gezondheidsverklaring niet voldoende om uw gezondheid goed te kunnen beoordelen. In dat geval kan de verzekeraar u vragen een medische keuring te ondergaan. In deze folder staat wat zo'n keuring inhoudt. Eerst wordt uitgelegd waarom een medische keuring nodig is. Daarna volgt informatie over de keuring zelf, zodat u weet wat u kunt verwachten. Daarna kunt u lezen wat uw rechten en plichten zijn en wat er gebeurt met de uitkomsten van de keuring. Ten slotte kunt u lezen wat u kunt doen als u niet tevreden bent over de manier waarop uw keuring is verlopen.

Vraag & antwoord

Ik wil een levensverzekering afsluiten en nu krijg ik een uitgebreide lijst met vragen over mijn gezondheid voorgelegd. Mag een verzekeraar dat allemaal vragen?
Ja, de medisch adviseur van de verzekeraar heeft informatie nodig om het risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden in te schatten. Daarvoor zijn gegevens nodig over uw gezondheid.

Waarom is een medische keuring nodig?

Met een verzekering verzekert u zich tegen een bepaald risico, zoals het risico op overlijden of het risico dat u arbeidsongeschikt raakt. Als dat risico zich voordoet, keert de verzekeraar u of uw nabestaanden een bepaald bedrag uit. De verzekeraar neemt dus eigenlijk het financiële risico van u over. Daarom moet u voor een verzekering premie betalen. Om de hoogte van de premie te kunnen bepalen, moet de verzekeraar weten hoe groot het risico is dat u overlijdt of arbeidsongeschikt raakt. Uw risico bepaalt de hoogte van uw daadwerkelijke premie en de voorwaarden waarop u wordt verzekerd. Uw premie en voorwaarden kunnen dus soms anders zijn dan in de offerte of aanvraag. Natuurlijk informeert de verzekeraar u hierover.

Het doel van de medische keuring is om een goede inschatting te maken van het risico dat u overlijdt of arbeidsongeschikt raakt. Die inschatting wordt gemaakt door een medisch adviseur van de verzekeraar. Meestal kan de medisch adviseur het risico inschatten met de informatie die u heeft ingevuld in de gezondheids-verklaring, maar soms is die informatie niet voldoende. In dat geval kan de medisch adviseur u vragen een medische keuring te ondergaan. Deze keuring is onderdeel van de acceptatieprocedure. Dat betekent dat de verzekeraar u alleen kan accepteren (en u dus alleen een verzekering kunt afsluiten) als u de medische keuring ondergaat.

Vraag & antwoord

Kan ik de medische keuring weigeren?
Ja, u kunt altijd weigeren om u te laten keuren. In dat geval kan de verzekeraar het risico echter onvoldoende inschatten en kan hij u meestal geen verzekering aanbieden.

Wat kunt u verwachten van een medische keuring?

De medische keuring moet worden verricht door een onafhankelijke arts. Dat betekent dat de arts een onafhankelijke positie moet hebben ten opzichte van u en ten opzichte van de verzekeraar. Zo kunt u niet terecht bij uw eigen huisarts of bij een bevriende arts Omgekeerd mag de verzekeraar geen arts inschakelen die hem bijvoorbeeld ook medisch adviseert. Op die manier weet u zeker dat de keurend arts een zo objectief mogelijk verslag over uw gezondheid maakt.

Voorafgaand aan de keuring vertelt de verzekeraar u welke arts de keuring zal uitvoeren en wat deze gaat doen. Waar u op wordt gekeurd, hangt af van de informatie die u in de gezondheidsverklaring heeft ingevuld. Soms zal de keurend arts een algemene gezondheidskeuring doen; in andere gevallen zal hij u op specifieke aandoeningen onderzoeken. Omdat iedere keuring anders is, is het niet mogelijk om in deze folder precies te vertellen wat u te wachten staat. Zowel de verzekeraar als de medisch adviseur en de keurend arts moeten u altijd vooraf informeren wat de bedoeling is.

Welke regels gelden bij een keuring?

Verzekeraars mogen u niet zomaar keuren en kunnen ook niet zomaar alles vragen. Sommige zaken zijn privacygevoelig en zult u niet met uw verzekeraar willen delen. Om u te beschermen tegen onnodig belastend onderzoek en om uw privacy te beschermen, is de Wet op de medische keuringen ingevoerd. Daarin staat wat de rechten en plichten van verzekeraars én van u zijn. De vragen en de medische keuring moeten zo gericht mogelijk zijn: de verzekeraar mag alleen onderzoeken op zaken die voor de beoordeling van het risico belangrijk zijn.

Uw rechten …

In het Protocol Verzekeringskeuringen zijn de rechten opgenomen die u heeft als u een verzekering aanvraagt en moet worden gekeurd. In deze folder wordt uitgebreid op deze rechten ingegaan. Hieronder worden ze kort op een rijtje gezet.

- De verzekeraar, de medisch adviseur of de keurend arts moeten u vooraf informeren over de inhoud van de keuring.
- U heeft altijd het recht om uw medewerking aan de keuring op te schorten. Bijvoorbeeld als er niet is voldaan aan de vorm of inhoud van de keuring zoals is beschreven in de Wet op de medische keuringen en het Protocol Verzekeringskeuringen.
- U heeft het recht om als eerste het advies van de medisch adviseur te krijgen, voordat het naar de verzekeraar gaat.
- U kunt de medisch adviseur vragen om geen medisch advies te geven aan de verzekeraar. De verzekeraar stopt dan uw aanvraag.
- U heeft het recht op het krijgen van de uitslag van nader medisch onderzoek.
- U heeft het recht op inzage en een afschrift van de medische gegevens die de medisch adviseur over u heeft verzameld.
- U heeft het recht op een eventuele verbetering van onjuiste gegevens in het keuringsdossier.
- U heeft recht op een herbeoordeling als de verzekeraar besluit u niet te accepteren en u nieuwe en/of aanvullende gegevens heeft. Dat betekent dat er opnieuw naar uw aanvraag wordt gekeken.

Wat zijn uw rechten bij erfelijkheidsonderzoek?

Wat verzekeraars wel en niet mogen, is behalve in de Wet op de medische keuringen ook vastgelegd in het Protocol Verzekeringskeuringen. Dit protocol bevat onder andere een Moratorium Erfelijkheidsonderzoek, waarin specifiek wordt beschreven wanneer verzekeraars erfelijkheidsvragen mogen stellen. Een verzekeraar mag alleen vragen of u een erfelijkheidsonderzoek (een chromosomaal of DNA-onderzoek) heeft ondergaan, als de verzekering de zogeheten vragengrens overschrijdt. De vragengrens is een bepaald verzekerd bedrag. In het onderstaande kader geven we meer informatie over de vragengrens. Sluit u een verzekering boven dat bedrag af, dan kan de verzekeraar een keuring verlangen. Hij mag in dat geval ook vragen of een ernstige, onbehandelbare erfelijke ziekte voorkomt bij uzelf of uw familie. Daarnaast mag hij vragen naar de resultaten van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek.

Sluit u een verzekering onder de vragengrens af, dan mag de verzekeraar geen erfelijkheidsvragen stellen. Heeft u klachten of verschijnselen van een erfelijke ziekte, dan moet u dat wél melden. Heeft u uit voorzorg een operatie of een behandeling ondergaan maar heeft u geen klachten of verschijnselen van deze erfelijke ziekte? Of heeft u contact met huisarts of specialist gehad in verband met erfelijkheidsonderzoek? Dan hoeft u dat niet te melden.

Wat is de vragengrens?

Verzekeraars mogen niet zomaar iemand keuren of onderzoeken. In de wet staat welke beperkingen hiervoor gelden. Deze beperkingen gelden vaak alleen voor verzekeringen onder een bepaald bedrag: de vragengrens[1]. Als u een verzekering boven dat bedrag wilt afsluiten, mogen verzekeraars bijvoorbeeld ook vragen stellen over erfelijke ziekten van uw familie. Ook mogen ze vragen naar de resultaten van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek bij uzelf.

De vragengrens voor levensverzekeringen met overlijdensrisico bedraagt het over drie jaar totaal verzekerde of te verzekeren bedrag van de door u aangevraagde levensverzekeringen. Bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gaat het om het totaal verzekerde bedrag per jaar.

Vraag & antwoord

Kan mijn dossier met spoed worden behandeld als de koopvoorwaarden binnenkort verlopen of de hypotheekakte passeert?
Dit kan in overleg met uw verzekeraar. Vraag uw tussenpersoon of verzekeraar om hier rekening mee te houden. Is er bij u sprake van een aandoening? Dan is de kans groot dat aanvullende informatie wordt gevraagd. Bijvoorbeeld bij uw arts. In dat geval is het raadzaam zo vroeg mogelijk een aanvraag voor een verzekering in te dienen. U moet er wel rekening mee houden dat de behandeling wat langer duurt. U kunt het traject versnellen door uw arts te vragen snel te reageren op het verzoek om informatie.

Wat zijn uw plichten?

Als de verzekeraar u vragen stelt, dan moet u die vragen zo goed en volledig mogelijk beantwoorden. Als u vragen niet goed of onvolledig beantwoordt en dus informatie achterhoudt, dan kan dat grote gevolgen hebben. Bijvoorbeeld:

- De verzekeraar kan de verzekering opzeggen.
- De verzekeraar kan de premie verhogen.
- De verzekeraar geeft u of uw nabestaanden geen of een lagere uitkering.
- U moet een uitkering terugbetalen die u al heeft ontvangen.

Let op

Is uw gezondheidstoestand veranderd na de keuring of na het invullen van de gezondheidsverklaring en is de verzekering nog niet afgesloten? Dan moet u deze wijzigingen direct melden bij de medisch adviseur van de verzekeraar. Met veranderingen in uw gezondheidstoestand bedoelen we bijvoorbeeld nieuwe klachten of een verandering van bestaande klachten, of het bezoeken van een arts.

[1] Kijk voor de actuele vragengrens op www. https://www.vanatotzekerheid.nl/begrippen/medische-keuring/.

Wat gebeurt er met de uitkomsten van de keuring?

Alle benodigde papieren zijn ingevuld, de medische keuring is achter de rug. En nu? De benodigde informatie ligt op het bureau van de medisch adviseur van de verzekeraar. De medisch adviseur van de verzekeraar beoordeelt uw gezondheidssituatie. Op basis daarvan geeft hij een medisch advies aan de verzekeraar. Als de medisch adviseur adviseert om u niet op 'standaard'/normale voorwaarden te accepteren, dan krijgt u altijd een toelichting op dit advies van de medisch adviseur – tenzij u aangeeft dat u dat niet wilt.

U heeft als verzekerde het recht om als eerste het advies van de medisch adviseur te vernemen. U moet hier wel vooraf schriftelijk om vragen. Hierdoor kan het langer duren totdat de verzekering tot stand komt. In de toelichting op de gezondheidsverklaring staat uitgelegd hoe u dit kunt doen.

U heeft ook het recht de medisch adviseur te vragen het advies niet naar de verzekeraar te sturen. De verzekeraar weet dan niets over het advies van de medisch adviseur en de verzekering wordt niet afgesloten. Als de verzekeraar u al een voorlopige dekking heeft verleend, vervalt die in deze situatie. Besluit u de verzekering niet door te zetten? Dan zal de medisch adviseur dit binnen een redelijke termijn, maar uiterlijk binnen twaalf maanden doen.

Geheimhoudingsplicht

Alle mensen die betrokken zijn bij de medische beoordeling, zijn gebonden aan een geheimhoudingsplicht. Uw gezondheidsverklaring, de rapporten van een keuringsarts en eventuele andere (medische) informatie worden opgenomen in een medisch dossier. Dat wordt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur bewaard. Het verzamelen van gegevens over uw gezondheid is voorbehouden aan personen die vallen onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Medische gegevens mogen alleen bij derden (zoals uw behandelend arts en huisarts) worden opgevraagd als u daar vooraf gericht en schriftelijk toestemming voor verleent.

Herbeoordeling

Als de verzekeraar negatief beslist over uw aanvraag, kan dat diverse gevolgen hebben. Zo kan een negatieve beoordeling inhouden dat de verzekeraar u geen verzekering aanbiedt. Ook kan de verzekeraar besluiten u wel een verzekering aan te bieden, maar dan met beperkende voorwaarden, zoals een hogere premie, bepaalde uitsluitingen, een beperking in de uitkeringsduur of een (langere) wachttijd.

Als uw aanvraag negatief wordt beoordeeld, heeft u – op basis van nieuwe en/of aanvullende gegevens – recht op een herbeoordeling. U moet deze binnen een week schriftelijk aanvragen bij de verzekeraar. Sommige verzekeraars brengen kosten in rekening voor het uitvoeren van een herbeoordeling. Vraag dit van tevoren na bij de verzekeraar.

Tip

Vraag een kopie van het keuringsformulier, zodat u altijd kunt zien wat u heeft geantwoord.

Meer informatie

Als u naar aanleiding van deze folder nog vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met:

- Uw verzekeraar of verzekeringsadviseur.
- Het Nationale Zorgnummer: 0900-2356780.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Utrecht (alleen voor artsen).

Protocol Verzekeringskeuringen
Het Protocol Verzekeringskeuringen vindt u op de website van het Verbond van Verzekeraars[2]. Onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen zijn de Hiv Gedragscode en het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek.

Wet op de medische keuringen
Voor algemene vragen over de Wet op de medische keuringen kunt u terecht bij Informatie Rijksoverheid via www.rijksoverheid.nl. U kunt uw vraag telefonisch stellen via het telefoonnummer 1400 (lokaal tarief) op werkdagen van 08.00 tot 20.00 uur.

Heeft u een klacht?
Bent u niet tevreden over de manier waarop uw keuring is verlopen of over de informatie die uw verzekeraar u heeft verstrekt? Bij een klacht kunt u altijd contact opnemen met uw verzekeraar. Als uw verzekeraar uw klacht niet naar tevredenheid behandelt, kunt u zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (www.kifid.nl).

© 2024
Uitgave Verbond van Verzekeraars
Aan deze folder kunnen geen rechten worden ontleend.
Postbus 93450, 2509 AL Den Haag
www.verzekeraars.nl
www.vanAtotZekerheid.nl

[2] https://www.verzekeraars.nl/branche/zelfregulering/overzicht/verzekeringskeuringen-protocol