

VERZEKERINGEN

informatie en tips voor personen met een chronische ziekte of aandoening en hun gezin.

Vlaams patiëntenplatform
Samen sterker

Colofon
Editie april 2021
Prijs: op aanvraag / gratis voor ledenverenigingen
Verantwoordelijke uitgever: Ulrike Pypops,
Kouterstraat 1, 3150 Tildonk
Auteur: Roel Heijlen
Tekstbewerking: Lore Dupont & Kris Soret
Lay-out: Plotsklaps



1 – Verzekeringen, een financiële beveiliging voor iedereen? 4

2 – Verzekeren als economische activiteit 6
1 – Wat is een verzekering? 7
2. – Waarom hebben personen met een chronische ziekte of handicap problemen om een verzekering af te sluiten? 8
2.1 - Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform: terug naar de solidariteit! 8

3 – Plichten, maar ook rechten 9
1 – Welke informatie moet je meedelen en welke niet? 10
2 – Rechten in verband met medische vragenlijsten en medische onderzoeken 11
2.1 – Medische vragenlijsten 12
2.2 – Medische onderzoeken 13

4 – Soorten verzekeringen: informatie en tips 14
1 – De hospitalisatieverzekering 16
1.1 – Vergelijken! 18
1.2 – Levenslange garantie 18
1.3 – Dekking voorafbestaande ziektes of aandoeningen 19
1.4 – Leeftijdsbeleid 21
1.5 – De individuele voortzetting van een hospitalisatieverzekering 21
2 – De schuldsaldoverzekering 25
2.1 – Wat is het? 25
2.2 – Wat kan het probleem zijn? 25
2.3 – Belangrijke nieuwe wetgeving! 27
2.4 – Recht om vergeten te worden 32
3 – Verzekering Gewaarborgd Wonen 34
4 – Inkomensverzekeringen 34
4.1 – Wat is het? 34
4.2 – Wat kan het probleem zijn? 34
5 – Verzekeringen voor motorrijtuigen 36
5.1 – De autoverzekering 36
5.2 – Verzekering voor elektrische rolstoel, elektrische scooter, elektrische driewieler … 38
6 – De reisverzekering 39
6.1 – Wat is het? 39
6.2 – Wat kan het probleem zijn? 39
7 – De uitvaartverzekering 41
7.1 – Wat is het? 41
7.2 – Wat kan het probleem zijn? 41

5 – Vragen of klachten? Nuttige adressen 42

6 – Nieuw sinds 2015: handleiding medische expertise bij verzekeringen 44

7 – Wat is het Vlaams Patiëntenplatform vzw? 46

1

VERZEKERINGEN, EEN FINANCIËLE BEVEILIGING VOOR IEDEREEN?



Stel je eens voor dat je zou moeten opdraaien voor alle kosten van een brand, een ziekte, een zwaar auto-ongeval… Dat redt zo goed als niemand. Daarom is het heel belangrijk dat je over de nodige verzekeringen beschikt. Zonder private verzekeringen is het leven niet meer denkbaar. Elke persoon en elk gezin heeft behoefte aan een degelijke, aangepaste en betaalbare financiële beveiliging.

Met een chronische ziekte of een handicap zijn verzekeringen absoluut niet vanzelfsprekend. Jij en je gezin worden als een 'hoger risico' beschouwd. Je betaalt torenhoge bijpremies, je leest allerlei uitsluitingen in je contract of je wordt door de verzekeraar helemaal geweigerd. De communicatie schiet vaak tekort en bij problemen blijf je zitten met een heleboel vragen en klachten.

Met deze brochure wil het Vlaams Patiëntenplatform vzw patiënten met een chronische ziekte of handicap op weg helpen in deze moeilijke materie. De brochure biedt de lezer op een begrijpelijke manier

- informatie over het verzekeren als economische activiteit;
- uitleg over de plichten én de rechten van een verzekeringnemer;
- per soort verzekering een aantal tips voor een goed contract en
- een lijst met nuttige adressen voor klachten en problemen.

We hopen dat de brochure je kan helpen om de financiële beveiliging te vinden waar je recht op hebt. Alvast een gouden raad: kijk goed rond en vergelijk!

2 VERZEKEREN ALS ECONOMISCHE ACTIVITEIT





Waarom moet ik omwille van mijn ziekte voor een schuldsaldoverzekering een hogere premie betalen dan iemand anders? Is dit geen discriminatie?

Mark, ziekte van Crohn

1 – WAT IS EEN VERZEKERING?

Een verzekering is een overeenkomst waarbij de verzekeringnemer een bedrag (een premie) betaalt aan de verzekeraar. In ruil voor deze premie belooft de verzekeraar betalingen te doen wanneer een onzekere gebeurtenis (een risico) zich voordoet. De verzekeringnemer heeft er alle belang bij dat dit niet gebeurt. Een brand, een auto-ongeval, een ziekte of een vroegtijdig overlijden heeft immers een grote impact op het budget. Als je woning afbrandt, is de kans zeer klein dat je de schade uit eigen zak kan betalen. Met een verzekering dek je je in tegen de financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen. Bij pech zal de verzekeraar de schade vergoeden.

Het geld voor de vergoeding komt uit de voorraadpot die de verzekeraar aanlegt met de premies die hij ontvangt. De pot moet genoeg gevuld zijn om de risico's te kunnen opvangen. De verzekeraar zal dan ook aan iedere verzekeringnemer een premie vragen die in verhouding staat tot de kans dat het risico zich bij die persoon voordoet. In functie daarvan verzamelt de verzekeraar allerlei informatie, zoals de grootte van het huis, de kostprijs van de auto en de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Waarom krijg ik geen overlijdensverzekering? Kan de verzekeraar mij die zomaar weigeren?

Nele, HIV-patiënt

2 — WAAROM HEBBEN PERSONEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE OF HANDICAP PROBLEMEN OM EEN VERZEKERING AF TE SLUITEN?

In het huidige concept van de verzekeringsactiviteit worden de verzekeringnemers onderverdeeld in groepen met een gelijkaardig risicoprofiel. Binnen elke groep betaalt iedereen hetzelfde bedrag. Met andere woorden: wie een gelijkaardig risico loopt, betaalt eenzelfde premie. Voor een overlijdensverzekering betalen oudere mensen dus een hogere premie dan jongeren, want de kans om te sterven neemt toe met de leeftijd. Voor een autoverzekering betalen jongeren dan weer meer omdat ze minder rijervaring hebben. Zolang de verzekeraars zo'n onderscheid objectief en redelijk kunnen rechtvaardigen, is er geen sprake van discriminatie. Verzekeraars zijn dus wel verplicht een onderscheid of weigering te motiveren[1]. De onderverdeling in groepen met gelijkaardige risicoprofielen zorgt ervoor dat sommige groepen die volgens de verzekeraar een hoog risico lopen zeer hoge premies betalen of simpelweg uitgesloten worden.

2.1 Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform: terug naar de solidariteit!

Het Vlaams Patiëntenplatform betreurt deze evolutie. De chronisch zieken en personen met een handicap zijn er immers de dupe van. Ze betalen torenhoge premies, worden uitgesloten of krijgen te maken met allerlei vervelende problemen. Oorspronkelijk was verzekeren een zaak van solidariteit: geluksvogels betaalden voor pechvogels, wetende dat ze in het omgekeerde geval op hetzelfde konden rekenen. Het steeds verder opdelen van mensen in groepen met hetzelfde risicoprofiel ondergraaft de essentie van het verzekeren zelf. De verfijning leidt tot een absurde situatie: op termijn verzekeren de verzekeraars geen risico's meer, maar enkel zekerheden.

We moeten terug naar de essentie van het verzekeren: de risico's verdelen over een zo groot mogelijke groep mensen en de premies berekenen op basis van de kenmerken van de hele markt. Solidariteit dus, daar blijft het Vlaams Patiëntenplatform voor gaan.

1. — Op basis van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, waarover Unia, het Interfederaal Gelijkekansencentrum, waakt.

3 PLICHTEN, MAAR OOK RECHTEN

Ieder verzekeringscontract vermeldt de plichten die een verzekerde moet vervullen om het contract te laten gelden. Zo moet hij bijvoorbeeld tijdig de premie betalen en eventuele schade melden binnen een afgesproken termijn. Het contract vermeldt ook de situaties waarin de verzekerde recht heeft op een schadevergoeding en bijkomende diensten.

Vele verzekerden lezen hun contract niet grondig na en kennen hun rechten onvoldoende. Ze gaan gemakkelijk in op alle vragen van de verzekeraar, uit schrik dat ze anders niet aan een verzekering geraken. Toch mogen verzekeraars niet zomaar alle vragen stellen. Op de vragen die wettelijk toegelaten zijn, moet je wel een eerlijk antwoord geven.

In dit hoofdstuk gaan we in op de mededelingsplicht en de rechten in verband met de medische vragenlijst en medische onderzoeken. Deze informatie is heel belangrijk voor personen met een chronische ziekte of handicap.



1 – WELKE INFORMATIE MOET JE MEEDELEN EN WELKE NIET?

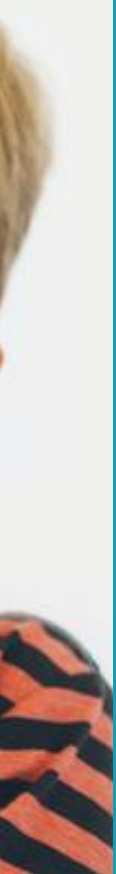
Vooraleer je een verzekering kan afsluiten, zal de verzekeraar informatie verzamelen om het risico in te schatten. Je bent verplicht om spontaan alle gegevens mee te delen die belangrijk zijn om het risico te beoordelen. Voor verschillende verzekeringen moet je een medische vragenlijst invullen waarin men je vraagt of je een chronische aandoening of handicap hebt. Als dat zo is, mag je dat dus niet verzwijgen.

Als de verzekeraar ontdekt dat je met opzet relevante gegevens achtergehouden hebt, kan hij de verzekering nietig verklaren. Hij mag de betaalde premies behouden en zal je bij een schadegeval niet vergoeden.

Moet ik aan de verzekeraar melden dat ik lijd aan een psychische aandoening?

Kathleen, bipolaire stoornis





OPGELET!
Wat als je onopzettelijk informatie verzwijgt?

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het opzettelijk en onopzettelijk verzwijgen van informatie. In het laatste geval wordt de verzekering niet nietig verklaard, maar kan de verzekeraar bijvoorbeeld de voorwaarden van het verzekeringscontract aanpassen aan het risico dat hij nu kent. In dat geval moet hij binnen de maand een nieuw contract voorstellen. Als hij kan bewijzen dat hij het verzwegen risico nooit verzekerd zou hebben, kan hij binnen de maand het contract opzeggen. Na deze termijn kan de verzekeraar het bestaande verzekeringscontract niet meer wijzigen.

Voorbeeld

Tim heeft in het verleden rugklachten gehad. Verschillende artsen kwamen niet tot een diagnose en beweerden dat er niets ernstigs aan de hand was. Bij het invullen van de medische vragenlijst voor de verzekering was het voor Tim niet echt duidelijk of hij die vroegere rugklachten moest vermelden. Intussen heeft hij de diagnose van rugartrose gekregen. De verzekeraar achterhaalde dat Tim de vroegere onderzoeken in verband met zijn rugklachten niet had gemeld. Omdat hij de informatie niet opzettelijk verzweeg, wordt het verzekeringscontract van Tim niet vernietigd. Het contract wordt wel aangepast: het sluit voortaan dekkingen voor rugartrose uit.

Wat als er zich een schadegeval voordoet vooraleer het contract aangepast of opgezegd werd omwille van het onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van informatie?

- × Als er een schadegeval plaatsvindt, moet de verzekeraar je een vergoeding of uitkering betalen. Hij kan het bedrag wel beperken wanneer jij eigenlijk had moeten weten dat je de informatie moest meedelen.
- × Als de verzekeraar kan aantonen dat hij het risico nooit verzekerd zou hebben, moet hij enkel de betaalde premies terugbetalen.

2 — RECHTEN IN VERBAND MET MEDISCHE VRAGENLIJSTEN EN MEDISCHE ONDERZOEKEN

Voor een hospitalisatieverzekering, een verzekering gewaarborgd inkomen, een schuldsaldoverzekering of een uitvaartverzekering moet je in de meeste gevallen op voorhand een medische vragenlijst invullen. Op basis van deze vragenlijst bepaalt de verzekeraar onder welke voorwaarden en met welke premie hij de verzekering wil afsluiten. De arts van de verzekeraar bestudeert de medische vragenlijst. Als hij bijkomende informatie nodig heeft, dan kan hij die door de kandidaat-verzekerde laten opvragen bij de behandelend arts. Hij kan de kandidaat-verzekerde ook een medisch onderzoek laten ondergaan.

2.1. Medische vragenlijsten

Een medische vragenlijst mag enkel vragen bevatten over je huidige gezondheidstoestand. Vragen over genetische gegevens zijn verboden. De verzekeraar mag dus niet peilen naar ziekten die je nú nog niet hebt, maar in de toekomst zou kunnen ontwikkelen. Als je ooit een erfelijkheidsonderzoek hebt laten doen, moet je dit niet melden aan de verzekeringsmaatschappij. Pas als een ziekte zich gemanifesteerd heeft, moet je dat vertellen. Het verbod om genetische informatie op te vragen houdt ook in dat de verzekeraar niet mag vragen naar ziekten die zich voordoen in je familie. Hij mag dus niet informeren naar de gezondheidstoestand van je grootouders, ouders, broers, zussen…

Als de adviserend arts van de verzekeraar bijkomende inlichtingen wenst, kan hij die via jou opvragen aan je behandelend arts. Je arts moet zich beperken tot een beschrijving van je gezondheidstoestand vandaag. Hij kan bijvoorbeeld een medisch attest afleveren dat aantoont dat je chronische ziekte stabiel is. Hij mag alleen informatie bezorgen aan de arts van de verzekeraar die noodzakelijk is voor het afsluiten van de overeenkomst.

Tip

Omdat een medische vragenlijst heel gedetailleerd is, kan het interessant zijn om hem samen met je behandelend arts in te vullen. Foute informatie kan namelijk negatieve gevolgen hebben voor jou. Maak of vraag steeds een kopie van de ingevulde vragenlijst.

OPGELET!

Een medische vragenlijst moet je zorgvuldig invullen. Je moet dit ook zelf doen, eventueel geholpen door je behandelend arts. Laat de vragenlijst nooit invullen door je verzekeringsagent of verzekeringsmakelaar.

Tip

Soms kan je behandelend arts een attest opmaken dat aangeeft dat je aandoening stabiel is of zich gunstig ontwikkelt. Zo'n attest geeft je een goede basis om te onderhandelen over betere verzekeringsvoorwaarden.

Ik wil graag een overlijdensverzekering afsluiten. Bij het invullen van de medische vragenlijst schrok ik van deze vraag: "Kent u in uw familie of gezin gevallen van TBC, suikerziekte, epilepsie, hypertensie of hartkwalen?". Mijn vader en grootvader hebben immers te kampen met hartkwalen. Mag de verzekeraar deze vraag wel stellen?

Bart, zoon van een persoon met hartkwalen

Als zelfstandige werd ik getroffen door MS en moest ik mijn winkel opgeven. Gelukkig had ik een verzekering gewaarborgd inkomen afgesloten die mij een vervangingsinkomen garandeerde bij ziekte of ongeval. Na een medisch onderzoek in opdracht van de verzekeraar besliste deze om me slechts een arbeidsongeschiktheidspercentage van 50 % toe te kennen. Ik kan me niet vinden in deze beslissing en wil ze dan ook aanvechten. Is het mogelijk om het verslag in te kijken van het medisch onderzoek waarop de verzekeraar zich baseert?

Tine, MS-patiënt

2.2. Medische onderzoeken

Voor bepaalde verzekeringen kan het zijn dat je een medisch onderzoek moet ondergaan, bijvoorbeeld wanneer je je wil verzekeren voor een hypothecaire lening met een hoog bedrag. De medische onderzoeken mogen enkel dienen om de voorgeschiedenis van je huidige gezondheidstoestand na te gaan. Er mogen dus geen technieken van genetisch onderzoek gebruikt worden. Ook wanneer je al een contract hebt, kan men je onderwerpen aan een medisch onderzoek. Dat dient bijvoorbeeld om het percentage arbeidsongeschiktheid te bepalen wanneer je een beroep doet op een inkomensverzekering bij invaliditeit.

Medische onderzoeken voor en tijdens het verzekeringscontract zijn onderworpen aan de Wet op de Patiëntenrechten. Als je een medisch onderzoek ondergaat, heb je dus recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, op informatie over de zaken die onderzocht of geanalyseerd worden, op inzage in het patiëntendossier, op een afschrift van het patiëntendossier en op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Worden je rechten niet nageleefd? Dan kan je een klacht neerleggen bij de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt.

Federale Ombudsdienst
Rechten van de patiënt

A. Victor Hortaplein 40 bus 10
1060 Brussel
T. 02 524 85 20
E. bemiddeling-patientenrechten@gezondheid.belgie.be
W. www.patientrights.be



4 SOORTEN VERZEKERINGEN: INFORMATIE EN TIPS



Voor mijn huidziekte is het goed dat ik enkele keren per jaar naar het Middellandse Zeegebied ga. Mijn huidige reisverzekeraar sluit de kosten van bestaande ziektes uit. Sluiten alle reisverzekeraars de kosten van bestaande ziektes uit of zijn er verzekeraars die hiervoor toch een dekking bieden?

Frank, zeldzame huidziekte

Een gouden tip: vergelijk en lees de kleine lettertjes!

Welke verzekering je ook wil afsluiten, kijk eerst goed rond en vergelijk grondig. Elke verzekeraar heeft namelijk een eigen beleid en specifieke producten. Zo vraagt de ene verzekeraar je misschien een hoge bijpremie omwille van je chronische ziekte, terwijl dat bij een andere verzekeraar best meevalt. Sommige verzekeraars dekken ook meer schadegevallen dan anderen. Controleer bij het vergelijken van verzekeringspolissen zeker de volgende elementen (en lees ook de kleine lettertjes!):

- Wat zegt het verzekeringscontract over voorafbestaande ziekten of handicaps (als dit van toepassing is voor het soort verzekering)?
- Welke uitsluitingen worden in het verzekeringscontract vermeld? Wanneer komt de verzekeraar met andere woorden niet tussen als het gedekte risico zich voordoet?

Wil je jezelf de tijd van het vergelijken besparen? Doe dan een beroep op een makelaar. Deze tussenpersoon zoekt voor jou de meest voordelige verzekeraar op de markt. Let wel: de ene makelaar is de andere niet. Kies voor een makelaar die contacten heeft met een groot aantal verzekeringsmaatschappijen. Laat hem steeds duidelijk motiveren waarom hij een bepaald contract voor jou het meest geschikt vindt.

Tip:

Sommige verzekeringen brengen ook fiscale voordelen mee. Informeer je hierover!

Als een verzekeraar je weigert, een bijpremie aanrekent of onderwerpt aan bijzondere voorwaarden, dan moet hij zijn beslissing steeds objectief en redelijk kunnen motiveren. Krijg je geen motivering of is die niet redelijk en objectief, dan kan je een klacht neerleggen bij Unia, het Interfederaal Gelijkekansencentrum en/of bij de Ombudsman van de Verzekeringen. De adressen vind je achteraan in de brochure.

Verzekeringsagent

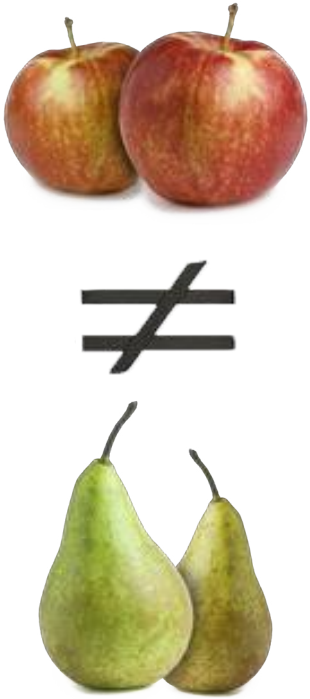
Een verzekeringsagent is een tussenpersoon die verzekeringen aanbiedt. Hij heeft als taak te bemiddelen tussen de aanbieder (de verzekeraar) en de vrager (de verzekeringnemer). Een verzekeringsagent bemiddelt slechts voor één verzekeringsonderneming en is gebonden aan deze verzekeraar.

Verzekeringsmakelaar

Een verzekeringsmakelaar is een onafhankelijke tussenpersoon die voor zijn klant een verzekering op maat zoekt. Rekening houdend met de behoeften van de klant zal hij op de verzekeringsmarkt de verzekering zoeken met de beste prijs-kwaliteitverhouding. Een makelaar kan een keuze maken tussen verschillende verzekeringsondernemingen.

1 – DE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Een opname in het ziekenhuis kan je duur komen te staan. Uit cijfers blijkt dat een Belg ongeveer 20% van de kosten van de gezondheidszorg uit eigen zak betaalt (remgelden, ereloonsupplementen, niet-terugbetaalde geneesmiddelen en materialen,...). Met een hospitalisatieverzekering kan je je indekken tegen de zware kosten bij een ziekenhuisopname en ernstige ziekten. Ze wordt aangeboden door private verzekeraars en mutualiteiten.



1.1. Vergelijken!

Vooraleer je een hospitalisatieverzekering afsluit, moet je zeker verschillende polissen of verzekeringsvoorwaarden van dichtbij bekijken. Dat geldt zowel voor het aanbod van mutualiteiten als voor dat van private verzekeraars. Het volgende lijstje helpt je op weg:

- × **Waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten.** Verschillende hospitalisatieverzekeringen vergoeden voor een aantal ernstige ziekten de medische kosten die buiten een ziekenhuisopname worden gemaakt. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld doktersbezoeken, geneesmiddelen, kinesitherapie of medisch materiaal. In de polis of verzekeringsvoorwaarden staat een limitatieve lijst van ernstige ziekten waarvoor je een beroep kan doen op deze extra waarborg. Kijk deze lijst zeker eens na.
- × **Waarborg pre- en posthospitalisatie.** Worden de kosten van doktersbezoeken, geneesmiddelen, kinesitherapie of medisch materiaal die vóór of na de ziekenhuisopname nodig zijn, gedekt? Zo ja, binnen welke periode en tot welk grensbedrag?
- × **Ziekenhuisdiensten waarvoor er een beperkte dekking geldt.** Zijn er ziekenhuisdiensten waarvoor de tegemoetkoming in bedrag of tijd beperkt wordt? Dat kan het geval zijn bij geriatrie en revalidatie, palliatieve zorgen of diensten voor specifieke revalidatie (locomotorisch, cardiopulmonair, neurologisch…)
- × **Opname in een psychiatrische dienst.** De vergoeding van de kosten van geestes- en zenuwziekten worden meestal beperkt in de tijd of in bedrag. Iedere verzekeraar of mutualiteit hanteert hierbij eigen voorwaarden. Het verschilt bovendien per hospitalisatieverzekering of een opname in een psychiatrisch ziekenhuis gedekt is. Meerdere hospitalisatieverzekeringen komen enkel tussen voor een psychiatrische opname in een algemeen ziekenhuis.
- × **Rooming in (overnachting van de partner, ouder of mantelzorger in het ziekenhuis).** In hoeverre worden deze kosten vergoed? Voor welke personen is deze dekking van toepassing?
- × **Derdebetalersregeling.** Wordt de factuur van het ziekenhuis rechtstreeks betaald door de verzekeraar of de mutualiteit, zodat de patiënt het bedrag niet moet voorschieten?

OPGELET!

Kijk zeker ook naar het volgende:

- × Bepaalde medische praktijken, geneesmiddelen of materialen die niet erkend zijn door het RIZIV, worden vaak niet of slechts beperkt terugbetaald.
- × Bij de vergelijking van hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten moet je ook rekening houden met eventuele aanvullende diensten. Misschien zijn ziekenhuisvervoer, homeopathie of kraamdienst niet opgenomen in de hospitalisatieverzekering, maar kan je wel van deze diensten genieten via het aanvullende pakket van voordelen van het ziekenfonds.
- × Als je graag voor een eenpersoonskamer kiest, ga je best na tot welk percentage de ereloonsupplementen van artsen maximaal gedekt worden. Bij je ziekenfonds kan je navragen hoe hoog de ereloonsupplementen van de ziekenhuizen in je buurt zijn.
- × Natuurlijk spelen ook de hoogte van de premie en de franchise (het gedeelte van de kosten dat je zelf moet betalen) een grote rol.

1.2. Levenslange garantie

Eens je verzekerd bent, heb je sinds de Wet van 20 juli 2007 de garantie dat je levenslang van je individuele hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden zal blijven genieten, ook als je chronisch ziek of gehandicapt wordt. De verzekeraar kan de polis dus niet opzeggen of een hogere premie vragen omdat een chronische ziekte of handicap is ontstaan. Enkel de verzekerde zelf kan het verzekeringscontract jaarlijks opzeggen op de vervaldag van de premiebetaling.

1.3. Dekking voorafbestaande

Ik ben ontevreden over mijn huidige hospitalisatieverzekering maar heb ondertussen een aandoening die gedekt wordt. Kan ik overstappen naar een andere hospitalisatieverzekering? Wordt mijn aandoening bij een andere hospitalisatieverzekering uitgesloten?

Frederik, nierziekte

Ik lijd aan een ziekte maar ik ben niet verzekerd. Kan ik nog een hospitalisatieverzekering afsluiten? Zal ik geweigerd worden omwille van mijn ziekte of meer moeten betalen?

Chantal, longaandoening

ziektes of aandoeningen

Mutualiteiten

Personen met een bestaande ziekte kunnen wel degelijk een hospitalisatieverzekering afsluiten en van hospitalisatieverzekering veranderen. Hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten bieden namelijk een dekking voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen. Je moet hiervoor niet meer betalen dan iemand anders. Zij kunnen voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen wel de supplementen van een eenpersoonskamer uitsluiten.

Een voorbeeld: Lien heeft hemofilie en wordt opgenomen in het ziekenhuis voor deze ziekte. Ze was al hemofiliepatiënt voor ze de hospitalisatieverzekering afsloot. Als ze kiest voor een twee- of meerpersoonskamer dekt de mutualiteit de kosten van de ziekenhuisopname voor hemofilie. Als Lien voor deze opname daarentegen zou kiezen voor een eenpersoonskamer, dan worden de kamer- en ereloonsupplementen uitgesloten. Voor een ziekenhuisopname die niet te maken heeft met haar voorafbestaande ziekte kan Lien wel een dekking krijgen voor de supplementen in een eenpersoonskamer.

De manier waarop een mutualiteit voorafbestaande aandoeningen dekt, verschilt. Het is daarbij belangrijk om na te gaan

- of er een tijdelijke of definitieve uitsluiting van supplementen voor eenpersoonskamers bij een opname voor de voorafbestaande ziekte geldt,
- of de voorafbestaande ziekte in aanmerking komt voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten en
- hoelang de wachttijd geldt: na hoeveel maanden kan je met andere woorden gebruik maken van de verzekering?

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw maakt sinds enkele jaren een vergelijking van de dekking van voorafbestaande aandoeningen door de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten. Je kan deze vergelijking terugvinden op onze website (www.vlaamspatientenplatform.be) of opvragen via het nummer 016 23 05 26.

Je hebt steeds de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen. Als je bij je vorige ziekenfonds van een hospitalisatieverzekering genoot, kan je bij je nieuwe ziekenfonds onmiddellijk zonder wachtperiode van hun hospitalisatieverzekering genieten. Zat je bij je vorige nog in een bijzondere wachttijd, dan brengt je nieuwe mutualiteit deze wachttijd in vermindering.

Private verzekeraars

Private verzekeraars zullen iemand met een bestaande ziekte de toegang tot een hospitalisatieverzekering niet weigeren. Er geldt sinds 2007 immers een recht op hospitalisatieverzekering. Private verzekeraars sluiten in tegenstelling tot mutualiteiten de kosten van voorafbestaande ziekten of aandoeningen uit. Er is met andere woorden geen dekking voor de ziektes die je al hebt bij het afsluiten van de private hospitalisatieverzekering. Andere gezondheidsproblemen worden uiteraard wel vergoed.

Tip

De uitsluiting van de kosten die betrekking hebben op de ziekte of handicap die je hebt vóór het sluiten van de hospitalisatieverzekering, moet in het verzekeringscontract beschreven worden. Laat die beschrijving door je arts nalezen. Zo kan je nagaan of de uitsluitingen wel enkel die kosten betreffen.

Voor betwistingen over deze uitsluitingen van voorafbestaande aandoeningen kan je terecht bij de Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering. Deze commissie zal proberen een voorstel te formuleren om de consument en de verzekeraar te verzoenen.

Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering

A. de Meeûssquare 35
1000 Brussel
T. 02 547 58 71
E. bemiddelingscommissie@ombudsman.as
W. www.ombudsman.as

Tip

In een collectieve hospitalisatieverzekering via je werk of het werk van je partner zijn voorafbestaande aandoeningen soms wel gedekt. Vraag dit na bij een gepaste instantie (bijvoorbeeld de personeelsdienst of de vakbond) op je werk.



Belangrijk om te weten

Zowel private verzekeraars als mutualiteiten kunnen tot twee jaar na de aansluiting moeilijk doen over symptomen van een ziekte of aandoening die vóór het contract reeds aanwezig geweest zouden zijn en binnen een periode van 24 maanden na een verzekeringscontract tot een diagnose leiden. Na de periode van twee jaar kan een private verzekeraar of mutualiteit niet meer moeilijk doen over een ziekte of aandoening die bij de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering niet was gekend en niet werd meegedeeld.

1.4. Leeftijdsbeleid

Tot voor kort gold er bij private verzekeraars en mutualiteiten een leeftijdsgrens van 65 jaar. Dit hield in dat als je na je 65e niet (of niet meer) verzekerd was, je ook geen hospitalisatieverzekering meer kon afsluiten. Overschakelen naar een andere hospitalisatieverzekering na je 65e was ook onmogelijk.

In 2014 hebben de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten deze leeftijdsgrens voor een aantal verzekeringsproducten afgeschaft. Ook na je 65e verjaardag kan je bij de mutualiteiten dus nog een hospitalisatieverzekering aangaan. 65-plussers die al een verzekering hebben, kunnen voortaan ook overschakelen naar de mutualiteiten. Zoals in het vorige onderdeel werd aangehaald, worden bij de mutualiteiten voorafbestaande ziektes gedekt. Bij private verzekeraars geldt de leeftijdsgrens van 65 jaar wel nog.

OPGELET!

Sluit tijdig een hospitalisatieverzekering af. Hoe ouder je bent op het moment dat je instapt, hoe duurder de premie zal zijn.

Ik heb ontdekt dat mijn 75-jarige moeder niet meer verzekerd is omdat zij de premies vergat te betalen. Kan zij op haar leeftijd nog een hospitalisatieverzekering vinden?

Vera, mantelzorger

Mijn hospitalisatieverzekering is zeer duur, maar dekt weinig. Ik ben 69 jaar en heb osteoporose. Kan ik naar een betere verzekering overstappen en blijft mijn ziekte dan gedekt?

Annie, 65-plusser met osteoporose

1.5. De individuele voortzetting van een hospitalisatieverzekering

1.5.1. De individuele hospitalisatieverzekering

In een vorige paragraaf hebben we vermeld dat elke verzekerde sinds 1 juli 2007 de garantie heeft dat hij levenslang en onder dezelfde voorwaarden van zijn individuele private hospitalisatie verzekering kan genieten, ook als hij chronisch ziek of gehandicapt wordt. Deze garantie geldt ook voor de partner en de kinderen die mee in de verzekering zijn opgenomen. De wet voorziet een duidelijke procedure die de individuele voortzetting van de polis garandeert, bijvoorbeeld voor een ex-partner of een kind dat het ouderlijk huis verlaat. Wanneer zich bijvoorbeeld tijdens de looptijd van het contract bij het kind een chronische ziekte of handicap manifesteert, dan blijft deze gedekt wanneer het kind later de gezinspolis voortzet.

De procedure verloopt als volgt:

Stap1: De verzekeringnemer brengt de verzekeraar op de hoogte van het tijdstip waarop het verzekerde gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en geeft diens nieuwe verblijfplaats mee. Dat kan schriftelijk of elektronisch.

Stap 2: De verzekeraar doet de verzekerde binnen de 30 dagen een aanbod voor een hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden als de oorspronkelijke verzekering. Dat aanbod geldt ook voor de gezinsleden van de verzekerde.

Stap 3: De verzekerde moet binnen de 60 dagen een voorstel aanvaarden, schriftelijk of elektronisch. Na verloop van die termijn verliest hij het voorrecht om de oorspronkelijke verzekering onder dezelfde voorwaarden voort te zetten.

Stap 4: Beslist de verzekerde het aanbod van de verzekeraar te aanvaarden, dan gaat het nieuwe verzekeringscontract in op de dag waarop hij het voordeel van de individuele polis verliest. Dat betekent dat de dekking tijdens de procedure verder loopt.

We hebben een hospitalisatieverzekering afgesloten voor het hele gezin. Eén van onze kinderen, Joris, heeft mucoviscidose. De hospitalisatieverzekering dekt de kosten voor de behandeling van zijn ziekte. Wat zal er gebeuren als Joris later alleen wil gaan wonen? Moet hij dan een nieuwe hospitalisatieverzekering afsluiten, met het risico dat zijn bestaande ziekte uitgesloten wordt?

Jos & Mieke,
ouders van een kind met mucoviscidose

OPGELET!

Laat je pasgeboren kind tijdig verzekeren. Een kind kan vanaf de geboorte levenslange dekking genieten van een hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden. Pasgeborenen worden zonder medische vragenlijst of onderzoek opgenomen in de hospitalisatiepolis van de ouders. Een pasgeboren kind met een chronische aandoening is onmiddellijk voor deze aandoening gedekt, zonder uitsluiting of wachtperiode. De enige voorwaarde hiervoor is dat de ouders binnen een bepaalde periode na de geboorte – meestal 30 dagen – de verzekeraar op de hoogte brengen van de geboorte en de wens om het kind op te nemen in de polis. Deze regeling geldt enkel wanneer de ouders zelf lang genoeg aangesloten zijn bij de hospitalisatieverzekering. In het contract staat deze termijn vermeld.

1.5.2. De beroepsgebonden hospitalisatieverzekering

Als je een collectieve hospitalisatieverzekering via je werk hebt, heb je recht op de individuele voortzetting bij (vrijwillig of gedwongen) ontslag, faillissement of vereffening van het bedrijf, verandering van werkgever of als je op pensioen gaat. De verzekeraar mag geen nieuwe wachttermijn hanteren en ook geen bijpremie of beperktere dekkingsvoorwaarden opleggen als je in de loop van de collectieve hospitalisatieverzekering ziek of gehandicapt bent geworden. Om de hospitalisatieverzekering individueel te kunnen voortzetten, moet je wel minstens twee jaar aangesloten zijn bij de collectieve hospitalisatieverzekering van je werk.

Het recht op individuele voortzetting geldt ook voor je partner en kinderen die meeverzekerd zijn. Zelfs wanneer ze het voordeel van de groepsverzekering verliezen (bijvoorbeeld bij een scheiding of als je kinderen alleen gaan wonen) kunnen ze het recht op individuele voortzetting doen gelden.

De procedure verloopt als volgt:

Stap 1: De werkgever (verzekeringnemer) brengt de gewezen werknemer (hoofdverzekerde) binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering op de hoogte van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Dat gebeurt schriftelijk of elektronisch.

De werkgever informeert de hoofdverzekerde over:

- het precieze tijdstip van het verlies van de collectieve dekking,
- de termijn waarbinnen het recht op individuele voortzetting moet worden uitgeoefend,
- het recht van de gezinsleden (bijverzekerden) op individuele voortzetting en
- de contactgegevens van de verzekeringsonderneming.

Stap 2: De hoofdverzekerde en/of de bijverzekerden laten binnen de 30 dagen aan de verzekeraar weten dat ze de collectieve hospitalisatieverzekering geheel of gedeeltelijk individueel willen verderzetten. Die mededeling moet schriftelijk of elektronisch gebeuren. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van de brief of e-mail van de werkgever (zie stap 1). De hoofdverzekerde en/of bijverzekerden hebben het recht die termijn met 30 dagen te verlengen als ze de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen.

Stap 3: De verzekeraar doet binnen de 15 dagen schriftelijk of elektronisch een verzekeringsvoorstel aan de hoofdverzekerde en/of bijverzekerden onder dezelfde voorwaarden als de collectieve verzekering. De verzekeraar vermeldt in het aanbod de dekkingsvoorwaarden (inclusief de gedekte prestaties), de uitsluitingen en de aangiftetermijnen.

Stap 4: De hoofdverzekerde en/of bijverzekerden aanvaarden het verzekeringsaanbod binnen de 30 dagen na ontvangst. De aanvaarding gebeurt schriftelijk of elektronisch. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

Stap 5: Beslissen de hoofdverzekerde en/of bijverzekerden het aanbod van de verzekeraar te aanvaarden, dan gaat het nieuwe verzekeringscontract in op de dag waarop ze het voordeel van de individuele polis verliezen. Dat betekent dat de dekking tijdens de procedure verder loopt.

Opmerking:

Verliest een gezinslid (bijverzekerde) het voordeel van de collectieve verzekering om een andere reden dan het feit dat hoofdverzekerde geen werknemer meer is (bijvoorbeeld omdat hijzelf het gezin verlaat), dan beschikt hij over een termijn van 105 dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van zijn wens om het contract individueel verder te zetten. De procedure verloopt verder identiek.



OPGELET!

De premie van een hospitalisatieverzekering stijgt naarmate je ouder wordt. De prijs voor een individuele voortzetting van een beroepsgebonden collectieve hospitalisatieverzekering op latere leeftijd (bijvoorbeeld als je op pensioen gaat) kan dus flink oplopen. Sommige verzekeraars en mutualiteiten bieden bepaalde producten zoals wachtpolissen aan waardoor je via een bijkomende premie een individuele reserve aanlegt terwijl je werkt. Zo zal de premie bij de overschakeling naar een individuele hospitalisatieverzekering goedkoper zijn. Let wel: er bestaat weinig reglementering voor deze producten. Ga dus goed na wat de voor- en nadelen zijn. Wat gebeurt er met de opgebouwde reserve als je van werkgever verandert? Hoe zit het met (vooraf)bestaande ziektes? Tot welke leeftijd is het instappen in een wachtpolis voordelig?

2 — DE SCHULDSALDOVERZEKERING

2.1. Wat is het?

Wanneer je een lening aangaat voor een woning (kopen, bouwen of verbouwen) heb je meestal een schuldsaldoverzekering nodig. Die zorgt ervoor dat je hypothecaire lening bij de bank of de kredietinstelling wordt afgelost als je voortijdig overlijdt. Je partner of nabestaanden hoeven dan geen afbetalingen meer te doen. Je kan een verzekering nemen voor het volledige geleende bedrag of een bepaald percentage ervan. De meeste kredietmaatschappijen stellen een schuldsaldoverzekering als voorwaarde voor een woonkrediet. Zo zijn ze zeker dat ze hun geld krijgen als de kredietnemer overlijdt.

Je kan vrij kiezen bij welke verzekeraar je deze verzekering afsluit. Vele banken proberen je een schuldsaldoverzekering aan te bieden van hun eigen bankverzekeringsgroep, in ruil voor een korting op de rentevoet. Ook dan loont het de moeite even rond te neuzen bij andere verzekeraars om de meest voordelige formule te vinden. Vind je dat te ingewikkeld? Laat je dan bijstaan door een makelaar of immotheker.

Het bedrag van de premie hangt enerzijds af van je hypotheeklening (de hoogte van de intrestvoet, de duurtijd van de hypotheeklening en het te verzekeren kapitaal) en anderzijds van je overlijdensrisico (leeftijd, gezondheidstoestand, roker/niet-roker…).

2.2. Wat kan het probleem zijn?

Bij het bepalen van de premie speelt de gezondheidstoestand een belangrijke rol. Wie een chronische ziekte of handicap heeft, moet vaak een bijpremie betalen of wordt zelfs geweigerd. Dat één verzekeraar je weigert, betekent echter niet automatisch dat anderen dat ook zullen doen. Ook de hoogte van de bijpremie varieert van maatschappij tot maatschappij.

Tip

Vraag je bank, verzekeraar of immotheker naar de fiscale voordelen van je schuldsaldoverzekering.

Tips

Krijg je een hoge bijpremie aangerekend of word je geweigerd?

- Je kan je behandelend arts vragen om aan de adviserend arts van de verzekeraar een attest te bezorgen waarin staat dat je aandoening stabiel is of een gunstige ontwikkeling kent en dat je goed wordt opgevolgd. Met dit attest kan je proberen te onderhandelen over betere voorwaarden.
- Stel de verzekeraar voor om een kleiner percentage van het kapitaal te verzekeren, bijvoorbeeld 50 of 75% in plaats van 100%. Als je hiervoor kiest, moet je wel zeker zijn dat je partner of nabestaanden de rest van de afbetaling kunnen dragen als jij vroegtijdig sterft.
- Sommige banken staan een lening toe als je ouders, familie of vrienden een borg kunnen stellen (bijvoorbeeld een eigendom). Let wel op: een borgstelling is niet zonder risico en is meestal af te raden. Als jij vroegtijdig overlijdt en je borgsteller is niet kapitaalkrachtig, dan kan hij behoorlijk in de financiële problemen geraken.
- Heb je een groepsverzekering van het werk? Probeer dan met de bank te onderhandelen. Eigenlijk bied je de kredietgever de overlijdensdekking van de groepsverzekering als waarborg. Het gebeurt dat de bank op basis daarvan onder bepaalde voorwaarden een lening toestaat. Andere verzekeringen waarin soms een overlijdensdekking opgenomen is, zijn bijvoorbeeld pensioenspaarverzekeringen, een Vrij Aanvullen Pensioen voor Zelfstandigen (VAPZ) en beleggingsverzekeringen. Ook effectenrekeningen kunnen in aanmerking komen.



- Vraag eventueel aan de verzekeraar om vast te leggen dat de hoogte van de bijpremie herzien kan worden als je gezondheidstoestand verbetert of stabiel is.
- Met een laag inkomen kan je misschien aanspraak maken op een sociale lening bij de Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW), een sociaal krediet vennootschap (SKV) of het Vlaams Woningfonds (voor gezinnen met minstens één kind). Ook deze sociale kredietverstrekkers zullen je vragen om een schuldsaldoverzekering af te sluiten. Bij een weigering zoeken ze naar andere oplossingen, zodat ze je toch nog een lening kunnen toestaan. Ze onderzoeken elk dossier afzonderlijk. Een sociale lening aanvragen is geen garantie dat je er een krijgt, maar bij een sociale kredietinstelling spelen menselijke aspecten een grotere rol dan bij private banken. Hou er wel rekening mee dat het bedrag dat je bij een sociale kredietinstelling kan lenen, lager ligt dan bij private banken.

2.3. Belangrijke nieuwe wetgeving!

Sinds 1 januari 2015 trad de wet Partyka in werking. Deze wet wil de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met huidige of vroegere gezondheidsproblemen verbeteren. Het Vlaams Patiëntenplatform werkte actief mee aan het tot stand komen van deze wet en speelt ook een rol bij de uitvoering en evaluatie ervan.

In welke gevallen geldt de wet Partyka?

De wet geldt enkel voor schuldsaldoverzekeringen die in het kader van de bouw, verbouwing of aankoop van een enige en eigen gezinswoning worden afgesloten. Ze geldt dus niet voor een tweede verblijf, een handelspand of een woning die je zelf niet zal bewonen.

Toepassingsgebied in de tijd

- De wet Partyka is van toepassing voor schuldsaldoverzekeringen die vanaf 2015 worden aangegaan. De wet geldt dus niet voor lopende schuldsaldoverzekeringen van voor 30 december 2014.
- Schuldsaldoverzekeringen die in 2015 of later herzien worden, kunnen wel beroep doen op de wet. Opgelet: het moet dan gaan om een aanvraag voor een nieuw verzekeringscontract. Het zal per persoon verschillen of een herziening al dan niet voordeling is.
- Wie vóór 30 december 2014 geweigerd werd voor een schuldsaldoverzekering en vanaf 2015 een nieuwe aanvraag indient, kan ook beroep doen op de wet.

Inhoud van de wet

De wet regelt verplichtingen voor de verzekeraar op vlak van transparantie, beroepsmogelijkheden en een solidariteitsmechanisme voor betaalbare schuldsaldoverzekeringen. Op de volgende bladzijde vind je meer uitleg over de inhoud van de wet Partyka.

2.3.1. Meer transparantie

2.3.1.1. Motiveringsplicht van de verzekeraar

Wanneer een schuldsaldoverzekeraar je een bijpremie aanrekent of je weigert omwille van gezondheidsproblemen, dan moet hij dit objectief en redelijk motiveren. Deze motiveringsplicht bevat minstens:

- de medische redenen voor de beslissing, in het geval van een bijpremie[2],
- de hoogte van de bijpremie (zowel in euro als in percentage van de basispremie),
- de persoonsgegevens van de raadsgeneesheer van de verzekeraar voor vragen,
- de mogelijkheid voor kandidaat-verzekerden om referenties naar studies en statistieken op te vragen of meer uitleg over de berekening van de bijpremie en
- contactgegevens van en informatie over het Opvolgingsbureau voor tarifering (zie 2.3.2.1.).

Wil je zelf of via je behandelend arts meer informatie krijgen over de motivering van de verzekeraar? Vraag dit dan schriftelijk aan bij de raadsgeneesheer van de verzekeraar. De verzekeraar moet je vraag binnen de acht werkdagen schriftelijk beantwoorden. Op jouw verzoek moet de verzekeraar je volgende gegevens meedelen:

- de referenties van studies en/of statistieken waarop de beslissing gebaseerd werd (de verzekeraar moet je ofwel de elektronische link naar deze bronnen meedelen ofwel je een afschrift van de studies en/of statistieken bezorgen) en/of
- technische uitleg over de berekening van de bijpremie: wat is de proportionele relatie tussen het oversterftepercentage[3] en de hoogte van de bijpremie?

De verzekeraar hoeft je geen bedrijfseigen informatie te geven zoals ondernemingsstatistieken of acceptatie- en tariferingsregels.

2.3.1.2. Strikte antwoordtermijn

Als je een schuldsaldoverzekering aanvraagt en de verzekeraar beschikt over alle informatie (o.a. medische vragenlijst en eventueel bijkomende medische attesten), dan moet je de beslissing van de verzekeraar voortaan binnen de 15 werkdagen ontvangen.

2. — Definitie basispremie en bijpremie
• Basispremie: de laagste premie die de verzekeraar aanbiedt voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, rekening houdend met de meest voordelige korting die de verzekeringsonderneming om redenen van de gezondheidstoestand toekent
• Bijpremie: deel van de premie dat de verzekeraar aanrekent voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, dat de basispremie overstijgt en om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt aangerekend
3. — Oversterfte gaat over een groter aantal sterfgevallen binnen een groep personen in vergelijking met een andere groep
(Bron: www.assuralia.be)

2.3.1.3. Gecontroleerde medische vragenlijsten

De medische vragenlijsten, die verzekeringsondernemingen gebruiken, worden voortaan gecontroleerd door een externe instantie, namelijk het Opvolgingsbureau voor tarifering (zie 2.3.2.2.). De vragenlijsten moeten de privacywetgeving volgen en mogen geen vragen bevatten over seksualiteit, hobby's, buitenlandse reizen en beroepsleven.

2.3.2. Beroepsmogelijkheden

2.3.2.1. Herevaluatie door een herverzekeraar

Als je een bijpremie moet betalen die minstens 25% van de basispremie bedraagt, dan heb je recht op een herevaluatie door een herverzekeraar.

Wat is een herverzekeraar?

Door zich te herverzekeren voorkomt een verzekeraar dat mogelijke schadegevallen die hij moet uitkeren plotseling te groot worden voor zijn eigen financiën. Dit risico kan de verzekeraar zelf laten verzekeren door een herverzekeraar. Herverzekeraars zijn meestal internationale ondernemingen die onder andere beschikken over wereldwijde expertise inzake gezondheidsrisico's, premiebepalingen en schadebeheer.

Je vraagt de herevaluatie rechtstreeks bij je verzekeraar aan. De verzekeraar bezorgt je vraag vervolgens aan zijn herverzekeraar. Binnen een termijn van 15 werkdagen na je vraag tot herevaluatie moet je een antwoord krijgen. Wanneer de herverzekeraar een bijpremie bepaalt die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, dan moet het verzekeringsvoorstel aangepast worden.

OPGELET!

De kans is groot dat de verzekeraar zich voor zijn beslissing tot bijpremie of weigering al gebaseerd heeft op de gegevens van zijn herverzekaar. Om geen tijd te verliezen, kan het dus interessanter zijn om direct een aanvraag in te dienen bij het Opvolgingsbureau voor tarifering (tenzij de hoogte van je bijpremie zich tussen 25% en 75% bevindt).

2.2. Aanvraag bij het Opvolgingsbureau voor de tarifering

Een kandidaat-verzekerde, die een bijpremie van meer dan 75% krijgt voorgesteld of geweigerd wordt, kan een aanvraag indienen bij het Opvolgingsbureau voor de tarifering. Dit bureau bestaat enerzijds uit vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen en anderzijds uit vertegenwoordigers van consumenten en patiënten. Het bureau wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat.

Het bureau zal nagaan of de bijpremie (van meer dan 75%) of de weigering vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt correct is. Het Opvolgingsbureau kan akkoord gaan met het oorspronkelijke voorstel van de verzekeraar of een aangepast verzekeringsvoorstel doen. Dit laatste houdt een lagere bijpremie in of een toelating (met bijpremie) in plaats van een weigering.

Zodra je dossier bij het Opvolgingsbureau voor de tarifering volledig is, moet deze instantie binnen 15 werkdagen schriftelijk een verzekeringsvoorstel aan jou en aan de verzekeraar bezorgen. De verzekeraar moet jou en het Opvolgingsbureau binnen een redelijke termijn meedelen of hij het aangepaste voorstel aanvaardt of niet.

OPGELET!

De verzekeraar is niet verplicht om het voorstel van het Opvolgingsbureau te volgen. Als de verzekeraar het voorstel niet volgt, kan je met dit voorstel steeds andere verzekeraars aanspreken.

Hoe dien je een aanvraag in bij het Opvolgingsbureau voor de tarifering? Je richt een mail of brief naar het Opvolgingsbureau met volgende gegevens:

- de aanvraag (je contactgegevens, naam van de verzekeraar, de redenen waarom je de bijpremie of weigering betwist),
- een kopie of scan van de brief van de verzekeraar met het verzekeringsvoorstel,
- toelating voor het Opvolgingsbureau om je gezondheidsgegevens, zoals de medische vragenlijst en eventueel medische attesten bij de verzekeraar op te vragen (je kan dit toelatingsformulier op de website van het Opvolgingsbureau downloaden) en
- een volmacht als de verzekeringnemer en de kandidaat-verzekerde niet dezelfde persoon zijn (bijvoorbeeld als jij een schuldsaldoverzekering voor iemand anders afsluit). Je kan het formulier voor volmacht op de website van het Opvolgingsbureau downloaden.

Je kan de aanvraag ook rechtstreeks via de website van het Opvolgingsbureau indienen.

Opvolgingsbureau voor de tarifering

A. De Meeûssquare 35
1000 Brussel
T. 02 547 57 70
E. info@opvolgingsbureau.be
W. www.opvolgingsbureau.be

De verzekeraar is verplicht om je onmiddellijk te informeren over het Opvolgingsbureau voor tarifering en de contactgegevens mee te delen. (Zie 2.3.1.1. Motiveringsplicht)

Het Opvolgingsbureau zal alle nodige informatie (zoals de gezondheidsgegevens van de verzekerde, de gebruikte statistieken en studies, de motivering) bij de verzekeraar opvragen om tot een besluit te kunnen komen. De procedure verloopt volledig schriftelijk of elektronisch.

2.3.3. Solidariteitsmechanisme

Wanneer je een bijpremie van meer dan 125% voorgesteld krijgt, kom je in aanmerking voor het solidariteitsmechanisme, de Compensatiekas. Deze kas wordt beheerd en gefinancierd door schuldsaldoverzekeraars en banken die hypothecaire leningen aanbieden.

Bij een bijpremie van meer dan 125% vraagt de verzekeraar automatisch een tussenkomst bij de Compensatiekas aan voor het overschrijdende bedrag. Je bijpremie wordt met andere woorden begrensd tot maximaal 125% van de basispremie. Er geldt ook een bovengrens: de tussenkomst van de Compensatiekas kan nooit meer 800% van de basispremie bedragen.

Voorbeeld berekening:

- Basispremie = 2000 euro
- Bijpremie = 3000 euro
- 125% van 2000 (basispremie) is 2500

Tussenkomst Compensatiekas:
3000 – 2500 = 500 euro



2.4. Recht om vergeten te worden

Sinds 2019 is het recht om vergeten te worden van toepassing bij schuldsaldoverzekeringen. Deze wetgeving moet de toegankelijkheid vergroten voor wie al geruime tijd genezen is van kanker of wie aan een chronische ziekte lijdt die onder controle is.

2.4.1 Voor wie is het recht om vergeten te worden van toepassing?

Voor kankerpatiënten waarvan de succesvolle behandeling reeds 10 jaar geleden afgerond werd. In dit geval mag de verzekeraar geen rekening houden met deze ziekte wanneer hij je premie bepaalt. De kankeraandoening kan in dit geval geen reden zijn om een bijpremie aan te rekenen of de persoon te weigeren een verzekering af te sluiten.

Voor bepaalde vormen van kanker gelden kortere termijnen dan 10 jaar. Momenteel gaat het om een lijst van 9 kankeraandoeningen zoals teelbalkanker, borstkanker, huidkanker, … De volledige lijst vind je op de website https://abcverzekering.be/recht-om-vergeten-te-worden.

Het recht om vergeten te worden geldt ook voor personen met een chronische aandoening waarvan de aandoening onder bepaalde voorwaarden opgenomen is in een referentierooster. Bij deze ziektes is de maximale bijpremie bepaald. Die varieert van 0% (geen bijpremie) tot 400% afhankelijk van de aandoening. Het gaat hier onder andere over HIV, virale hepatitis C, mucoviscidose … De volledige lijst vind je op de website https://abcverzekering.be/recht-om-vergeten-te--worden.





Deze lijst wordt om de 2 jaar geëvalueerd en aangepast op basis van de wetenschappelijke evoluties en vooruitgang door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Tip

Twijfel je eraan of je verzekeraar je kankeraandoening moet vergeten (na een termijn van 10 jaar of korter)? Is het niet helemaal duidelijk of je voldoet aan de voorwaarden die gelden voor bepaalde chronische aandoeningen voor een begrenzing van je bijpremie? Vraag dan advies aan je behandelend arts. Hij kent je medische situatie het beste en kan allicht beter inschatten of je al dan niet in aanmerking komt.

Kom je volgens je verzekeraar niet in aanmerking voor het recht om vergeten te worden en is er sprake van een geschil? Dan kan je advies vragen aan het Opvolgingsbureau voor de tarifering (meer info op p.30). Het Opvolgingsbureau zal oordelen of dit recht van toepassing is en hierover een advies geven.[1]

[1] Bron: https://abcverzekering.be/recht-om-vergeten-te-worden

3 – VERZEKERING GEWAARBORGD WONEN

Als je een hypothecaire lening afsluit voor een woning kan je in aanmerking komen voor de gratis verzekering gewaarborgd wonen. Deze verzekering voorziet in een dekking wanneer je door onvrijwillige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid je hypothecaire lening niet meer kan aflossen. De premies voor deze verzekering worden volledig betaald door de Vlaamse Overheid.

Om te kunnen toetreden moet je:

- arbeidsgeschikt zijn én aan het werk zijn als werknemer of zelfstandige in hoofdberoep (vast werk, niet via een uitzendcontract),
- de afgelopen 12 maanden gewerkt hebben zonder onderbrekingen wegens langdurige ziekte of werkloosheid en
- aan het werk zijn zonder dat je daarvoor de formele toestemming van de medisch adviseur van het ziekenfonds nodig hebt.

Meer informatie krijg je op het infonummer 1700 of via de website www.verzekering-gewaarborgdwonen.be.

4 – INKOMENSVERZEKERINGEN

4.1. Wat is het?

Een inkomensverzekering beschermt je tegen inkomensverlies als je werkonbekwaam wordt door een ongeval of ziekte.

Het kan bijvoorbeeld gaan over een collectieve arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsverzekering die sommige werkgevers aan hun werknemers aanbieden of een verzekering gewaarborgd inkomen. Deze verzekering is vooral bedoeld voor zelfstandigen, bedrijfsleiders en beoefenaars van vrije beroepen. Deze groepen ontvangen slechts een bescheiden uitkering van de sociale zekerheid als ze werkonbekwaam zijn. Met de verzekering gewaarborgd inkomen krijgen ze een bedrag bovenop het vervangingsinkomen.

4.2. Wat kan het probleem zijn?

4.2.1. Weigering tot aansluiting

Personen met een chronische ziekte of handicap worden vaak geweigerd als ze een verzekering gewaarborgd inkomen willen afsluiten. In tegenstelling tot hospitalisatieverzekeringen bestaat er helaas geen recht op een verzekering gewaarborgd inkomen.

Tip

Vraag eventueel of het mogelijk is om een verzekering te krijgen die de bestaande ziekte uitsluit. Op die manier zou je tenminste gedekt zijn voor andere oorzaken (zoals een ongeval of een nieuwe ziekte) die kunnen leiden tot arbeidsongeschiktheid. Sommige verzekeraars bieden dergelijke contracten met een uitsluiting van de bestaande of vroegere aandoening aan. Het kan dus zeker nuttig zijn om te vergelijken.

OPGELET!

Bij inkomensverzekeringen kan er een specifiek beleid zijn voor bepaalde types van aandoeningen (bijvoorbeeld psychische aandoeningen, zenuwstoornissen, subjectieve stoornissen) of diagnoses (zoals CVS, fibromyalgie, depressie, burn-out en eetstoornissen). Het verschilt per verzekeraar of een tussenkomst voor arbeidsongeschiktheid omwille van deze types van aandoeningen of diagnoses volledig wordt uitgesloten of beperkt wordt in de tijd.

4.2. 2. Geschillen over arbeidsongeschiktheid

Een klacht die bij de verzekering gewaarborgd inkomen dikwijls terugkeert, heeft te maken met het percentage of de erkenning van de arbeidsongeschiktheid. Als je niet akkoord gaat met het percentage arbeidsongeschiktheid dat de arts van de verzekeraar vaststelt of als deze arts de arbeidsongeschiktheid niet erkent, dan kan je de beslissing van de verzekeraar betwisten. De verzekeraar zal dan een minnelijke medische expertise voorstellen. Bij deze procedure stellen zowel jij als de verzekeraar een eigen bijstandsarts aan. Het is daarbij belangrijk om een arts te kiezen die ervaring heeft met de procedure. Komen de twee artsen niet tot een consensus, dan kunnen ze samen nog een derde expert aanstellen die een bindende beslissing zal nemen. Als verzekerde betaal je zelf de vergoeding van de bijstandsarts die jij hebt aangesteld, plus een deel van de vergoeding van een derde expert als die wordt ingeroepen.

OPGELET!

Je bent niet verplicht om het geschil via een minnelijke medische expertise te regelen. Je kan ook kiezen voor een procedure via de rechtbank. Bespreek op voorhand met je bijstandsarts hoe hij je kansen bij een minnelijke medische expertise of een rechtsprocedure inschat.

Meer informatie over deze geschillenprocedures vind je terug in onze handleiding 'Medische expertise in het kader van verzekeringen. Informatie en tips voor patiënten'. Je kan deze handleiding gratis downloaden op de website www.vlaamspatientenplatform.be.

Contactgegevens van bijstandsartsen die gespecialiseerd zijn in medische expertise voor verzekeringsgeneeskunde, kan je opvragen bij het Vlaams Patiëntenplatform op het nummer 016 23 05 26.

Tip

Kijk na of je bijvoorbeeld via je familiale verzekering een dekking hebt voor rechtsbijstand. Rechtsbijstand komt in bepaalde gevallen tussen voor de kosten van een bijstandsarts en advocaat. Informeer je hierover bij je verzekeringsagent of verzekeringsmakelaar. Gaat het over een collectieve inkomensverzekering via de werkgever? Dan kan je vakbond je mogelijk bijstand verlenen.

5 — VERZEKERINGEN VOOR MOTORRIJTUIGEN

5.1. De autoverzekering

5.1.1. Wat is het?

In België moet je als eigenaar van een motorvoertuig je aansprakelijkheid verzekeren. De autoverzekering (of andere motorvoertuigverzekering) dekt de schade die je als bestuurder van het voertuig bij derden veroorzaakt.

5.1.2. Wat kan het probleem zijn?

Sommige personen met een chronische aandoening moeten beschikken over een rijgeschiktheidsattest en een aangepast rijbewijs. Om een geldig rijbewijs te krijgen en te behouden moet je voldoen aan de medische minimumnormen. Afhankelijk van je chronische ziekte kan je voor dat attest terecht bij je behandelend arts/specialist of bij het CARA, het Centrum voor Rijgeschiktheid en voertuigAanpassing.

5.1.3. Rijgeschiktheidsattest en autoverzekering

Voor de autoverzekering ben je verplicht de verzekeraar te informeren over je ziekte of aandoening als die invloed heeft op je rijgeschiktheid. Je doet dat best schriftelijk. Voeg er meteen ook een kopie bij van het rijgeschiktheidsattest dat je van je arts of van het CARA kreeg. Ook wanneer je een chronische ziekte krijgt nà het afsluiten van de verzekering of wanneer je medische toestand verergert, moet je dat melden aan je verzekeringsmaatschappij. Je kan dat doen door een fotokopie van het aangepaste rijbewijs of het rijgeschiktheidsattest op te sturen. Vraag de verzekeringsmaatschappij om een schriftelijke reactie en voeg die aan je polis toe. Zo bewijs je dat je de informatie hebt doorgegeven.

Het Vlaams Patiëntenplatform ontvangt over het algemeen weinig klachten over bijpremies, weigeringen of bijzondere verzekeringsvoorwaarden in verband met autoverzekeringen en medische rijgeschiktheid. Omdat een rijgeschiktheidsattest aantoont dat je in staat bent om een voertuig te besturen, lijkt een bijpremie of weigering ons moeilijk te rechtvaardigen. Als een verzekeraar toch een apart beleid rond medische rijgeschiktheid zou hanteren, dan moet hij dat objectief en redelijk kunnen motiveren. Krijg je geen motivering of is die niet redelijk en objectief, dan kan je een klacht neerleggen bij het Interfederaal Gelijkekansencentrum. Je vindt de contactgegevens op pagina 41. Als je door minstens drie verzekeraars geweigerd wordt voor een autoverzekering, kan je onder bepaalde voorwaarden een aanvraag bij het Tariferingsbureau BA Auto[4] indienen om zo toch nog een verzekering te kunnen afsluiten.

Je chronische ziekte verzwijgen is absoluut geen goed idee: het maakt je verzekeringscontract ongeldig. Bij een ongeval kan de verzekeraar de schadevergoeding geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

4. — Meer informatie over het Tariferingsbureau BA Auto vind je op de website www.bt-tb.be of kan je opvragen via het telefoonnummer 02 287 18 11.

Medicijnen en rijgeschiktheid

Bepaalde medicijnen kunnen een invloed hebben op je rijgedrag. Het is aan de arts om te beoordelen of ook jouw medicijnen een dergelijke impact hebben. De arts moet ook aangeven voor welke termijn zijn advies geldt.

Zelfs medicijnen die je vrij bij de apotheker kan kopen zoals hoestsiroop, pijnstillers of medicatie tegen reisziekte) kunnen je rijvaardigheid ondermijnen. Daarvoor draag je natuurlijk zelf de verantwoordelijkheid. Onderschat de mogelijke effecten niet en lees dus zeker aandachtig de bijsluiter.

Voor meer vragen over medische rijgeschiktheid en het rijgeschiktheidsattest kan je terecht bij het CARA.

Het CARA

A. Haachtsesteenweg 1405
1130 Brussel
T. 02 244 15 52
E. cara@bivv.be
W. www.bivv.be/nl/particulieren/cara

OPGELET!

Als je aanpassingen aan je motorvoertuig laat uitvoeren om het veilig te besturen, vergeet dan niet om ook deze aanpassingen te laten verzekeren!

Je moet soms lang wachten op een rijgeschiktheidsattest. Dat komt door de wachttijden bij CARA. Rijd je intussen rond zonder rijbewijs of met een ongeldig exemplaar? Hou er dan rekening mee dat je verzekeraar bij een ongeval niet tussenkomt!



5.2. Verzekering voor elektrische rolstoel, elektrische scooter, elektrische driewieler…

Bestuurders van een elektrische rolstoel, een elektrische scooter of een elektronische driewieler die door mechanische kracht de snelheid van 25km/u niet overschrijden, dienen sinds 2019 geen burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering meer af te sluiten om op de openbare weg te rijden.

Als gebruiker van een elektrische rolstoel die niet sneller dan 25 km/u kan rijden, ben je bij een verkeersongeval beschermd als zwakke weggebruiker. Word je het slachtoffer van een verkeersongeval waarbij een motorrijtuig betrokken is, dan vergoedt de aansprakelijkheidsverzekering van het betrokken voertuig automatisch je lichamelijke schade, zelfs wanneer je in de fout ging. Indien je zelf schade veroorzaakt, is je aansprakelijkheid gedekt door je familiale verzekering . Het is dan ook aan te raden, net zoals bij gewone rolstoelen (niet elektrisch) om deze verzekering af te sluiten.

Informeer je verzekeringsagent, makelaar of maatschappij zeker over het feit dat je een rolstoel bezit en gebruikt. Zij kunnen ervoor zorgen dat mogelijke schade aan of door de rolstoel gedekt is.

Voor allerlei vragen in verband met de rolstoel in het verkeer kan je terecht bij het kenniscentrum verkeersveiligheid “Vias institute”.

Vias institute

A. Haachtsesteenweg 1405
1130 Brussel
T. 02 244 15 11
E. info@vias.be
W. www.vias.be





6 – DE REISVERZEKERING

6.1. Wat is het?

Met een reisverzekering verzeker je je tegen mogelijke schade tijdens een reis. De meest bekende formules zijn de annulatieverzekering en de reisbijstandsverzekering. Met een annulatieverzekering krijg je de annulatiekosten terugbetaald als je om bepaalde redenen niet kan vertrekken of vroeger moet terugkeren. Een reisbijstandsverzekering dekt de uitgaven voor ziekte, ongeval, overlijden en andere voorvallen tijdens de reis. Je kan een reisverzekering voor één bepaalde reis afsluiten of voor een heel jaar.

6.2. Wat kan het probleem zijn?

Als persoon met een chronische ziekte is het belangrijk dat je goed naleest wat het contract vermeldt over bestaande ziektes. Doorgaans zijn er drie formules:

- de verzekeraar sluit aandoeningen die al bestaan uit,
- de verzekeraar verzekert een aandoening die al bestaat onder bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld als de aandoening gedurende een bepaalde termijn stabiel is of als je toestemming van je behandelend arts krijgt om de reis te boeken of te maken)
- of de verzekeraar sluit aandoeningen die al bestaan niet uit (de aandoening moet niet stabiel zijn).

Voor bepaalde ziektebeelden zoals geestesziekten, psychosomatische aandoeningen of zenuwstoornissen geldt er een specifiek beleid. Deze ziektebeelden worden ofwel uitgesloten ofwel enkel onder strikte voorwaarden gedekt.

Voor de verzekering van je bagage en je auto zou je medische toestand geen problemen mogen opleveren.

Tip

Controleer eerst of je niet al elders verzekerd bent

- × Zo bieden mutualiteiten aan hun leden reisbijstand aan via Mutas of Mediphone Assist. Het beleid van de dienst reisbijstand ten aanzien van een bestaande ziekte of aandoening verschilt per mutualiteit. Sommige mutualiteiten bieden een dekking voor bestaande ziektes of aandoeningen onder bepaalde voorwaarden (zoals toestemming van de arts, stabiliteit van de ziekte en/of voortzetting van bestaande behandelingen). Andere mutualiteiten bieden geen dekking voor bestaande ziektes of aandoeningen. Vraag dus bij je mutualiteit na in hoeverre je gedekt bent op reis. Voor bepaalde behandelingen (zoals zuurstoftherapie en nierdialyse) voorzien de mutualiteiten de praktische organisatie en een financiële tussenkomst voor op reis.
- × Aan sommige kredietkaarten is een beperkte reisverzekering gekoppeld. Die voordelen kan je eventueel aanvullen met een kleinere reisverzekering.
- × Sommige hospitalisatieverzekeringen dekken de kosten van een opname in het buitenland, repatriëring, enzovoort. Pluis dus zeker je polis nog eens uit wanneer je reisplannen hebt. Vraag indien nodig extra informatie aan je verzekeraar.

Tip

Kijk verder dan het aanbod van je reisagent. Misschien is zijn aanbod beperkt. Je kan eventueel een beroep doen op een makelaar om de verzekering te vinden die jou de meeste voordelen biedt.

Tip

Hou bij de vergelijking van reisverzekeringen (en/of diensten reisbijstand van mutualiteiten) rekening met de dekking van repatriëring, uitsluiting van sportongevallen, uitsluiting van bepaalde landen/gebieden (territorialiteit), maximale duurtijd van de vakantie, kosten van een nabehandeling in België, franchise…

Het Vlaams patiëntenplatform vzw stelde een checklist op om je te helpen bij de zoektocht naar een goede reisverzekering. Je vindt er ook een korte toelichting over reisverzekeringen en diensten reisbijstand. Je kan deze analyse terugvinden op onze website www.vlaamspatientenplatform.be of opvragen op het nummer 016 23 05 26.

7 – DE UITVAARTVERZEKERING

7.1. Wat is het?

Bij een uitvaartverzekering betaal je maandelijks of eenmalig een premie. Een uitvaartverzekering kan een kapitaalverzekering of dienstenverzekering zijn.

Bij een kapitaalverzekering zal de verzekeringsmaatschappij een bepaald kapitaal uitkeren aan de nabestaanden. Zo weet je zeker dat je nabestaanden over de nodige middelen zullen beschikken om je uitvaart te bekostigen.

Bij een dienstenverzekering wordt bij je overlijden geen kapitaal uitbetaald, maar regelt de verzekeraar de bestelling van de kist, de teraardebestelling of crematie en administratieve formaliteiten.

7.2. Wat kan het probleem zijn?

Personen met een chronische ziekte of handicap die een verhoogd risico hebben om te overlijden, moeten soms een hogere premie betalen of een wachtperiode doorlopen vooraleer de polis in werking treedt.

Hoewel uitvaartverzekeringen in België aan populariteit winnen, zijn ze niet steeds voordelig. Heb je nog lange tijd te leven, dan krijgen je nabestaanden misschien minder uitgekeerd dan wat je aan premies hebt gestort. In tegenstelling tot een kapitaalverzekering leveren dienstenverzekeringen bovendien geen enkel belastingvoordeel op.

Tip

Als je financiële toestand het toelaat, is het makkelijkst om een bedrag te storten op een bankrekening dat hoog genoeg is om de uitvaart te bekostigen. Wettelijk gezien mag het geld van de overledene namelijk gebruikt worden voor de kosten van een begrafenis en de grafzerk. Nadat je een bestek hebt laten opmaken bij een begrafenisondernemer naar keuze, kan je volgens jouw mogelijkheden en in jouw tempo een bedrag sparen op een daartoe bestemde bankrekening. Met deze formule voorkom je de wachttijd en bespaar je op administratieve kosten bij een verzekeraar. De intrest op de bankrekening compenseert de stijging van de begrafeniskosten en wordt eventueel nog bij de erfenis gevoegd.

Kies je toch voor een uitvaartverzekering, denk dan aan het volgende:

- × Sluit tijdig de verzekering af: de premie van een uitvaartverzekering stijgt namelijk met de leeftijd en er is vaak een maximumleeftijd (65-75 jaar).
- × Ga na of de kosten van de repatriëring van het stoffelijk overschot gedekt zijn en hoeveel die garantie van repatriëring kost.
- × Bekijk welke doodsoorzaken uitgesloten worden.
- × Overhandig je naaste familieleden een kopie van het verzekeringscontract, zodat ze op de hoogte zijn van het bestaan ervan.
- × Ga na wat de afkooppremie van het contract is als je de verzekering zou willen opzeggen of als je wil overschakelen naar een andere verzekeraar.
- × Controleer of je al over verzekeringen beschikt waarmee je je naasten een kapitaal kan nalaten: een verzekering voor aanvullend pensioen, een groepsverzekering via het werk…

5

VRAGEN OF KLACHTEN? NUTTIGE ADRESSEN



Voor vragen, advies en klachten kan je terecht bij de volgende organisaties en instanties:

Vlaams Patiëntenplatform vzw

A. Groenveldstraat 15
3001 Heverlee
T. 016 23 05 26
E. info@vlaamspatientenplatform.be
W. www.vlaamspatientenplatform.be

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) beantwoordt vragen of zal je gericht doorverwijzen. We ondernemen verschillende initiatieven om de knelpunten van verzekeringen structureel aan te pakken en op de politieke agenda te plaatsen. Door vragen en klachten te registreren, krijgen we bovendien een ruim inzicht in de verzekeringsproblematiek van personen met een chronische ziekte of handicap. We verzorgen geen individuele bemiddeling tussen patiënten en een verzekeringsmaatschappij.

Ombudsman van de Verzekeringen

A. De Meeûssquare 35
1000 Brussel
T. 02 547 58 71
E. info@ombudsman.as
W. www.ombudsman.as

De Ombudsman van de Verzekeringen beantwoordt vragen en kan bemiddelen tussen de verzekerde en verzekeraar.

Unia, Interfederaal Gelijkekansencentrum

A. Koningsstraat 138
1000 Brussel
T. 0800 12 800
E. epost@cntr.be
W. www.diversiteit.be

Mogelijke discriminaties op vlak van verzekeringen kunnen gemeld worden aan Unia, het Interfederaal Gelijkekansencentrum. Zij gaan vervolgens na of de antidiscriminatiewetgeving geschonden is. Het centrum informeert je over je rechten, geeft advies, kan een onderhandeling tussen jou en de verzekeraar opstarten, streeft verzoening na en kan in bepaalde gevallen een gerechtelijke procedure opstarten of ondersteunen.



6

NIEUW SINDS 2015: HANDLEIDING MEDISCHE EXPERTISE BIJ VERZEKERINGEN

Patiënten kunnen in aanraking komen met medische expertises bij verzekeringen. Het doel van een medische expertise is om de gevolgen van een ziekte of ongeval vast te stellen en een mogelijke vergoeding te berekenen. Bij verzekeringen kan een medische expertise plaatsvinden om een verzekeringscontract uit te voeren of om een verzekeringsgeschil op te lossen.

Een medische expertise bij verzekeringen komt bijvoorbeeld voor:

- als een inkomensverzekeraar jouw percentage arbeidsongeschiktheid wil laten bepalen;
- bij een geschil over de hoogte van de schadevergoeding die de verzekeraar na ongeval voorstelt of
- als een verzekeraar weigert tussen te komen omdat de schade volgens hem te wijten is aan een voorafbestaande ziekte.

Als patiënt ben je meestal niet vertrouwd met een medische expertise. Dat zorgt voor grote onzekerheid. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw stelde daarom een handleiding op. Met deze handleiding willen we patiënten belangrijke informatie en praktische tips geven om zich goed voor te bereiden op een medische expertise en om weloverwogen keuzes te maken.

Volgende onderwerpen komen aan bod in de handleiding:

- wat is een medische expertise,
- wat zijn de soorten medische expertise: eenzijdige medische expertise, minnelijke medische expertise en gerechtelijke medische expertise,
- de rol van de arts die een medische expertise uitvoert,
- hoe bereid je je voor op een medische expertise,
- de zoektocht naar en keuze van een bijstandsarts,
- rechten en klachtenbemiddeling en
- de kostprijs van een medische expertise.

De handleiding kwam tot stand op basis van patiëntenervaringen, juridische literatuur en contacten met experts. Je kan de handleiding gratis downloaden op de website www.vlaamspatientenplatform.be bij het thema verzekeringen of aanvragen op het nummer 016 23 05 26.



7

WAT IS HET VLAAMS PATIËNTEN-PLATFORM VZW?



Vlaams patiëntenplatform

Deelnemen aan het gezondheidsbeleid

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) is een onafhankelijk platform van meer dan 100 patiëntenverenigingen uit Vlaanderen. De vzw streeft naar toegankelijke zorg op maat van de patiënt en zijn omgeving. Om dat te bereiken is het nodig dat patiënten actief deelnemen aan de uitbouw van het gezondheidsbeleid en de gezondheidszorg. De projecten van het VPP worden gedragen door vertegenwoordigers uit de patiëntenverenigingen. Belangrijke aandachtspunten in de werking zijn onder andere patiëntenrechten, onafhankelijk klachtrecht voor patiënten, toegankelijkheid van zorg, gelijke kansen op het vlak van verzekeringen, werkgelegenheid, medicatie en kwaliteit van zorg.

De gemeenschappelijke noden aanpakken

Mensen met een chronische ziekte zitten vaak met vergelijkbare vragen en worstelen met dezelfde knelpunten. Voor het Vlaams Patiëntenplatform is het gezamenlijk aanpakken van gemeenschappelijke noden een belangrijk werkterrein.

De stem van de patiënt ondersteunen

Er wordt zonder twijfel hard gewerkt aan de uitbouw van betaalbare en kwaliteitsvolle zorg, maar het perspectief van de patiënt is veel te weinig doorslaggevend. De stem van de gebruikers moet gehoord en gewaardeerd worden. Daadwerkelijke inspraak, vertegenwoordiging en participatie realiseren op basis van een gedeeld standpunt van de patiënt: dat is een opdracht voor het VPP.

8

ANDERE BROCHURES VAN HET VLAAMS PATIËNTEN-PLATFORM VZW



Wie is wie?
De expertise-artsen en hun opdracht.



Veilig in het ziekenhuis



Wat nu (gedaan)?
Solliciteren met een chronische ziekte of aandoening



Ken je rechten als patiënt

Voor een geactualiseerde lijst van de brochures kan je kijken op onze website www.vlaamspatiëntenplatform.be/lijst/publicaties. Daar kan je al onze brochures ook gratis downloaden.

Wil je graag meer informatie of een exemplaar van een brochure?

Neem contact met ons op:

Vlaams Patiëntenplatform vzw

A. Groenveldstraat 15
3001 Heverlee
T. 016 23 05 26
E. info@vlaamspatientenplatform.be
W. www.vlaamspatientenplatform.be



Vlaams patiëntenplatform

Samen sterker