



Voor de definitieve acceptatie van uw aanvraag hebben wij medische informatie nodig. Daarom bellen wij u om u een aantal vragen over uw gezondheid te stellen. En dit leidt tot een 'telefonische gezondheidsverklaring'.

Waarom vragen wij u over uw gezondheid?

De Arbeidsongeschiktheidsverzekering kent een medische kant. De verzekering biedt inkomens-zekerheid bij arbeidsongeschiktheid door ziekte en ongeval. De premie is gebaseerd op de 'gemiddelde' kans dat een verzekerde arbeidsongeschikt raakt. Als wij de gezondheidstoestand van kandidaat-verzekerden niet beoordelen dan kan dat leiden tot een oververtegenwoordiging van zware risico's. Dat dit als resultaat heeft dat de premie voor alle verzekerden erg hoog wordt, zult u wel begrijpen.

Waarom de telefoon?

Op deze manier kunnen wij uw aanvraag sneller behandelen. U kunt op het verzekerings-aanvraagformulier onder het kopje Gezondheids-verklaring aangeven wanneer u gebeld wilt worden. Wilt u bij het invullen van deze datum rekening houden met minimaal 7 en maximaal 14 werkdagen tussen de gewenste datum voor de belafpraak en het moment waarop u dit formulier verstuurt. Ook weet u dan eerder of wij uw aanvraag accepteren. Uw gegevens behandelen wij vertrouwelijk, we leggen ze uitsluitend vast op de plaats waar deze nodig zijn.

Hoe werkt het?

Een medewerker van Zilveren Kruis Achmea neemt contact met u op. Het gesprek duurt ongeveer een half uur. Onze medewerker is goed bekend met medische aspecten, maar is geen arts. Hij kan niet beoordelen of bepaalde informatie gevolgen heeft voor de acceptatie van de verzekering. Twee dagen na het gesprek ontvangt u een verslag van het telefoongesprek. U kunt zo nalezen of de juiste informatie is vastgelegd. Uiteraard kunt u eventueel correcties op de verklaring aanbrengen. Als wij de verklaring ondertekend hebben ontvangen, gaat de behandeling van uw aanvraag verder.

U kunt het gesprek voorbereiden

Ook uw tijd is kostbaar. Om het gesprek efficiënt te laten verlopen, vragen wij u de volgende vragen voor te bereiden.

- Bent u arbeidsongeschikt geweest door een ziekte of ongeval in de afgelopen vijf jaar? Zo ja, in welk jaar en hoe lang? Wat was de oorzaak van uw ziekte/arbeidsongeschiktheid?
- Is u weleens een ongeval overkomen bijvoorbeeld door werk, verkeer of sporten? In welk jaar heeft het ongeval plaatsgevonden? Wat waren de gevolgen? Welke behandeling heeft u ondergaan (inclusief medicijnen)? Wat zijn de namen van behandelende artsen en/of specialisten?
- Heeft u ziektes of aandoeningen gehad? Welke ziektes of aandoeningen? Zo ja, in welk jaar en welke behandeling heeft u ondergaan (inclusief medicijnen)? Wat zijn de namen van behandelende artsen en/of specialisten?
- Heeft u in het ziekenhuis gelegen? Wat was de reden voor de opname? Welke behandeling heeft u ondergaan (bijvoorbeeld een operatie)? In welk ziekenhuis? Wat zijn de namen van behandelende artsen en/of specialisten?
- Heeft u een keuring ondergaan voor werk, sport of andere verzekeringen? In welk jaar en waarvoor was de keuring bedoeld en wat was de uitslag?
- Heeft u een onderzoek of behandeling ondergaan na een ongeval of ziekte of voor een keuring? Denkt u hierbij aan röntgen- of contrastfoto's, scan, ECG, EEG, bloed-onderzoek of behandeling door een fysio-therapeut. In welk jaar was dat en waarvoor was het onderzoek of de behandeling bedoeld? Wat was de uitslag? In welk ziekenhuis zijn de foto's gemaakt? Wat zijn de namen van behandelende artsen en/of specialisten?

Waar u aan moet denken bij de beantwoording van de vragen

Ook als u in het verleden klachten heeft gehad waarvan u nu denkt dat ze minder belangrijk zijn, moet u dit melden. Dan moet u de vraag of u een onderzoek heeft ondergaan met 'ja' beantwoorden, ook als de arts toen geen afwijking heeft geconstateerd of behandeling niet nodig vond.

Wij zijn niet verplicht u een uitkering te doen als de arbeidsongeschiktheid, of de verergering ervan, een oorzaak heeft die bestond voor de ingangsdatum van de verzekering terwijl u dit niet heeft gemeld bij het aangaan van de verzekering. Het is belangrijk dat u de vragen naar waarheid, zo volledig mogelijk en zonder voorbehoud beantwoordt. Daarmee voorkomt u een eventueel beroep op nietigheid van de verzekering en dat eventuele toekomstige uitkeringen in gevaar komen.

Wie beoordeelt uw gezondheid?

Een acceptatieadviseur van Zilveren Kruis Achmea beoordeelt uw gezondheidsverklaring. Geeft de beoordeling aanleiding voor extra onderzoek dan vindt dit onderzoek altijd plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Deze adviseur beoordeelt op welke voorwaarden wij de aangevraagde verzekering kunnen accepteren.

Als arts heeft de medisch adviseur de wettelijke plicht uw privacy te waarborgen. Hij vormt samen met de acceptatieadviseur en de arbeidsdeskundige een zogenaamde functionele eenheid. Uw medisch dossier blijft binnen deze eenheid. De medisch adviseur geeft alleen informatie aan de leden van deze eenheid als dat van belang is voor de afwikkeling van uw aanvraag. Ook de door u ondertekende schriftelijke bevestiging van de gezondheidsverklaring komt bij de medisch adviseur terecht.

Wat betekent een eventueel advies van een medisch adviseur voor de aanvraag?

De medisch adviseur beoordeelt of er in de toekomst een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid is. De gezondheidsverklaring (en eventuele keuring) geven soms onvoldoende informatie om het risico in te schatten. De medisch adviseur kan dan besluiten extra informatie op te vragen bij uw huisarts of specialist. Dit gebeurt uitsluitend met uw toestemming.

Het advies van de medisch adviseur is meestal positief. De verzekering gaat dan zonder premie-toeslag of beperkende voorwaarden in. Als de medisch adviseur vindt dat de kans op arbeidsongeschiktheid groter is dan gemiddeld dan adviseert hij ons meestal speciale voorwaarden te hanteren of een hogere premie te berekenen. Voor de verzekerde is dit minder plezierig; in het belang van al onze verzekerden is dit noodzakelijk.

U hebt het recht om als eerste te weten welk advies de medisch adviseur wil uitbrengen aan ons. U kunt dan beslissen of hij zijn advies aan ons mag uitbrengen. Als u van de medisch adviseur wilt weten welk advies hij ons gaat geven, vragen wij u dit schriftelijk aan onze medisch adviseur mee te delen. Voor alle duidelijkheid: zonder een advies van de medisch adviseur kunnen wij u geen verzekering aanbieden.

Wanneer zijn een HIV-test (aïdstest) en een erfelijkheidsonderzoek noodzakelijk?

Een test op HIV-antistoffen (aïdstest) en een erfelijkheidsonderzoek kunnen deel uitmaken van de acceptatieprocedure bij een verzekerde inkomen hoger dan € 60.000,-. Bij lagere verzekerde bedragen kunnen wij een HIV-test vragen op grond van een medische indicatie. Of er een medische indicatie is, hangt af van uw antwoorden op de gezondheidsvragen. Alleen in de volgende gevallen kan op grond van de gezondheidsverklaring een HIV-test aan u worden gevraagd:

- U heeft een bloedtransfusie ondergaan in het buitenland. Behalve als dat is geweest in één van de landen van de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland, de VS, Canada, Japan, Australië, Nieuw-Zeeland.
- U gebruikt(e) intraveneus drugs en gebruikt(e) niet altijd steriel materiaal.
- U bent in de afgelopen vijf jaar behandeld wegens anale gonorrhoe. Als u alle vragen over aids en HIV met 'nee' hebt beantwoord, of als uit een HIV-test blijkt dat u niet seropositief bent, dan accepteren wij op dit onderdeel de aangevraagde verzekering zonder afwijkende bepalingen. Bij een HIV-test geldt een aantal voorwaarden. Die zijn opgenomen in de HIV-gedragscode. U kunt deze opvragen via de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl.

Heeft u bezwaar tegen de medische beoordeling?

U hoeft, als u dat niet wilt, geen extra informatie te geven als wij daarom vragen. U bent ook niet verplicht een (aanvullend) medisch onderzoek te ondergaan. Wij kunnen hierdoor wel afzien van acceptatie van uw verzekeringsaanvraag.

Vragen?

Bel (071) 364 19 20 of surf naar www.zilverenkruis.nl/bedrijven.