

Protocol bij claims op Individuele Arbeids- ongeschiktheids- verzekeringen



Inleiding

Verzekeraars bieden vele producten en productvarianten aan op het gebied van individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Producten

Individuele inkomensverzekeringen, (Woon)lastenverzekeringen en Kredietbeschermers zijn enkele voorbeelden.

Productvarianten

Beroepsongeschiktheid, passende arbeid, gangbare arbeid (al dan niet WIA-volgend).

Dekkingsvarianten

Alle oorzaken van arbeidsongeschiktheid, alleen ongeval als oorzaak van arbeidsongeschiktheid, met name genoemde ernstige aandoeningen als oorzaak van arbeidsongeschiktheid, etc.

Variabelen

Eigen risicotermijnen, uitkeringsduur (x jaar of eindleeftijd), ondergrens (25%, 50%, 80% etc.)

Allemaal elementen die bepalen of en zo ja, in welke mate een verzekerde recht heeft op een uitkering. Maar ook allemaal elementen die bepalen op welke wijze een schademelding in behandeling wordt genomen. Nog los van het feit dat iedere verzekeraar vrij is (en hoort te zijn) in de wijze waarop hij zijn schadebehandeling wil inrichten, maken deze verschillende elementen het niet mogelijk een eenduidige manier van schadebehandeling te formuleren.

Wel kan gesteld worden dat arbeidsongeschiktheidsverzekeringen de volgende kenmerken als grote gemene deler hebben:

- De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarover deze zal gelden wordt door de verzekeraar vastgesteld.
- Verzekeraars doen dit aan de hand van door hun aan te wijzen (medische) deskundigen.
- En verzekeraars zullen zo spoedig mogelijk na de vaststelling van het recht op uitkering hiervan mededeling doen.
- Ten behoeve van de vaststelling leggen verzekeraars aan hun verzekerden verschillende verplichtingen op, dikwijls gekoppeld aan een vastgelegde termijn waarbinnen aan de verplichting moet worden voldaan.

Dit protocol is er op gericht de rechten van de verzekerden (en daarmee de verplichtingen van verzekeraars) duidelijker te formuleren, zonder in het schadebehandelingsbeleid van de individuele verzekeraar te treden.

Doel van het protocol

Door het duidelijk verwoorden van de (informatie)plichten van verzekeraars en van de rechten van een verzekerde bij een ingediende claim, het imago van verzekeraars in het algemeen en die van arbeidsongeschiktheidsverzekeraars in het bijzonder te verbeteren.

Hiertoe conformeren verzekeraars zich aan de navolgende communicatiemomenten en informatieverstrekkingsmomenten.

1. Melding van arbeidsongeschiktheid

- 1.1 Bij ontvangst van een melding van arbeidsongeschiktheid verstrekt de verzekeraar de verzekerde algemene informatie over de claimbehandeling. Dit kan door middel van het verstrekken van een folder, die in elk geval de voor het product relevante elementen bevat uit de folder van het Verbond van Verzekeraars. Daarnaast kan de verzekeraar ervoor kiezen deze informatie op de website aan te bieden, als in aanvulling daarop voor de verzekerde ook de mogelijkheid bestaat om deze informatie per post te ontvangen.

- 1.2 Bij de ontvangst van een melding van arbeidsongeschiktheid informeert de verzekeraar de verzekerde in heldere bewoordingen over de inhoud van zijn verzekering als deze beperkter is dan een volledige, reguliere individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat betekent dat de verzekerde geïnformeerd wordt over het product, de productvariant, de dekkingsvariant en de variabelen en de consequenties hiervan voor de beoordeling van de claim. Reden hiervoor is verwachtingsmanagement. Hoewel de verzekeraar er van uit mag gaan dat deze elementen een bewuste keus zijn geweest bij het aangaan van de verzekering, kan de verzekeraar er niet van uit gaan dat de verzekerde zich nog steeds bewust is van de consequenties van zijn keuze. Door hierover vroegtijdig te informeren, worden eventuele verkeerde verwachtingen tijdig bijgesteld. Dit voorkomt teleurstellingen als de uitkering wordt geweigerd of na verloop van tijd wordt beëindigd omdat niet langer aan de dekkingsvoorwaarden wordt voldaan.
- 1.3 Als bij de ontvangst van een melding van arbeidsongeschiktheid al het vermoeden bestaat dat geen recht op uitkering bestaat, omdat er bijvoorbeeld een uitsluiting van toepassing is of niet aan de dekkingsvoorwaarden wordt voldaan, informeert de verzekeraar de verzekerde direct over dit vermoeden. De verzekeraar wacht hiermee niet tot nader onderzoek de bevestiging van het vermoeden heeft opgeleverd.
- 1.4 Als inkomstenderving of het verzekerbaar belang een rol speelt bij het bepalen van het recht op uitkering of de omvang van de uitkering informeert de verzekeraar de verzekerde hier tijdig over. De verzekeraar zal de benodigde financiële informatie voor de beoordeling van de (omvang) van de inkomstenderving of het bestaan van het verzekerbaar belang tijdig opvragen en hem hierbij gemotiveerd en in heldere bewoordingen informeren voor welk doel de financiële gegevens worden opgevraagd.

2. Claimbehandeling

De verzekeraar informeert de verzekerde steeds over de

- te nemen actie in het claimbehandelingsproces;
- rol en taak van de betrokken functionaris(sen);
- termijn waarbinnen de te nemen actie tot resultaat leidt;
- standpuntbepaling door de verzekeraar.

2.1 Te nemen actie in het claimbehandelingsproces

Voor het beoordelen van het recht op uitkering, de hoogte van de uitkering en de duur van de uitkering zal de verzekeraar verschillende acties moeten ondernemen. Het hangt van de dekking van de betreffende verzekering en de aard van de melding van arbeidsongeschiktheid af of, en zo ja, welke acties genomen moeten worden (bijvoorbeeld in schakelen controlerend arts, arbeidsdeskundige).

Indien de aard van de arbeidsongeschiktheid of de dekking van de verzekering geen onmiddellijke actie vereist, informeert de verzekeraar de verzekerde op welke termijn de eerstvolgende actie wordt ondernomen.

Is directe actie noodzakelijk dan informeert de verzekeraar de verzekerde welke actie wordt ondernomen en wat het doel is van de actie. Als het in de lijn der verwachting ligt dat opvolgende acties ondernomen moeten worden informeert de verzekeraar de verzekerde alvast over de opvolgende acties, evenals het doel van de acties.

Als het resultaat van een actie tot een vervolgactie leidt informeert de verzekeraar de verzekerde over het resultaat van de actie en op welke termijn de vervolgactie zal plaatsvinden.

2.2 Rol en taak van de betrokken functionarissen

Bij elke actie die nodig is om te beoordelen of er recht op uitkering bestaat, wat de hoogte van de uitkering is en voor welke duur deze zal gelden kunnen meerdere functionarissen zijn betrokken.

De volgende functionarissen worden daarbij vaak ingezet:

- technisch claimbehandelaar
- medisch claimbehandelaar
- medisch adviseur
- arbeidsdeskundige
- controlerend arts
- medisch specialist (expertise)
- behandelend arts (bijvoorbeeld huisarts, specialist)

Bij het ondernemen van een actie informeert de verzekeraar de verzekerde over de betrokken functionaris(sen), wat zijn rol in de actie is en wat van de functionaris gevraagd/verwacht mag worden. De verzekeraar informeert de verzekerde zelf en laat dit niet alleen over aan de functionaris die voor de actie wordt ingeschakeld.

2.3 Termijn waarbinnen de te nemen actie tot resultaat leidt

Indien een actie wordt ondernomen, informeert de verzekeraar de verzekerde binnen welke termijn de actie (medisch onderzoek, AD-onderzoek, etc.) (vermoedelijk) plaats zal vinden. De verzekeraar geeft daarbij ook aan binnen welke termijn het resultaat (de rapportage) (vermoedelijk) verwacht kan worden.

Indien de termijn wordt overschreden informeert de verzekeraar pro-actief de verzekerde wat de oorzaak van de overschrijding is en noemt een nieuwe (vermoedelijke) termijn, waarbinnen het resultaat verwacht mag worden.

2.4 Standpuntbepaling door de verzekeraar.

De verzekeraar informeert de verzekerde binnen twee weken na ontvangst van het resultaat van het onderzoek/de actie wat haar standpunt is. Is standpuntbepaling binnen twee weken niet mogelijk, dan informeert de verzekeraar direct na ontvangst van het resultaat van de actie de verzekerde hierover en geeft daarbij aan binnen welke (redelijke) termijn een standpunt ingenomen zal worden. Bij het bekend maken van het standpunt biedt de verzekeraar de verzekerde uitdrukkelijk de mogelijkheid het resultaat van de actie op te vragen, en wijst daarbij op de mogelijkheden om bezwaar aan te tekenen.

Kan op basis van het ontvangen resultaat nog geen definitief standpunt worden ingenomen, dan informeert de verzekeraar de verzekerde gemotiveerd en in heldere bewoordingen waarom een definitief standpunt nog niet mogelijk is. De verzekeraar geeft daarbij aan welke vervolgactie nodig is en wat de gevolgen zijn voor de uitkering. Alleen als de rechtmatigheid van de claim betwist wordt kan een uitkering aangehouden worden. Anders zal de verzekeraar op zijn minst op basis van een voorschot uitkering moeten verstrekken. Geeft de verzekeraar niet uitdrukkelijk aan dat het om een voorschotuitkering gaat, dan vindt de uitkering plaats alsof er een definitief standpunt van de verzekeraar is. De verzekeraar biedt de verzekerde daarbij uitdrukkelijk de mogelijkheid het resultaat van de actie op te vragen, en wijst daarbij op de mogelijkheden om bezwaar aan te tekenen.

Indien het standpunt van de verzekeraar niet leidt tot een volledige toekenning van de claim, dan informeert zij de verzekerde gemotiveerd en in heldere bewoordingen waarom zij tot een gedeeltelijke toekenning of afwijzing komt. De verzekeraar biedt de verzekerde daarbij uitdrukkelijk de mogelijkheid het resultaat van de actie op te vragen, en wijst daarbij op de mogelijkheden om bezwaar aan te tekenen. Onder gedeeltelijke toekenning wordt uitdrukkelijk ook verstaan een toekenning van de uitkering voor gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, terwijl volledige arbeidsongeschiktheid geclaimd is.

Indien een verzekerde het resultaat van een actie (bijv. AD-rapport, medische gegevens) opvraagt verstrekt de verzekeraar deze direct en zonder vertraging. De verantwoordelijkheid voor uitleg bij de informatie ligt in beginsel bij de betrokken deskundige of diens opdrachtgever.

3. Bezwaarprocedure

- 3.1 Als de verzekerde het niet eens is met het besluit van de verzekeraar, dan heeft hij de mogelijkheid om hernieuwd (medisch of arbeidskundig) onderzoek te laten doen (een second opinion). De verzekeraar informeert de verzekerde na een schademelding altijd en uitdrukkelijk over deze mogelijkheid en vermeldt daarbij dat hierover eerst contact moet worden gezocht met de verzekeraar, omdat niet altijd alle soorten kosten worden vergoed.
- 3.2 De verzekeraar informeert de verzekerde altijd en uitdrukkelijk over de mogelijkheid het resultaat van de ondernomen actie te kunnen opvragen.
- 3.3 Indien de verzekerde gemotiveerd bezwaar maakt dat niet direct leidt tot herzien van het ingenomen standpunt, informeert de verzekeraar de verzekerde gemotiveerd en in heldere bewoordingen waarom zij haar standpunt handhaaft.

De verzekeraar biedt de verzekerde daarbij uitdrukkelijk de mogelijkheid om:

- a) De mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de directie/het klachtenbureau van de verzekeraar en als dat niet leidt tot een bevredigend resultaat de zaak voor te leggen aan het Kifid.
- b) De zaak voor te leggen aan de rechter.