



Uitleg en inzicht

Inleiding

In deze digitale folder leest u wat u kunt verwachten bij ons medisch acceptatieproces. Hoe zorgt u ervoor dat de verzekering zo snel mogelijk ingaat? Wat als we niet meteen medisch kunnen accepteren? Wat als de verzekerde een chronische ziekte heeft of erfelijke aanleg voor een ziekte heeft?

1

Ons medisch beleid

Als u onze overlijdensrisicoverzekering afsluit, betaalt u maandelijks een premie. De premie is afgestemd op het (financiële) risico dat wij voor u verzekeren. Dus u betaalt meer premie als u een groter bedrag verzekert, als de verzekerde ouder is of als de verzekerde een ernstige ziekte of klacht heeft.

Als de verzekerde een groter risico loopt vanwege andere oorzaken, ligt het iets anders. U betaalt dan alleen een hogere premie als de verzekerde weet dat hij/zij een groter risico loopt en daar ook wat aan kan doen. Dit geldt bijvoorbeeld voor roken. Maar dit geldt natuurlijk niet voor een ziekte die in de familie voorkomt, maar die de verzekerde zelf nog niet heeft. Wij vragen daarom niet naar ziekten in de familie.

Wij vragen niet naar erfelijke aanleg

Volgens de Wet op de Medische Keuringen mogen we vragen naar erfelijke aanleg voor ziekten. Wij doen dit echter niet. Alleen als de verzekerde al klachten of afwijkingen heeft van een erfelijke ziekte, zullen wij de ziekte meewegen in de premieberekening. Een voorbeeld: als de verzekerde aanleg heeft voor kanker, kan hij/zij normaal verzekerd worden.

2

Gezondheidsverklaring

De gezondheidsverklaring die wij gebruiken, is afgeleid van de gezondheidsverklaring van het Verbond van Verzekeraars. Dat is wettelijk verplicht volgens de Wet op de Medische Keuringen. We hebben wel een aantal vragen laten vervallen, omdat we die niet nodig hebben.

Waarom is de vragenlijst zo uitgebreid?

Helaas kunnen we de gezondheidsverklaring niet korter maken. We hebben gemerkt dat we dan belangrijke informatie missen en we klanten daarom vaker moeten laten keuren of vaker om informatie van hun behandelend arts moeten vragen. Dat is niet goed voor u, niet goed voor de verzekerde en niet goed voor ons.

In de gezondheidsverklaring wordt naar veel ziekten en klachten gevraagd. Er zitten ziekten en klachten tussen die heel onschuldig lijken. Toch kunnen ze te maken hebben met ziekten met ernstige gevolgen. Sommige ernstige en onschuldige ziekten hebben namen die op elkaar lijken. De lijst is dus niet voor niets vrij uitgebreid.

Soms aanvullende informatie nodig

Bijna alle klanten moeten wel bij één van de vragen een ziekte of een klacht invullen. Bij maar liefst 92% van de klanten blijkt al uit de antwoorden dat het niet ernstig is en zij gewoon verzekerd kunnen worden. Bij de overige 8% hebben we aanvullende medische informatie nodig.

Als de verzekerde al een gezondheidsverklaring heeft ingevuld, is het vervelend als wij meer informatie willen hebben. Als de verzekerde uiteindelijk toch medisch geaccepteerd wordt, lijkt het zelfs helemaal overbodig te zijn geweest. Een keuring en het opvragen van informatie kosten tijd. De privacy van de verzekerde wordt aangetast. Daarom proberen wij dat zo min mogelijk te doen. In Nederland heeft ongeveer 20% van alle verzekerden hiermee te maken gehad. Bij ons is dat dus zo'n 8%.

3

Medische keuring

Als het verzekerd bedrag groter is dan € 300.000,- moet de verzekerde worden gekeurd door een huisarts. Is het verzekerd bedrag groter dan € 750.000,-, dan vindt deze keuring door een internist plaats.

Bloedonderzoek is meestal niet nodig

Als de keuring door een huisarts plaatsvindt, wordt geen bloedonderzoek gedaan. Dat scheelt de verzekerde een prik en veel tijd, want de uitslagen van het bloedonderzoek zijn pas na een paar dagen beschikbaar. Alleen in bijzondere gevallen wordt wel bloed geprikt, als we verwachten dat de bloedsuikerslagen afwijkend zijn. Uiteraard wordt de verzekerde hierover door ons uitgebreid geïnformeerd.

Overige informatie

De verzekerde kan ook 's avonds of in het weekend gekeurd worden. Vrouwelijke klanten kunnen vragen om een vrouwelijke keuringsarts.

4

Chronisch zieken

Wij proberen zoveel mogelijk chronisch zieken een betaalbare overlijdensrisicoverzekering aan te bieden, zodat zij gemakkelijker huizen kunnen kopen en hun familie financieel verzorgd kunnen achterlaten. Dit bereiken wij door onze klanten niet zomaar af te rekenen op de ziekte die bij hen geconstateerd is. Een voorbeeld: Achmea, waar wij onderdeel van zijn, is de belangrijkste verzekeraar van mensen met chronische darmziekten en van mensen met aangeboren hartafwijkingen.

We kijken vooral hoe het daadwerkelijk met de verzekerde gaat

Als de verzekerde verstandig met de situatie omgaat, is er een grotere kans dat de ziekte gunstig verloopt. Dat ziet u terug in de premie voor de verzekering. Een voorbeeld: bijna de helft van de mensen met suikerziekte kan tegen een normale premie verzekerd worden, omdat zij hun ziekte zo goed onder controle hebben.

5

Wat kunt u verwachten?

Wilt u onze overlijdensrisicoverzekering afsluiten, dan maakt de verzekerde gebruik van onze gezondheidsverklaring op internet: www.interpolis.nl/gezondheidsverklaring. Hier staat voor de verzekerde ook aanvullende informatie. De verzekerde ontvangt van ons een SMS met de gegevens om in te loggen. Deze gegevens sturen we naar zijn/haar mobiele telefoonnummer.

De verzekerde vult op internet de gezondheidsverklaring in

In de meeste gevallen weet de verzekerde binnen 10 minuten of de verzekering geaccepteerd is. Als het verzekerd bedrag groter is dan € 300.000,- moet de verzekerde worden gekeurd door een huisarts. Is het verzekerd bedrag groter dan € 750.000,-, dan vindt deze keuring door een internist plaats. De verzekerde ontvangt van ons hierover informatie na het invullen van de gezondheidsverklaring op internet.

Als wij de gezondheidsverklaring niet meteen kunnen accepteren

Ongeveer 20% van de gezondheidsverklaringen kunnen wij niet meteen medisch accepteren. Onze medische dienst beoordeelt de gezondheidsverklaring dan handmatig. Als het nodig is, wordt meer medische informatie verzameld. Dit doen wij in ongeveer 8% van de gevallen, terwijl veel verzekeraars dat maar liefst drie- tot viermaal zo vaak doen. De medische informatie kan van de verzekerde zelf komen, van de behandelend arts of uit een medische keuring.

Waarom hebben we soms meer informatie nodig?

Omdat we dan veel beter weten wat er aan de hand is. We kunnen dan meer mensen medisch accepteren tegen de normale premie: maar liefst 97%. De overige verzekerden accepteren we bijna allemaal tegen een verhoogde premie. Slechts één op de 200 aanvragen (0,5%) kunnen we helaas niet accepteren.

Het kan wat langer duren

De keuringsarts moet het medisch keuringsrapport opstellen en opsturen. Gemiddeld moeten we daar vijf werkdagen op wachten. Als de behandelend arts ons informatie moet sturen, kan dit wel een paar weken duren. Soms heeft de arts het erg druk en de patiënten gaan natuurlijk voor. Als het te lang gaat duurt, sturen wij de behandelend arts een herinnering.

6

Schema

Op de volgende pagina hebben we ons medisch acceptatieproces uitgewerkt. Dit proces is anders als het verzekerd bedrag hoger is dan € 300.000,-. Dan moet de verzekerde na het invullen van de gezondheidsverklaring worden gekeurd. De verzekerde wordt hierover uiteraard geïnformeerd. Dit gebeurt via een online melding na het invullen van de gezondheidsverklaring.

Aan de hand van de gezondheidsverklaring en de keuringsinformatie zal onze medische dienst bepalen of en hoe de verzekering kan worden geaccepteerd.

7

Hebt u vragen?

U kunt altijd bellen met onze medische dienst. Het telefoonnummer is 013 462 14 28. Onze medewerkers zijn bereikbaar op werkdagen van 08.30 – 18.00 uur.

De verzekerde vult de gezondheidsverklaring in:

