

Vragen en antwoorden (laag 3 van de informatie over de gezondheidsverklaring)

Versie 2 november 2017

- **Aanvullend op, maar vooral gedetailleerder dan de informatie in laag 2**
- **Verdeeld over 5 secties**
- **Onderdeel van de longread / miniwebsite**
- **Kan door de tijd heen worden aangevuld met extra vragen**

Vragen en antwoorden:

1. Ziek of ziek geweest

Ik ben toch genezen? Waarom krijg ik dan toch een hogere premie of zelfs een afwijzing?

Een verzekeraar bekijkt het risico anders dan een medisch behandelaar. Een patiënt die als genezen wordt beschouwd, valt vanaf dat moment buiten het blikveld van de behandelaar. Pas als de patiënt opnieuw ziek wordt, komt deze weer terug bij de betreffende behandelaar.

De medisch adviseur moet kijken naar het risico op de langere termijn. Op basis van zijn advies stelt de verzekeraar een premie vast voor de gehele looptijd van de verzekering. Een overlijdensrisicoverzekering of arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen heeft meestal een looptijd van tientallen jaren. Verzekeraars kunnen in principe niets meer wijzigen aan de premie als de verzekering eenmaal is ingegaan. Zij moeten op het moment dat zij de premie vaststellen dus rekening houden met alle mogelijke uitkomsten. Dus ook met het scenario dat oude aandoeningen, klachten of ziektes weer terugkomen (recidief). Of dat de patiënt door de behandeling blijvende schade heeft opgelopen, waardoor het arbeidsongeschiktheids- of overlijdensrisico toch verhoogd is.

Kan ik een levensverzekering afsluiten als ik HIV heb?

Ja, dat is mogelijk. Nederlandse levensverzekeraars beschouwen HIV als een chronische aandoening, die vaak gewoon kan worden verzekerd. Dat is in vrijwel geen enkel ander land het geval.

2. Erfelijkheid

Mogen verzekeraars vragen naar erfelijke aanleg?

Als je een verzekering afsluit *onder* de vragengrens, dan mag de medisch adviseur geen erfelijkheidsvragen stellen. Heeft een arts bij een erfelijkheidsonderzoek echter gezien dat je een erfelijke ziekte hebt én heb je klachten of verschijnselen van deze ziekte, dan moet je dat wél melden. Sluit je een verzekering *boven* de vragengrens af, dan zal de medisch adviseur soms een keuring verlangen. Dan kun je ook vragen krijgen over de kans op een ernstige, onbehandelbare erfelijke ziekte van jezelf of je familie. Daarnaast kan het zijn dat je vragen krijgt naar de resultaten van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek (een chromosomaal of DNA-onderzoek).

De regels rond erfelijkheid en verzekeren zijn vastgelegd in het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek. Dat is onderdeel van het [Protocol Verzekeringskeuringen](#). In dit document wordt specifiek beschreven wanneer verzekeraars erfelijkheidsvragen mogen stellen. Deze afspraken zijn gemaakt om te voorkomen dat mensen vanwege hun verzekeraar geen erfelijkheidsonderzoek laten verrichten.

Moet ik een preventieve operatie melden aan de verzekeraar?

Heb je uit voorzorg een operatie of een andere preventieve behandeling ondergaan maar geen klachten of verschijnselen van deze ziekte? Dan hoef je dit niet te melden als je een verzekering afsluit voor een bedrag onder de vragengrens.

Is het beter te wachten met erfelijkheidsonderzoek totdat ik een verzekering heb afgesloten?

Nee. Juist om dit te voorkomen mag de medisch adviseur geen erfelijkheidsvragen stellen als je een verzekering onder de vragengrens afsluit. Heeft een arts bij een erfelijkheidsonderzoek echter gezien dat je een erfelijke ziekte hebt én heb je klachten of verschijnselen van deze ziekte, dan moet je dat wél melden.

Sluit je een verzekering *boven* de vragengrens af, dan ligt dit anders. Je kunt dan ook vragen krijgen over de kans op een ernstige, onbehandelbare erfelijke ziekte van jouzelf of je familie. Daarnaast kan het zijn dat je vragen krijgt over de resultaten van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek (een chromosomaal of DNA-onderzoek). De medisch adviseur kan dan ook een keuring verlangen.

3. Afwijzing en premieverhoging

Waarom krijg ik bij slechtere gezondheid een hogere premie of een afwijzing?

De premie die verzekeraars berekenen, is gebaseerd op het risico dat iemand loopt om bijvoorbeeld arbeidsongeschikt te raken of eerder te overlijden. Iemand met een slechtere gezondheid heeft vaak ook een verhoogd risico en betaalt dus vaak wat meer premie dan iemand met een lager risico. Als het risico gewoonweg te hoog is, kan de verzekeraar ook besluiten om iemand geen verzekering aan te bieden.

Maar verzekeraars organiseren toch juist solidariteit?

Dat klopt. Verzekeraars gaan bij het berekenen van de premie uit van het risico van de klant. Maar tegelijkertijd organiseren verzekeraars solidariteit. Zo brengen alle klanten gezamenlijk het geld op dat nodig is voor de uitkeringen. Omdat iedereen bijdraagt aan de uitkeringen, blijven de premies voor diegenen met een verhoogd risico beter betaalbaar.

Er zit onder verzekerden met een lager risico wel een grens aan de bereidheid om mee te betalen aan de risico's van anderen. Als deze grens wordt overschreden, zullen zij uit de verzekering stappen. Dan zijn er minder inkomsten om de uitkeringen van diegenen met een verhoogd risico van te betalen. Hierdoor zullen de premies stijgen. Om dit te voorkomen, moeten verzekeraars een goede balans hanteren tussen de premies voor mensen met hogere en lagere risico's.

Wat kan ik nog doen bij een afwijzing?

Iedere verzekeraar voert een eigen acceptatiebeleid. Daarom kan het zinvol zijn om bij diverse aanbieders een offerte aan te vragen. Aspirant-verzekerden kunnen bovendien altijd gebruik maken van het 'recht op eerste kennisneming' van het voorgenomen advies van de medisch adviseur. Zij kunnen hem vervolgens opdragen het advies niet uit te brengen aan de verzekeraar. Dit heet 'blokkeringsrecht'. Daarmee komt dan wel de aanvraag te vervallen.

Vraag bij een afwijzing altijd om een toelichting. Ook kan het nuttig zijn om na te gaan of de medisch adviseur wel een juist beeld heeft. Of kijk of de dekking kan worden aangepast.

Voor zelfstandigen die om medische redenen niet worden geaccepteerd voor een reguliere arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) is de [private vangnetverzekering](#) ontwikkeld. Voor deze verzekering is geen medische beoordeling nodig. Startende zelfstandigen kunnen de private vangnetverzekering aanvragen binnen vijftien maanden na de start als zelfstandig ondernemer.

4. Privacy

Waarom moet ik een gezondheidsverklaring invullen?

Met een verzekering kunnen klanten zich verzekeren tegen een onzeker voorval, zoals bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid of het moment waarop je komt te overlijden. De klant betaalt hiervoor een premie. Om de hoogte van de premie te bepalen, is het belangrijk dat de verzekeraar weet hoe groot de kans is dat het onzekere voorval zich voordoet. Voor de verzekeraar is een goede risico-inschatting dan ook enorm belangrijk.

Deze risico-inschatting op basis van het (gezondheids)risicoprofiel van de klant wordt gedaan door een medisch adviseur. Daarbij wordt meestal gebruik gemaakt van een gezondheidsverklaring. Dit document bevat vragen over de gezondheid. De klant wordt gevraagd dit formulier in te vullen. Wanneer de antwoorden uit de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geven, wordt deze informatie eventueel aangevuld met informatie van behandelend artsen en/of informatie uit nader medisch onderzoek.

Waarom heeft de verzekeraar zoveel (medische) informatie nodig?

De premie die verzekeraars berekenen, is gebaseerd op het risico dat iemand loopt om bijvoorbeeld arbeidsongeschikt te raken of eerder te overlijden. Voor verzekeraars is het dan ook erg belangrijk dat de medisch adviseur inzicht heeft in alle (medische) informatie die nodig is voor een goede risico-inschatting. Het gaat daarbij ook om (medische) informatie uit het verleden. Gebeurtenissen uit het verleden kunnen immers van invloed zijn op het risico dat de klant nú wil verzekeren.

Als de klant die informatie niet meer zou hoeven verstrekken, of in veel mindere mate, wordt de verzekering vooral populair bij diegenen die van zichzelf weten dat zij de verzekering het hardst nodig hebben. Dit heet antiselectie. Door antiselectie moeten verzekeraars waarschijnlijk vaker en meer uitkeren. Dat veroorzaakt vervolgens weer hogere premies waardoor de verzekering minder toegankelijk wordt. Daar is niemand mee geholpen.

Mogen verzekeraars eigenlijk wel zoveel vragen stellen?

Verzekeraars mogen niet zomaar alles vragen. Er zijn wettelijke grenzen gesteld aan de mogelijkheden om via medische keuringen informatie te verzamelen. Dit is vastgelegd in de [Wet op de medische keuringen](#) (Wmk) en het [Protocol Verzekeringskeuringen](#) van het Verbond van Verzekeraars.

De Wmk zoekt evenwicht tussen enerzijds het belang van verzekeraars om over informatie te kunnen beschikken voor de risico-inschatting en anderzijds de bescherming van de privacy van de verzekerde. Zo moeten de gezondheidsvragen zo gericht mogelijk zijn en is medewerking aan erfelijkheidsonderzoek bijvoorbeeld geen voorwaarde voor het afsluiten van een verzekering. Ook hoeven klanten het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek beneden de vragengrens niet te melden. Het is verboden om ten behoeve van een verzekeringskeuring onderzoek te doen waarbij het belang van de verzekeraar niet opweegt tegen de risico's voor de verzekerde.

De wettelijke grenzen zijn vertaald in de model-gezondheidsverklaringen van het Verbond van Verzekeraars. Verzekeraars mogen de vragen stellen die in deze modelverklaringen zijn opgenomen. Het staat hen vrij om minder te vragen, maar het is niet toegestaan om méér vragen te stellen dan in die modelverklaringen staan.

Kunnen verzekeraars relevante informatie niet gewoon bij mijn huisarts opvragen?

Het is niet toegestaan om op voorhand het gehele medisch dossier van een klant op te vragen, bijvoorbeeld bij de huisarts. Dit dossier bevat immers mogelijk informatie die de medisch adviseur

überhaupt niet mag opvragen. Denk dan bijvoorbeeld, in bepaalde gevallen, aan genetische informatie. Het verzamelen van meer medische gegevens of andere gegevens dan strikt noodzakelijk voor het doel van de medische beoordeling, vormt een inbreuk op de privacy van het individu en is niet toegestaan.

Mag mijn (huis)arts zomaar informatie over mij aan een verzekeraar geven?

In sommige gevallen heeft de medisch adviseur extra informatie nodig bij het beoordelen van de gezondheidsverklaring. Deze extra informatie kan bijvoorbeeld worden opgevraagd bij de huisarts. Iedere arts heeft een beroepsgeheim. Dit betekent dat hij niet zo maar medische informatie over zijn patiënten aan derden mag geven. Een huisarts of medisch specialist mag alleen informatie aan derden geven als diegene daarvoor schriftelijk toestemming heeft gegeven. Deze schriftelijke toestemming wordt ook wel de *medische machtiging* genoemd. De medisch adviseur heeft deze machtiging nodig om informatie op te kunnen vragen bij arts(en).

Mag de verzekeraar altijd medisch keuren?

Nee, medisch keuren is niet altijd toegestaan. Voor sommige typen verzekeringen geldt een keuringsverbod dat te vinden is in artikel 4 van de Wet op de medische keuringen (Wmk). Zo is het bijvoorbeeld voor de meeste pensioenverzekeringen verboden om medisch te keuren.

Deelt mijn zorgverzekeraar medische informatie met andere verzekeraars?

Nee, dit is niet toegestaan. Gegevens over iemands gezondheid zijn gevoelig. De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) bepaalt daarom dat dit zogeheten 'bijzondere persoonsgegevens' zijn. En dat bijvoorbeeld zorgverzekeraars deze gegevens alleen mogen gebruiken als aan bijzondere voorwaarden wordt voldaan. Zorgverzekeraars voeren een aantal (wettelijke) taken uit waarvoor zij informatie over hun verzekerden nodig hebben. Voor deze doeleinden mogen zij van de wet persoonsgegevens verwerken, waaronder medische gegevens. Het gaat hierbij onder meer om gegevens die noodzakelijk zijn om declaraties te kunnen afhandelen. Het delen van medische gegevens met andere verzekeraars hoort niet bij de taken waarvoor zorgverzekeraars deze medische gegevens mogen gebruiken.

Hoe wordt mijn informatie bewaard?

Medische informatie wordt afgeschermd opgeslagen en in een digitaal beveiligd bestand bewaard bij het medische deel van de polis, onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. De medische gegevens kunnen alleen door het medisch team worden geopend. Gaat de aanvraag niet door, dan worden de gegevens vernietigd.

5. Gelijke behandeling

Mogen verzekeraars eigenlijk wel een hogere premie vragen aan mensen met een verhoogd risico? Is dat niet in strijd met de wetgeving rond gelijke behandeling?

Het vragen van een hogere premie aan mensen met een verhoogd risico hoeft niet in strijd te zijn met de wetgeving. In de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) is geregeld dat verzekeraars indirect onderscheid mogen maken. Daarvan is sprake als een eis of handelwijze in eerste instantie neutraal lijkt, maar via een omweg toch mensen met een handicap of chronische ziekte treft. Dit onderscheid moet wél objectief gerechtvaardigd worden door een legitiem doel, en de middelen voor dat doel moeten passend en noodzakelijk zijn. Het vragen van een hogere premie aan mensen met een verhoogd risico is dus toegestaan, mits het gemaakte onderscheid valt

binnen de kaders van deze wet.

Sinds juni 2016 is de werkingssfeer van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) uitgebreid naar goederen en diensten, waaronder ook verzekeringen. Klanten kunnen voortaan de bescherming van deze wet invoeren. Het toezicht op deze wet is belegd bij het College voor de Rechten van de Mens (CRM).

Gelijke behandeling: dat betekent toch dat iedereen dezelfde premie krijgt?

Nee, dat hoeft het in het geval van een private overlijdensrisico- of arbeidsongeschiktheidsverzekering niet te betekenen. Dat komt omdat dit type verzekering niet uitgaat van een 'dubbele verplichting', zoals wel het geval is bij de zorgverzekeringen. Daar is namelijk iedereen verplicht zich te verzekeren én zijn de verzekeraars verplicht iedereen als verzekerde te accepteren. Voor een private overlijdensrisico- of arbeidsongeschiktheidsverzekering geldt dit niet.

Wel is er bij deze verzekeringen sprake van solidariteit tussen mensen met vergelijkbare risico's. Verzekerden betalen dan ook een premie die past bij het eigen onderliggende risico dat de verzekeraar van hen overneemt. Omdat dit risico per individu kan verschillen, kan er ook verschil zitten in de premie die iemand betaalt.

Waarom is er verschil in premies tussen verzekeraars onderling?

Om de hoogte van de premie te bepalen, is het belangrijk dat de verzekeraar weet hoe groot de kans is dat een onzeker voorval zich voordoet. Om die kans zo goed mogelijk in te schatten, maken zij gebruik van medische, statistische en actuariële bronnen. Dit zijn bijvoorbeeld statistische gegevens van herverzekeraars, eigen cijfers en ervaringsgegevens, medische publicaties, het advies van een medisch adviseur en uiteraard de informatie uit de gezondheidsverklaring die de klant zelf heeft ingevuld. Deze bronnen verschillen per verzekeraar en daardoor kunnen ook de premies verschillen. Ook zitten de verzekeringen van verzekeraars niet allemaal precies hetzelfde in elkaar, waardoor verschillen in premie kunnen ontstaan.

Waarom zijn de statistische gegevens van verzekeraars niet openbaar?

Een deel van de statistische gegevens die verzekeraars gebruiken, valt onder bedrijfsgevoelige informatie. Dat gedeelte maken zij uit concurrentieoverwegingen niet openbaar. Informatie uit openbare bronnen zal de verzekeraar desgevraagd met aanvragers delen.