



Stichting toetsing verzekeraars

**Rapportage
Kerncode Protocol Verzekeringskeuringen**

april – oktober 2021

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Onderzoeksaanpak.....	6
2.1 Toetskader	6
2.2 Onderzoeksmethode.....	6
2.3 Onderzochte informatie en onderzoeksdag	7
2.4 Beperkingen onderzoek	7
3. Resultaten	8
3.1 Algemene resultaten	8
3.1.1 Eerste onderzoek	8
3.1.2 Vervolgonderzoek	9
3.2 Onderzoeksresultaten.....	9
3.2.1 Inhoud van de verzekeringskeuring	9
3.2.2 Beperkingen verzekeringskeuringen	11
3.2.3 Informatie over aard en omvang van de verzekeringskeuring	12
3.2.4 Medewerkingsplicht verzekerde en opschortingsrecht	13
3.2.5 Kennisneming van gegevens	14
3.2.6 Herkeuring	16
3.2.7 Medische gegevens	16
3.2.8 Klachtenprocedure	17
Bijlage 1 Onderzochte verzekeraars	18

Samenvatting

Sinds medio 2020 toetst Stichting toetsing verzekeraars (Stv) als onafhankelijk instituut de naleving van de gedragscodes bij de leden van het Verbond van Verzekeraars. In dit kerncode onderzoek hebben we het Protocol Verzekeringskeuringen getoetst bij 27 verzekeraars die voor het accepteren van klanten voor een levensverzekering, arbeidsongeschiktheidsverzekering of pensioenverzekering een medisch acceptatietraject hebben.

We hebben een toetskader opgesteld op basis van het Protocol Verzekeringskeuringen en twee aanvullende circulaire's. Na afstemming met enkele commissies van het Verbond hebben we het toetskader vastgesteld. De onderzoeksdagen vonden plaats in de periode april tot en met juni 2021, de vervolgonderzoeken liepen door tot begin november 2021.

Aan het einde van het onderzoek voldoen 24 van de 27 (89%) getoetste verzekeraars aan het Protocol Verzekeringskeuringen. Er zijn drie verzekeraars die ook na het vervolgonderzoek nog niet volledig voldoen aan het protocol. Aanvankelijk, na de onderzoeksdag, voldoet 41% van de getoetste verzekeraars aan het protocol. Verzekeraars die niet volledig voldoen aan een kerncode hebben een herstelmogelijkheid, waarbij ze binnen een bepaalde periode kunnen aantonen de geconstateerde tekortkomingen te hebben opgelost. Er zijn dertien verzekeraars die van de herstelmogelijkheid gebruik hebben gemaakt en zich aantoonbaar hebben verbeterd. De verbetering door deze verzekeraars is een van de belangrijke waarden van het onderzoek door Stv. We bevestigen niet alleen waar wel of niet wordt voldaan aan de verplichtingen van de zelfregulering, we bevorderen met de toets en de herstelmogelijkheid ook de verbetering van de dienstverlening door verzekeraars.

Bij de drie verzekeraars die nog niet volledig voldoen aan het protocol gaat het mis op één toetspunt: als de verzekerde door zijn gezondheid een hoger dan gemiddeld risico vormt voor de verzekeraar en de medisch adviseur aan de verzekeraar een negatief advies geeft, dan moet de medisch adviseur de verzekerde op de hoogte stellen met een brief met daarin de achtergrond van zijn advies, het medisch oordeel en het advies dat de medisch adviseur aan de verzekeraar geeft. Dat gebeurt bij deze drie verzekeraars niet.

Dit is ook een van de verplichtingen waar we het vaakst een tekortkoming constateerden. De andere zijn:

1. In het aanvraagformulier voor de verzekering mogen geen vragen worden gesteld dat de kandidaat-verzekerde eerder op medische gronden is afgewezen.
2. Onder de vragengrens maken verzekeraars alleen gebruik van de model-gezondheidsverklaring van het Verbond of een ingekorte versie daarvan.

Voor een nadere uitleg daarvan verwijzen we naar hoofdstuk 3.

Op basis van ons onderzoek hebben we enkele aanbevelingen aan het Verbond van Verzekeraars:

1. Bevorder dat alle verzekeraars zich aan het Protocol Verzekeringskeuringen houden.
Er zijn drie verzekeraars die nog niet geheel voldoen aan het protocol. Neem maatregelen om ervoor te zorgen dat ook deze verzekeraars zich volledig aan het protocol houden.
2. Maak spoedig duidelijk wat verzekeraars moeten doen met afwijkende vragen ten opzichte van de model-gezondheidsverklaring.
Er is nu onduidelijkheid over hoe verzekeraars om dienen te gaan met leefstijlvragen in hun gezondheidsverklaring (zie paragraaf 3.2.1). Leefstijlvragen

(zoals risicovol beroep of verblijf in buitenland) staan niet in de modelgezondheidsverklaring, maar omdat het geen vragen zijn naar de gezondheid is het onduidelijk of dat wel of niet is toegestaan. Het Verbond heeft al aangegeven het protocol op dit punt te verduidelijken. Wij adviseren met spoed een besluit te nemen over eventuele aanpassing van dit punt, omdat afhankelijk van de uitkomst enkele verzekeraars mogelijk alsnog niet volledig aan het protocol voldoen.

3. Voeg aanvullende eisen zo spoedig mogelijk toe aan het protocol.
We hebben in het toetskader in overleg met het Verbond twee toetspunten opgenomen over verplichtingen die het Verbond in een circulaire aan haar leden heeft gecommuniceerd. Wij constateren dat niet iedere verzekeraar hiervan volledig op de hoogte is. Het bevordert de naleving als alle eisen over het medische acceptatietraject bij elkaar in het protocol staan.
4. Bekijk periodiek het Protocol Verzekeringskeuringen
Het Protocol Verzekeringskeuringen is ingegaan in 2012. In de afstemronde met het Verbond werd direct duidelijk dat bepaalde onderdelen van het protocol niet meer actueel waren. We hebben daarmee rekening gehouden bij het vaststellen van het toetskader. Toch bleek in het onderzoek dat diverse verzekeraars het protocol op bepaalde onderdelen niet meer actueel vonden. Wij bevelen aan dat de inhoudelijke commissie (MEZA) eens per jaar of twee jaar het protocol evalueert en bijhoudt. Een actueel toetskader bevordert de naleving door de leden.

1. Inleiding

In april 2021 is Stv gestart met de toetsing van de Kerncode Protocol Verzekeringskeuringen. Het Protocol Verzekeringskeuringen is de tweede van de tien kerncodes waarbij Stv leden van het Verbond van Verzekeraars intensief toetst. Stv voert de onderzoeken uit als onafhankelijke partij in opdracht van het Verbond van Verzekeraars.

In deze rapportage wordt het onderzoek en de uitkomst van het onderzoek toegelicht.

In het Protocol Verzekeringskeuringen (PV) staan richtlijnen die verzekeraars moeten naleven bij keuringen voor levensverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenverzekeringen die niet vallen onder het keuringsverbod van artikel 4 van de Wet op de medische keuringen.

De ingangsdatum van het huidige Protocol Verzekeringskeuringen is januari 2012.

Het Protocol Verzekeringskeuringen is niet voor alle leden van het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In totaal hebben we 27 leden van het Verbond getoetst.

In het algemeen is het doel van de kerncodes om kwaliteit en uniformiteit te waarborgen binnen de verzekeringssector. Het zelfreguleringsstelsel geeft ook de mogelijkheid tot zelfreinigend vermogen in de sector. Sinds medio 2020 heeft het Verbond met Stv een samenwerkingsovereenkomst gesloten waarin de periodieke toetsing van de kerncodes is vastgelegd. De intensieve toetsing op de kerncodes klantbelang door Stv draagt direct bij aan het waarborgen van de uniformiteit en kwaliteit in de sector.

In dit rapport gaan we eerst in op de onderzoeksopzet en in hoofdstuk 3 presenteren we de resultaten.

2. Onderzoeksaanpak

Het onderzoek naar de Kerncode Protocol Verzekeringskeuringen hebben we uitgevoerd in de periode april – november 2021. In bijlage 1 geven we een overzicht van de verzekeraars die aan het Protocol Verzekeringskeuringen dienen te voldoen.

2.1 Toetskader

Voor het toetskader is de inhoud van het Protocol Verzekeringskeuringen het uitgangspunt. Alle toetsbare bepalingen uit het protocol zijn in het toetskader opgenomen. Daarbij bepaalt Stv wanneer het toetspunt als voldoende of onvoldoende wordt beoordeeld.

Het toetskader is in concept besproken met de volgende commissies binnen het Verbond van Verzekeraars:

- Adviescommissie MEZA (Medisch Ethische Zaken); MEZA beschouwen wij als de inhoudelijke commissie, die de bedoeling van bepalingen in het protocol kan duiden.
- Platform Klantbelang en Reputatie
- Klankbordgroep IAD

Deze commissies gaven feedback op het concept toetskader, waarna Stv het toetskader vaststelde.

In afstemming met MEZA hebben we in het protocol onderscheid gemaakt tussen belangrijke en minder belangrijke toetspunten.

Het toetskader voor het Protocol Verzekeringskeuringen bevat 37 toetspunten. Stv scoort deze toetspunten met een 'ja', 'nee' of 'nvt'. Het toetskader staat bij de verschillende onderdelen in paragraaf 3.2.

2.2 Onderzoeksmethode

In februari 2021 stuurden we een informatiedocument naar de verzekeraars die aan het Protocol Verzekeringskeuringen dienen te voldoen. In het informatiedocument staat onder meer aangegeven welke documenten we voorafgaand aan de onderzoeksdag willen ontvangen. Tevens staat in dit document een gespreksschema voor de interviews.

We stuurden met het informatiedocument ook het toetskader mee, zodat de verzekeraars wisten op welke punten we ons in het onderzoek zouden richten.

Het onderzoek bestond uit twee onderdelen:

- Bureauonderzoek, naar de aangeleverde documenten en de website;
- Onderzoeksdag met interviews. Door de coronamaatregelen hebben wij alle interviews uitgevoerd met behulp van videovergaderen.

Tijdens de onderzoeksdag met de interviews trachten we zo veel mogelijk gezamenlijk met de vertegenwoordiger(s) van de verzekeraar te komen tot een oordeel of wel of niet aan het toetspunt is voldaan. Uiteraard bepalen wij of wel of niet is voldaan aan het toetspunt, maar deze aanpak biedt als voordeel dat de verzekeraar wordt meegenomen in de beoordeling en niet verrast is door de uitkomst van het onderzoek. Dit bevordert het draagvlak voor eventuele bevindingen van Stv.

Stv stelt direct na de onderzoeksdag een conceptrapport op. De verzekeraar heeft twee weken de tijd om daarop te reageren, daarna is het rapport definitief.

Voor een positieve uitkomst van het onderzoek dient een verzekeraar in principe aan alle 37 toetspunten te voldoen. Indien een verzekeraar bij één minder belangrijk toetspunt een 'nee' scoorde, dan was de uitkomst van het onderzoek toch positief. Bij twee keer

een 'nee' of één 'nee' bij een belangrijk toetspunt was het resultaat een negatieve uitkomst van het onderzoek.

Als de verzekeraar niet volledig aan het Protocol Verzekeringskeuringen voldoet, dan heeft de verzekeraar tot drie maanden na het uitbrengen van de definitieve rapportage de tijd om verbeteringen door te voeren en opnieuw een toets te laten uitvoeren. Dit noemen we een vervolgonderzoek.

Enkele kleinere verzekeraars, die slechts heel weinig met verzekeringskeuringen te maken hebben, hebben we getoetst door het schriftelijk stellen van enkele gerichte vragen. Deze verzekeraars hebben schriftelijk gereageerd en daarbij bewijsstukken meegestuurd. Er zijn vijf verzekeraars op deze wijze getoetst.

2.3 Onderzochte informatie en onderzoeksdag

Wij hebben de verzekeraars gevraagd om documenten en informatie bij ons aan te leveren. Het ging onder meer om:

- Beleid medische acceptatie, eventueel aangevuld met andere relevante beleidsstukken en inclusief relevante werkinstructies;
- Het aanvraagformulier voor de verzekeringen waarbij sprake is of kan zijn van een verzekeringskeuring, met de gezondheidsverklaring en de toelichting.
- Brochures, brieven of ander schriftelijk materiaal over de verzekeringskeuringen die de verzekeraar aan kandidaat-verzekerden verstrekt;
- Werkinstructie of procedure voor het uitvoeren van een (her)keuring;
- Standaard machtiging voor opvragen medische gegevens bij derden;
- Tien recent uitgevoerde (geanonimiseerde) medische keuringsdossiers.

Daarnaast hebben wij op de website van de deelnemende verzekeraars onderzocht hoe zij communiceren over het medische aanvraagproces.

Tijdens de onderzoeksdag bij de verzekeraar spraken we met de volgende functionarissen:

- Management met verantwoordelijkheid voor medische acceptatie
- Leidinggevende van medische adviseurs
- Medisch adviseur
- Senior acceptant

2.4 Beperkingen onderzoek

Stv heeft bij de onderzoeken een beperkt aantal dossiers van het medische acceptatietraject ingezien. Er is geen sprake geweest van een representatieve steekproef. Stv heeft dan ook vooral opzet en bestaan onderzocht.

Door de gekozen aanpak om zoveel mogelijk samen met de verzekeraar de toetspunten door te nemen om tot een Stv oordeel te komen, krijgen we wel relevante bevindingen boven water. De verzekeraars waren heel open in het aanleveren van de gevraagde informatie en de vertegenwoordigers van de verzekeraars waren ruimhartig in het geven van antwoorden op de gestelde vragen tijdens de onderzoeksdagen.

Wij menen dan ook dat de rapportage een goed beeld geeft van de geconstateerde tekortkomingen bij diverse verzekeraars.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van ons onderzoek naar de naleving van het Protocol Verzekeringskeuringen beschreven. Er zal eerst een algemeen beeld worden geschetst. Vervolgens zal er per onderdeel van het protocol dieper op de resultaten worden ingegaan.

3.1 Algemene resultaten

3.1.1 Eerste onderzoek

Van de in totaal 27 onderzoeken die door Stv zijn uitgevoerd, behaalden er elf direct een positief resultaat. Dat is 41%. Bij zestien verzekeraars scoorden we bij één of meerdere toetspunten een 'nee'. Daarmee heeft 59% van de verzekeraars tijdens het eerste onderzoek een nee-score behaald op één of meerdere toetspunten.

Er was één verzekeraar die één 'nee' scoorde op een minder belangrijk punt. Het gaat om het toetspunt over het informeren van de verzekerde als het medisch acceptatietraject langer dan gebruikelijk duurt. We hebben dit punt wel aangegeven, maar de verzekeraar geen negatief resultaat gegeven. Deze verzekeraar staat bij de elf verzekeraars die direct een positief resultaat scoorden. Overigens heeft deze verzekeraar de betreffende bevinding wel opgelost en dat aan ons kenbaar gemaakt.

In de zestien onderzoeken met een negatief resultaat is in totaal 32 keer een nee-score toegewezen. Dat betekent dat er per onderzoek gemiddeld twee keer een nee-score is gegeven. In vijf gevallen hebben we één 'nee' gescoord en bij negen verzekeraars is sprake van twee nee-scores. Er zijn twee verzekeraars met drie of meer toetspunten met een onvoldoende uitkomst.

In het overgrote deel (88%) van de onderzoeken met een negatieve uitkomst is sprake van één of twee toetspunten met een nee-score.

Het gaat het vaakst mis bij de volgende toetspunten:

- In het aanvraagformulier voor de verzekering mogen geen vragen worden gesteld dat de kandidaat-verzekerde eerder op medische gronden is afgewezen.
- Als de verzekerde door zijn gezondheid een hoger dan gemiddeld risico vormt voor de verzekeraar en de medisch adviseur aan de verzekeraar een negatief advies geeft, dan stelt de medisch adviseur de verzekerde op de hoogte van dit advies. De medisch adviseur stuurt de verzekerde dan een brief met daarin de achtergrond van zijn advies, het medisch oordeel en het advies dat de medisch adviseur aan de verzekeraar geeft.
- Onder de vragengrens¹ maken verzekeraars alleen gebruik van de modelgezondheidsverklaring van het Verbond of een ingekorte versie daarvan.

We komen daar verder op terug bij paragraaf 3.2.

Voor de herstelbaarheid die wij als onderdeel van het toetsingsproces aanbieden, komen zestien verzekeraars in aanmerking. In totaal moeten er 32 herstelacties worden uitgevoerd. In de volgende paragraaf worden de resultaten van de vervolgonderzoeken beschreven, voordat in meer detail wordt ingegaan op de resultaten.

¹ Vragengrens is de hoogte van het verzekerd bedrag waar beneden bepaalde vragen niet mogen worden gesteld of onderzoek mag worden uitgevoerd. De vragengrens staat in de Wet op de Medische Keuringen (WMK).

3.1.2 Vervolgonderzoek

We hebben bij zestien verzekeraars een vervolgonderzoek uitgevoerd. Deze verzekeraars hebben op basis van onze rapportage met de tekortkoming(en) aanpassingen gedaan in hun werkwijze, documenten of op hun website.

Voor het vervolgonderzoek konden de verzekeraars bewijsstukken uploaden en deze hebben we beoordeeld. Om te voldoen aan het vervolgonderzoek gelden dezelfde criteria als voor de eerste toets.

De zestien verzekeraars hebben in totaal 29 herstelacties uitgevoerd. Van de zestien vervolgonderzoeken zijn er dertien afgerond met een positief resultaat: de verzekeraar heeft de tekortkomingen hersteld.

Er zijn drie verzekeraars die niet alle tekortkomingen hebben hersteld. Zij voldoen daarmee na het vervolgonderzoek nog niet volledig aan het Protocol Verzekeringskeuringen.

3.2 Onderzoeksresultaten

In deze paragraaf worden per onderdeel van het protocol de resultaten gedetailleerder uiteengezet.

3.2.1 Inhoud van de verzekeringkeuring

In dit onderdeel van het Protocol Verzekeringkeuringen gaat het om de inhoud van de verzekeringkeuringen. Van welke instrumenten kan de verzekeraar gebruik maken om gegevens over de gezondheid van de (kandidaat-)verzekerde te verzamelen en wat is de rol van de medisch adviseur bij het bepalen van de instrumenten? In dit onderdeel staan ook de verplichtingen over de model-gezondheidsverklaring en de model-toelichting onder de vragengrens.

Ten aanzien van het gebruik van de gezondheidsverklaring onder de vragengrens is tijdens het onderzoek gebleken dat het protocol op dit punt niet eenduidig is. In het protocol staat dat verzekeraars onder de vragengrens alleen gebruik maken van de model-gezondheidsverklaring van het Verbond of een ingekorte versie daarvan.

In de afstemming van het toetskader met het Verbond is deze bepaling nader geduid dat een verzekeraar een eigen gezondheidsverklaring kan gebruiken, maar dat er niet meer vragen mogen worden gesteld dan in de model-gezondheidsverklaring.

Het is onduidelijk of de bepaling dat er niet meer vragen mogen worden gesteld dan in de model-gezondheidsverklaring staan alleen gaat over gezondheidsvragen (het gaat immers om een gezondheidsverklaring) of dat die ook betrekking heeft op andere risicofactoren, zoals bepaalde leefstijlvragen (bijvoorbeeld: wat is uw beroep of doet u aan bepaalde risicovolle sporten). Het Verbond heeft aangegeven het protocol op dit punt aan te willen passen zodat de onduidelijkheid wordt weggenomen.

Gelet op deze onduidelijkheid hebben we bij verzekeraars die deze leefstijlvragen hebben opgenomen in hun gezondheidsverklaring voor dit onderzoek geen 'nee' gescoord. Het gaat om zeven verzekeraars. We hebben deze verzekeraars er wel op gewezen dat de betreffende leefstijlvragen niet in de model-gezondheidsverklaring staan en dat het Verbond het protocol op dit punt dient te verduidelijken.

Er zijn drie verzekeraars waarbij we de extra vragen buiten de model-gezondheidsverklaring als medische vragen hebben beoordeeld. Deze drie verzekeraars voldeden bij de eerste toets niet aan het betreffende toetspunt. Deze verzekeraars hebben dat aangepast voor het vervolgonderzoek.

Van de zeven verzekeraars die in verband met de onduidelijkheid geen 'nee' hebben gescoord bij het toetspunt over de gezondheidsverklaring zijn er twee verzekeraars die hun gezondheidsverklaring hebben aangepast en daarmee in ieder geval voldoen aan het vervolgonderzoek.

Wij adviseren het Verbond in het Protocol Verzekeringkeuringen snel duidelijkheid te geven hoe verzekeraars om moeten gaan met de vragen uit de model-gezondheidsverklaring. Dan zal duidelijk zijn of de betreffende vijf verzekeraars die nog

leefstijlvragen in hun gezondheidsverklaring hebben opgenomen inderdaad aan het Protocol Verzekeringskeuringen voldoen.

Eén van de bepalingen in dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen betreft het verstrekken van de model-toelichting bij de gezondheidsverklaring. Als de verzekeraar een ingekorte versie van de gezondheidsverklaring gebruikt, dan moeten de relevante delen van de model-toelichting worden gebruikt. Wij constateerden bij vier verzekeraars dat zij de model-toelichting niet of niet altijd bij de gezondheidsverklaring verstrekken. Bij twee verzekeraars ging het niet goed bij de ingekorte versie van de gezondheidsverklaring.

In aanvulling op het protocol heeft het Verbond in 2018 verplicht gesteld dat er in het aanvraagformulier voor de verzekering geen vragen mogen worden gesteld dat de kandidaat-verzekerde eerder op medische gronden is afgewezen. We hebben bij zeven verzekeraars geconstateerd dat een dergelijke vraag wel in het aanvraagformulier is opgenomen. Wellicht dat het de betreffende verzekeraars onvoldoende duidelijk is dat deze verplichting geldt, omdat het niet in het Protocol Verzekeringskeuringen is opgenomen.

Wij adviseren het Verbond om aanvullende eisen die tijdens de looptijd van het protocol verplicht worden gesteld, zo spoedig mogelijk op te nemen in een nieuwe versie van het protocol. Zo staan alle verplichtingen bij elkaar.

Bij dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen hebben we de meeste tekortkomingen geregistreerd. Er zijn dertien verzekeraars (48%) die op één of enkele toetspunten uit dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen niet voldoen. In totaal gaat het om zeventien tekortkomingen. Na de vervolgonderzoeken voldoen alle verzekeraars aan dit onderdeel van het protocol.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Inhoud van de verzekering		Aantal verzekeraars met een bevinding
1	De verzekeraar laat zich adviseren door de medisch adviseur over het algemene beleid van de maatschappij inzake het gebruik van de instrumenten in verschillende omstandigheden.	0
2	Onder de vragengrens maken verzekeraars alleen gebruik van de model-gezondheidsverklaring van het Verbond of een ingekorte versie daarvan.	3
3	Als een verzekeraar de ingekorte versie van de vragenlijst gebruikt, dan zijn daarin alleen vragen opgenomen uit de model gezondheidsverklaring.	1
4	Verstrekt de verzekeraar bij de model gezondheidsverklaring altijd de volledige model-toelichting?	4
5	Bij gebruik van een ingekorte versie van de model-gezondheidsverklaring zijn de relevante delen van de model-toelichting opgenomen in de toelichting.	2
6	In het aanvraagformulier voor de verzekering mogen geen vragen worden gesteld dat de kandidaat-verzekerde eerder op medische gronden is afgewezen.	7

3.2.2 Beperkingen verzekeringskeuringen

Het onderdeel beperkingen verzekeringskeuringen behandelt de beperkingen als het gaat om hiv-onderzoek en het moratorium erfelijkheidsonderzoek.

Zo mag de medisch adviseur van de verzekeraar bij een verzekerd bedrag onder de vragengrens alleen onder bepaalde voorwaarden vragen om een hiv-test. In het geval aan deze voorwaarden is voldaan, regelt het protocol verder wie het besluit voor de hiv-test mag nemen en hoe de klant hierover wordt geïnformeerd.

De beperkingen als het gaat om het moratorium erfelijkheidsonderzoek betreffen onder meer dat verzekerden het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek niet hoeven te melden bij het aanvragen van een verzekering beneden de vragengrens en dat onder de vragengrens geen vragen mogen worden gesteld over de kans op een ernstige, onbehandelbare ziekte bij bloedverwanten.

Het Verbond heeft in 2019 een aanvullende verplichting in een circulaire aan haar leden kenbaar gemaakt. Het gaat erom dat verzekeraars onder de vragengrens niet vragen naar preventieve operaties of andere behandelingen in het kader van erfelijke belasting waarbij er geen ziekteverschijnselen bekend zijn die verbonden zijn aan de erfelijke ziekte.

Wij hebben in ons onderzoek geconstateerd dat alle verzekeraars voldoen aan de toetspunten bij dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Beperkingen verzekeringskeuringen		Aantal verzekeraars met een bevinding
7	Onder de vragengrens mag de medisch adviseur alleen vragen om een hiv-test indien uit de gezondheidsverklaring blijkt dat aan een van de gestelde voorwaarden wordt voldaan.	0
8	Slechts de medisch adviseur van de verzekeraar kan besluiten tot een test op hiv-antistoffen.	0
9	Alvorens bloed af te nemen, wijst de onderzoekend arts de verzekerde op de volgende punten: <ul style="list-style-type: none">▪ de aard van de test;▪ de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op seropositiviteit;▪ dat als de eerste test wijst op seropositiviteit er een bevestigingstest zal plaatsvinden. De verzekerde ondertekent een verklaring waarop hij: <ul style="list-style-type: none">▪ aangeeft kennis te hebben genomen van de aard van de test en van de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op seropositiviteit;▪ toestemming geeft tot het verrichten van de test;▪ aangeeft ervan kennis te hebben genomen dat als de eerste test wijst op seropositiviteit een bevestigingstest zal plaatsvinden;▪ aangeeft of hij de uitslag van de eerste test c.q. van de bevestigingstest 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 c.q. de bevestigingstest wordt geïnformeerd, tenzij de	0

	verzekerde zijn aanvraag voor een verzekering wenst in te trekken.	
10	Indien ook de bevestigingstest op seropositiviteit wijst, licht de keurend arts in het voorkomende geval de arts genoemd in de verklaring van de verzekerde in. 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. Indien de bevestigingstest op seropositiviteit wijst, vindt, als de verzekerde daarom verzoekt, eenmaal een herhalingstest plaats voordat het resultaat van de test aan de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij wordt meegedeeld.	0
11	Verzekerden hoeven het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek niet te melden bij het aanvragen van een verzekering beneden de vragengrens.	0
12	Onder de vragengrens mogen geen vragen worden gesteld over de kans op een ernstige, onbehandelbare ziekte bij bloedverwanten.	0
13	Onder de vragengrens wordt niet gevraagd naar preventieve operaties of andere behandelingen in het kader van erfelijke belasting waarbij er geen ziekteverschijnselen bekend zijn die verbonden zijn aan de erfelijke ziekte.	0

3.2.3 Informatie over aard en omvang van de verzekeringskeuring

In dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen gaat het erom hoe de verzekeraar de verzekerde informeert over het medische acceptatietraject. Het gaat enerzijds om algemene informatie, bijvoorbeeld op de website van de verzekeraar, en anderzijds om hele specifieke informatie voor de verzekerde.

Het protocol verplicht verzekeraars om algemene informatie over de verzekeringskeuringen en over het medische acceptatietraject aan verzekerden te geven. Daarbij dient de verzekeraar ook aan te geven hoe lang in zijn algemeenheid het acceptatietraject duurt.

Er zijn drie verzekeraars die een onvoldoende scoren voor deze algemene informatieplicht. Eén daarvan heeft geen algemene informatie over de medische acceptatie op de website. Alle drie verzekeraars geven de klant geen informatie over de doorlooptijd van het medische acceptatietraject.

Indien het medische acceptatietraject bij een klant langer duurt dan gebruikelijk, dan moet de verzekeraar de klant daarover informeren.

Bij vier verzekeraars constateerden we dat zij de klant niet informeren wanneer het traject langer duurt. Bij één verzekeraar was dit het enige toetspunt met een onvoldoende score en aangezien dit toetspunt als minder belangrijk was aangemerkt, kreeg de verzekeraar geen negatieve uitslag. De bevinding is hieronder wel meegenomen in het overzicht.

Een andere verplichting is dat de verzekerde in de gelegenheid wordt gesteld om vooraf in hoofdlijnen kennis te nemen van de inhoud van het medisch onderzoek. Dit gebeurt onvoldoende bij één van de getoetste verzekeraars.

Er zijn nog enkele verplichtingen bij dit onderdeel van het protocol waarbij alle verzekeraars positief hebben gescoord. Dit geldt voor de eisen over het informeren over de hiv-test als dit deel uitmaakt van de keuring en het vragen aan de verzekerde of hij over het resultaat van de hiv-test geïnformeerd wenst te worden en door wie.

Verzekeraars scoren ook alle positief op de verplichting dat een verzekerde op verzoek een kopie kan ontvangen van de ingevulde gezondheidsverklaring.

Er zijn zes verzekeraars (22%) die in totaal negen tekortkomingen noteren bij dit onderdeel over het informeren van de verzekerde. Na de vervolgonderzoeken voldoen alle verzekeraars aan dit onderdeel van het protocol.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Informatie over aard en omvang van de verzekeringskeuring		Aantal verzekeraars met een bevinding
14	De verzekerde wordt door de verzekeraar vooraf schriftelijk algemeen geïnformeerd over het beleid van de maatschappij met betrekking tot verzekeringskeuringen, het doel en de inhoud van de keuring, de procedure en zijn rechten en plichten.	1
15	Om verzekerden inzicht te geven in het medisch acceptatietraject bij de verzekeraar is door het Verbond van Verzekeraars een algemene beslisboom ontwikkeld waarin beschreven wordt welke stappen gezet kunnen worden in het acceptatietraject. Verzekeraars dienen deze op hun website te publiceren en aan te geven hoe lang de doorlooptijd van dit traject is.	3
16	Als het traject in het geval van een specifieke verzekerde langer duurt dan gebruikelijk, informeert de verzekeraar de verzekerde.	4
17	De verzekerde moet vooraf de gelegenheid hebben om in hoofdlijnen kennis te nemen van de inhoud van het medisch onderzoek.	1
18	Indien een hiv-test deel uitmaakt van de keuring, wordt dit aan de verzekerde gelijktijdig met de uitnodiging voor de keuring meegedeeld.	0
19	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.	0
20	De verzekerde krijgt op verzoek een kopie van het door hem ingevulde vragenformulier.	0

3.2.4 Medewerkingsplicht verzekerde en opschortingsrecht

Dit deel van het protocol gaat over het recht van een verzekerde om medewerking aan een verzekeringskeuring op te schorten en een bezwaar in te dienen.

De verzekeraar is verplicht om de verzekerde duidelijk en helder te informeren over de mededelingsplicht om naar waarheid en volledigheid inlichtingen te verstrekken, bijvoorbeeld op het aanvraagformulier.

De verzekerde heeft op grond van het protocol het recht om medewerking aan een verzekeringskeuring of een onderdeel daarvan op te schorten, indien naar zijn mening de verzekeringskeuring niet voldoet aan het protocol. 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 het Kifid.

Het protocol verplicht de verzekeraar de te nemen beslissing op de verzekeringsaanvraag uit te stellen tot de procedure rondom het opschortingsrecht is doorlopen en de verzekerde in de gelegenheid is gesteld om alsnog medewerking aan de verzekeringskeuring te verlenen.

Wij hebben in ons onderzoek geconstateerd dat alle verzekeraars voldoen aan de toetspunten bij dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Medewerkingsplicht verzekerde en opschortingsrecht		Aantal verzekeraars met een bevinding
21	De verzekeraar informeert de verzekerde duidelijk en helder over de mededelingsplicht.	0
22	De verzekerde heeft het recht om medewerking aan een verzekering keuring of een onderdeel daarvan op te schorten, indien naar zijn mening niet is voldaan aan vorm of inhoud van de verzekering keuring zoals beschreven in de wet en dit protocol.	0
23	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 verzekering keuring.	0
24	Over deze beslissing van de verzekeraar kan de verzekerde een klacht indienen bij de klachteninstantie als bedoeld in artikel 13 van het Protocol Verzekering keuringen.	0
25	De verzekeraar stelt de te nemen beslissing op de verzekering aanvraag uit tot de procedure rondom het opschortingsrecht is doorlopen en de verzekerde in de gelegenheid is gesteld om alsnog medewerking aan de verzekering keuring te verlenen.	0

3.2.5 Kennisneming van gegevens

Dit onderdeel van het protocol regelt de rechten van klanten bij het kennisnemen van de uitkomst van de medische keuring.

In het protocol is vastgelegd dat de medisch adviseur de verzekerde informeert, in het geval de medisch adviseur aan de verzekeraar een negatief advies geeft. De medisch adviseur moet dan een brief sturen met daarin de achtergrond van zijn advies, het medisch oordeel en het advies dat de medisch adviseur aan de verzekeraar geeft. We constateren bij vier verzekeraars dat zij dit niet goed doen. In plaats van het advies van de medisch adviseur ontvangt de klant direct de uitkomst van het acceptatietraject van de verzekeraar.

Een andere verplichting is dat de verzekerde het recht heeft als eerste van het advies van de medisch adviseur in kennis te worden gesteld. De klant moet daar schriftelijk om verzoeken. Dat is bij alle verzekeraars goed ingeregeld.

Indien de verzekerde aangeeft dat de verzekering definitief niet tot stand komt en schriftelijk verzoekt de medische gegevens te vernietigen, dan moet de verzekeraar de medische gegevens binnen drie maanden na dit verzoek vernietigen. Gebleken is dat één van de getoetste verzekeraars weliswaar aan de klant meldt de medische gegevens te vernietigen, maar dat in de praktijk niet tijdig doet.

Op basis van het protocol is de medisch adviseur verplicht aan de verzekerde op diens schriftelijk verzoek inzage te geven in de medische gegevens die de medisch adviseur van hem heeft. En in het geval de klant aangeeft dat de verzekeraar onjuiste of onvolledige gegevens heeft opgenomen in het medisch dossier, dient de tekst te worden gecorrigeerd mits er overeenstemming is tussen de medisch adviseur en de verzekerde. We zien bij alle getoetste verzekeraars dat ze hieraan voldoen.

Er zijn vijf verzekeraars (19%) die in totaal vijf tekortkomingen noteren bij dit onderdeel over het informeren van de verzekerde. Na de vervolgonderzoeken voldoen er nog drie verzekeraars (11%) niet aan dit onderdeel van het protocol.

Deze drie verzekeraars voldoen na het vervolgonderzoek niet aan de verplichting dat de medisch adviseur een brief stuurt aan de verzekerde om hem te informeren dat het advies van de medisch adviseur negatief is. De betreffende verzekeraars vinden dat het verstrekken van een schriftelijke uitleg door de medisch adviseur geen toegevoegde waarde heeft omdat de klant doorgaans weet waarom zijn aanvraag wordt afgewezen of met een opslag wordt geaccepteerd. De klant heeft volgens deze verzekeraars meer baat bij een spoedige afhandeling van de aanvraag.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Kennisneming van gegevens		Aantal verzekeraars met een bevinding
26	Als de verzekerde door zijn gezondheid een hoger dan gemiddeld risico vormt voor de verzekeraar en de medisch adviseur aan de verzekeraar een negatief advies geeft, stelt de medisch adviseur de verzekerde op de hoogte van dit advies. De medisch adviseur stuurt de verzekerde dan een brief met daarin de achtergrond van zijn advies, het medisch oordeel en het advies dat de medisch adviseur aan de verzekeraar geeft.	4
27	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, tenzij de verzekerde aangeeft hierover niet geïnformeerd te willen worden. 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.	0
28	Indien de verzekerde aangeeft dat de verzekering definitief niet tot stand komt en schriftelijk verzoekt de medische gegevens te vernietigen, worden de medische gegevens binnen drie maanden na dit verzoek vernietigd.	1
29	De medisch adviseur zal aan de verzekerde op diens schriftelijk verzoek inzage geven in de medische gegevens die hij van hem heeft. De verzekerde kan eveneens schriftelijk een afschrift vragen van de medische gegevens die de medisch adviseur van hem heeft.	0
30	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.	0

3.2.6 Herkeuring

Bij het onderdeel 'Herkeuring' gaat het er om dat de klant na een negatieve beslissing op basis van het advies van de medisch adviseur het recht heeft op een nieuwe beoordeling als sprake is van nieuwe gegevens. De klant kan de verzekeraar ook verzoeken om een nieuw medisch onderzoek door een andere keurend arts te laten uitvoeren. In het protocol staat dat de kosten van de herkeuring door de verzekeraar worden betaald.

We hebben geconstateerd dat alle verzekeraars positief scoren op het onderdeel herkeuring.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Herkeuring		Aantal verzekeraars met een bevinding
31	Indien de verzekeraar op medisch advies negatief beslist op de verzekeringsaanvraag van de verzekerde, heeft de verzekerde het recht op een nieuwe beoordeling op basis van nieuwe en/of aanvullende gegevens. De verzekerde maakt zijn wens daartoe met redenen omkleed schriftelijk kenbaar nadat de verzekeraar hem de beslissing op de verzekeringsaanvraag heeft medegedeeld.	0
32	De verzekerde kan bij een negatieve beslissing op zijn verzekeringsaanvraag de medisch adviseur schriftelijk en gemotiveerd verzoeken om nadere feitelijke informatie te verzamelen of om een nieuw medisch onderzoek door een andere onafhankelijk keurende arts. De medisch adviseur is verplicht deze informatie te betrekken bij de herbeoordeling tezamen met de reeds beschikbare medische informatie.	0
33	De kosten van de herkeuring worden gedragen door de verzekeraar. Deze mag een redelijke bijdrage verlangen van de verzekerde in deze kosten.	0

3.2.7 Medische gegevens

Dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen ziet op het omgaan met de gevoelige medische gegevens en over het verkrijgen van aanvullende medische informatie bij derden.

De medisch adviseur is verantwoordelijk voor het medisch dossier met onder meer de rapporten en gezondheidsverklaring. Hij heeft een geheimhoudingsverklaring, net als de medewerkers die onder zijn verantwoordelijkheid vallen. Dit is bij alle getoetste verzekeraars goed geregeld.

Als de medisch adviseur medische gegevens bij derden opvraagt, dan moet vooraf een gerichte schriftelijke machtiging van de verzekerde worden opgevraagd. Deze machtiging moet aan enkele eisen voldoen. Als de verzekerde niet meewerkt aan het verstrekken van de machtiging, dan komt de verzekering niet tot stand of slechts met 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.

Alle verzekeraars maken gebruik van een machtiging, maar twee verzekeraars informeren de klant niet of onvoldoende over de consequenties van het weigeren van medewerking.

Er zijn twee verzekeraars (7%) die in totaal twee tekortkomingen noteren bij dit onderdeel over medische gegevens. Na de vervolgonderzoeken voldoen alle verzekeraars aan dit onderdeel van het protocol.

Hieronder staan de betreffende toetspunten uit dit deel van het protocol:

Toetspunten bij Medische gegevens		Aantal verzekeraars met een bevinding
34	Rapporten van een keurend arts, een gezondheidsverklaring, alsmede informatie uit de behandelende sector worden opgenomen in het medisch dossier dat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur wordt bewaard.	0
35	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. De medisch adviseur heeft een geheimhoudingsplicht omtrent de hem toevertrouwde medische gegevens tegenover derden, net als de medewerkers die onder zijn verantwoordelijkheid vallen.	0
36	Medische gegevens mogen bij derden 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.	2

3.2.8 Klachtenprocedure

Dit deel van het Protocol gaat over de mogelijke stappen die een klant kan zetten als hij het niet eens is met de wijze waarop de verzekeraar in het medische acceptatietraject heeft geacteerd.

Wij hebben in ons onderzoek geconstateerd dat alle verzekeraars voldoen aan het toetspunt bij dit onderdeel van het Protocol Verzekeringskeuringen.

Hieronder staat het betreffende toetspunt uit dit deel van het protocol:

Toetspunt bij Klachtenprocedure		Aantal verzekeraars met een bevinding
37	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).	0

Bijlage 1 Onderzochte verzekeraars

1. ABN AMRO Levensverzekering N.V.
2. ACE Europe life Limited
3. Achmea Pensioen- en Levensverzekering
4. Achmea Schadeverzekeringen N.V.
5. AEGON Nederland N.V. Leven
6. Allianz Benelux N.V.
7. ASR Levensverzekering N.V.
8. ASR Schadeverzekering N.V.
9. BNP Paribas Cardif Levensverzekering
10. Bovemij N.V. Schadeverzekering Maatschappij
11. Credit Life AG
12. De Goudse Leven N.V.
13. DELA Natura- en levensverzekeringen N.V.
14. Klaverblad Verzekeringen U.A.
15. MERCURIUS Algemene Risico Verzekering Maatschappij
16. Monuta Verzekeringen N.V.
17. Movir
18. Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V.
19. Onderlinge Levensverzekering-Maatschappij 's-Gravenhage U.A.
20. Onderlinge van 1719
21. Proteq Levensverzekeringen N.V.
22. Quantum Leben AG
23. Scildon N.V.
24. Squarelife Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
25. SRLEV N.V.
26. Univé Schade N.V.
27. Yarden Uitvaartverzekeringen N.V.