



# MEDISCHE ACCEPTATIE

## ARBEIDSONGESCHIKHEIDSVERZEKERINGEN

### KENNISDOCUMENT



## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### INHOUD

Inleiding.....	3
Beschouwing.....	3
Adviseurs check: waar moet je aan denken, wat kan je doen voor de klant?.....	4
Het managen van verwachtingen, dialoog in kennissessie 23 januari 2023 .....	5
Mijn klachten hadden niks met mijn werk te maken, dus die spelen vast geen rol ... ..	5
Een burn-out overkomt mij niet nog eens, veel van geleerd, herken nu alle signalen .....	5
Voorste kruisband reconstructie: knie beter dan ooit, volgens orthopedisch chirurg.....	5
Mijn specialist schrijft wel even een briefje, dan hoeven ze niet moeilijk te doen .....	6
Mijn huisarts zegt dat ik dit niet hoeft te melden.....	6
Ik heb wel klachten, maar er is geen diagnose gesteld. Dat is toch gunstig?.....	6
Ik heb preventief een fysiotherapeut (of coach) ingeschakeld, dat is toch juist goed? .....	6
Als ze aandoening X uitsluiten, krijg ik toch wel premiekorting? .....	6
Het managen van verwachtingen, de indicatieve aanvraag .....	7
Gezondheidsverklaring.....	7
WGBO .....	7
AVG.....	8
Juridisch.....	8
Context, de uitgangspunten .....	8
Wat kan je als adviseur doen?.....	9
Wat moet je als adviseur doen?.....	9
Wat meldt het Verbond van Verzekeraars?.....	10
Zekerheid buiten het Verbond van Verzekeraars .....	11
Een ander geluid.....	11
Over dit kennisdocument.....	11

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### Inleiding

Medische acceptatie: iedere adviseur in arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen (AOV) kan meepraten over lastige dossiers. Daarbij gaat het vooral om de AOV als verzekering. Dit speelt minder of helemaal niet bij overige arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen, zoals schenkkringen, de verschillende vormen van crowdsurance en de overheidsvoorzieningen. Wat kunnen de diverse betrokkenen bij een medisch acceptatietraject doen om dit zo vlot mogelijk te laten verlopen? Is een ruimere voorlopige dekking mogelijk? Voorkomt telefonische acceptatie onbewuste verzwijging? Kan de gegevensuitwisseling volledig worden gedigitaliseerd? Onder welke voorwaarden is medisch vooroverleg mogelijk? Zijn er naast een uitsluiting ook andere mogelijkheden? Hoe kan je de verwachtingen van de kandidaat verzekerde managen? Hoe zit het met WGBO en het moeten melden van een eerdere afwijzing? Op deze en andere vragen heeft RADI AOV in een kennissessie op 23 januari 2023 geprobeerd een antwoord te vinden, samen met meer dan 60 vertegenwoordigers uit de hele AOV-keten.

### Beschouwing

Medische acceptatie wordt door verzekeraars ingezet om risico's te normaliseren. Een verzekeraar wil bij voorkeur een arbeidsongeschiktheidsrisico verzekeren dat gelijksoortig is aan alle risico's die in de portefeuille aanwezig zijn. Zo ontstaan een voorspelbare schadelast en stabiele premie. Met jarenlange statistiek is door verzekeraars per beroep en per leeftijd een beeld gevormd van:

- de invalideringskans (de kans op arbeidsongeschiktheid);
- de sterftkans;
- de kans op gedeeltelijk of volledig herstel.

Dat zijn mede door de medische toestand bepaalde factoren, die actuarissen meenemen in de bepaling van de AOV-premie. Iedereen die afwijkt van de gemiddelde norm, die moet voorzien worden van iets dat het risico normaliseert voor de verzekeraar. Tijdelijk of permanent is dat bijvoorbeeld een medische uitsluiting, een premietoeslag, een verlengde eigenrisicoperiode of wellicht zelfs een afwijzing. Denk ook aan een beperkte eindleeftijd (algemeen of voor een specifieke aandoening), een uitgestelde uitsluiting of een verhoogde uitkeringsdrempel. Met dit soort mogelijkheden kan een klant wellicht tóch van een AOV voorzien worden.

In de praktijk betekent acceptatie dat de klant en de adviseur geconfronteerd worden met:

- een gezondheidsverklaring, met schriftelijke, digitale en/of telefonische vragen;
- soms machtigingen voor het inwinnen van medische informatie bij behandelende (para)medici;
- soms gerichte of algehele keuringen, die op verzoek van de verzekeraar worden uitgevoerd.

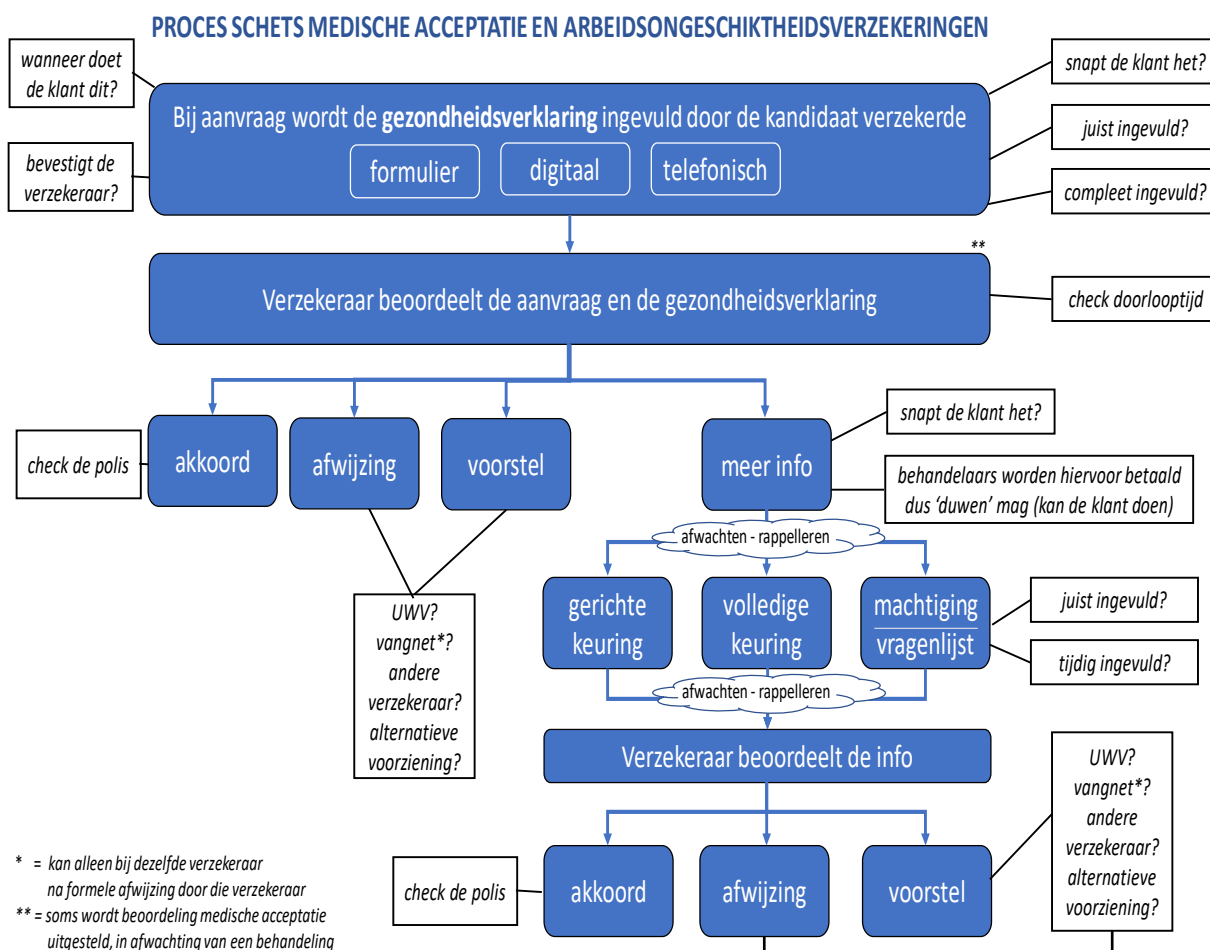
Dat proces loopt niet helemaal gelijk bij alle verzekeraars. Dat vraagt om actieve begeleiding door adviseurs. Zij moeten de klant begeleiden door het doolhof van processtappen en moeten helpen bij het nemen van alle hordes die de klant tegenkomt bij medische acceptatie en AOV.

Verzekeraars proberen op hun websites, in brochuresmateriaal en met videoanimaties aan klanten vooraf te verduidelijken wat er allemaal gebeuren gaat, wat er kan gebeuren en wat daar de mogelijke uitkomsten van zijn. Maar erg toegankelijk is dat niet voor een klant. Dat is ook niet zo vreemd, want het is me nogal niet wat. Ze gaan je hele medische doopceel lichten, om te bepalen of jouw aanvraag wel acceptabel is. En dat dan voor een verzekering die toch al niet mals geprijsd is. Cruciaal is het managen van verwachtingen.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### Adviseurs check: waar moet je aan denken, wat kan je doen voor de klant?

De verzekeraar zal allerlei informatie geven bij het proces van medische acceptatie. Helaas wordt dat in de praktijk niet altijd even goed gelezen of begrepen door de klant, die in dat proces opeens de kandidaat verzekerde is geworden. De adviseur heeft het nog steeds over de klant, die geholpen kan worden. Bekijk in deze schets de blauwe kaders met de processtappen. Beoordeel of je als adviseur iets kan doen en wil doen met de cursief geschreven toelichtingen.



Dè dokter in dit proces is de medisch adviseur, meestal bijgestaan door een medische staf die de intake en de beoordeling regelt. Deze medische staf (denk aan medisch acceptanten, administratief medewerkers) werkt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. De medisch adviseur is een arts met een gespecialiseerde opleiding, in dienst bij de verzekeraar. Maar 'dè dokter' kan ook door de verzekeraar worden ingehuurd, als zelfstandige of vanuit een gespecialiseerd bureau. Alle medisch adviseurs werken in principe op eenzelfde wijze en zijn aangesloten bij de Geneeskundig Adviseurs Vereniging. Adviseurs/bemiddelaars hebben echter een voorkeur voor de eigen medisch dienst van een verzekeraar, omdat die kan meedenken over aanpassing van de aanvraag en omdat daar de statusinformatie doorgaans beter is.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### Het managen van verwachtingen, dialoog in kennissessie 23 januari 2023

Het proces van medische acceptatie is heel persoonlijk en is omkleed met hele strikte privacyregels. Toch voelen de kandidaat verzekerden de behoefte om vooral de adviseur deelgenoot te maken van alles wat ze overkomt.

Een aantal voorbeelden van uitspraken die je zo maar tegenkomt bij een adviesgesprek:

- "Mijn klachten hadden niks met mijn werk te maken, dus die spelen vast geen rol ...";
- "Een burn-out overkomt mij niet nog een keer want ik heb er veel van geleerd en herken nu alle signalen.";
- na een voorste kruisband reconstructie: "Mijn knie is beter dan ooit tevoren volgens de orthopedisch chirurg.";
- "Mijn specialist schrijft wel even een briefje, dan hoeven ze niet moeilijk te doen ...";
- "Mijn huisarts zegt dat ik dit niet hoeft te melden.";
- "Ik heb wel klachten, maar er is geen diagnose gesteld. Dat is toch gunstig?";
- "Ik heb preventief een fysiotherapeut (of coach) ingeschakeld, dat is toch juist goed?";
- "Als ze aandoening X uitsluiten, krijg ik toch wel premiekorting?".

Een adviseur kan en mag niets met die informatie, maar wordt er wel mee geconfronteerd in het gesprek met de klant, de kandidaat verzekerde. Sterker nog: om misverstanden en teleurstellingen te voorkomen is het belangrijk dat adviseurs hier adequaat op reageren. In de kennissessie van 23 januari 2023 heeft RADI AOV deze vragen als dilemma's voorgelegd aan een deskundig forum met medisch adviseurs en (proces)managers medische acceptatie. Verzekeraars a.s.r., De Goudse en Movir gingen, begeleid door RADI AOV, in dialoog met de deelnemers in de zaal. Dat heeft geleid tot boeiende inzichten, die in dit kennisdocument aan de orde komen.

#### *Mijn klachten hadden niks met mijn werk te maken, dus die spelen vast geen rol ...*

Zo werkt het niet, bij medische acceptatie. De verzekeraar wil een volledig risicobeeld en wil daarom alle klachten weten. Ook de klachten die niets of nog niets met het werk te maken hebben. Je kunt immers ook arbeidsongeschikt raken door niet aan werk gerelateerde klachten. Men wil de volledige gezondheidstoestand inschatten en dus: "ja, alles moet worden gemeld".

#### *Een burn-out overkomt mij niet nog eens, veel van geleerd, herken nu alle signalen*

De praktijk is helaas anders. Het komt wel degelijk voor dat mensen opnieuw uitvallen door dezelfde oorzaken. Daarom wordt goed doorgevraagd op wat er nu precies aan de hand is, want de ene burn-out is de andere niet en iedere situatie is uniek. Simpelweg stellen "het is gebeurd en het zal niet meer voorkomen", dat gaat niet op.

#### *Voorste kruisband reconstructie: knie beter dan ooit, volgens orthopedisch chirurg*

Is dat ook écht zo? Dat wil de verzekeraar weten. Daarom wordt er doorgevraagd en soms kan daarbij zelfs een klein gericht onderzoek worden ingezet, met up-to-date beeld van de knie. Het letsel, de operatie en de uitgevoerde 'reparatie' kunnen in een later stadium alsnog leiden tot een andere belasting en belastbaarheid van het houdings- en bewegingsapparaat. Dat kan weer leiden tot klachten en daardoor arbeidsongeschiktheid.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

*Mijn specialist schrijft wel even een briefje, dan hoeven ze niet moeilijk te doen ...*

De specialist is zeer deskundig, maar is een behandelaar van een ontstane medische situatie. De specialist kijkt niet naar het risico in de toekomst en de verhouding van het risico ten opzichte van de normale risico's in een AOV-portefeuille. Daarom wordt een eigen beeld gevormd in de medische acceptatie door de medisch adviseur.

*Mijn huisarts zegt dat ik dit niet hoef te melden*

En soms hoort men zelfs dat de tussenpersoon zegt dat iets niet gemeld moet worden. Dat zijn zeer slechte raadgevingen! De gezondheidsvragen zijn niet voor niets zo opgesteld zoals die nu zijn. Vul ze zo compleet en eerlijk mogelijk in. Daarmee kan de verzekeraar het gewenste risicobeeld vormen. Juist en compleet invullen is een taai klusje, maar het voorkomt gedoe achteraf als het ooit tot een claim komt.

*Ik heb wel klachten, maar er is geen diagnose gesteld. Dat is toch gunstig?*

Dat is helemaal niet per definitie gunstig. Verzekeraars houden niet van onduidelijkheid. Meld het open en eerlijk en geef de verzekeraar de kans om door te vragen. Als je het niet meldt dan kan dat later tot vervelende discussies leiden, die je bij een claim niet wil hebben. Verzuimt de verzekeraar om door te vragen? Dat kan jouw klant moeilijk verweten worden, als het ooit tot een claim komt.

*Ik heb preventief een fysiotherapeut (of coach) ingeschakeld, dat is toch juist goed?*

Ben je ooit bij een fysio geweest ... dat willen de medisch adviseurs graag weten en ze zullen dan eventueel doorvragen. Datzelfde geldt ook voor een coach. Waarom ben je daar geweest, wat heb je gedaan, wat is/was het issue? Was het bijvoorbeeld coaching bij spreken in het openbaar, omgaan met personeel? Da's niet zo spannend. Het hangt van de aard van het probleem af. Neigt het naar een mogelijk fysiek en/of mentaal gezondheidsprobleem? Daar wil men meer van weten. Een psycholoog als coach? Daar wil men zeker meer over weten. Melden moet altijd, want zelf kan je niet inschatten of het relevant is. De medisch adviseur bekijkt of en hoe de coaching in relatie staat tot je beroep en jouw belastbaarheid.

En wat als je je in loondienst op advies van een advocaat ziek hebt gemeld, maar dat feitelijk niet was omdat er 'slechts een arbeidsconflict' was? Ook dat moet je melden, want dan kan de verzekeraar met doorvragen achterhalen wat het echt was.

*Als ze aandoening X uitsluiten, krijg ik toch wel premiekorting?*

Reactie van de verzekeraars: "Zeker niet. De uitsluiting is risiconormalisatie!" Sterker nog: juist bij uitsluitingen ten aanzien van bijvoorbeeld het houding- en bewegingsapparaat blijkt de uitval (op andere zaken) toch hoger. De zaal vraagt vervolgens waarom dat inzicht dan niet concreet getoond en gedeeld kan worden met adviseurs en kandidaat verzekerden. Dat is lastig. Er is onderzoek en soms is dat openbaar, maar het beeld lezen kan ook leiden tot een foutieve interpretatie en/of een vertekend beeld. Open eindjes in de discussie:

- Kan meer verduidelijkt worden naar de klant, wáárom iets voorgesteld wordt?
- Waarom kan een korting bij de uitsluiting psyche wel bij sommige verzekeraars? Desgevraagd wordt bevestigd dat men helaas ziet dat ook bij die groep niet echt minder geclaimd wordt.

Een optie, voor een vervolgdiscussie aan te gaan vanuit RADl AOV, is het wellicht aanleggen van een premiereserve vanuit de gestelde uitsluiting.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### Het managen van verwachtingen, de indicatieve aanvraag

Wie gebruikt weleens medisch vooroverleg voor advies, wie doet een 'indicatieve aanvraag'? Dan wordt er nog niet formeel aangevraagd maar vooraf geïnformeerd naar de mogelijke reacties. Dat is best gevaarlijk, omdat daarbij niet altijd het volledige medische beeld wordt gedeeld. Als je als adviseur dit aanbiedt, doe dat dan altijd met een voorbehoud. Er zijn ook verzekeraars die dit NIET doen. Voornaamste reden om het niet te doen is dat de verzekeraar eigenlijk toch alles wil weten om een 'vooradvies' te kunnen geven en dat er dan eigenlijk geen verschil meer is met een nieuwe aanvraag. Daarnaast speelt de afweging dat je bij echte problemen op tijd – binnen de dertien weken termijn – een aanmelding bij het UWV voor non-selectieve vrijwillige voortzetting wil kunnen doen, desnoods in week twaalf. Willen verzekeraars een uitzondering maken voor de meer ervaren en beter onderlegde RADI AOV adviseur? Nee, daar trekken verzekeraars vooralsnog één lijn qua verwachtingsmanagement. En daarnaast is er natuurlijk het kostenaspect, want dit werk moet wel betaald worden. Is dan een verkorte triage dan niet tóch zinvol? De aanwezigen zijn het erover eens dat het in bepaalde situaties wel zinvol is om vooraf te informeren naar de haalbaarheid. Iedere verzekeraar heeft immers een aantal niet-acceptabele risico's in haar acceptatiebeleid staan. Dit blijft een punt dat open staat voor discussie en ontwikkeling van inzicht. RADI AOV houdt dit onderwerp warm en gaat daar de dialoog over aan met verzekeraars.

### Gezondheidsverklaring

Hoe vul je die in? Waarom helpen adviseur daar soms bij? Omdat niet iedereen altijd even handig daarin is. Omdat je de klant wil beschermen tegen de acties van verzekeraars, als het niet compleet of goed is. Een telefonische gezondheidsverklaring geeft de mogelijkheid voor een dialoog. Dat kan ook naast de digitale gezondheidsverklaring. Juist de mogelijkheid van dialoog wordt zeer gewaardeerd en dan met name bij de fysiek zwaarder belastende klasse vijf beroepen. Er lijkt consensus over de vraag of een gezondheidsverklaring via een smartphone kan worden ingevuld. Da's te lastig, met de lange teksten met toelichting, waarschuwingen en controlevragen. Worden er onderwerpen gemist in de standaard gezondheidsverklaring of staan er overbodige vragen in? Er wordt heel veel gevraagd, maar verzekeraars lichten toe dat ze dat echt allemaal nodig hebben en ook echt gebruiken om een beeld van het risico te vormen. Verzekeraars nemen deze vraag vanuit de sessie van 23 januari 2023 mee: waarom doen ze in de gezondheidsverklaring nog maar relatief weinig met lifestyle?

### WGBO

Volgens de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft een kandidaat verzekerde het recht op eerste kennismaking van het advies van de medisch adviseur. Dit betekent dat het advies pas aan de verzekeraar wordt uitgebracht nadat de kandidaat verzekerde toestemming heeft gegeven. Doet hij dit niet, op grond van het blokkeringsrecht, dan stopt het proces en komt er geen verzekeringsovereenkomst tot stand. Vroeger was dit blokkeringsrecht van belang, omdat je dan bij een volgende verzekeringsaanvraag niet hoefde te melden dat er ooit een verzekeringsaanvraag was afgewezen (of ooit een afwijkend aanbod was gedaan). Sinds enkele jaren mogen verzekeraars echter alleen nog maar naar een afwijzing of afwijkend aanbod om niet medische redenen vragen.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### WGBO

Het als eerste willen vernemen van het advies van de medisch adviseur kan beter worden afgeraden. Het zorgt immers voor vertraging in het proces. Een enkele verzekeraar biedt een volledige voorlopige dekking aan (ook voor het ziekterisico), maar die krijg je niet als je als eerste het advies wil ontvangen. Tot slot wijzen we erop dat een verzekeraar geen vangnetverzekering hoeft aan te bieden als hij het medisch advies niet ontvangt. De verzekeraar wijst dan immers geen aanvraag af, hij stop het proces alleen maar.

### AVG

Verzekeraars doen veel dingen niet met een beroep op de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Dit belemmert bemiddelaars in het doen van hun werk en het invullen van hun zorgplicht. Zo is het lastig om als bemiddelaar zicht te krijgen op de status van een dossier, waardoor je de klant niet goed kunt instrueren. RADI AOV heeft een voorstel uitgewerkt met codes voor de verschillende artsen en behandelaren. De codes zijn alleen inzichtelijk voor de kandidaat verzekerde. Hierdoor kan de bemiddelaar gerichte instructies geven zonder dat hij weet om welke (para-)medici het gaat. De aanwezigen in de zaal reageerden enthousiast, daarom roept RADI AOV verzekeraars om deze mogelijkheid te onderzoeken.

Een ander aspect is dat adviseurs/bemiddelaars de voorgestelde clausuleteksten niet te zien krijgen, maar wel worden geacht de klant goed te begeleiden. Je moet dus aan de klant vragen om informatie te delen. Niet alle verzekeraars plaatsen de clausuleteksten op het polisblad. Er wordt verwezen naar een separaat document of de kopie polis voor de adviseur wijkt af van het polisblad dat de klant ontvangt. Na een aantal jaren is de klant misschien vergeten dat er een clause van toepassing is. Dit kan tot problemen leiden bij advisering, beheer en begeleiding bij claims. De AVG lijkt ruimte te bieden voor het delen van medische clausuleteksten. Er is immers sprake van een gerechtvaardigd belang, het doel kan duidelijk omschreven worden en er is geen sprake van disproportionaliteit. RADI AOV wil hierover graag in gesprek met verzekeraars.

### Juridisch

In de kennissessie van 23 januari 2023 is een inleiding verzorgd door Mr. Agnes Koert (Backx & Ripmeester Verzekeringsadvocaten). Zij heeft de juridische context geschetst rond medische acceptatie en zij heeft met praktijkvoorbeelden een discussie op gang gebracht met de zaal en de vertegenwoordigers van de verzekeraars. In dit kennisdocument delen we daarvan de hoofdlijnen.

#### *Context, de uitgangspunten*

Veel discussies rond medische acceptatie hebben te maken met artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek, de schending van de mededelingsplicht. Gesteld wordt het volgende:

- De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij **kent of behoort te kennen**, en waarvan, naar hij **weet of behoort te begrijpen**, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, **afhangt of kan afhangen**.



## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### *Context, de uitgangspunten*

De hiervoor vetgedrukte tekstdelen “**kent of behoort te kennen**”, “**weet of behoort te begrijpen**” en “**afhangt of kan afhangen**” leiden vaak tot discussie. Daarvan is een aantal praktijkvoorbeelden behandeld op 23 januari 2023. Daarbij is de focus gelegd op

- **Kennisvereiste:**  
“informatie die de verzekerde weet of behoort te weten”  
De klant moet alles melden, maar de verzekeraar kan niet verwachten dat zaken van meer dan 25 jaar terug worden herinnerd en gemeld als die niet meer tot klachten hebben geleid.
- **Kenbaarheidsvereiste:**  
“de verzekerde weet of behoort te weten dat deze informatie voor verzekeraar van belang is”  
Let bijvoorbeeld op bij het invullen van de Gezondheidsverklaring, daar moeten ook klachten gemeld worden waar nog geen formele medische diagnose is gesteld.  
Dit geldt voor de schriftelijke, de digitale en de telefonische gezondheidsverklaring.
- **Relevantievereiste:**  
“informatie waarvan de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen”  
(redelijk handelend verzekeraar). Waarbij gaat dit vaak mis?
  - eigen interpretatie van verzekerde: is toch niet relevant?
  - onderschatting: even snel invullen, vergeten
  - schaamte: er komt toch wel een hele lijst klachten uit
  - opzettelijk: als ik dat meld, kom ik in de problemen en krijg ik geen verzekering.Maar aanleveren van een volledig huisartsenjournaal om ‘van het gedoe af te zijn’ of ‘om te voorkomen dat je iets vergeet’ is geen oplossing: de medisch adviseur mag daar niets mee doen, dus dat is geen goed idee.
- **Verschoonbaarheidsvereiste:**  
“verzekeraar mag geen beroep doen op verzwijging van informatie die men (uit anderen hoofde) al kende”.

### *Wat kan je als adviseur doen?*

Benadrukken van de risico's helpt: benadrukken de gevolgen. Voorbeeld: bij achterhouden informatie krijg je nu wel een verzekering, maar uiteindelijk (bij een claim) komt het toch wel boven water. En dan alsnog geen uitkering. Optreden tegen opzettelijk verzwijgen door bijvoorbeeld CIS-registraties te benoemen en de gevolgen voor andere verzekeringsaanvragen uit te leggen.

### *Wat moet je als adviseur doen?*

Uitleggen! Als de verzekeraar een acceptatiebeslissing neemt (afwijzing/clausule) moet jij gaan uitleggen. Wat betekent dat? Waarom doet een verzekeraar dit? Wat zijn de kansen bij een andere verzekeraar? Is herbeoordeling mogelijk en zo ja hoe werkt dat precies? Zijn er alternatieve oplossingen? Als adviseur moet je weten hoe het werkt. En toon begrip. Een kandidaat verzekerde voelt zich vaak persoonlijk afgewezen, maar dat is onterecht. De afwijzing is een middel om te voorkomen dat verzekeringspremies nog veel hoger worden. Ga als adviseur niet (het beleid van) de verzekeraar afvallen, wek nooit de indruk dat jij dit wel even recht zet.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### *Wat moet je als adviseur doen*

Bekijk voorbeelden, op <https://www.rechtspraak.nl>, zoals:

- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2018:9785>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBGEL:2014:8090>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHARL:2022:10260>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBMNE:2019:2566>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHARL:2015:2335>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHSHE:2015:3900>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHAMS:2016:2062>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:HR:2016:336>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBARN:2012:BW9895>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHARN:2011:BQ4461>
- <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHARL:2014:3549>

Wat ons als RADI AOV opvalt is de volstreekte willekeur. Het hangt er maar net vanaf welke rechter je voor je hebt. Het zou mooi zijn als hier meer duidelijkheid (uniformiteit) in komt.

### Wat meldt het Verbond van Verzekeraars?

Vrijwel alle aanbieders van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in Nederland zijn aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars. Onder die gezamenlijke vlag melden ze het volgende:

- “Verzekeraars baseren de premie en voorwaarden van een arbeidsongeschiktheidsverzekering onder andere op het gezondheidsprofiel van de verzekerde. Bij een verhoogd risico kan de verzekeraar een premieopslag berekenen, de voorwaarden aanpassen of besluiten geen verzekering aan te bieden. Het Verbond vindt het belangrijk dat het inschatten van risico’s gebeurt op basis van goede, actuele informatie en dat zoveel mogelijk mensen toegang hebben tot een passende verzekering.”

Vervolgens komt men met een uitleg en een video animatie. Dat is beschrijving van de procesplaat die wij tonen bij [Adviseurs check: waar moet je aan denken, wat kan je doen voor de klant?](#)

Voor de volledigheid wordt door het Verbond van Verzekeraars gemeld dat verzekeraars vinden dat zoveel mogelijk mensen een passende verzekering moeten kunnen afsluiten en dat daarom het initiatief is genomen voor een “Vangnet voor zelfstandig ondernemers”. Die private vangnet AOV kan aangevraagd worden als men formeel is afgewezen door een verzekeraar. En dan vraag je de vangnet AOV aan bij de verzekeraar die de afwijzing heeft gedaan. De voorwaarden en premie van de vangnet AOV zijn bij alle verzekeraars hetzelfde. Zzp’ers moeten deze verzekering binnen vijftien maanden na de start als ondernemer aanvragen. Het Verbond van Verzekeraars meldt ook nog dat ondernemers die uit loondienst komen, ook bij het UWV terecht kunnen voor een vrijwillige verzekering, maar dat men die binnen dertien weken moet aanvragen.

## MEDISCHE ACCEPTATIE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERINGEN

### Zekerheid buiten het Verbond van Verzekeraars

Er zijn veel alternatieven voor een AOV. Denk aan schenkkringen, crowdsurance enzovoorts, bijvoorbeeld de deelnemers aan de schenkkringen-sessie van RADi AOV in 2022: Broodfonds, VoorzieningsFonds, SamSamkring, Tulpenfonds en SharePeople. Of een niet bij het Verbond van Verzekeraars aangesloten aanbieder die vanuit volmacht werkt, zoals TAF. TAF volgt eenzelfde soort proces als beschreven door het Verbond van Verzekeraars.

De schenkkringen en crowdsurance hanteren hun eigen regels en ontwikkelen zich nog voortdurend. Kijk naar wat de eventuele voorwaarden zijn:

- is iemand meteen vanaf de eerste dag van deelname volledig verzekerd?
- is dat zonder dat er enige vorm van medische acceptatie wordt toegepast?
- zijn bepaalde aandoeningen (burn-out - 'psyche') misschien uitgesloten in het eerste jaar?

Met het zoeken naar de antwoorden op dit soort vragen kan een adviseur de klant helpen.

### Een ander geluid

Indrukwekkend, wat er nu allemaal is geregeld rond medische acceptatie. Maar wat wordt de situatie als er in 2025 een wet is over een verplichte AOV? Gelden daar dan geen acceptatieregels? Hoe gaat het eruit zien als die regeling later (vanaf 2027?) ook echt uitgevoerd gaat worden? Worden de huidige AOV's dan een aanvulling, naast of boven op een waarschijnlijk vrij magere verplichte basis AOV? Of blijft "opt out" op tafel? Wordt een met medische acceptatie verkregen AOV of een arbeidsongeschiktheidsvoorziening een alternatief voor de verplichte AOV?

### Over dit kennisdocument

#### januari 2023

Het doel van dit door RADi AOV vervaardigde kennisdocument is inzicht geven in het proces van medische acceptatie bij het afsluiten of verhogen van een AOV, waarbij dat wordt belicht vanuit verschillende plekken in de keten van AOV. Alhoewel de tekst met de grootst mogelijke zorgvuldigheid is samengesteld, kan RADi AOV niet aansprakelijk worden gesteld voor enige onjuistheden of omissies. Aanvullingen en correcties ontvangen wij graag via [info@radi-aov.nl](mailto:info@radi-aov.nl).