



Arbeidsongeschikt. En nu? – Klantbrochure

U heeft zich arbeidsongeschikt gemeld bij uw verzekeraar. In deze folder leest u wat u nu kunt verwachten. U leest onder andere hoe uw verzekeraar uw arbeidsongeschiktheid beoordeelt en met welke deskundigen u te maken krijgt.

Ben ik arbeidsongeschikt volgens de polisvoorwaarden?

Als u een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft aangevraagd, dan beoordeelt uw verzekeraar eerst of u arbeidsongeschikt bent volgens de polisvoorwaarden en eventuele specifieke bepalingen van uw verzekering.

Er zijn verschillende manieren om naar arbeidsongeschiktheid te kijken. Deze verschillen per verzekeraar en per product. In uw polisvoorwaarden staat hoe uw verzekeraar uw arbeidsongeschiktheid bekijkt. Drie manieren om naar arbeidsongeschikt te kijken, zijn:

Beroepsarbeidsongeschiktheid

Bij beroepsarbeidsongeschiktheid kijkt de verzekeraar of u uw eigen beroep nog kunt uitoefenen. Daarbij houdt hij meestal rekening met aanpassingen die u in uw werksituatie kunt doen om aan het werk te blijven. Misschien kunt u blijven werken door uw werk op een andere manier te doen of door de taken binnen uw bedrijf anders te verdelen. Als u ondanks dit soort aanpassingen uw eigen beroep niet meer kunt uitoefenen, dan heeft u recht op een uitkering.

Passende arbeid

Bij passende arbeid kijkt uw verzekeraar of u nog werk kunt doen dat past bij uw opleiding en werkervaring. Het maakt niet uit of u het passende werk echt gaat doen. Sommige verzekeraars kijken ook naar het inkomen dat u eerder verdiende .

Gangbare arbeid

Bij gangbare arbeid kijkt de verzekeraar alleen of u nog kunt werken. Het maakt niet uit wat voor werk. De verzekeraar let niet op uw oude beroep, werkervaring of inkomen. Het maakt niet uit of u een baan kunt vinden. Daardoor vindt de verzekeraar over het algemeen eerder dat u kunt werken dan bij beroepsarbeidsongeschiktheid of passende arbeid.

In welke mate ben ik arbeidsongeschikt?

Als u arbeidsongeschikt bent volgens de polisvoorwaarden, dan kijkt uw verzekeraar in welke mate u arbeidsongeschikt bent. Uw mate van arbeidsongeschiktheid drukt uw verzekeraar uit in een percentage. Dit is het arbeidsongeschiktheidspercentage. Het arbeidsongeschiktheidspercentage bepaalt of u een uitkering krijgt en hoe hoog die is. Bij veel verzekeraars krijgt u een uitkering als u voor ten minste 25 procent arbeidsongeschikt bent. Ook kan het zijn dat u gekozen heeft voor een hogere ondergrens, waarmee u vanaf een hoger percentage arbeidsongeschiktheid een uitkering ontvangt.

Welke informatie heeft de verzekeraar over 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 ondergaat en uw werk. Deze informatie vraagt de verzekeraar op bij u, maar vaak ook bij uw behandelend arts.

Overigens mag de medisch adviseur van uw verzekeraar alleen medische gegevens bij anderen (zoals uw arts) opvragen als u daarvoor van tevoren schriftelijk 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, over welke periode de informatie wordt opgevraagd en het doel daarvan.



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, dan vraagt de verzekeraar ook uw financiële gegevens op. De verzekeraar laat u weten waarom hij de financiële gegevens wil hebben.

Bij andere verzekeringen speelt uw inkomen geen rol, dit zijn de zogenaamde sommenverzekeringen. Hierbij wordt alleen op basis van uw arbeidsongeschiktheidspercentage en de hoogte van het verzekerde bedrag de hoogte van uw uitkering bepaald.

Wanneer word ik medisch beoordeeld en hoe gaat dat in zijn werk?

Het kan zijn dat de medisch adviseur van uw verzekeraar een medisch onderzoek nodig vindt. Bijvoorbeeld als hij niet genoeg heeft aan de opgevraagde informatie. Een medisch onderzoek is niet altijd nodig. Bijvoorbeeld als vaststaat dat u volgens de polisvoorwaarden niet arbeidsongeschikt bent of geen recht op een uitkering heeft. Of als vaststaat dat u recht heeft op een uitkering.

Het doel van het medisch onderzoek is informatie te verzamelen over uw gezondheid die de medisch adviseur nodig heeft om een goede inschatting te maken van de aard en omvang van de beperkingen voor werk. Het medisch onderzoek wordt gedaan door een arts. Als de verzekeraar u medisch wil laten beoordelen, dan stuurt hij u een oproep en hij betaalt alle kosten die aan dit onderzoek zijn verbonden (vaak ook uw reiskosten).

Word ik vaker medisch beoordeeld?

Meestal wil de verzekeraar uw mate van arbeidsongeschiktheid na een tijd opnieuw beoordelen. Of en hoe vaak de verzekeraar dat doet, verschilt per situatie. Vaak wil de medisch adviseur van de verzekeraar u opnieuw laten onderzoeken, omdat uw gezondheid is veranderd. De verzekeraar geeft altijd goed aan waarom dit nieuwe onderzoek nodig is en betaalt de onderzoekskosten.

Misschien wilt u zelf een nieuw medisch onderzoek. Dat kan als er nieuwe informatie is over uw gezondheid. U kunt dan een schriftelijk verzoek indienen bij de medisch adviseur van de verzekeraar. Hierin moet u goed uitleggen waarom u het verzoek doet. 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 nieuwe onderzoek niet (volledig) te accepteren. U leest meer hierover in uw polisvoorwaarden.

Met welke deskundigen krijg ik te maken?

Om uw arbeidsongeschiktheid goed te beoordelen, werkt uw verzekeraar met één of meerdere deskundigen.

Technisch claimbehandelaar

De technisch claimbehandelaar behandelt uw arbeidsongeschiktheidsmelding. Hij of zij is in dienst van de verzekeringsmaatschappij. In veel gevallen onderhoudt de technisch claimbehandelaar het contact met u. Als u een verzekeringsadviseur heeft, dan loopt het contact vaak via uw verzekeringsadviseur. Met vragen kunt u bij de technisch claimbehandelaar terecht. Ook houdt hij contact met de deskundigen die betrokken zijn bij de beoordeling van uw claim op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Medisch adviseur

De medisch adviseur beoordeelt uw gezondheid en de invloed daarvan op uw werk. Hij of zij adviseert de technisch claimbehandelaar en de arbeidsdeskundige. De medisch adviseur 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. Met alle ontvangen informatie geeft hij een advies over uw beperkingen en/of uw belastbaarheid.

Medisch claimbehandelaar

De medisch claimbehandelaar is in dienst van de verzekeraar. Hij of zij vraagt in opdracht van de medisch adviseur gegevens over uw gezondheid op, zodat de medisch adviseur een advies kan uitbrengen. Ook stuurt de medisch claimbehandelaar u een oproep voor een medisch onderzoek of een gesprek met een arbeidsdeskundige. In sommige gevallen onderhoudt de medisch claimbehandelaar al het contact met u.

Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige beoordeelt welke werkzaamheden u wel en niet meer kunt doen. Hij of zij doet dit mede op basis van informatie 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 wordt alleen geïnformeerd over uw beperkingen die medisch vastgesteld zijn en die relevant zijn voor uw werk. Daarnaast vraagt de arbeidsdeskundige vaak aanvullende informatie over uw bedrijf op. Bijvoorbeeld over machines, werkroutine of financiële informatie. De arbeidsdeskundige kan in dienst zijn van de verzekeraar, maar er zijn ook verzekeraars die een arbeidsdeskundig bureau inschakelen.

Controlerend arts

Een controlerend arts doet op verzoek van de verzekeraar een medisch onderzoek en brengt daarover verslag uit aan de medisch adviseur. Hij of zij is arts, maar het is niet uw behandelend arts of huisarts. Tijdens het medisch onderzoek (of onderzoeken) heeft u dus te maken met andere artsen dan uw eigen artsen.

Medisch specialist

Een medisch specialist is een onafhankelijk specialist. Hij of zij verricht op verzoek van de verzekeraar een specialistisch medisch onderzoek en brengt daarover verslag uit aan de medisch adviseur. Deze krijgt hierdoor een beter inzicht in uw medische situatie. Dat stelt hem in staat de arbeidsdeskundige en/of de technisch claimbehandelaar advies te geven.

Hoe houdt mijn verzekeraar mij op de hoogte?

Als u een melding hebt gemaakt van arbeidsongeschiktheid heeft u regelmatig contact 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. Dan is ook duidelijk welke uitkering u gaat ontvangen. Mocht dat toch niet lukken, dan laat de verzekeraar u dat op tijd weten. Hij geeft u dan een nieuwe termijn waarbinnen u wel een definitieve uitslag krijgt.

Uw verzekeraar moet concrete afspraken en officiële standpunten altijd schriftelijk bevestigen.

Welke informatie krijgt mijn verzekeringsadviseur?

Als u daar toestemming voor geeft, geeft de verzekeraar ook regelmatig informatie aan uw adviseur bij wie u de verzekering heeft afgesloten. Uw adviseur krijgt wel informatie over uw uitkering, maar geen inhoudelijke informatie over uw gezondheidssituatie.

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. De verzekeraar is dan verplicht om loonheffing in te houden op uw bruto-uitkering. Uiteraard krijgt u een bruto-netto specificatie die u kunt gebruiken bij uw belastingaangifte.



Hoe gaat de verzekeraar om met mijn medische gegevens?

Rapporten van een controlerend arts, een gezondheidsverklaring en informatie van bijvoorbeeld medisch specialisten worden opgenomen in het medisch dossier. Dit wordt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur bewaard.

De verzekeraar zorgt ervoor dat de medische gegevens op zorgvuldige wijze worden bewaard en dat geheimhouding is verzekerd. Uw gegevens worden verwerkt volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en de Wet bescherming persoonsgegevens. De gedragscode kunt u opvragen 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. Dit staat in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De medische adviseur en zijn medische staf hebben ook een geheimhoudingsplicht op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens.

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

Dit verschilt per product. Meestal hoeft u geen premie te betalen als u na één jaar nog volledig arbeidsongeschikt bent. Als u na een jaar voor een gedeelte arbeidsongeschikt bent, dan krijgt u meestal korting op de premie. Hoe het in uw geval is geregeld, staat in de polisvoorwaarden.

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

Klacht over uitkering

Bent u het niet eens met het besluit van de verzekeraar over een uitkering? Dan kunt u zich in eerste instantie het beste melden bij de technisch claimbehandelaar. Deze kan het besluit toelichten.

Als u het daarna nog steeds niet eens bent met het besluit dan kunt een klacht indienen bij het klachtenbureau van de verzekeraar of bij de directie. De verzekeraar laat u weten hoe de klachtenprocedure precies werkt. Volgens richtlijnen van het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid)¹ is degene die de klacht behandelt niet dezelfde persoon als degene die het dossier beheert waarover de klacht gaat.

De medewerker van de verzekeraar die de klacht behandelt, bevestigt schriftelijk dat de klacht in behandeling is genomen. Bij eenvoudige klachten krijgt u binnen twee weken een schriftelijke reactie van de verzekeraar. Bij ingewikkelde klachten is dat binnen zes weken. Heeft de verzekeraar langer nodig, dan laat hij dit schriftelijk aan u weten. Hij moet dan uitleggen wat hiervan de reden is en hoe snel hij wel reageert. Als u het niet eens bent met de reactie op de klacht, dan legt de verzekeraar uit welke stappen u daarna kunt nemen.

Klacht over vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid

Bent u het niet eens met de mate van arbeidsongeschiktheid die de verzekeraar heeft vastgesteld? Dan kunt u in overleg met uw verzekeraar eventueel een nieuw medisch of arbeidsdeskundig onderzoek laten doen door een andere deskundige. Neem eerst contact op met uw verzekeraar om dit te bespreken, want niet alle kosten worden altijd vergoed.

Als u er niet uitkomt met uw verzekeraar

Handelt uw verzekeraar uw klacht niet tot uw tevredenheid af? Dan kunt u zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid).



Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Postadres:

Kifid

Postbus 93257

2509 AG Den Haag

Bezoekadres:

Kifid

Kantoren Stichtage

Koningin Julianaplein 10

2595 AA Den Haag

Telefoon 070 – 333 89 99

www.kifid.nl

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de rechter.

8 maart 2017