



Arbeidsongeschikt. En dan? – Klantbrochure

Voor wie is deze folder bedoeld?

Deze folder is voor u van belang als u een aanvraag tot uitkering wilt indienen op uw arbeidsongeschiktheidsverzekering. Als u een aanvraag tot uitkering doet, wordt deze behandeld door een team van deskundigen. In deze folder leest u alles over wat u dan kunt verwachten.

Ik heb een claim ingediend. Wat gebeurt er nu?

Als wij de arbeidsongeschiktheidsmelding hebben ontvangen, bekijken we eerst of er dekking is volgens de polisvoorwaarden. De voorwaarden verschillen per verzekeraar en per product. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillende manieren om naar arbeidsongeschiktheid te kijken. Bij die verschillende manieren horen verschillende dekkingen en verschillende premies. Het kan dus zijn dat u volgens de ene manier wel arbeidsongeschikt bent en volgens de andere niet. Daarom is het belangrijk goed te kijken naar de dekking die u heeft gekozen. Deze vindt u in uw polisvoorwaarden.

Drie veelvoorkomende manieren om naar arbeidsongeschiktheid te kijken zijn:

Beroepsarbeidsongeschiktheid

Bij beroepsarbeidsongeschiktheid kijkt de verzekeraar of u het eigen beroep nog kunt uitoefenen. Het kan zijn dat daarvoor een andere werksituatie nodig is. U doet bijvoorbeeld niet meer alles wat u vroeger deed, of u doet het op een andere manier. U blijft wel in het eigen beroep werken. Als u door ziekte of ongeval niet meer in het eigen beroep kunt werken, krijgt u een uitkering van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Bij deze beoordeling worden soms ook taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf meegenomen.

Passende arbeid

Bij passende arbeid kijkt de verzekeraar of u nog werk kunt doen dat bij u past. De verzekeraar kijkt dan naar uw opleiding en werkervaring. Bij sommige verzekeraars wordt ook het eerdere inkomen bekeken. Het maakt daarbij niet uit of u het passende werk daadwerkelijk gaat uitvoeren. Hij kijkt alleen wat voor werk u zou kunnen doen.

Gangbare arbeid

Bij gangbare arbeid kijkt de verzekeraar alleen of u nog werk kunt doen. Het maakt niet uit wat voor werk. De verzekeraar let niet op uw oude beroep, inkomen of werkervaring. Het maakt niet uit of u een baan kunt vinden. Daardoor zal de verzekeraar eerder vinden dat u kunt werken.

Krijg ik altijd een medische beoordeling?

Dat hangt er vanaf. Soms is al er bepaald dat er volgens de polisvoorwaarden geen dekking is (zie: *Ik heb een claim ingediend. Wat gebeurt er nu?*). Een beoordeling is dan niet meer nodig. Als er wel dekking is volgens de voorwaarden zal de verzekeraar gerichte informatie opvragen over uw gezondheid. Soms blijkt direct dat u recht heeft op een uitkering. Een beoordeling is dan niet altijd nodig. Als de technisch claimbehandelaar niet genoeg heeft aan de informatie zal er waarschijnlijk wel een beoordeling nodig zijn. Soms wordt u (ook) beoordeeld door een andere deskundige, zoals een arbeidsdeskundige.

Hoe gaat een medische beoordeling in z'n werk?

Het doel van de medische beoordeling is het verzamelen van informatie over uw gezondheidstoestand die nodig is om een goede inschatting te kunnen maken van de aard en omvang van de beperkingen voor werk. Als de verzekeraar over uw gezondheidssituatie extra



informatie wil, stuurt hij u een oproep voor een medische beoordeling. Die wordt gedaan door een onafhankelijk arts. Deze beoordeelt of u medische beperkingen heeft.

Welke informatie heeft de verzekeraar van mij nodig?

Het is belangrijk dat de verzekeraar zo goed mogelijk kan bepalen of en in welke mate u arbeidsongeschikt bent. Daarom kan hij informatie opvragen over bijvoorbeeld uw gezondheid, de behandelingen die u eventueel ondergaat en het werk dat u uitvoert.

Heeft de verzekeraar ook financiële informatie van mij nodig?

Bij sommige verzekeringen speelt ook uw inkomen een rol. Bijvoorbeeld omdat het verzekerde bedrag afhankelijk is van de hoogte van uw inkomen. Of omdat de verzekering alleen uitkeert als u door uw arbeidsongeschiktheid minder verdient. Als dit het geval is, zal de verzekeraar ook uw financiële gegevens opvragen. De verzekeraar zal u informeren waarom hij de financiële gegevens wil hebben.

Hoe wordt bepaald of ik een uitkering krijg?

Op basis van alle beschikbare informatie bepaalt de technisch claimbehandelaar van de verzekeraar of u een uitkering krijgt. Ook krijgt u het door de verzekeraar bepaalde (voorlopige) arbeidsongeschiktheidspercentage te horen.

Het kan ook zijn dat de verzekeraar u geen uitkering geeft. Voor een afwijzing moet de verzekeraar een schriftelijke motivatie geven. Ook moet de technisch claimbehandelaar aangeven hoe u bezwaar kunt maken en uit welke procedures u dan kunt kiezen. Zie daarvoor: *Ik heb een klacht over de verzekeraar. Waar kan ik terecht?*

Word ik vaker medisch beoordeeld?

Het kan zijn dat de verzekeraar uw mate van arbeidsongeschiktheid na verloop van tijd opnieuw wil beoordelen. Of en hoe vaak de verzekeraar dat zal doen verschilt per situatie. Vaak wil de verzekeraar u opnieuw beoordelen, omdat hij denkt dat er iets veranderd is in uw gezondheid. De verzekeraar moet altijd goed aangeven waarom hij u opnieuw wil beoordelen. Als de verzekeraar u opnieuw wil beoordelen, betaalt hij dat ook.

Soms wilt u misschien zelf opnieuw worden beoordeeld. U moet dan aangeven dat er nieuwe informatie is over uw gezondheid. U dient dan een schriftelijk verzoek in bij de medisch adviseur van de verzekeraar waarin u uw verzoek goed motiveert. U mag ook een andere onafhankelijke arts vragen om een nieuw medisch onderzoek. Als u zelf opnieuw beoordeeld wilt worden, moet u dat meestal zelf betalen. De medisch adviseur van de verzekeraar hoeft de uitkomsten van het onderzoek niet (volledig) te accepteren. U leest hierover meer in uw polisvoorwaarden.

Met welke mensen van de verzekeraar krijg ik allemaal te maken als ik arbeidsongeschikt ben?

Om tot een goede beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid te komen, werkt de verzekeraar met één of meerdere deskundigen.

Technisch claimbehandelaar

De technisch claimbehandelaar is in dienst van de verzekeringsmaatschappij. Hij of zij onderhoudt, soms via uw tussenpersoon, contact met u. U kunt met vragen bij hem terecht. Ook houdt de technisch claimbehandelaar contact met de deskundigen die betrokken zijn bij de beoordeling van de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Medisch claimbehandelaar

De medisch claimbehandelaar is in dienst van de verzekeringsmaatschappij. Hij of zij maakt deel uit van de medische staf, dat is de groep personen die onder de verantwoordelijkheid van



de medisch adviseur valt. De medisch claimbehandelaar vraagt in opdracht van de medisch adviseur gegevens omtrent uw gezondheid op, verzamelt en verwerkt deze zodat de medisch adviseur een advies kan uitbrengen. Ook zorgt de medisch claimbehandelaar ervoor dat u een oproep ontvangt voor een medisch onderzoek of een gesprek met een arbeidsdeskundige.

Medisch adviseur

Voor de beoordeling van uw gezondheidstoestand en de invloed daarvan op uw werk maakt de verzekeraar gebruik van een medisch adviseur. Hij of zij is vaak in dienst van de verzekeraar. De medisch adviseur is zelf arts, maar besteedt het onderzoek naar uw gezondheid meestal uit aan onafhankelijke controlerend artsen. Voor het medisch onderzoek (of onderzoeken) heeft u dus te maken met andere artsen dan uw eigen arts(en).

De medisch adviseur verzamelt medische informatie en beoordeelt deze. Hij doet dat om de technisch claimbehandelaar en de arbeidsdeskundige te adviseren. Indien mogelijk vult hij een formulier in waarop uw medische beperkingen en/of belastbaarheid staan.

Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige ontvangt informatie over uw beperkingen en belastbaarheid van de medisch adviseur. Het gaat daarbij niet om de volledige informatie uit het medisch dossier, want deze blijft in handen van de medisch adviseur. De arbeidsdeskundige beoordeelt op basis van de belastbaarheid welke werkzaamheden u wel en niet meer kunt verrichten. De arbeidsdeskundige kan in dienst zijn van de verzekeraar, maar er zijn ook verzekeraars die een arbeidsdeskundig bureau inschakelen.

Om uw mate van arbeidsongeschiktheid goed te kunnen beoordelen, vraagt de arbeidsdeskundige vaak aanvullende informatie over uw bedrijf op. Het kan bijvoorbeeld gaan om informatie over machines en werkroutine of financiële informatie. De arbeidsdeskundige kijkt allereerst of u het werk geheel of gedeeltelijk kunt voortzetten door middel van aanpassingen. Dat kan bijvoorbeeld door aanpassingen van gereedschap of machines of door een wijziging in de organisatie van het bedrijf. Ook over deze aanpassingen adviseert de arbeidsdeskundige.

Controlerend arts

Een controlerend arts is een arts die niet uw behandelend arts is. Deze arts doet op verzoek van de verzekeraar een medisch onderzoek en brengt daarover verslag uit aan de medisch adviseur.

Medisch specialist

Een medisch specialist is een onafhankelijk specialist. Deze medisch deskundige verricht op verzoek van de verzekeraar een uitgebreid medisch onderzoek en brengt daarover verslag uit aan de medisch adviseur. Deze krijgt op die manier een beter inzicht in uw medische situatie en dat stelt hem in staat de arbeidsdeskundige en/of de technisch claimbehandelaar van gerichte adviezen te voorzien.

Hoe lang duurt het voordat ik weet of ik een uitkering krijg?

Als u een aanvraag tot uitkering hebt gedaan, zult u regelmatig contact hebben met de verzekeraar. De verzekeraar houdt u steeds op de hoogte van de stand van zaken. Als de verzekeraar informatie van u nodig heeft, moet hij duidelijk aangeven wat hij nodig heeft en waarom. Als de verzekeraar alle informatie verzameld heeft die nodig is om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen, laat hij u binnen twee weken weten welk arbeidsongeschiktheidspercentage is vastgesteld. Mocht dat toch niet lukken, dan laat de verzekeraar dat tijdig weten en geeft hij u een nieuwe termijn waarbinnen u wel een definitieve uitslag krijgt.



Concrete afspraken en officiële standpunten moeten altijd schriftelijk worden bevestigd.

Wie krijgt er verder nog informatie over uw arbeidsongeschiktheidspercentage?

De verzekeraar zal, na uw toestemming, ook regelmatig informatie verstrekken aan de tussenpersoon bij wie u de verzekering heeft afgesloten. Uw tussenpersoon krijgt overigens geen medisch-inhoudelijke informatie over u.

Hoe gaat de Belastingdienst om met mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering?

De premie voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering is over het algemeen aftrekbaar voor de inkomstenbelasting. In dat geval wordt de uitkering belast. Met ingang van 1 januari 2011 is de verzekeraar verplicht om op de bruto uitkering als voorheffing op de inkomstenbelasting een loonheffing in te houden, net als de inkomensafhankelijke premie voor de Zorgverzekeringswet. Uiteraard krijgt u een bruto-netto specificatie.

Hoe gaat de verzekeraar om met mijn medische gegevens?

Rapporten van een controlerend arts, een gezondheidsverklaring, maar ook informatie uit de behandelende sector worden opgenomen in het medisch dossier dat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur wordt bewaard.

De verzekeraar draagt er zorg voor dat de medische gegevens op zorgvuldige wijze worden bewaard op zo'n manier dat geheimhouding van de inhoud daarvan is verzekerd. Uw gegevens worden verwerkt overeenkomstig de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen alsmede de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). De gedragscode is op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars via www.verzekeraars.nl.

De medisch adviseur en zijn medische staf mogen medische gegevens van verzekerden niet aan derden doorgeven op basis van de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De medische adviseur brengt advies uit aan de medewerker van de verzekeraar, die hierom heeft gevraagd en op basis van dit advies dient de medewerker te komen tot een beslissing bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De medewerker van de verzekeraar, die bijzondere gegevens (medische gegevens) verwerkt, heeft eveneens een geheimhoudingsplicht op basis van de Wbp. De medische staf is de groep van personen die op directe wijze is betrokken bij het tot stand komen van het advies aan verzekeraar. Zij vallen, ten aanzien van de verwerking van de medische gegevens, onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.

Overigens mogen medische gegevens alleen maar bij derden worden opgevraagd als u daarvoor van tevoren schriftelijke toestemming heeft gegeven. U geeft daarvoor dan een machtiging af. Uit de machtiging moet blijken dat de verzekeraar u heeft geïnformeerd over de aard van de op te vragen medische informatie en het doel daarvan.

Ik krijg een uitkering van mijn arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Moet ik dan nog gewoon premie blijven betalen?

Dit verschilt per product en hoe het in uw geval is geregeld, staat in de polisvoorwaarden. Meestal hoeft u geen premie te betalen als u na één jaar nog volledig arbeidsongeschikt bent. Als u voor een gedeelte arbeidsongeschikt bent, dan hoeft u voor dat gedeelte soms geen premie meer te betalen.

Als u geen recht meer heeft op een uitkering, moet u ook weer de reguliere premie gaan betalen.

Ik heb een klacht over de verzekeraar. Waar kan ik terecht?

Gaat het over het standpunt van de verzekeraar over de uitkering, dan kunt u zich in eerste instantie het beste met klachten melden bij de technisch claimbehandelaar. Deze kan toelichten waarom een bepaald standpunt is ingenomen. U kunt zich ook wenden tot het



klachtenbureau van de verzekeraar en anders tot de directie.

De verzekeraar informeert u over de klachtenprocedure. Volgens richtlijnen van het Kifid¹ is degene die de klacht behandelt niet dezelfde persoon als degene die het dossier beheert waarop de klacht betrekking heeft.

De medewerker van de verzekeraar die de klacht behandelt, bevestigt schriftelijk dat de klacht in behandeling is genomen. U krijgt binnen zes weken (bij eenvoudige klachten) dan wel binnen drie maanden (bij complexe klachten) een schriftelijke reactie van de verzekeraar. Blijkt deze termijn niet haalbaar, dan krijgt u hierover tijdig schriftelijk bericht met vermelding van de reden van de vertraging en de termijn waarbinnen wel zal worden gereageerd. Als u niet akkoord gaat met het standpunt van de behandelaar van de klacht, dan wijst de verzekeraar u op de vervolprocedure.

Als u het niet eens bent met de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid, dan kunt u vragen om een (hernieuwd) medisch onderzoek. U kunt ook met de verzekeraar overeenkomen een derde te vragen voor een bindende oplossing van het geschil.

Als de klacht niet tot uw tevredenheid wordt afgehandeld, kunt u zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid). Dat is een onafhankelijk loket voor het beslechten van geschillen tussen consumenten en financiële dienstverleners.

U kunt de klacht ook altijd voorleggen aan de rechter.

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Postadres:

Kifid

Postbus 93257

2509 AG Den Haag

Bezoekadres:

Kifid

Bordewijklaan 38

2591 XR Den Haag

Telefoon 070 – 333 89 99

www.kifid.nl

¹ Zie: www.kifid.nl