

Protocol Verzekeringskeuringen



Inleiding

Dit Protocol is van toepassing op keuringen voor levensverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenverzekeringen die niet vallen onder het keuringsverbod van artikel 4 van de Wet op de medische keuringen (WMK).

De wettelijke basis voor dit Protocol is artikel 9 WMK. Daarin wordt geregeld dat representatieve organisaties met elkaar overleggen om te komen tot nadere afspraken. De hieronder genoemde organisaties hebben deze gewenste representatieve status. Zij hebben overeenstemming bereikt over een handleiding voor keuringen ten behoeve van levens-, pensioen- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen: het 'Protocol Verzekeringskeuringen'. Hierin zijn de wettelijke bepalingen vastgelegd en nader uitgewerkt waar dat voor een goede uitvoering nodig is.

Niemand heeft de plicht tot het afsluiten van een levens-, arbeidsongeschiktheids- of een pensioenverzekering. Voor de verzekerde bestaat dus contractvrijheid. Wie een verzekering wil afsluiten, heeft vrije keuze wat betreft de reikwijdte van de dekking en de hoogte van de te verzekeren prestatie, en vrije keuze wat betreft de verzekeraar.

Ook de verzekeraar heeft contractvrijheid. Het staat hem vrij om de condities te bepalen waaronder hij een verzekering aanbiedt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de hoogte van het verzekerd bedrag, de hoogte van de premie, de eventuele wachttijd en het geheel of gedeeltelijk uitsluiten van bepaalde risico's. De contractvrijheid van de verzekeraar betekent ook dat hij geen plicht heeft om elke verzekerde te accepteren.

Bij het aanvragen en accepteren van een verzekering dienen verzekeraar en verzekerde de algemene vereisten van redelijkheid en billijkheid in acht te nemen. De verzekeringskeuring maakt deel uit van de acceptatieprocedure. De verzekeringskeuring helpt de verzekeraar een inschatting te maken van het gezondheidsrisico van de verzekerde. De medisch adviseur van de verzekeraar maakt daarbij gebruik van informatie van de verzekerde zelf, eventueel aangevuld met informatie van behandelend artsen en informatie uit nader medisch onderzoek. De verzameling van die informatie en de beoordeling van die informatie dient op professioneel verantwoorde wijze te geschieden, met inachtneming van daarvoor in wetten en gedragscodes neergelegde normen.

Voor de acceptatie is cruciaal dat de verzekeraar over alle informatie kan beschikken die voor een goede inschatting van het te verzekeren risico noodzakelijk is. Om zelfselectie te voorkomen is het van belang dat er informatiegelijkheid is tussen verzekeraar en verzekerde. De wetgever heeft in het belang van de verzekerde grenzen gesteld aan de mogelijkheden om via verzekeringskeuringen informatie te verzamelen. Dit is onder andere vastgelegd in de WMK. Dit Protocol bevat een nadere uitwerking van de grenzen en vereisten die in de wet zijn vastgelegd.

De WMK erkent het belang van verzekeraars om over informatie te kunnen beschikken voor de risico-inschatting, maar erkent ook dat het recht op privacy van de verzekerde bescherming behoeft. De WMK beoogt in dat spanningsveld een rechtvaardig evenwicht aan te brengen. Dat leidt ertoe dat tot op zekere hoogte grenzen worden gesteld aan de mogelijkheden van verzekeraars om informatie te verzamelen in het kader van een verzekeringskeuring. Ook hebben verzekeraars zichzelf grenzen opgelegd waar het gaat om vragen naar erfelijkheid of het achterhalen van het hiv-risico.

om informatie te verzamelen in het kader van een verzekeringskeuring.

In dit Protocol wordt ingegaan op:

- het doel van de keuring;
- de bij de verzekeringskeuring te gebruiken instrumenten;
- de voorwaarden waaronder die instrumenten mogen worden gebruikt;
- het recht op informatie van de verzekerde;
- de aard en omvang van de medewerkingsplicht van de verzekerde;
- de verantwoordelijkheden van de medisch adviseur en de keuringsarts;

- het recht van de verzekerde op kennisneming van gegevens en het recht op herkeuring;
- de Hiv-gedragscode;
- het moratorium erfelijkheidsonderzoek en
- de hoofdlijnen van de klachtenregeling inzake verzekeringskeuringen.

Het Protocol gaat niet inhoudelijk in op de specifieke medische aspecten van de verzekeringskeuring. Het Protocol sluit aan bij en vormt een aanvulling op de bepalingen in de WMK, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Gedragcode

Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Het Protocol behandelt met name de relatie tussen de verzekerde en de keurend arts en tussen de medisch adviseur en de verzekerde. Het Protocol sluit ook aan bij en vormt een aanvulling op de Wet bescherming persoonsgegevens waar het gaat om een verantwoorde gegevensverwerking.

Tenslotte heeft het Protocol aansluiting gezocht bij bestaande codes, zoals de GAV-beroepscode en de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens.

Onderstaande organisaties onderschrijven het Protocol en roepen de door hen vertegenwoordigde organisaties en personen op het Protocol zowel naar de letter als naar de strekking zorgvuldig na te leven:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad te Utrecht;
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Utrecht;
- Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

Het Protocol wordt voorgelegd aan organisaties die op het gebied van verzekeringskeuringen werkzaam zijn dan wel andere representatieve organisaties die daarbij betrokken zijn, met het verzoek om met het Protocol in te stemmen en dit na te leven.

Artikel 1: definities

In dit Protocol wordt verstaan onder:

- a. verzekeringskeuring:
het gehele proces van verzameling van de voor de risicobeoordeling relevante informatie over de gezondheidstoestand van de verzekerde en daarvoor relevante informatie over diens bloedverwanten in opgaande lijn of zijlijn tot in de tweede graad, alsmede het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:
 - een levensverzekering, niet zijnde de natura-uitvaartverzekering;
 - een arbeidsongeschiktheidsverzekering en een pensioenverzekering, indien en voor zover keuring is toegestaan op grond van de WMK.
- b. verzekerde:
degene wiens leven of risico van arbeidsongeschiktheid is verzekerd of wordt beoogd te verzekeren.
- c. verzekeraar:
de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1:1 Wet op het Financieel Toezicht (WFT) die opdracht geeft tot keuring van de verzekerde.
- d. keurend arts:
de arts die een medisch onderzoek verricht in opdracht van de verzekeraar en hierover rapporteert aan de medisch adviseur.
- e. medisch adviseur:
de arts die verantwoordelijk is voor de advisering van de verzekeraar omtrent de medische acceptatie van de verzekerde.
- f. vragengrens:
grens in de hoogte van het verzekerd bedrag die van belang is voor de toepasselijkheid van de beperkingen die in het kader van de WMK worden aangebracht op de vrijheid van de verzekeraar om in het kader van een verzekeringskeuring bepaalde vragen te stellen en bepaalde onderzoeken te laten verrichten. Deze bedragen worden door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport volgens artikel 5 lid 2 WMK vastgesteld en gelden bij levensverzekeringen met overlijdensrisico voor het totaal verzekerde of te verzekeren bedrag berekend over een periode van drie jaar vóór de aangevraagde verzekering en bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor het totaal verzekerde bedrag per jaar.
- g. erfelijksonderzoek:
onderzoek door of via een arts op chromosomaal of DNA-niveau met betrekking tot erfelijke eigenschappen.
- h. medische gegevens:
alle persoonsgegevens over iemands gezondheid. Hieronder vallen mede die gegevens die een aantoonbaar en nauw verband hebben met gezondheid, alsmede genetische gegevens.

Toelichting

Deze definities zijn zoveel mogelijk geënt op de WMK. Volgens de WMK vallen onder een keuring niet alleen een medisch onderzoek, maar ook (schriftelijke) vragen over de gezondheid. De keuring heeft betrekking op het beoordelen van het medisch risico bij het sluiten van een verzekering of het uitbreiden van de dekking. Bloedverwanten waarover in het kader van de verzekeringskeuring informatie wordt gevraagd zijn ouders en kinderen (1^e graad) en broers en zussen (2^e graad).

Artikel 2: doel van de verzekeringskeuring

Het doel van de verzekeringskeuring is het verzamelen van relevante informatie over de gezondheidstoestand van de verzekerde, om een verantwoorde risico-inschatting te kunnen maken van het overlijdensrisico en/of het risico van arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar bepaalt op grond van het medisch advies en de door hem gehanteerde richtlijnen of een verzekering kan worden gesloten en zo ja, op welke voorwaarden.

Toelichting

Van relevante informatie is sprake als aan algemeen aanvaarde en actuele medisch-wetenschappelijke gegevens argumenten kunnen worden ontleend voor een verhoogd risico op overlijden of arbeidsongeschiktheid tijdens de looptijd van de verzekering. De verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand van de verzekerde vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de verzekeraar. De medisch adviseur vertaalt de verzamelde informatie van de verzekerde in een gemotiveerd advies aan de verzekeraar over het al dan niet aanwezig zijn van een verhoogd risico bij de verzekerde.

Artikel 3: inhoud van de verzekeringskeuring

Lid 1

De verzameling van informatie in het kader van de verzekeringskeuring dient aan de volgende eisen te voldoen:

- a. deze dient doelgericht te zijn;
- b. deze dient relevant te zijn voor de beoordeling van de aanwezigheid van een verhoogd risico op overlijden of arbeidsongeschiktheid tijdens de looptijd van de verzekering.

Lid 2

De medisch adviseur van de verzekeraar kan bij de verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand van de verzekerde in het kader van de acceptatieprocedure gebruikmaken van verschillende instrumenten. Deze kunnen bijvoorbeeld zijn:

- een gezondheidsverklaring;
- het vragen van een toelichting respectievelijk het stellen van aanvullende vragen naar aanleiding van een door de verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring;
- een aanvullend gericht medisch onderzoek naar aanleiding van de ingevulde gezondheidsvragenlijst;
- een medisch onderzoek van de verzekerde door een keurend arts, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft of vanwege de hoogte van het te verzekeren bedrag;
- het opvragen van nadere informatie bij behandelend artsen, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft;
- een combinatie van het bovenstaande.

De verzekeraar laat zich adviseren door de medisch adviseur over het algemene beleid van de maatschappij inzake het gebruik van deze instrumenten in verschillende omstandigheden. Onder de vragengrens is de door de verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring vaak de basis voor de beslissing of en zo ja, welke aanvullende informatie wordt verzameld. Aanvullende informatieverzameling heeft tot doel te komen tot een meer nauwkeurige vaststelling van het risico. Desgevraagd moet de verzekeraar aannemelijk maken dat door nader onderzoek een meer nauwkeurige inschatting van het geconstateerde risico kan plaatsvinden.

Indien het verzekerde bedrag een bepaalde grens overschrijdt – al dan niet in cumulatie met eerder bij de verzekeraar of bij andere verzekeraars in de laatste drie jaar afgesloten en aangevraagde verzekeringen – is het gebruikelijk dat door de verzekeraar een medisch onderzoek door een keurend arts wordt gevraagd.

Lid 3

Onder de vragengrens maken verzekeraars alleen gebruik van de modelgezondheidsverklaring van het Verbond of een ingekorte versie daarvan. Voor de ingekorte versie geldt dat daarvoor alleen vragen gebruikt mogen worden die zijn opgenomen in de modelgezondheidsverklaring. De volledige model-toelichting hoort altijd bij de gezondheidsverklaring. Bij gebruik van een ingekorte versie van de modelgezondheidsverklaring mogen uitsluitend die delen van de model-toelichting worden weggelaten die niet relevant meer zijn omdat ze betrekking hebben op vragen die zijn weggelaten.

Lid 4

Als de medisch adviseur de opdracht geeft tot het uitvoeren van een medisch onderzoek in het kader van de verzekeringskeuring, moeten de aard en de omvang van dat onderzoek in overeenstemming zijn met de in Nederland door de beroepsgroep gehanteerde beginselen en normen.

Met betrekking tot het verzoek van de medisch adviseur aan een behandelend arts om aanvullende informatie te verstrekken over de verzekerde, geldt dat de door de KNMG uitgegeven richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens daarbij in acht moeten worden genomen. Dit wil zeggen dat het moet gaan om gerichte vragen naar feitelijke informatie en specifiek daarop betrekking hebbende schriftelijke toestemming van de verzekerde.

Toelichting

Om een goed beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de verzekerde zullen in het algemeen zoveel mogelijk gerichte vragen worden gesteld en gerichte onderzoeken worden verricht. Aanvullende onderzoeken, zoals röntgenonderzoek, ECG (cardiologisch onderzoek), worden vooral verricht bij verzekeringen met hoge verzekerde bedragen. Het beleid van de verzekeraar inzake het gebruik van de diverse keuringsinstrumenten kan mede afhankelijk zijn van de omvang van het te verzekeren risico. Van belang is dat door een algemene lijn in het beleid van een maatschappij zoveel mogelijk wordt bevorderd dat gelijke verzekeringsaanvragen op gelijke wijze zullen worden behandeld. Dit komt de transparantie en de rechtszekerheid ten goede.

Artikel 4: beperkingen verzekeringskeuring: algemeen

Op grond van artikel 3 WMK is het verboden om bij een verzekeringskeuring vragen te stellen of medisch onderzoek te verrichten die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde.

Ten aanzien van medisch onderzoek is aangegeven dat in ieder geval geen deel van de keuring mogen uitmaken:

- a. onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvragers niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de verzekerde. Daaronder wordt begrepen onderzoek specifiek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze voorhanden is dan wel waarvan de ontwikkeling niet door medisch ingrijpen kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden of van kennis over een aanwezige, niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden;
- b. onderzoek dat anderszins voor de verzekerde een onevenredig zware belasting met zich meebrengt;

Artikel 5: beperkingen verzekeringskeuring: hiv-gedragscode

Lid 1

Onder de vragengrens mag de medisch adviseur alleen vragen om een hiv-test indien uit de gezondheidsverklaring blijkt dat:

- a. er een bloedtransfusie heeft plaats gevonden in een land dat voorkomt op de door het ministerie van Buitenlandse Zaken vastgestelde lijst van onveilige landen;
- b. de verzekerde intraveneus drugs heeft gebruikt en is gebleken dat niet-steriele naalden zijn gebruikt;
- c. de verzekerde in de afgelopen periode van vijf jaren een behandeling heeft gehad wegens een anale gonorrhoe.

Lid 2

- a. Slechts de medisch adviseur van de verzekeraar kan besluiten tot een test op hiv-antistoffen.

- b. Alvorens bloed af te nemen wijst de onderzoekend arts de verzekerde op de volgende punten:
- de aard van de test;
 - de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op seropositiviteit;
 - dat als de eerste test wijst op seropositiviteit er een bevestigingstest zal plaatsvinden.
- c. Daarbij ondertekent de verzekerde een verklaring waarop hij:
- aangeeft kennis te hebben genomen van de aard van de test en van de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op seropositiviteit;
 - toestemming geeft tot het verrichten van de test;
 - aangeeft er van kennis te hebben genomen dat als de eerste test wijst op seropositiviteit een bevestigingstest zal plaatsvinden;
 - aangeeft of hij de uitslag van de eerste test c.q. van de bevestigingstest wil vernemen van de onderzoekend arts c.q. een andere door hem aangegeven arts;
 - ermee instemt dat de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij over de uitslag van de eerste test c.q. de bevestigingstest wordt geïnformeerd, tenzij de verzekerde zijn aanvraag voor een verzekering wenst in te trekken.
- d. Indien ook de bevestigingstest op seropositiviteit wijst, licht de keurend arts in het voorkomende geval de arts genoemd in de verklaring van de verzekerde in. De verzekerde wordt door de keurend arts c.q. de arts genoemd in de verklaring van de verzekerde op de hoogte gesteld van de uitslag. Indien de bevestigingstest op seropositiviteit wijst, vindt, indien de verzekerde daarom verzoekt, eenmaal een herhalingstest plaats voordat het resultaat van de test aan de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij wordt meegedeeld.

Artikel 6: beperkingen verzekeringskeuring: Moratorium Erfelijkheids- onderzoek

Ten aanzien van de omgang met erfelijkheidsonderzoek leggen verzekeraars zichzelf in dit artikel beperkingen op. De achtergrond van het moratorium is de veronderstelling dat het negatief uitwerken van reeds ondergaan of nog te ondergaan erfelijkheidsonderzoek op de toegang tot verzekeringen voor mensen een belemmering zou kunnen opleveren om aan een dergelijk onderzoek mee te doen.

- a. Medewerking aan erfelijkheidsonderzoek is geen voorwaarde voor het afsluiten van een verzekering;
- b. Verzekerden hoeven het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek niet te melden bij het aanvragen van een verzekering beneden de vragengrens;
- c. Onder de vragengrens mogen geen vragen worden gesteld over de kans op een ernstige, onbehandelbare ziekte bij bloedverwanten;
- d. Iemand die reeds ziekteverschijnselen heeft die verbonden zijn aan een erfelijke ziekte, moet deze wél melden.
- e. Bij de behandeling van de aanvraag en bij een keuring in dat verband, mogen geen gegevens gebruikt worden over een erfelijke ziekte bij de verzekerde of diens bloedverwanten, die uit andere hoofde al bekend zijn bij de keuringvragers, de keurend arts of medisch adviseur.

Toelichting

Als voorbeelden van niet behandelbare ernstige ziekten als bedoeld in lid 1 onder c. worden naar huidige inzichten beschouwd: de Ziekte van Huntington en myotone dystrofie. Deze ziekten zijn erfelijk en vallen onder de beperking van het vraagrecht.

Artikel 7: informatie over aard en omvang van de verzekeringskeuring

De verzekerde wordt door de verzekeraar vooraf schriftelijk algemeen geïnformeerd over het beleid van de maatschappij met betrekking tot verzekeringskeuringen, het doel en de inhoud van de keuring, de procedure en zijn rechten en plichten. Om verzekerden inzicht te geven in het medisch acceptatietraject bij de verzekeraar is door het Verbond van Verzekeraars een algemene beslisboom ontwikkeld waarin beschreven wordt welke stappen gezet kunnen worden in het acceptatietraject. Verzekeraars dienen deze op hun website te publiceren en aan te geven hoe lang de doorlooptijd van dit traject is. Als het traject in het geval van een

specifieke verzekerde langer duurt dan gebruikelijk, informeert de verzekeraar de verzekerde.

De medisch adviseur neemt namens de verzekeraar de beslissing over de verzekeringskeuring in de specifieke situatie van de verzekerde. De medisch adviseur geeft de verzekerde een toelichting over de beslissing om een nader medisch onderzoek te laten verrichten dan wel nadere informatie op te vragen bij de behandelende sector.

De keurend arts informeert de verzekerde voorafgaand aan het medisch onderzoek over de specifieke opdracht en de daaraan gerelateerde aard en inhoud van het medisch onderzoek en over diens rechten en plichten.

De verzekerde moet vooraf de gelegenheid hebben om in hoofdlijnen kennis te nemen van de inhoud van het medisch onderzoek.

Indien een hiv-test deel uitmaakt van de keuring, wordt dit aan de verzekerde gelijktijdig met de uitnodiging voor de keuring meegedeeld.

De verzekerde dient te worden gevraagd of hij over het resultaat van de hiv-test geïnformeerd wenst te worden en zo ja, of dit door de keurend arts of door een andere door de verzekerde aan te wijzen arts dient te geschieden.

De verzekerde krijgt op verzoek een kopie van het door hem ingevulde vragenformulier.

Toelichting

Een verzekerde die vooraf inhoudelijk goed is geïnformeerd over de van hem verwachte informatie, kan zich op de beantwoording van vragen voorbereiden. De kans dat relevante informatie wordt vergeten, wordt hierdoor verkleind. Als de verzekerde per ongeluk informatie geeft die de verzekeraar eigenlijk niet mag hebben, dan mag hij deze niet gebruiken. Door een kopie van een ingevulde gezondheidsverklaring te bewaren, kan de verzekerde eventueel nog achteraf correcties of aanvullingen doorgeven. De aanvullende informatie kan echter van invloed zijn op de acceptatie van de verzekering, de premie en/of de voorwaarden.

Artikel 8: medewerkingsplicht verzekerde en opschortingsrecht

Lid 1

De verzekerde dient in het kader van de verzekeringskeuring naar waarheid en volledig inlichtingen te verstrekken en zijn medewerking te verlenen, voor zover dat redelijkerwijs voor de beoordeling van het risico noodzakelijk is. Indien de verzekerde tekortschiet in de nakoming van deze mededelingsplicht, kan dit bij ontdekking leiden tot vernietigbaarheid van de verzekering, beperking van rechten, verhoging van premie of terugbetaling van onverschuldigd uitgekeerde bedragen.

De verzekerde is verplicht wijzigingen in zijn gezondheidstoestand te melden aan de medisch adviseur tot het moment waarop de verzekerde of diens assurantietussenpersoon bericht heeft ontvangen dat de verzekeringsaanvraag is geaccepteerd.

Lid 2

De verzekerde heeft het recht om medewerking aan een verzekeringskeuring of een onderdeel daarvan op te schorten, indien naar zijn mening niet is voldaan aan vorm of inhoud van de verzekeringskeuring zoals beschreven in de wet en dit Protocol. Hij dient daartoe zijn bezwaren schriftelijk, gemotiveerd en zo spoedig mogelijk aan de verzekeraar kenbaar te maken.

De verzekeraar dient hierop zo spoedig mogelijk na ontvangst van het bezwaarschrift schriftelijk gemotiveerd te reageren en alsnog een beslissing te nemen over de van de

verzekerde verlangde medewerking aan de verzekeringskeuring. Over deze beslissing van de verzekeraar kan de verzekerde een klacht indienen bij de klachteninstantie als bedoeld in artikel 13 van dit Protocol.

De verzekeraar stelt de te nemen beslissing op de verzekeringsaanvraag uit tot de procedure rondom het opschortingsrecht is doorlopen en de verzekerde in de gelegenheid is gesteld om alsnog medewerking aan de verzekeringskeuring te verlenen.

Toelichting

Naar waarheid en volledig betekent dat de verzekerde hem bekende informatie dient te verstrekken, zonder dat er voor hem sprake is van een onderzoeksplicht met betrekking tot de juistheid van die gegevens. De informatieverplichting ziet toe op zowel de verzekeringskeuring bij een nieuwe verzekeringsaanvraag, als op een verhoging van het verzekerd bedrag op een bestaande verzekering.

De consequentie voor de verzekerde die gebruikmaakt van het opschortingsrecht kan zijn:

- a. de verzekering komt gedurende de opschorting niet tot stand;*
- b. een eventueel door de verzekeraar verleende voorlopige dekking kan komen te vervallen;*
- c. eventuele verslechtingen in de gezondheidstoestand van de verzekerde blijven voor diens rekening.*

Artikel 9: kennisneming van gegevens

Lid 1

Als de verzekerde door zijn gezondheid een hoger risico dan gemiddeld vormt voor de verzekeraar en de medisch adviseur aan de verzekeraar een negatief advies geeft, stelt de medisch adviseur de verzekerde op de hoogte van dit advies. Een negatief advies houdt in dat de medisch adviseur adviseert om de verzekering te weigeren of de verzekering aan te bieden met beperkende voorwaarden zoals premieopslag, uitsluitingen, verlengde wachttijd, geen premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid, beperking in uitkeringsduur of een combinatie hiervan. De medisch adviseur stuurt de verzekerde dan een brief met daarin de achtergrond van zijn advies, het medisch oordeel en het advies dat de medisch adviseur aan de verzekeraar geeft. Als de verzekerde hieraan geen behoefte heeft dient hij dat aan te geven op de gezondheidsverklaring.

Lid 2

De verzekerde heeft recht op kennisneming van de uitslag van nader medisch onderzoek als dat onderdeel vormt van de verzekeringskeuring. Hij dient daar schriftelijk om te verzoeken en dient daarbij aan te geven of hij deze informatie wenst te krijgen rechtstreeks van de medisch adviseur of door tussenkomst van een door verzekerde aan te wijzen arts.

De verzekerde heeft het recht als eerste van het advies van de medisch adviseur in kennis te worden gesteld. Hij dient hier schriftelijk om te verzoeken. De medisch adviseur informeert de verzekerde op adequate en begrijpelijke wijze over de redenen die aan zijn advies ten grondslag hebben gelegen, tenzij de verzekerde aangeeft hierover niet geïnformeerd te willen worden. Op verzoek van de verzekerde kan de motivering ook worden verstrekt via een door de verzekerde aan te wijzen arts. De verzekerde kan vervolgens de medisch adviseur verbieden advies uit te brengen aan de verzekeraar. Een aangevraagde verzekering komt dan niet tot stand en een eventueel verleende voorlopige dekking vervalt. Indien de verzekerde aangeeft dat de verzekering definitief niet tot stand komt en schriftelijk verzoekt de medische gegevens te vernietigen, worden de medische gegevens binnen drie maanden na dit verzoek vernietigd.

Lid 3

De medisch adviseur zal aan de verzekerde op diens schriftelijk verzoek inzage geven in de medische gegevens die hij van hem heeft. De verzekerde kan eveneens schriftelijk een afschrift vragen van de medische gegevens die de medisch adviseur van hem heeft.

Lid 4

Indien naar de mening van verzekerde niet relevante, onjuiste of onvolledige gegevens of onjuiste interpretaties van gegevens zijn opgenomen in het medisch dossier dient de tekst te worden gecorrigeerd mits er overeenstemming is tussen de medisch adviseur en verzekerde. Ook kan de verzekerde verlangen dat in het dossier een aantekening wordt gemaakt in de vorm van een eigen verklaring over de mening van de verzekerde dat bepaalde gegevens in dat dossier niet relevant, onjuist of onvolledig zijn en/of dat er onjuiste interpretaties van gegevens zijn opgenomen. Dit recht geldt ook als de gegevens gelet op het doel van de keuring, onvolledig of niet ter zake doende zijn.

Toelichting

Het is niet zinvol het verstrekken van informatie van de keurend arts aan de medisch adviseur nog expliciet afhankelijk te maken van toestemming van de verzekerde. Betrokkenen zijn gebonden aan hun geheimhoudingsplicht. Door zich te laten keuren geeft de verzekerde blijk van zijn toestemming. De verzekerde kan de medisch adviseur verbieden zijn advies uit te brengen aan te verzekeraar. In dat geval komt de verzekering niet tot stand. Aangezien de verzekerde dikwijls op een later tijdstip aangeeft dat de verzekering toch doorgang dient te vinden, kunnen de medische gegevens worden bewaard totdat de verzekerde verklaart dat hij definitief afziet van een verzekeringsaanvraag en verzoekt de medische stukken te vernietigen.

Artikel 10: herkeuring

Indien de verzekeraar op medisch advies negatief beslist op de verzekeringsaanvraag van de verzekerde, heeft de verzekerde het recht op een nieuwe beoordeling op basis van nieuwe en/of aanvullende gegevens. De verzekerde maakt zijn wens daartoe met redenen omkleed schriftelijk kenbaar nadat de verzekeraar hem de beslissing op de verzekeringsaanvraag heeft medegedeeld.

Onder negatieve beslissing wordt verstaan:

- a. weigering van de verzekering;
- b. aanbieden van een verzekering met beperkende voorwaarden zoals premieopslag, uitsluitingen, wachttijd, geen premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid, beperking in uitkeringsduur of een combinatie hiervan.

De verzekerde kan bij een negatieve beslissing op zijn verzekeringsaanvraag de medisch adviseur schriftelijk en gemotiveerd verzoeken om nadere feitelijke informatie te verzamelen of om een nieuw medisch onderzoek door een andere onafhankelijk keurend arts. De medisch adviseur is verplicht deze informatie te betrekken bij de herbeoordeling tezamen met de reeds beschikbare medische informatie.

De verzekeraar neemt pas een definitieve beslissing op de verzekeringsaanvraag nadat de uitslag van de herbeoordeling hem is medegedeeld.

De kosten van de herkeuring worden gedragen door de verzekeraar. Deze mag een redelijke bijdrage verlangen van de verzekerde in deze kosten.

Toelichting

De herkeuring heeft betrekking op de juistheid en de kwaliteit van de in het kader van de verzekeringskeuring verzamelde informatie. Het gaat dus niet over de beoordeling en de verzekeringstechnische vertaling hiervan en evenmin over de vraag of de verzekeraar in het kader van zijn acceptatievrijheid een verzekering wenst te accepteren en zo ja, tegen welke prijs en tegen welke condities. De medisch adviseur kan op basis daarvan een gewijzigd advies aan de verzekeraar geven.

Artikel 11: de medisch adviseur en de keurend arts

Zowel de medisch adviseur als de keurend arts zijn gehouden bij hun werkzaamheden de professionele standaard in acht te nemen. Voor de medisch adviseur is dat uitgewerkt in de Beroepscode voor Geneeskundig Adviseurs werkzaam in Particuliere Verzekeringzaken en/of Personenschadezaken (te vinden via www.gav.nl). De medisch adviseur verplicht zich een onafhankelijk advies aan de verzekeraar uit te brengen. De medisch adviseur adviseert de verzekeraar in medische beleidszaken en wordt betrokken bij beleidsvoorbereiding en productontwikkeling, voor zover dit het werkterrein van de medisch adviseur betreft.

De medisch adviseur heeft een geheimhoudingsplicht omtrent de hem toevertrouwde medische gegevens tegenover derden, net als de medewerkers die onder zijn verantwoordelijkheid vallen.

Medewerkers die onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallen zijn gerechtigd gegevens omtrent de gezondheid van de verzekerde te verzamelen en te verwerken, voor zover dit noodzakelijk is voor het aangaan van een verzekering. De interpretatie en beoordeling van de gegevens zijn voorbehouden aan de medisch adviseur.

De keurend arts moet een onafhankelijke positie hebben ten aanzien van de verzekeraar en de verzekerde.

De keurend arts mag niet de huisarts of specialist van de verzekerde zijn of zijn geweest noch anderszins een nauwe relatie met de verzekerde hebben of hebben gehad.

De keurend arts doet geen uitspraken over de – mogelijke – consequenties die de verzekeraar aan de betreffende keuring verbindt of zal verbinden. Een keurend arts mag niet bij dezelfde keuringsprocedure tevens optreden als medisch adviseur.

De keurend arts dient zich te vergewissen van de identiteit van de verzekerde aan de hand van een officieel legitimatiebewijs.

Toelichting

De keurend arts moet vrij zijn zelfstandig naar medisch inzicht te handelen conform de voor de beroepsgroep geldende regels. De verzekeraar verplicht zich de keurend arts hiertoe alle vrijheid te bieden en hem te ondersteunen bij het dienovereenkomstig verrichten van zijn werkzaamheden.

Ten behoeve van de objectiviteit en ter voorkoming van inbreuken op een aanwezige vertrouwensrelatie dient de keurend arts niet een – voormalig – behandelend arts van de verzekerde te zijn. Bij een nauwe relatie kan worden gedacht aan de vaste sportarts van een verzekerde die sporter is of aan keuring van een familielid. De verzekeraar kan de verzekerde de keuze bieden uit verschillende keuringsartsen.

De keurend arts beïnvloedt de verzekerde niet in de beantwoording van vragen en doet geen uitspraak omtrent de acceptatie van de verzekering.

Artikel 12: medische gegevens

Rapporten van een keurend arts, een gezondheidsverklaring, alsmede informatie uit de behandelende sector worden opgenomen in het medisch dossier dat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur wordt bewaard.

De verzekeraar draagt er zorg voor dat de medische gegevens op zorgvuldige wijze worden bewaard in de organisatie en wel zodanig dat geheimhouding van de inhoud daarvan is verzekerd. Op dit punt is ook van toepassing de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. De medisch adviseur heeft een geheimhoudingsplicht omtrent de hem toevertrouwde medische gegevens tegenover derden, net als de medewerkers die onder zijn verantwoordelijkheid vallen.

Medische gegevens mogen bij derden slechts met voorafgaande gerichte schriftelijke machtiging van de verzekerde worden opgevraagd. Uit de machtiging dient te blijken dat de verzekerde is geïnformeerd over de aard van de op te vragen medische informatie, alsmede het doel daarvan. Het weigeren van medewerking van de verzekerde kan ertoe leiden dat de verzekering niet tot stand komt of slechts op beperkende voorwaarden. De verzekeraar dient de verzekerde uitdrukkelijk op deze consequentie te wijzen en een redelijke termijn te stellen om alsnog de gewenste medewerking te verlenen.

Erfelijkheidgegevens die een verzekerde met het oog op het afsluiten van een verzekering omtrent hemzelf aan de verzekeraar heeft verstrekt, mogen uitsluitend met betrekking tot de persoon van de verzekerde worden gebruikt en niet met betrekking tot een ander in dezelfde genetische lijn, ook niet met uitdrukkelijke toestemming van de betrokken verzekerde of enig familielid waarop de gegevens betrekking hebben.

Toelichting

De medisch adviseur moet door de verzekerde in staat worden gesteld een goed overwogen advies aan de verzekeraar uit te brengen. De verzekerde moet over de gevolgen van zijn weigering worden geïnformeerd. Van toepassing is de KNMG-richtlijn inzake omgang medische gegevens.

Artikel 13: klachtenprocedure

De verzekerde dient zich met klachten inzake het door verzekeraar niet juist toepassen van de wet en dit Protocol in eerste instantie te wenden tot het klachtenbureau van de betreffende verzekeraar en anders tot de desbetreffende directie.

Indien de klacht niet tot tevredenheid wordt afgehandeld kan de verzekerde zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Kifid, (via www.kifid.nl), waar een klacht tegen de verzekeraar kan worden voorgelegd aan de Financiële Ombudsman. Als bemiddeling door de Ombudsman niet tot resultaat leidt, kan de klacht worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening.

Een klacht met betrekking tot de handelwijze van de keurend arts of medisch adviseur kan ook bij bovengenoemde klachteninstanties worden ingediend, aangezien de keuring onder verantwoordelijkheid van de verzekeraar plaatsvindt. Ook kan een klacht worden ingediend bij het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

Toelichting

De verzekerde kan afhankelijk van de organisatie waartoe degene waarover wordt geklaagd behoort, kiezen uit verschillende klachteninstanties. Voor klachten tegen de verzekeraar is het gewenst eerst de verzekeraar met een gemotiveerde, schriftelijke klacht in de gelegenheid te stellen zijn standpunt te heroverwegen respectievelijk nader toe te lichten. Daarna kan de klacht, indien niet tot tevredenheid opgelost, worden voorgelegd ter bemiddeling aan het Klachteninstituut, dat zelfstandig en onafhankelijk opereert, bijgestaan door externe deskundigen op actuariële, medisch, arbeidskundig en juridisch gebied.

Artsen vallen onder het wettelijk medisch tuchtrecht.

Artikel 14: aanpassingen

Indien de toepassing van dit Protocol in de praktijk problemen oplevert, zullen de partijen die dit Protocol hebben ondertekend met elkaar in overleg treden en waar nodig nadere handreikingen doen. Op voorstel van elke ondertekenende partij betrokken bij deze overeenkomst kunnen partijen in onderling overleg deze overeenkomst aanpassen.

Toelichting

De afspraken moeten zo nodig kunnen worden aangepast aan gewijzigde medische inzichten, wettelijke bepalingen en praktische uitvoerbaarheid.

Bijlage: lijst met afkortingen

- ECG - ElectroCardioGram
- GAV - Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken of Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken
- Kifid - Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
- KNMG - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- WFT - Wet op het Financieel Toezicht
- WGBO - Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst
- WMK - Wet op de Medische Keuringen