

Sessie: Verzekeringen 35-

Themamiddag Wil ik het weten? En dan?
28 september 2013

Met elkaar. Voor elkaar.

Sessie: Arbeidsongeschiktheids- & Levensverzekeringen (35+ groep)

Door: Eric Groenewegen, verzekeringsarts en RGA Geneeskundig adviseur.
Robert Kneepkens, arts RGA

Datum & tijd: 28 september 2013, 13:30-14:30.

Introductie:

Anke Leibrandt heet de deelnemers welkom bij de deelsessie over arbeidsongeschiktheids- & levensverzekeringen. “Een heel technisch, concreet onderwerp”. Daarna introduceert ze de twee sprekers. Eric Groenewegen is verzekeringsarts en geneeskundige adviseur. Hij heeft vooral kennis van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Robert Kneepkens is geneeskundig adviseur Achmea en lid van de Commissie medisch-ethische zaken van het Verbond van Verzekeraars. Hij weet meer van de levensverzekeringen. “Dat vult elkaar mooi aan.”

Anke licht toe waarom de de verdeling is ingedeeld in 40+ en 40-. “U denkt misschien: ik zit hier toch vooral voor mijn kind? Moet ik dan niet bij de 40-minners? We wilden dit zo uitproberen. Zo zijn de jongeren ook onder elkaar en kunnen ze meer lotgenotencontact hebben. Bij de emotionele zaken wordt straks voor de 40+ers ook rekening gehouden met uw positie als ouder – wanneer vertel ik het de kinderen? Daar is in de volgende sessie ruimte voor.

Voor nu gaat het over geld en verzekeringszaken. U kunt vragen stellen over uw eigen positie of vanuit uw positie als ouder, voor uw kinderen.”

Presentatie:

Robert Kneepkens neemt als eerste het woord. Hij geeft aan dat in deze sessie het hele verhaal wordt verteld, terwijl in de sessie voor jongeren (‘de kleintjes’) enkele dingen worden overgeslagen, tenzij daar behoefte aan is. Daarnaast gaat hij in op de reden van de sessie: “Eén van de redenen waarom we hier staan is dat er zoveel onzin over het onderwerp wordt verteld. U heeft veel meer mogelijkheden dan u zelf denkt en uw rechten zijn duidelijk vastgelegd. U hoeft dus veel minder bang te zijn dan u denkt. We willen u wegwijs maken in wat waar dat allemaal staat, u helpen om uw weg daarin te vinden.”

Daarna vertelt hij: “In het algemeen geldt: het is bij deze verzekeringen niet zoals bij een ziektekostenverzekering, waarbij iedereen dezelfde premie betaalt. Je kunt bij deze verzekeringen zelf kiezen of je je niet, voor een klein bedrag of voor twee miljoen wilt laten verzekeren. De medische acceptatie is strakker wanneer je je voor een hoger bedrag wilt laten verzekeren. Daarbij geldt een vragengrens die om de drie jaar verandert. Nu is het officieel 250.000 euro. Tot die grens heb je geen problemen – met arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is dat anders, daar vertelt Eric [Groenewegen] straks over.”

Daarna gaat hij in op de wettelijke regels voor levensverzekeringen, en legt hij uit wat de samenhang is tussen levensverzekeringen en het kopen van een huis en licht hij de vragenprijs voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen toe.

Levensverzekeringen

- Het is voor verzekeraars **onder de vragengrens van 250.000 euro** absoluut verboden om:
 - te vragen naar eerder verricht genetisch onderzoek

“Je mag dus niet vragen wat er voorkomt in de familie. Dit willen we als verzekeraars ook zelf niet meer doen: het kost veel om het uit te zoeken en het levert bijna niets op. Tot die vragengrens kan je dus van alles verzekeren en hoef je niets te vertellen.”

- Het is verzekeraars **altijd toegestaan** om:
 - te vragen wat je zelf hebt gehad
 - te vragen naar (preventieve) operaties

“Het gaat hierbij niet om genetische informatie maar om eventuele gevolgen van de operatie. Dat kan zowel een preventieve operatie of een reconstructie zijn geweest. Voor levensverzekeringen vragen we niet naar operaties. Het is niet interessant voor verzekeraars, want je gaat er niet dood aan. Bij arbeidsongeschiktheid kan het wel een probleem zijn, want de operatie zelf kan een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid geven.”

- onderzoeken te verrichten

“Verzekeraars mogen bijvoorbeeld kijken hoe hoog het cholesterol is. Bij verhoogd cholesterol mag een hogere premie worden gevraagd. Dit mag *niet* omdat het erfelijk is, alleen omdat het verhoogd is: we mogen wat met de ziekte, niet met de erfelijkheid.

Als we informatie nodig hebben om een beslissing te nemen, bijvoorbeeld om te weten wat iemand nog kan met zijn arm (bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen), en er komt daarbij ook informatie naar voren over erfelijkheid, dan mag die informatie niet gebruikt worden. Boven de vragengrens mag dat wel.

In het algemeen geldt: wat we niet mogen vragen, mogen we ook niet gebruiken als we het toch te weten komen. Dat is strafbaar.”

Vragengrens levensverzekeringen

“De vragengrens is nu dus officieel 250.000 euro voor levensverzekeringen. De helft van de verzekeraars hanteert 3 ton. Dat komt doordat we de grens ook meteen hanteren als keuringsgrens. Onder de grens vragen we om een gezondheidsverklaring, boven de grens volgt er meteen een keuring. Dat kost honderden euro's extra – zoveel geld voor medische acceptatie, daar schieten

we als verzekeraars niets mee op. 10-20% van de verzekeraars hanteert dan ook een nog veel hoger bedrag als vragengrens, soms met grenzen van 750.000 of 1 miljoen euro. Daar kan je met zijn tweeën een huis van anderhalf tot twee miljoen voor kopen. Dat doet voor de meeste van ons niet eens meer ter zake.

Verzekeraars zeggen eigenlijk: we willen niets met die gegevens. We worden er niet rijker van, het kost alleen maar meer en we schieten er niets mee op. Laat dus maar zitten.”

Huis kopen?

“In Nederland wil de bank graag een onderpand hebben voor het verstrekken van de hypothecaire geldlening (‘hypotheek’ betekent ‘onderpand’). Dit wil de bank omdat ze bang is bij overlijden van één van de inwonenden te weinig geld te krijgen. Het gaat hierbij alleen om de eerste jaren – als je hebt afgelost op je hypotheek dan geldt dat niet meer. De bank wil dus voor diens eigen veiligheid dat de levensverzekering als onderpand geldt.”

Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Vragengrens arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

“Voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is de vragengrens 36.249 euro in het eerste verzekeringsjaar en 24.159 euro voor de jaren daarna. Dit is niet je inkomen, maar het bedrag dat je verzekert. Wanneer je arbeidsongeschikt bent, verzeker je niet je hele inkomen. Vaak neem je genoegen met een lager bedrag.

Ook bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen hanteren verzekeraars veel hogere bedragen – de grotere verzekeraars zitten op 750.000 euro. Je kunt dus een behoorlijk inkomen verzekeren, pakweg 70% van het inkomen dat je normaal hebt. Je kunt dus veel meer dan wat de wet zegt dat je minimaal geboden moet worden.”

Hierna neemt Eric Groenewegen het woord. Hij gaat in op ‘voor jezelf beginnen’ en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, en bespreekt daarna ook een aantal specifieke situaties rondom verzekeren in combinatie met kanker, drager zijn en preventief opereren.

Voor jezelf beginnen?

“Wanneer je voor jezelf wilt beginnen willen verzekeraars van te voren de risico’s inschatten.

Er zit verschil in de bedragen tussen het eerste en tweede jaar. In het eerste jaar willen mensen een hoger bedrag verzekeren als ze arbeidsongeschikt worden. De verzekeraar vraagt je om in het 2^e jaar een lager deel van je inkomen te verzekeren. Je kunt wel een hoger bedrag verzekeren, maar boven de vragengrens mag dan wel worden gevraagd naar erfelijke en preventieve

zaken. Vooral de grotere arbeidsongeschiktheidsverzekeraars zijn daarvan afgestapt, omdat ze niet geïnteresseerd zijn in die informatie. Kijk dus goed om je heen! Verschillende arbeidsverzekeringen kunnen verschillende voorwaarden hanteren. Wees dus alert: wordt er iets met de informatie gedaan? Geldt er een hogere premie? Als dat zo is: andere verzekeraars doen niet persé hetzelfde.

Verzekeraars die zijn aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars houden zich aan de afspraken omtrent erfelijkheid. Kijk dus altijd of de verzekeraar daarbij is aangesloten. Onder de vragengrens – in de meeste gevallen van 750.000 euro – zijn er dan geen problemen. Daarboven mogen ze er naar vragen, maar doen ze er vaak alsnog niets mee. Voor de meeste verzekeraars maakt het niet zoveel uit of je de BRCA-genmutatie hebt.

De gevolgen van de operatie kunnen wel een rol spelen bij de verzekeraar. Als je armlachten hebt na verwijdering van de borst(en) dan kan dat bij bepaalde beroepen wel verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid met zich meebrengen. Daar mag de verzekeraar dan iets mee doen, bijvoorbeeld door arbeidsongeschiktheid door armlachten uit te sluiten van verzekering of door een verhoogde premie te vragen. Het gaat hierbij niet om de ziekte of het gen zelf, maar om de gevolgen van een eventuele ingreep. Het verschilt per verzekeraar wanneer en of dit gebeurt. Het loont dus om om je heen te kijken als je ergens een vervelende aanbieding krijgt.

Er is veel verschil in arbeidsverzekeringen. Duurdere verzekeringen dekken bijna alles, goedkopere verzekeringen kennen veel uitsluitingen. Kijk dus goed wat je wilt en welke risico's je wilt afdekken. Laat je keuze hierbij niet alleen afhangen van de prijs. Grotere verzekeraars kunnen in basispremie misschien duurder zijn, maar kunnen verder betere verzekeringen zijn dan de goedkopere verzekeringen met veel uitsluitingen.”

Een aantal situaties nader bekeken

Al kanker gehad?

- De eerste jaren geen verzekering.
- Daarna meerdere jaren forse premieverhoging of (bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) een uitsluitingsclausule.
- Daarna: standaardpremie of toch verhoging. Dit hangt af van:
 - Kenmerken van de tumor zelf
 - Andere medische problemen, leefstijl
 - Verzekering (soort verzekering)
 - Verzekerd bedrag
 - Verzekeraar (grootte, kosten administratie, standaardpremies, klantenkring, rokers, sekse)

Toelichting

“Sommige verzekeraars hanteren de opvatting: als je genezen verklaard bent door de arts, ben je dat ook voor ons. Voor andere verzekeraars hangt dit

bijvoorbeeld af van (de combinatie van) het soort medicatie of behandeling die je hebt gehad.”

Resumé

“Tien jaar geleden is besloten om niet meer te kijken naar het BRCA-gen. De extra premie die verzekeraars zouden willen vragen was zo belachelijk laag dat het meer administratieve kosten met zich zou meebrengen dan geld op zou leven. Dit geldt ook voor de arbeidsverzekeraar.

In ieder geval hoef je niet zonder meer akkoord te gaan met uitsluiting voor de hele periode. Er zijn verzekeraars die ieder risico (‘het kan nog terugkomen’) willen afdekken, er zijn ook verzekeraars die daar flexibeler in zijn.”

Aanleg zeker of verwacht, geen preventieve ingrepen?

- onder de vragengrens: niet vertellen.

“Een verzekeraar mag erfelijkheid niet meewegen, ook niet als het wel verteld is. Hij is dan absoluut strafbaar! (rechten klant: klagen bij verzekeraar, klagen bij KIFID). Er geldt een normale acceptatie.”

- boven de vragengrens:

“Als ze er niet naar vragen hoef je het ook niet te vertellen. Als hij het niet vraagt, mag hij nooit achteraf zeggen dat je het wel had moeten vertellen (blijkt uit jurisprudentie). Dus: alleen vertellen als er inderdaad naar wordt gevraagd, dus als er een ‘familie-anamnese’ in de vragenlijst staat. Tip: Bij veel verzekeraars kan je de keuringslijsten online inzien. Het kan interessant zijn om vooraf uit te zoeken of er wel of niet naar familie-anamnese wordt gevraagd.

Boven de vragenlijst geldt dat verzekeraars theoretisch wel iets mogen doen met de informatie, bijv. de helpt meer premies vragen. Normale, afwijkende of zelfs géén acceptatie, hangt o.a. van verzekeraar of soort verzekering af. Zeker de grote verzekeraars zullen er zeker niets mee doen – die vinden het geen risico.”

Preventieve ingrepen?

“Voor levensverzekeringen zijn preventieve ingrepen alleen maar gunstig, dus: altijd vertellen! De reden dat er naar gevraagd kan worden, is omdat niet alle preventieve operaties altijd preventief waren. Soms bleek er toch kanker aanwezig te zijn geweest. In 99% van de gevallen is dat niet het geval, maar de verzekeraar wil zekerheid.”

Nog niet getest?

“Tenzij je een grote villa koopt is er ná de test altijd een verzekering mogelijk. Dit ligt indirect vast in de wet (WMK).”

“De kleine verzekeraars zijn niet altijd slechter dan de grotere verzekeraars, maar grotere verzekeraars kunnen de risico’s wel beter spreiden dan de kleintjes. Voor hele goedkope verzekeraars geldt: de goedkoopste is 15%

goedkoper dan de op een na goedkoopste. Als je je verzekering uitzit ben je goedkoper uit, maar als je tussendoor stopt ben je duurder uit. Het geldt dat je dan gespaard hebt ben je kwijt, al moeten ze je eigenlijk terugbetalen. Prijsvergelijkingssites als independ.nl zijn leuk, maar er zit altijd een verhaal achter waarom de een goedkoper is dan de ander.”

Algemene conclusie:

“Er zijn veel belangrijke factoren die meewegen bij de keuze om je wel of niet te laten testen. Dáár moet je het testen van laten afhangen, en dus **niet** van de verzekeringen.”

Belangrijke vindplaats van informatie:

- www.allesoververzekeren.nl/medische-acceptatie

Deze pagina zit nogal ‘verstopt’. Er zijn drie manieren om de pagina te vinden:

- Adres letterlijk overnemen
- Zoekfunctie naar ‘medische acceptatie’.
- Naar website -> trefwoordenlijst → letter M. → en ‘medische acceptatie’.

Hier staat algemene informatie die voor alle verzekeraars van toepassing is. Bijvoorbeeld:

- Verplichte gezondheidsverklaring
- Wettelijke regels
- PDF van folder in samenwerking met programma commissie BRCA. (*zit ook in de tas die is meegegeven op het BRCA-congres*).

Deze site bevat de basisinformatie, maar er zijn altijd verzekeraars die het gunstiger doen.

- www.brca.nl

Hier staan verschillende inhoudelijke dossiers, ook over verzekeringen. Robert Kneepkens heeft meegewerkt aan de totstandkoming hiervan. Dit is een goede startplek.

Vragen uit het publiek

- **Geldt wat nu is verteld ook voor zorgverzekeraars?**

“Buiten het basispakket willen zorgverzekeraars preventieve zaken liever niet vergoeden, vanuit de gedachte: ‘liever geen kosten voor preventieve zaken, want de ellende komt toch pas later – dan zit de verzekerde misschien wel bij een andere verzekeraar’. Voorheen was het zorgverzekeringsstelsel zo opgebouwd dat zorgverzekeraars bij zieken geld uit de pot krijgen, en bij gezonden geld in de pot moeten doen. Het zorgverzekeringsstelsel is inmiddels gewijzigd, waardoor er achteraf niet meer gecorrigeerd wordt voor wat er precies gebeurd is. Hierdoor is het nu wel interessant om iets aan

preventie te doen. Het zal een paar jaar kosten voordat dit langetermijndenken tot de zorgverzekeraars is doorgedrongen, maar het gaat – in tegenstelling tot twee jaar geleden – op termijn wel komen.”

Aanvulling Anke: We merken vanuit BVN dat er vanuit het basispakket nooit problemen zijn met de vergoeding voor preventieve operaties en diagnostiek. Heel soms worden tepeltattoeages niet vergoed op de manier zoals iemand zelf zou willen.

Aanvulling uit het publiek: Dat geldt ook voor lypofilling voor borstreconstructie, wat hoort bij de 2^e fase (DIEP-flap).

Eric Groenewegen: Het wordt door verzekeraars soms als cosmetisch gezien.

- **Als je onafhankelijk advies wilt, waar kun je dat krijgen?**

“De meeste patiëntenverzekeringen behartigen algemene belangen en geven geen individueel advies. Er zijn tussenpersonen die gespecialiseerd zijn in het helpen van ‘chronisch zieken’. Dat zijn verzekeringsadviseurs (al zit daar wel een kostenplaatje aan vast). Eén van hen zou Financial Movements (www.financialmovements.nl) uit Almere kunnen zijn.”

- **Waar kun je terecht als je problemen of klachten hebt?**

“Stap 1: de verzekeringsmaatschappij. Grotere verzekeraars hebben altijd een klachtencommissie.

Stap 2:

Bij bezwaar (= ‘Klopt het inhoudelijk wel wat er geadviseerd is?’): Medisch adviseur aanschrijven. Hierbij duidelijk vermelden om welke verzekering het gaat, want iedere verzekering (levens-/arbeidsongeschiktheids-) heeft een andere medisch adviseur, en ze mogen het zonder machtiging niet aan elkaar doorsturen. De naam van de medisch adviseur staat vermeld in de toelichtingsbrief die met het advies is meegestuurd.

Bij klacht: (= o.a. procedurele onjuistheden zoals ‘ze hebben te lang gewacht met het uitbrengen van een advies, waardoor ik geen tijd meer had om dit of dat te doen’): Directie een brief sturen.

Stap 3: KIFID (www.kifid.nl). Zij zullen allereerst vragen of je al met de verzekeraar hebt gesproken. Ook moet je niet met een advocaat komen – dat is pas de laatste stap.

Verzekeraars kunnen verschillende uitgangspunten hebben, maar die moeten wel te onderbouwen zijn. KIFID beantwoordt de vraag: “is het redelijk wat hier uitgekomen is?” Als je het niet eens bent met het advies van KIFID, kun je naar de rechtbank stappen. Voor de verzekeraar is het advies echter bindend.”

Deze themadag is gefinancierd door Pink Ribbon.

