

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- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen: het 'Protocol Verzekeringskeuringen'. Hierin zijn de wettelijke bepalingen vastgelegd en nader uitgewerkt waar dat voor een goede uitvoering nodig is. In artikel 13 WMK is bepaald dat hieronder genoemde organisaties een onafhankelijke klachtencommissie kunnen instellen. De hoofdlijnen van de klachtenregeling inzake verzekeringskeuringen maken onderdeel uit van dit Protocol. In de regeling wordt zowel voorzien in klachtenbemiddeling als klachtenbeoordeling.

Niemand heeft de plicht tot het afsluiten van een levens-, arbeidsongeschiktheids- of een pensioenverzekering. Voor de aspirant-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 (aspirant-) verzekerde de algemene vereisten van redelijkheid en billijkheid in acht te nemen. De verzekeringskeuring maakt deel uit van de acceptatieprocedure. Door de verzekeringskeuring wordt inzicht verkregen in voor de beoordeling van het te verzekeren risico relevante aspecten van de gezondheidstoestand van de aspirant-verzekerde. Het gaat daarbij om informatie van de (aspirant-)verzekerde zelf, eventueel aangevuld met informatie van behandelend artsen en informatie uit nader geneeskundig onderzoek. Zowel de verzameling van die informatie als 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. En om zelfselectie te voorkomen is het van belang dat er informatiegelijkheid is tussen verzekeraar en aspirant-verzekerde. De wetgever heeft in het belang van de aspirant-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.

De beperkingen die verzekeraars zichzelf reeds hebben opgelegd in de sfeer van het afzien van erfelijkheidsonderzoek bij een verzekeringskeuring en in de sfeer van het stellen van beperkte vragen gericht op het achterhalen van een HIV-risico, zijn opgenomen in het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek en de HIV-gedragscode. Deze beperkingen zijn ook in het Protocol opgenomen. De tekst van het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek en de HIV-gedragscode zijn als bijlage bij dit Protocol gevoegd. Indien verzekeraars besluiten tot wijziging van het Moratorium erfelijkheidsonderzoek zal met de betrokken partijen bij het Protocol overleg volgen over de gevolgen voor het Protocol.

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 keurling, de aard en omvang van de medewerkingsplicht van de keurling, de verantwoordelijkheden van de geneeskundig adviseur en de keuringsarts, het recht van de keurling op kennisneming van gegevens en het recht op herkeuring. Tevens bevat het Protocol 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 en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Wat dit laatste betreft, behandelt het Protocol met name de relatie tussen de keurling en de keurend arts en tussen de medisch adviseur en de (aspirant-)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-code en de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (het zogenaamde Groene Boekje).

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:

- Breed Platform Verzekerden en Werk te Amsterdam;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de 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.

Het Protocol treedt in werking per 1 maart 2003 of zoveel eerder als mogelijk is, voor onbepaalde tijd.

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 (aspirant-)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;
 - een arbeidsongeschiktheidsverzekering en een pensioenverzekering, indien en voorzover keuring is toegestaan op grond van de WMK.
- b. (aspirant-)verzekerde:
degene wiens leven of risico op arbeidsongeschiktheid is verzekerd of wordt beoogd te verzekeren.
- c. verzekeraar:
de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 die opdracht geeft tot keuring van de (aspirant-)verzekerde.
- d. keurend arts:
de geneeskundige die een medisch onderzoek verricht in opdracht van de verzekeraar en hierover rapporteert aan de geneeskundig adviseur.
- e. geneeskundig adviseur:
de geneeskundige die de verzekeraar adviseert omtrent de medische acceptatie van de (aspirant-) 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. erfelijkheidsonderzoek:
onderzoek door of via een arts op chromosomaal of DNA-niveau met betrekking tot erfelijke eigenschappen.

Toelichting

Deze definities zijn zoveel mogelijk geënt op de WMK. Volgens de WMK valt 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 zusters (2^e graad).

Artikel 2: doel van de verzekeringskeuring

Het doel van de verzekeringskeuring is het verzamelen van relevante informatie met betrekking tot – aspecten van – de gezondheidstoestand van de (aspirant-) verzekerde, teneinde een verantwoorde risico-inschatting te kunnen maken van het overlijdensrisico respectievelijk het risico van arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar bepaalt op grond van de

verkregen informatie 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. De verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand van de (aspirant- verzekerde vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. De geneeskundig adviseur vertaalt de verzamelde informatie van de (aspirant-)verzekerde in een gemotiveerd advies over het al dan niet aanwezig zijn van een verhoogd risico bij de verzekerde ten behoeve van de verzekeraar.

Artikel 3: inhoud van de verzekeringskeuring

De verzameling van informatie in het kader van de verzekeringskeuring dient doelgericht te zijn. Gelet op het doel van de verzekeringskeuring dient de verzamelde informatie relevant te zijn voor de beoordeling van de aanwezigheid van een verhoogd risico op overlijden respectievelijk arbeidsongeschiktheid.

De verzekeraar kan bij de verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde in het kader van de acceptatieprocedure gebruikmaken van verschillende instrumenten. Deze kunnen zijn:

- een eenvoudige of uitgebreide gezondheidsverklaring of gezondheidsvragenlijst conform het model van het Verbond;
- het vragen van een toelichting respectievelijk het stellen van aanvullende vragen naar aanleiding van een door de (aspirant-)verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring;
- een aanvullend gericht medisch onderzoek naar aanleiding van de ingevulde gezondheidsvragenlijst;
- een medisch onderzoek van de (aspirant-)verzekerde door een huisarts of een specialist of een keuringsinstituut, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft;
- bloedonderzoek;
- het opvragen van nadere informatie bij behandelend artsen, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft;
- of een combinatie van het bovenstaande.

De verzekeraar laat zich adviseren door de geneeskundig adviseur over het algemene beleid van de maatschappij inzake het gebruik van deze instrumenten in verschillende omstandigheden. In algemene zin is de door de verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring 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 afgesloten respectievelijk aangevraagde verzekeringen – is het gebruikelijk dat door de verzekeraar een medisch onderzoek door een keuringsarts wordt gevraagd.

Bij verzekeringen boven de vragengrens kan het ondergaan van een HIV-test standaard onderdeel uitmaken van de verzekeringskeuring, terwijl zulks onder de vragengrens tevens het geval zal zijn als de antwoorden op de gezondheidsvragenlijst daartoe aanleiding geven.

De vragen die aanleiding kunnen geven om een HIV-test te verlangen, staan vermeld in de HIV-gedragscode.

De door de geneeskundig adviseur te verstrekken opdracht tot het in het kader van de verzekeringskeuring uitvoeren van een medisch onderzoek, dient voor wat betreft de aard en de omvang van dat onderzoek in overeenstemming te zijn met de in Nederland door de beroepsgroep gehanteerde beginselen en normen.

Met betrekking tot het verzoek van de geneeskundig adviseur aan een behandelend arts om aanvullende informatie te verstrekken over de (aspirant-)verzekerde geldt dat de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (het zogenaamde Groene Boekje) daarbij in acht moeten worden genomen, hetgeen impliceert dat het moet gaan om gerichte vragen naar feitelijke informatie en specifiek daarop betrekking hebbende schriftelijke toestemming van de (aspirant-)verzekerde.

Toelichting

Om een goed beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde zullen in het algemeen zoveel mogelijk gerichte vragen worden gesteld en gerichte onderzoeken worden verricht. Aanvullende onderzoeken, zoals bijvoorbeeld röntgenonderzoek, ECG (cardiologisch onderzoek), worden 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

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 keurling.

Lid 1

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 keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling, waaronder 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 keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt;
- c. meer specifiek wordt in dit Protocol onder verwijzing naar het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek vastgesteld dat van de keurling geen medewerking zal worden verlangd aan onderzoek op chromosomaal of DNA-niveau (zogenaamd erfelijkheidsonderzoek);
- d. meer specifiek wordt in dit Protocol onder verwijzing naar de HIV-gedragscode vastgesteld dat onderzoek naar HIV/aids slechts mag worden verricht indien de te sluiten verzekering de vragengrens overschrijdt of – indien de verzekering die vragengrens niet overschrijdt – als het antwoord van de keurling op de gerichte vragen zoals neergelegd in de HIV-gedragscode daartoe aanleiding geeft.

Lid 2

Ten aanzien van het vraagrecht wordt in artikel 5 WMK aangegeven dat als de te sluiten verzekering de vragengrens niet overschrijdt:

- a. dat er geen vragen mogen worden gesteld over de kans op een ernstige, onbehandelbare ziekte, voorzover die op erfelijkheid betrekking hebben bij bloedverwanten en bij de aspirant-verzekerde, tenzij de ziekte manifest is;
- b. dat er geen vragen mogen worden gesteld over ONDERZOEK naar de erfelijke aanleg voor ziekten bij de aspirant-verzekerde en diens bloedverwanten EN DE RESULTATEN VAN DERGELIJK ONDERZOEK;
- c. in het kader van dit Protocol wordt bepaald dat een ernstige, onbehandelbare erfelijke ziekte 'manifest' is geworden als de specifieke symptomen zich hebben geopenbaard en de diagnose is gesteld;
- d. in het kader van dit Protocol wordt vastgesteld dat een ziekte als niet behandelbare ernstige ziekte wordt aangemerkt als er voor die ziekte geen geneeswijze voorhanden is dan wel de ontwikkeling van die ziekte door medisch ingrijpen niet kan worden voorkomen of niet door medisch ingrijpen in evenwicht kan worden gehouden.

Lid 3

Bij de behandeling van de aanvraag en bij een keuring in dat verband mogen geen uit andere hoofde reeds bij de keuringvrager, de keurend arts of geneeskundig adviseur aanwezige erfelijke gegevens over de aspirant-verzekerde of diens bloedverwanten worden gebruikt.

Toelichting

Dit artikel van het Protocol bevat algemene begrippen die in de praktijk moeten worden geïnterpreteerd en geoperationaliseerd. Indien de toepassing van dit artikel in de keuringspraktijk problemen oplevert zullen de partijen die dit Protocol hebben ondertekend met elkaar in overleg treden en waar nodig nadere handreikingen doen.

Als voorbeelden van niet behandelbare ernstige ziekten als bedoeld in lid 1 onder a. worden naar huidige inzichten beschouwd: Huntington en myotone dystrofie.

Deze ziekten zijn erfelijk en vallen derhalve tevens onder de beperking van het vraagrecht als bedoeld onder lid 2.

Het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek en de HIV-gedragscode zijn bijlagen bij het Protocol.

Het Protocol is leidend.

Artikel 5: informatie over aard en omvang van de verzekeringskeuring

De (aspirant-)verzekerde wordt door de verzekeraar vooraf schriftelijk algemeen geïnformeerd over het beleid van de maatschappij m.b.t. verzekeringskeuringen, het doel en de inhoud van de keuring, de procedure en zijn rechten en plichten.

De geneeskundig adviseur neemt namens de verzekeraar de beslissing over de verzekeringskeuring in de specifieke situatie van de (aspirant-)verzekerde. De geneeskundig adviseur geeft de (aspirant-)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 (aspirant-)verzekerde/keurling 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 (aspirant-)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 (aspirant-)verzekerde gelijktijdig met de uitnodiging voor de keuring meegedeeld.

De (aspirant-)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 geneeskundig adviseur of door de huisarts of door een andere door de (aspirant-)verzekerde aan te wijzen arts dient te geschieden.

De (aspirant-)verzekerde krijgt op verzoek een kopie van het door hem ingevulde vragenformulier.

Toelichting

Een (aspirant-)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. Door een kopie van een ingevulde gezondheidsverklaring te bewaren, kan de (aspirant-)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 6: medewerkingsplicht (aspirant-)verzekerde en opschortingsrecht

Medewerkingsplicht

De (aspirant-)verzekerde dient in het kader van de verzekeringskeuring naar waarheid en volledig inlichtingen te verstrekken en de medewerking te verlenen, voorzover dat redelijkerwijs voor de beoordeling van het risico noodzakelijk is. Indien de (aspirant-)verzekerde tekort schiet in de nakoming van deze informatieverplichting kan dit bij ontdekking leiden tot vernietigbaarheid van de verzekering, beperking van rechten, verhoging van premie of terugbetaling van onverschuldigd uitgekeerde bedragen.

De (aspirant-)verzekerde is verplicht wijzigingen in zijn gezondheidstoestand te melden aan de geneeskundig adviseur tot het moment waarop de verzekeringnemer of diens assurantietussenpersoon bericht heeft ontvangen dat de verzekeringsaanvraag is geaccepteerd.

Opschortingsrecht

De (aspirant-)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 met redenen omkleed schriftelijk zo spoedig mogelijk aan de verzekeraar kenbaar te maken.

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 aspirant-verzekerde verlangde medewerking aan de verzekeringskeuring.

Tegen deze beslissing van de verzekeraar kan de (aspirant-)verzekerde een klacht indienen bij de klachteninstantie als bedoeld in artikel 11 van dit Protocol Verzekeringskeuringen.

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

Toelichting

Naar waarheid en volledig betekent dat de (aspirant-)verzekerde hem bekende informatie dient te verstrekken, zonder dat er voor hem sprake is van een onderzoeksplicht m.b.t. 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 (aspirant-)verzekerde die gebruikmaakt van het opschortingsrecht kunnen 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 (aspirant-)verzekerde blijven voor diens rekening.*

Artikel 7: kennisneming van gegevens

Recht op kennisneming

De (aspirant-)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 informatie wenst te krijgen rechtstreeks door de geneeskundig adviseur of door tussenkomst van een door (aspirant-)verzekerde aan te wijzen arts.

De (aspirant-)verzekerde heeft het recht als eerste van het advies van de geneeskundig adviseur in kennis te worden gesteld. Hij dient hier schriftelijk om te verzoeken. De geneeskundig adviseur informeert de (aspirant-)verzekerde op zijn verzoek op adequate en begrijpelijke wijze over de redenen die aan zijn advies ten grondslag hebben gelegen. Op verzoek van de (aspirant-)verzekerde kan de motivering ook worden verstrekt via een door de (aspirant-)verzekerde aan te wijzen arts. De (aspirant-)verzekerde kan vervolgens de geneeskundig 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 (aspirant-)verzekerde aangeeft dat de verzekering definitief niet totstandkomt en schriftelijk verzoekt de medische gegevens te vernietigen, worden de medische stukken binnen drie maanden na dit verzoek vernietigd.

Recht op inzage

De geneeskundig adviseur zal aan de (aspirant-)verzekerde op diens schriftelijk verzoek inzage geven in c.q. een afschrift verstrekken van de hem ter beschikking staande medische gegevens.

Recht op correctie

Indien naar de mening van aspirant-verzekerde niet relevante, onjuiste of onvolledige gegevens of onjuiste interpretaties van gegevens zijn opgenomen in het keuringsdossier, dient totdat het contract is vastgesteld en indien er overeenstemming is tussen de geneeskundig adviseur en aspirant-verzekerde, de tekst te worden gecorrigeerd. Ook kan de aspirant-verzekerde verlangen dat in het dossier een aantekening wordt gemaakt in de vorm van een eigen verklaring over de mening van de aspirant-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 geneeskundig adviseur nog expliciet afhankelijk te maken van toestemming van de (aspirant-)verzekerde. Betrokkenen zijn gebonden aan hun geheimhoudingsplicht. Door zich te laten keuren geeft de (aspirant-)verzekerde blijk van zijn toestemming. Ware dat anders dan zou de verzekeraar geen kosten voor keuring maken. De (aspirant-)verzekerde kan wel zijn toestemming onthouden aan informatieverstrekking door de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar. In dat geval komt de verzekering niet tot stand. Aangezien de (aspirant-)verzekerde dikwijls op een later tijdstip aangeeft dat de verzekering toch doorgang dient te vinden, kunnen de medische stukken worden bewaard totdat de (aspirant-)verzekerde verklaart dat hij definitief afziet van een verzekeringsaanvraag en verzoekt de medische stukken te vernietigen.

Artikel 8: herkeuring

Indien de verzekeraar negatief beslist op de verzekeringsaanvraag van de (aspirant-)verzekerde, heeft de (aspirant-)verzekerde het recht op een nieuwe beoordeling op basis van nieuwe en/of aanvullende gegevens. De (aspirant-)verzekerde maakt zijn wens daartoe met redenen omkleed schriftelijk kenbaar binnen een week 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 (aspirant-)verzekerde kan bij een negatieve beslissing op zijn verzekeringsaanvraag de geneeskundig adviseur schriftelijk en gemotiveerd verzoeken om nadere feitelijke informatie te verzamelen of om een nieuw medisch onderzoek door een andere onafhankelijk keurend arts. De geneeskundig adviseur is verplicht deze informatie te betrekken bij de herbeoordeling tezamen met de reeds beschikbare medische informatie.

De verzekeraar neemt zijn definitieve beslissing op de verzekeringsaanvraag eerst 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 (aspirant-)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 geneeskundig adviseur kan op basis daarvan een gewijzigd advies aan de verzekeraar geven.

Artikel 9: de geneeskundig adviseur en de keurend arts

Zowel de geneeskundig adviseur als de keurend arts zijn gehouden bij hun werkzaamheden de professionele standaard in acht te nemen. Voor de geneeskundig adviseur is dat uitgewerkt in de GAV-beroepscode. De geneeskundig adviseur verplicht zich een onafhankelijk advies aan de verzekeraar uit te brengen. De geneeskundig adviseur adviseert de verzekeraar in medische beleidszaken en wordt betrokken bij beleidsvoorbereiding en productontwikkeling, voorzover dit het werkterrein van de geneeskundig adviseur betreft.

Bij de verzekeringskeuring is aan de zijde van de verzekeraar sprake van een zogenaamde functionele eenheid, waaronder wordt verstaan de personen, gebonden aan een geheimhoudingsplicht, die onder verantwoordelijkheid en ten behoeve van de geneeskundig adviseur gerechtigd zijn gegevens omtrent de gezondheid van de (aspirant-)verzekerde te verzamelen en te verwerken, voorzover dit noodzakelijk is voor het aangaan van een verzekering. De interpretatie en beoordeling van de gegevens zijn binnen de functionele eenheid voorbehouden aan de geneeskundig adviseur.

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

De keurend arts mag niet de huisarts of specialist van de (aspirant-)verzekerde zijn of zijn geweest, noch anderszins een nauwe relatie met de (aspirant-)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 geneeskundig adviseur.

De keurend arts dient zich te vergewissen van de identiteit van de (aspirant-)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 de – voormalig – behandelend arts van de (aspirant-)verzekerde te zijn. Bij een nauwe relatie kan worden gedacht aan de vaste sportarts van een (aspirant-)verzekerde die sporter is of aan keuring van een familielid. De verzekeraar kan de (aspirant-)verzekerde de keuze bieden uit verschillende keuringsartsen.

De keurend arts beïnvloedt de (aspirant-)verzekerde niet in de beantwoording van vragen en hij doet geen uitspraak omtrent de acceptatie van de verzekering.

Artikel 10: 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 geneeskundig 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 Code Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.

De geneeskundig adviseur heeft een geheimhoudingsplicht omtrent de hem toevertrouwde medische gegevens tegenover derden en de medewerkers binnen de functionele eenheid hebben een afgeleide geheimhoudingsplicht van dezelfde omvang.

Medische gegevens mogen bij derden slechts met voorafgaande gerichte schriftelijke machtiging van de (aspirant-)verzekerde worden opgevraagd. Uit de machtiging dient te blijken dat de (aspirant-)verzekerde is geïnformeerd over de aard van de op te vragen medische informatie, alsmede het doel daarvan. Het weigeren van medewerking van de

(aspirant-)verzekerde kan ertoe leiden dat de verzekering niet totstandkomt of slechts op beperkende voorwaarden. De verzekeraar dient de (aspirant-)verzekerde uitdrukkelijk op deze consequentie te wijzen en een redelijke termijn te stellen om alsnog de gewenste medewerking te verlenen.

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

Toelichting

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

Artikel 11: klachtenprocedure

De (aspirant-)verzekerde dient zich bij voorkeur met klachten inzake het door verzekeraar niet juist toepassen van de wet en het Protocol in eerste instantie te wenden tot het eventueel aanwezige interne klachtenbureau van de betreffende verzekeraar en anders tot de desbetreffende directie.

Indien de klacht niet tot zijn tevredenheid wordt afgehandeld kan de (aspirant-)verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen te Den Haag (Postbus 93560, 2509 AN), waar een klacht tegen de verzekeraar kan worden voorgelegd aan de Ombudsman Verzekeringen.

De Ombudsman Verzekeringen heeft een huishoudelijk reglement dat de (aspirant-)verzekerde op diens verzoek door de Ombudsman Verzekeringen wordt toegezonden. De Ombudsman Verzekeringen stelt zich krachtens zijn reglement tot taak zo mogelijk te bemiddelen in de klacht.

Een klacht moet ook ter beoordeling kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke Klachtencommissie Verzekeringskeuringen. De Stichting Klachteninstituut Verzekeringen is gevraagd hiervoor een passende voorziening te treffen. Partijen zullen uiterlijk 1 juli 2003 hiervoor met een oplossing komen.

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

Toelichting

De (aspirant-)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 middels 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 actuaireel, medisch, arbeidsdeskundig en juridisch gebied.

Artsen vallen onder het wettelijk medisch tuchtrecht.

Artikel 12: aanpassingen

Partijen spreken af om regelmatig overleg te voeren over de werking van het Protocol en om twee jaar na de datum van ondertekening hierover te rapporteren.

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.