

Protocol Verzekeringskeuringen



Inleiding

Dit Protocol is van toepassing op verzekeringskeuringen voor het afsluiten of wijzigen van 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-, een arbeidsongeschiktheids- of een pensioenverzekering. Er is dus sprake van 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 verzekeringsaanvraag te accepteren.

Bij het aanvragen en accepteren van een verzekering dienen verzekerde en verzekeraar 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 die informatie kan beschikken die voor een goede inschatting van het te verzekeren risico noodzakelijk is. Om zelfselectie te voorkomen is het van belang informatiegeelijkheid na te streven 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 binnen 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 wettelijke grenzen worden gesteld aan de mogelijkheden van verzekeraars om informatie te verzamelen in het kader van een verzekeringskeuring. Maar ook hebben verzekeraars zichzelf grenzen opgelegd waar het gaat om vragen naar erfelijkheid of het achterhalen van het hiv-risico bij het informatie verzamelen in het kader van een verzekeringskeuring.

In dit Protocol wordt ingegaan op:

- het doel van de verzekeringskeuring;
- de bij de verzekeringskeuring te gebruiken instrumenten;
- de voorwaarden waaronder die instrumenten mogen worden gebruikt;
- de rechten van de verzekerde;
- de aard en omvang van de medewerkingsplicht van de verzekerde;
- de verantwoordelijkheden van de medisch adviseur en de keuringsarts;
- 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 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. 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 de Algemene verordening gegevensbescherming waar het gaat om een verantwoorde gegevensverwerking.

Ten slotte 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:

- Patiëntenfederatie Nederland te Utrecht;
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Utrecht;
- Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

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, en/of 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 als keuringvrager opdracht geeft tot keuring van de verzekerde.
- d. keurend arts:
de arts die in het BIG-register ingeschreven staat en die een medisch onderzoek verricht in opdracht van de verzekeraar en hierover rapporteert aan de medisch adviseur.
- e. medisch adviseur:
de arts die in het BIG-register ingeschreven staat en die verantwoordelijk is voor de risico-inschatting en advisering van de verzekeraar omtrent de gezondheidssituatie 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. erfelijkeheidsonderzoek:
onderzoek door of via een arts op chromosomaal of DNA-niveau met betrekking tot erfelijke eigenschappen.
- h. medisch onderzoek:
Onderzoek verricht door een keurend arts, dat kan bestaan uit één of meer van de volgende onderdelen: (familie)anamnese, lichamenlijk onderzoek, slijmvliesonderzoek, urineonderzoek, bloedonderzoek, functieonderzoek, beeldvormend onderzoek
- i. medische gegevens:
alle keuringsgegevens over iemands gezondheidstoestand. Hieronder vallen mede die gegevens die een aantoonbaar en nauw verband hebben met gezondheid, inclusief genetische gegevens.
- j. herkeuring:
herhaling (van onderdelen) van de verzekeringskeuring,
- k. herbeoordeling:
herhaling van de risicobeoordeling door een medisch adviseur ten behoeve van advisering aan de verzekeraar.

Toelichting

Deze definities zijn zoveel mogelijk geënt op de WMK. Volgens de WMK vallen onder een keuring niet alleen fysiek 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, zussen, grootouders (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

Een verzekeringskeuring kan bestaan uit:

- a. door de verzekerde aangeleverde gezondheidsinformatie, zoals beantwoorde gezondheidsvragen;
- b. door de verzekerde te ondergaan medisch onderzoek;
- c. informatie met toestemming van de verzekerde opgevraagd bij een arts, geneeskundig specialist, paramedicus of andere zorgverlener die werkzaam is binnen de curatieve of sociaal-geneeskundige sector en een geheimhoudingsplicht heeft.

Lid 3

Onder de vragengrens stellen verzekeraars niet meer of andere vragen over de gezondheid van de verzekerde dan de vragen die zijn opgenomen in de model-gezondheidsverklaring van het Verbond. De volledige model-toelichting hoort altijd bij de model-gezondheidsverklaring. Wanneer de verzekeraar minder vragen stelt mag hij uit de toelichting alleen die delen weglaten die betrekking hebben op de weggelaten vragen.

Onder de vragengrens zijn de door de verzekerde beantwoorde gezondheidsvragen vaak de basis voor de beslissing of en zo ja, welke aanvullende medische 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.

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 medische beroepsgroep gehanteerde beginselen en normen.

Met betrekking tot het verzoek van de medisch adviseur aan een arts, geneeskundig specialist, paramedicus of andere zorgverlener die binnen de curatieve of sociaal-geneeskundige sector werkt en een geheimhoudingsplicht heeft 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.

Lid 5

De verzekeraar laat zich adviseren door de medisch adviseur over zijn beleid inzake het gebruik van de verzekeringskeuring in verschillende omstandigheden.

Lid 6

Op grond van art. 5.1.1 sub b GVPV mogen gezondheidsgegevens die verkregen zijn in het kader van de aanvraag van de ene verzekering, niet zonder toestemming van de verzekerde gebruikt worden voor de aanvraag van een andere verzekering.

Toelichting

Om een goed beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de verzekerde zullen doelgerichte vragen worden gesteld en doelgerichte onderzoeken worden verricht, gericht op aandoeningen en risicofactoren die voor de risicobeoordeling ten behoeve van de specifieke verzekering van belang zijn. Beeldvormende 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 verzekeringsmaatschappij 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.

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 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;

Lid 2

Geen vragen worden gesteld naar eerdere afwijzing van een verzekeringsaanvraag of het opnemen in de verzekeringsovereenkomst van beperkende bepalingen op medische gronden zoals uitsluiting of premieopslag.

Artikel 5: beperkingen verzekeringскеuring: Hiv-gedragscode

Lid 1

Onder de vragengrens worden geen hiv-testen uitgevoerd.

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 keurend arts de verzekerde op de volgende punten:
 - de aard van de test;
 - de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op hiv-positiviteit;
 - dat als de eerste test wijst op hiv-positiviteit er een herbevestigingstest 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 hiv-positiviteit;
 - toestemming geeft tot het verrichten van de test;
 - aangeeft er van kennis te hebben genomen dat als de eerste test wijst op hiv-positiviteit een herbevestigingstest zal plaatsvinden;
 - aangeeft of hij de uitslag van de eerste test respectievelijk van de herbevestigingstest 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 respectievelijk de herbevestigingstest wordt geïnformeerd, tenzij de verzekerde zijn aanvraag voor een verzekering wenst in te trekken.

Indien ook de herbevestigingstest op hiv-positiviteit wijst, licht de keurend arts in het voorkomende geval de arts genoemd in de verklaring van de verzekerde in volgens de expliciete wens van de verzekerde. 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.

Toelichting:

Op grond van artikel 6 van de Wmk mag bij het aangaan of wijzigen van een verzekering zoals bedoeld in artikel 5 van de Wmk alleen een hiv-test worden verricht bij verzekeringen boven de vragengrens of bij verzekeringen onder de vragengrens, als het antwoord van de verzekerde op de gezondheidsvragen daartoe aanleiding geeft. In het licht van de huidige ontwikkelingen rondom hiv zien verzekeraars af van hun wettelijke bevoegdheid om onder de vragengrens een hiv-test te doen als de antwoorden daar aanleiding geven. Dit standpunt zal periodiek geëvalueerd worden.

Artikel 6: Beperkingen verzekeringskeuring: Moratorium Erfelijkheidsonderzoek

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 onder de vragengrens geen melding te maken van:
 1. het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek, en contact met huisarts of specialist in verband met erfelijkheidsonderzoek;
 2. een preventieve behandeling vanwege een erfelijke aanleg;
 3. preventieve controles vanwege een erfelijke aanleg in de familie van de verzekerde;Verzekeraars mogen hierover geen vragen stellen.
- 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 verzekeraar, 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. Preventieve behandelingen zijn inclusief controles en ingrepen zoals preventieve borstamputatie.

Artikel 7: Beperkingen verzekeringskeuring: Besluit verzekeringskeuringen ex-kanker patiënten

Op grond van het Besluit verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten (Staatsblad 2020, 453 d.d. 17 november 2020) gelden beperkingen ten aanzien van de vragen die een verzekeraar bij het aangaan of wijzigen van een overlijdensrisicoverzekering of uitvaartverzekering onder de vragengrens mag stellen over iemands ziekteverleden als kankerpatiënt.

Als invulling van de in artikel 3 van genoemd Besluit bedoelde kortere termijnen gelden de vormen van kanker en termijnen als opgenomen in de bijlage bij dit Protocol.

Artikel 8: Informatieverstrekking over aard en omvang van de verzekeringskeuring

De verzekerde wordt door de verzekeraar vooraf schriftelijk algemeen geïnformeerd over het beleid van de verzekeringsmaatschappij 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 algemeen voorlichtingsmateriaal ontwikkeld waarin beschreven wordt welke stappen gezet kunnen worden in het acceptatietraject. Verzekeraars dienen deze op hun website te publiceren of naar dit voorlichtingsmateriaal te verwijzen 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 kan:

1. nadere medische informatie vragen van een arts, geneeskundig specialist, paramedicus of andere zorgverlener die binnen de curatieve of sociaal-geneeskundige sector werkt en een geheimhoudingsplicht heeft, indien dit noodzakelijk is voor de risico-inschatting en een verantwoord en onderbouwd medisch advies. De medisch adviseur laat de verzekerde een gerichte machtiging ondertekenen voor de aan te schrijven zorgverlener.
2. een medisch onderzoek laten verrichten indien dit noodzakelijk is voor de risico-inschatting en een verantwoord en onderbouwd medisch advies.

In beide gevallen geeft de medisch adviseur de verzekerde daarbij een schriftelijke toelichting over doel, aard, inhoud en strekking, de mogelijke gevolgen en over rechten en plichten van de verzekerde.

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.

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.

De verzekerde heeft recht op kennisneming van de uitslagen van het bij verzekerde verrichte medisch onderzoek. Hij dient daar schriftelijk om te verzoeken bij de medisch adviseur.

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. De verzekeraar mag niet naar bepaalde medische gegevens vragen. Als verzekerde die gegevens toch ongevraagd verstrekt, zal de verzekeraar deze niet gebruiken. Door een kopie van de antwoorden op de gestelde gezondheidsvragen 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 9: 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 beëindiging 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 financieel adviseur 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 14 van dit Protocol.

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

Alleen als er geen gezamenlijke oplossing kan worden gevonden, wordt de verzekering niet afgesloten. De verzekerde heeft altijd de mogelijkheid een klacht in te dienen.

Toelichting

'Naar waarheid en volledig' betekent dat de verzekerde hem bekende informatie dient te verstrekken. 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 komt te vervallen;*
- c. eventuele verslechtingen in de gezondheidstoestand van de verzekerde blijven voor diens rekening.*

Artikel 10: Kennisneming van medisch advies

Lid 1 Kennisneming en uitleg van afwijkend medisch advies

Is er volgens de medisch adviseur na beoordeling van de gezondheidssituatie een hoger dan gemiddeld risico voor de aangevraagde verzekering? En wil de medisch adviseur aan de verzekeraar adviseren de verzekering niet af te sluiten of alleen met bijzondere voorwaarden of een verhoogde premie? Dan stelt de medisch adviseur de verzekerde op de hoogte van dit advies. De medisch adviseur informeert de verzekerde dan schriftelijk over de achtergrond van zijn advies, het medisch oordeel en het advies dat de medisch adviseur aan de verzekeraar geeft. De medisch adviseur biedt de verzekerde de mogelijkheid een nadere toelichting te krijgen over het advies.

Lid 2 Blokkeringsrecht

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. 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, zal de verzekeraar de medische gegevens op redelijke termijn daarna vernietigen, conform de in het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) door de verzekeraar gehanteerde bewaartermijnen, maar uiterlijk binnen 12 maanden.

Lid 3

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

De keurend arts en de medisch adviseur werken beiden zelfstandig, zijn elk verwerkingsverantwoordelijke in de zin van de Avg en moeten elk aan de verplichtingen van de Avg voldoen. De keurend arts en de medisch adviseur zijn gebonden aan hun geheimhoudingsplicht. Door zich fysiek te laten keuren geeft de verzekerde blijk van zijn toestemming voor het verstrekken van medische informatie door de medisch adviseur aan de keurend arts. De verzekerde kan de medisch adviseur verbieden zijn advies uit te brengen aan de 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, danwel de geldende bewaartermijnen zijn verlopen.

Artikel 11: Herkeuring en herbeoordeling

Lid 1 Herkeuring

Als de medisch adviseur zal adviseren de verzekering niet af te sluiten of alleen met bijzondere voorwaarden of een verhoogde premie of hij heeft dit al geadviseerd, dan kan de verzekerde de medisch adviseur schriftelijk en gemotiveerd verzoeken om nadere feitelijke informatie te verzamelen of om een nieuw fysiek medisch onderzoek door een andere onafhankelijk keurend arts te laten verrichten. De medisch adviseur is verplicht deze informatie te betrekken bij zijn beoordeling, tezamen met de reeds beschikbare medische informatie. De kosten van de herkeuring worden gedragen door de verzekeraar. Deze mag een redelijke bijdrage verlangen van de verzekerde in deze kosten.

Lid 2 Herbeoordeling

De verzekeraar kan de verzekerde in voorkomende gevallen een herbeoordeling door de medisch adviseur aanbieden. De verzekerde heeft altijd recht op een herbeoordeling door de medisch adviseur als nieuwe of aanvullende medische gegevens voorhanden zijn die betrekking hebben op de periode vóór ingang van de verzekering.

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

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 van nieuwe gegevens die uit de herkeuring naar voren komen een gewijzigd advies aan de verzekeraar geven.

Artikel 12: De medisch adviseur en de keurend arts

Zowel de medisch adviseur als de keurend arts zijn gehouden bij hun werkzaamheden de voor hen geldende professionele standaard in acht te nemen. De keurend arts en de medisch adviseur oefenen hun taak uit met behoud van hun zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de verzekeringsmaatschappij.

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 of wijzigen van een verzekering en voor zover dat tot hun werkzaamheden hoort. De medisch adviseur is verantwoordelijk voor de interpretatie en beoordeling van de gegevens en het medisch advies aan de verzekeraar. De medisch adviseur kan indien nodig deze medewerkers een mandaat verstrekken voor het verrichten van handelingen en taken onder zijn verantwoordelijkheid.

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

De keurend arts mag niet de huisarts, behandelend arts 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 het medisch onderzoek heeft voor het medisch advies van de medisch adviseur, of de beslissing die de verzekeraar neemt op basis van het advies. Een keurend arts mag bij dezelfde keuringsprocedure niet 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.

Artikel 13: Medische gegevens

Alle verzamelde medische informatie wordt opgenomen in het medisch dossier dat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur wordt bewaard.

De verzekeraar draagt er zorg voor dat deze medische gegevens op zorgvuldige wijze worden bewaard in de organisatie en wel zodanig dat geheimhouding van de inhoud daarvan is gegarandeerd. Op dit punt is ook van toepassing de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars.

Medische gegevens mogen bij een arts, geneeskundig specialist, paramedicus of andere zorgverlener die binnen de curatieve of sociaal-geneeskundige sector werkt en een geheimhoudingsplicht heeft, 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 verzekerde en voor de betreffende verzekering worden gebruikt.

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 eventuele weigering worden geïnformeerd. Van toepassing is de KNMG-richtlijn inzake omgang medische gegevens.

Artikel 14: 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 Geschillencommissie Financiële Dienstverlening. Ook kan de verzekerde zich tot de civiele rechter wenden.

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 noodzakelijk 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 actuariael, medisch, arbeidskundig en juridisch gebied. Artsen vallen onder het medisch tuchtrecht zoals geregeld in de Wet BIG.

Artikel 15: Aanpassingen

Partijen blijven met elkaar in contact over de toepassing van dit Protocol in de praktijk. Als er signalen zijn, zoals van patiënten- en cliëntenorganisaties, dat de toepassing 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.

Lijst met afkortingen

GAV	Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken
Kifid	Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
WFT	Wet op het Financieel Toezicht
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WMK	Wet op de Medische Keuringen
GVPV	Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars

Z.o.z. voor de bijlage

Bijlage

Zoals genoemd in artikel 7.

A	B	C	D
1	Melanoom	Stadium 1	7 jaar
2	Zaadbalkanker Seminoom, tumormarkers negatief	Stadium 1 Stadium 2A en stadium 2B Stadium 2C	5 jaar 6 jaar 8 jaar
	Zaadbalkanker Non-seminoom, tumormarkers negatief	Stadium 1 en stadium 2A Stadium 2B en stadium 2C	6 jaar 8 jaar
3	Baarmoederhalskanker	FIGO-stadium 1A1 FIGO-stadium 1A2 FIGO-stadium 1B	3 jaar 5 jaar 7 jaar
4	Vaginakanker	FIGO-stadium 1	8 jaar
5	Schildklierkanker Hürthle-cel-, folliculaire en papillaire kanker, inclusief mengvormen daarvan, Leeftijd bij diagnose < 45 jaar	T1N0M0 en T2N0M0 en T3N0M0 T1N1M0 en T2N1M0 en T3N1M0	3 jaar 6 jaar
6	Kanker aan dikke darm en endeldarm Adenocarcinoom	T1N0M0 en T2N0M0	9 jaar
7	Maagkanker	Stadium 1A	8 jaar