



Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving

Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform vzw

Inhoud

Inleiding	3
1. Recht op verzekering	4
1.1 Een veralgemeend recht op verzekering	4
1.1.1 Nieuwe wettelijke regelingen	4
1.1.2 Recente wetsvoorstellen	5
1.1.3 Naar initiatieven in de Europese Unie?	6
1.2 Een recht op levenslange verzekeringen	7
1.3 Een recht op individuele voortzetting van collectieve verzekeringen	8
2. Aanvaardbare voorwaarden	9
2.1 Geen enkele discriminatie meer omwille van ziekte of handicap	9
2.2 Vragenlijsten, polisvoorwaarden en andere documenten in duidelijke en klare taal	9
2.3 Verankerde contractuele bepalingen	10
2.4 Individuele voortzetting van een verzekering bij het verlaten van een collectieve polis	10
2.5 Medische informatie, genetische tests en respect voor de privacy	10
3. Betaalbare verzekeringen	12
3.1 Een betaalbare verzekering	12
3.2 Premiezeekerheid voor cliënten	13
4. Participatie van, en overleg met patiëntenverenigingen	13
5. Samenvatting	14
6. Verwachtingen van het Vlaams Patiëntenplatform vzw	14

Inleiding

Private of particuliere verzekeringen spelen een steeds belangrijkere rol. Elke persoon of gezin heeft immers behoefte aan een behoorlijke, aangepaste en betaalbare financiële beveiliging via ondermeer brandverzekering, reisverzekering, hospitalisatie- en andere gezondheidsverzekeringen, schuldsaldo-verzekering (voornamelijk bij het lenen voor de aankoop van een woning), familiale en andere aansprakelijkheidsverzekeringen.

Gezonde en kapitaalkrachtige mensen kunnen gemakkelijk verzekeringen afsluiten. Personen met een chronische ziekte of handicap en hun gezin, worden door verzekeraars echter als een 'hogere' risico beschouwd en kunnen daarom vaak geen goede verzekeringsovereenkomst bekomen of betalen. Uit de Enquête naar de Arbeidskrachten van het Nationaal Instituut voor Statistiek in 2002 blijkt dat 16,2% van de personen tussen 15 en 64 jaar te kampen heeft met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem. Het gaat dus om een niet te verwaarlozen groep binnen de bevolking.

Mensen met een chronische ziekte zijn structurele gebruikers van zorg. Ze hebben langdurig en regelmatig gezondheidsklachten als gevolg van een permanente lichamelijke of psychische aandoening. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hanteert een definitie waarin de patiënt als persoon centraal staat en die het patiëntenperspectief benadrukt:

" Een chronisch zieke is een persoon die lijdt aan een aandoening die de persoon fysiek en/of psychisch aantast, diagnostisch al dan niet kan worden vastgesteld, een langdurige zorg en/of medische controle kan inhouden, zichtbare en/of onzichtbare beperkingen veroorzaakt, geen zekerheid heeft op geheel of gedeeltelijk herstel, progressief, fluctuerend of stabiel kan verlopen, al dan niet kan leiden tot een geheel of gedeeltelijk verlies van autonomie, een vermindering van levenskwaliteit veroorzaakt en ernstige gevolgen heeft op medisch, en/of sociaal, en/of financieel vlak voor de betrokkene en zijn omgeving."

Enkele voorbeelden van de meest schrijnende problemen die personen met een chronische ziekte of handicap ondervinden als gevolg van het beleid of de praktijken van verzekeringsmaatschappijen zijn:

- de weigering om een polis af te sluiten omwille van een chronische ziekte of handicap;
- de weigering om een collectieve verzekering die een persoon met een chronische aandoening of een beperking via een bedrijf of instelling aanging (soms met zijn/haar gezin), om te zetten in een individuele verzekering na ontslag of werkonbekwaamheid;
- de vordering van onmenselijk hoge premies;
- de weigering van uitbetaling van verzekeringsprestaties bij schadegeval omwille van een 'reeds bestaande' ziekte of handicap;
- het willekeurig opzeggen van de overeenkomst door verzekeringsmaatschappijen.

Verzekeraars zijn ondernemers die winst willen maken. Het algemeen toepassen van het solidariteitsprincipe of het verzekeren van de 'gewone markt' zodat iedereen effectief de kans heeft om een verzekering aan te gaan, zien zij niet als hun opdracht. Hierdoor worden binnen de verzekeringswereld gelijke kansen meer dan eens met de voeten getreden.

Standpunt Vlaams Patiëntenplatform vzw :

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is van oordeel dat dringend bevredigende oplossingen moeten worden gevonden voor de verzekeringsproblemen die mensen met een chronische aandoening of handicap ondervinden. Het VPP vraagt dan ook van alle betrokken beleidsinstanties bijzondere aandacht voor:

- een recht op verzekering voor de belangrijkste 'levensrisico's';
- aanvaardbare voorwaarden;
- betaalbare verzekeringen;
- participatie en overleg van patiënten/ consumenten inzake verzekeringen.

Bepaalde nieuwe, wettelijke regelingen brengen gunstige evoluties met zich mee voor personen met een chronische ziekte of handicap en voor consumenten in het algemeen. Voorbeelden zijn de antidiscriminatiewet en de wet op de patiëntenrechten. In de toepassing van deze en andere wettelijke regelingen streeft de rechtspraak van hoven en rechtbanken ook al naar een correcter evenwicht tussen verzekeraar en verzekerde bijvoorbeeld wanneer er sprake is van onopzettelijke onjuiste mededelingen aan de verzekeraar of wanneer het gaat over de verdeling van de bewijslast tussen verzekeraar en verzekerde of over (niet-)verzekering van vooraf bestaande ziekten of aandoeningen.

Hoe lovenswaardig deze evoluties ook (kunnen) zijn, toch blijven ze veel te vaag of te onduidelijk. Het VPP meent daarom dat naast een mentaliteitsverandering ook nieuwe, goed doordachte en degelijk voorbereide wetgevende initiatieven noodzakelijk zijn.

1 Recht op verzekering

1.1 Een veralgemeend recht op verzekering

Voor het uitbouwen van een menswaardig leven heeft iedereen nood aan een minimumregeling die een aantal verzekeringen bevat. Mensen met een chronische ziekte of handicap en hun familie worden dan niet langer voor allerlei verzekeringen uitgesloten. Op deze nood wordt ingespeeld door nieuwe wettelijke regelingen, door recente wetsvoorstellen maar ook door Europese initiatieven.

1.1.1 Nieuwe wettelijke regelingen

- Op grond van de nieuwe **antidiscriminatiewet** (wet 25 februari 2003, B.S. 17 maart 2003) mogen mensen met een chronische ziekte, mensen met een handicap en hun omgeving niet langer gediscrimineerd worden voor alles wat te maken heeft met levering van goederen of diensten. Dat geldt dus ook op vlak van verzekeringen. De verzekeraar moet aantonen dat hij een objectieve en redelijke rechtvaardiging heeft om een persoon met een chronische ziekte of handicap een bepaalde verzekering te weigeren of om hem slechts tegen veel zwaardere voorwaarden of premies te verzekeren. Het probleem om een verzekering af te sluiten of van uitsluitingen omwille van gezondheidstoestand of handicap, zal zich hierdoor hopelijk minder stellen.

Toch vreest het Vlaams Patiëntenplatform vzw dat deze wet niet alle problemen oplost. Het is immers uiteindelijk de rechter die een 'redelijke en objectieve rechtvaardiging' beoordeelt. Ook

het probleem van de betaalbaarheid van verzekeringspremies blijft schrijnend. Recente ervaringen tonen aan dat in de praktijk nog niets veranderde.

Het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding kreeg in het kader van de antidiscriminatie wet een ruime beoordelings- en bemiddelingsopdracht. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hoopt dat het Centrum mee krachtadig zal optreden tegen elk misbruik inzake verzekeringsweigering en - uitsluiting en eveneens tegen de onbetaalbaarheid van premies.

- Door de nieuwe **wet op de patiëntenrechten** (wet 22 augustus 2002, B.S. 26 september 2002) verbetert het juridisch statuut van patiënten aanzienlijk. Ook inzake verzekeringen wijzigt deze wet (art.19 ter aanpassing van art 95 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst) ingrijpend de medische informatie van verzekerden naar verzekeraars bij het sluiten of handhaven van allerlei verzekeringscontracten:
 - Elke kandidaat - verzekerde kan vrij kiezen welke arts hij raadpleegt om geneeskundige verklaringen af te leveren met betrekking tot zijn of haar gezondheidstoestand. Deze verklaringen moeten zich steeds beperken tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand (§ 1 lid 1).
 - Bij het afleveren van allerlei attesten krijgt deze vrij gekozen arts een belangrijke rol en verantwoordelijkheid. Zo moet hij steeds nagaan of 'zijn patiënt' niet onder druk van de verzekeraar handelt.
 - Het medisch onderzoek dat noodzakelijk is voor het sluiten en uitvoeren van een verzekeringscontract, mag enkel steunen op de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde. Er mag in geen geval gebruik gemaakt worden van technieken van genetisch onderzoek om te peilen naar de toekomstige gezondheidstoestand.
 - Private verzekeraars moeten verplicht beroep doen op adviserende artsen die eveneens duidelijke verplichtingen moeten naleven ter bescherming van de rechten van elke verzekerde. De medische verklaringen mogen enkel worden bezorgd aan de adviserend arts van de verzekeraar. Deze arts mag de verzekeraar enkel informatie geven die relevant is voor het te dekken risico. Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, moet de adviserend arts alle geneeskundige verklaringen terugbezorgen op verzoek van de verzekerde of, in geval van overlijden, op verzoek van de rechthebbenden.

Samenvattend benadrukt deze wet dat rond medische informatie in de private verzekeringen, dwingend en permanent aandacht moet gaan naar het beschermen van de privacy of de persoonlijke levenssfeer van elke verzekerde.

- Als mogelijk uitgangspunt voor een recht op basisverzekeringen verwijst het Vlaams Patiëntenplatform vzw naar de recente instelling van de **basis-bankdienst** (wet van 24 maart 2003, B.S. 15 mei 2003). Deze maatregel heeft als doel sociale uitsluiting te voorkomen en iedereen de kans te geven een bankrekening te openen en over een bankkaart te beschikken. Banken mogen hiervoor een forfaitair bedrag vragen. Elke kredietinstelling die een hoger aantal basis-bankdiensten beheert dan proportioneel voorzien is, kan een tegemoetkoming vragen bij een zogenaamd Compensatiefonds.

1.1.2 Recente wetsvoorstellen

Tijdens de vorige legislatuur zijn reeds door verschillende parlementsleden wetsvoorstellen ingediend om te komen tot een zogenaamde basisdienst (meestal met een recht op die verzekeringen) inzake bepaalde verzekeringen.

- Zo was er een wetsvoorstel (B. Senaat, 2-1434/1, 22 januari 2003, Francis Poty, Philippe Mahoux) waardoor verzekeringsondernemingen niet langer zouden mogen weigeren om tegen een redelijke premie en onder normale voorwaarden, een basisdienst te verlenen ondermeer inzake levensverzekeringen verbonden aan hypothecaire lening, aansprakelijkheidsverzekeringen motorrijtuigen, brandverzekering voor eenvoudige risico's en aansprakelijkheidsverzekeringen privé-leven.
- Een ander wetsvoorstel (B. Senaat 2/1112/1, 23 april 2003, François Roelants du Vivier) wil de toekenning van een hypotheeklening voor bepaalde categorieën van personen vergemakkelijken. Uitgangspunt is hier dat voor de meeste mensen het verwerven van een eigen woning van bijzonder belang is in hun leven. Hiervoor sluiten ze meestal een hypotheeklening maar ook een schuldsaldoverzekering (waarbij de verzekeraar het geleende kapitaal aan de kredietinstelling uitkeert bij overlijden).
Wanneer de aanvrager echter een ziekte of een handicap heeft, is het verkrijgen van een schuldsaldoverzekering moeilijk of niet betaalbaar. Hierdoor komt ook het afsluiten van de hypotheeklening vaak op de helling te staan. De overlevende partner of familie wordt hier voor financieel gestraft: hij of zij moet de lening volledig terugbetalen. Het wetsvoorstel wil hier verandering in brengen.
- Een ander voorstel beoogt een uitvoerige regeling met minimumregels of -waarborgen in de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging (Kamer, DOC 51 0266/001, 9 oktober 2003, Simonne Creyf).
Het doel is voornamelijk deze verzekering levenslang te laten gelden, toegang tot een individuele verzekering te waarborgen na afloop van een collectieve verzekering, bepaalde onbillijke uitsluitingen of andere voorwaarden te weren, éézijdige wijzigingen van voorwaarden te verbieden en tariefzekerheid te bieden.

1.1.3 Naar initiatieven in de Europese Unie?

In de Europese Unie worden initiatieven genomen die ook in ons land verbetering kunnen brengen in de rechten van patiënten en personen met een handicap in verband met verzekeringen.

- Door het E.G. verdrag (verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, artikel 13) zijn reeds maatregelen genomen met het oog op het bestrijden van discriminaties op verschillende gronden waaronder (wat in de huidige context toch van groot belang is) geslacht, handicap en leeftijd.
Op een aantal gebieden (arbeidsmarkt, beroepsopleidingen) zijn reeds ingrijpende maatregelen getroffen die door alle E.U. lidstaten dwingend moeten worden uitgevoerd. Op basis hiervan heeft de **Europese Commissie** recent werk gemaakt van een richtlijn – voorstel 'tot uitvoering van het beginsel van gelijke behandeling van vrouwen en mannen bij de toegang tot, en de levering van goederen en diensten' (Com/2003/657, 5 november 2003), thans voor advies in bespreking bij het Europees Parlement).
Bij de beoogde 'diensten' waarvoor discriminaties tussen mannen en vrouwen op termijn (6 à 8 jaar) moeten worden voorkomen en uitgebannen, is er nadrukkelijk sprake van verzekeringen. Alle discriminaties moeten worden weggewerkt ondanks de door de meeste verzekeraars ingeroepen verschillen inzake levensverwachting, gedrag patronen (vooral bij autoverzekeringen) en consumptie (bij gezondheidsverzekeringen).

De voorgestelde maatregelen zullen binnenkort effectief worden opgenomen in een richtlijn van de Europese Raad.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is van mening dat de rechtsgronden en beweegredenen die ingeroepen worden voor het wegwerken van elke ongelijke behandeling tussen vrouwen en mannen inzake verzekeringen, even goed of met enige aanpassing, kunnen gelden voor het wegwerken van discriminatie tussen personen met of zonder handicap en mogelijk ook tussen personen met of zonder chronische ziekte of aandoening. Het VPP verwacht dan ook dat alle voorbereidende werkzaamheden met spoed worden gestart en tot een goed einde worden gebracht.

- Door het **Europees Parlement** is in 2000, op grond van een verslag van Michel Rocard, bijzondere aandacht besteed en gevraagd voor de problematiek van de zogenaamde aanvullende ziektekostenverzekering (P.B. E.G. C 223, 8 augustus 2001, resolutie Europees Parlement, C 204, mei 2001, advies Economisch en Sociaal Comité). De Europese Commissie werd hierbij met aandrang gevraagd om een wetgevend initiatief te nemen, liefst via een richtlijn, waardoor alle nodige maatregelen worden opgelegd om het sociaal karakter (met algemene toegang voor iedereen) van de aanvullende ziektekostenverzekeringen te waarborgen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw acht het noodzakelijk dat onmiddellijk gevolg wordt gegeven aan dit nadrukkelijk verzoek van het Europees Parlement. Het treffen van deze en andere maatregelen op Europees niveau moet het mogelijk maken om de beoogde sociale bescherming voor alle E.U. landen te laten gelden en meteen ook alle concurrentie en andere bezwaren van verzekeraars te ontzenuwen.

1.2 Een recht op levenslange verzekeringen

Verzekeringen worden afgesloten met het oog op zekerheid naar de toekomst. Ondermeer voor gezondheidszorg en overlijdensdekking is een levenslange verzekering een belangrijk gegeven, zeker voor personen met een chronische aandoening of beperking. Praktijken waarbij verzekeraars (zogenaamd op verzoek van de verzekerde) ziekteverzekeringen afsluiten voor slechts een beperkte duur, bijvoorbeeld van jaar tot jaar, kunnen niet geduld worden.

Tevens moet worden voorkomen dat de polis onder een of ander voorwendsel omwille van een ziekte of handicap, door de verzekeraar wordt opgezegd bij het aangeven van schadegevallen.

Concreet moet er een wettelijke regeling komen waarbij de verzekeraar enkel nog de mogelijkheid heeft om de polis op te zeggen in situaties waarin de premie niet meer betaald wordt door de correct geïnformeerde cliënt. De verzekeraar moet dan wel zijn informatieplicht t.a.v. cliënten naar behoren nakomen in een situatie van niet-betaling en die cliënten nadrukkelijk wijzen op de ernst van de niet-betaling. De cliënt kan daarentegen wel zijn polis op elk moment opzeggen.

1.3 Een recht op individuele voortzetting van collectieve verzekeringen

In de praktijk gebeurt het steeds meer dat personen (soms zelfs met andere gezinsleden) opgenomen zijn in een collectieve verzekering, afgesloten door de werkgever of een andere instelling.

Dergelijke verzekeringen bieden vaak dekking voor risico's die met de levensloop ernstiger of gevaarlijker worden. Voorbeelden van risico's zijn:

- overlijden, onder meer gedekt in schuldsaldoverzekeringen;
- gezondheidstoestand, onder meer gedekt in hospitalisatie- of gezondheidszorgverzekeringen;
- verzekeringen m.b.t. gewaarborgd inkomen.

Iedereen die in een collectieve verzekering is opgenomen, maar daaruit valt (bijvoorbeeld bij verlies van werk), moet het recht hebben om de verzekering op individuele basis verder te zetten.

Dit recht moet worden gewaarborgd in alle polissen, zoals onder meer in gezinsverband, waarin een groep personen verzekerd zijn; wie die groep (bijvoorbeeld het gezin) verlaat moet de desbetreffende verzekering individueel verder kunnen zetten.

Minimaal moet voor elke collectieve verzekering als regel gelden dat er nooit enige verandering kan in worden aangebracht waardoor de rechten van de verzekerde kunnen worden verminderd. Dit geldt vooral wanneer de collectieve verzekering naar een andere verzekeraar overgaat. Wanneer er een verandering plaatsvindt, geldt er een maximale informatieplicht door de werkgever of inrichter van de verzekering en alle betrokken verzekeraars.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hoopt dat de in België optredende verzekeringsmaatschappijen zelf de nodige maatregelen nemen om hun collectieve verzekeringspolissen met de nodige duidelijke clausules aan te passen. Indien dit niet het geval is, wenst het Vlaams Patiëntenplatform vzw dat parlementsleden en bevoegde ministers spoedig de nodige, wettelijke initiatieven nemen.

Mede tegen de achtergrond van recente wettelijke regelingen of andere nationale en Europese initiatieven, maar ook tegen de achtergrond van de té talrijke schrijnende discriminaties in de praktijk, eist het Vlaams Patiëntenplatform vzw de waarborg van **een recht op verzekering**.

Dit **recht** op verzekering moet alleszins, onder nader te bepalen maar geenszins beperkende voorwaarden, levenslang gelden voor:

- alle aanvullende verzekeringen inzake gezondheidszorgen en medische hulp;
- alle overlijdensverzekeringen (schuldsaldo- en levensverzekeringen);
- alle familiale en gelijkaardige aansprakelijkheidsverzekeringen.

Bovendien moet iedereen die in een collectieve verzekering is opgenomen, het recht hebben om deze verzekering verder te zetten op individuele basis.

In afwachting van overheidsinitiatieven wenst het VPP dat verzekeringsmaatschappijen in België zelf de nodige maatregelen nemen.

2 Aanvaardbare voorwaarden

2.1 Geen enkele discriminatie meer omwille van ziekte of handicap

De toegang tot een aantal levensnoodzakelijke verzekeringen (schuldsaldoverzekering, levensverzekering, hospitalisatieverzekering, familiale aansprakelijkheidsverzekering,...) wordt voor sommige mensen moeilijk of zelfs onmogelijk gemaakt, louter omwille van hun ziekte of handicap.

De antidiscriminatiewet (wet 8 oktober 2002, B.S. op 17 maart 2002 - zie 1.1.1) moet een einde maken aan de discriminatie van mensen met een chronische ziekte of een handicap.

De verzekeraar moet alleszins zelf aantonen op basis van welke 'objectieve en redelijke rechtvaardiging' hij de chronisch zieke of persoon met een handicap, die een verzekering aanvraagt, weigert of waarom hij hem enkel tegen zwaardere voorwaarden of premies wenst te verzekeren.

Een strikte, zonodig gedwongen naleving van deze verantwoordingsplicht (mede door het Centrum voor Gelijkheid van Kansen) kan een eerste aanzet zijn tot een mentaliteitsverandering. Hierdoor zal het probleem van uitsluiting omwille van gezondheidstoestand of handicap zich in de toekomst hopelijk minder stellen.

2.2 Vragenlijsten, polisvoorwaarden en andere documenten in duidelijke en klare taal

- In de praktijk worden talrijke verzekeringen gesloten zonder dat voorafgaand **duidelijke vragenlijsten** door de consument worden ingevuld. Ook wanneer dit wel het geval is, bevatten die vragenlijsten geregeld vragen die direct of indirect in strijd zijn met de privacywetgeving (zie 2.5). Ook zijn vragen soms onduidelijk geformuleerd (zodat de verzekeringsmaatschappij die vragen achteraf kan 'interpreteren'), of krijgt de verzekerde consument geen kopie of exemplaar van de ingevulde vragenlijst.
- Verzekeringspolissen zijn vaak opgesteld in een **onbegrijpelijke taal**. Daardoor kan de verzekeraar het contract achteraf zo interpreteren dat hij zo weinig mogelijk vergoedingen of andere prestaties moet uitkeren. Krachtens de wet zelf moeten alle clausules in een nauwkeurige en voor iedereen begrijpelijke taal geformuleerd worden: zij mogen geen clausules bevatten die inbreuk plegen op de gelijkwaardigheid tussen de verbintenissen van verzekeraar en verzekerde (K.B. 22 februari 1991, algemeen controlereglement, art.14).
- Naast onbegrijpelijke clausules hanteren verzekeraars in hun polissen nog te vaak een **enge of restrictieve interpretatie** van bepaalde begrippen.
 - Voorbeelden met betrekking tot de hospitalisatie- en gezondheidszorgverzekeringen: het begrip ziekenhuis wordt in polissen vaak gereduceerd tot 'algemeen ziekenhuis' zodat voor bepaalde opnames geen terugbetaling van medische kosten wordt voorzien. Eigenlijk dient het begrip 'ziekenhuis' aan te sluiten op de meest recente evolutie terzake en dus niet alleen te slaan op algemene ziekenhuizen maar ook op psychiatrische ziekenhuizen, MS klinieken, pijnklinieken, palliatieve eenheden en andere instellingen waar een persoon met een chronische ziekte wordt opgenomen en behandeld.

- Meer algemeen wordt een uitsluiting van 'opzet' of 'opzettelijk veroorzaakte schade' vaak in polissen opgenomen of toegepast. Wanneer er volgens de verzekeraar sprake is van opzet, verleent hij geen tussenkomst in kosten of schadevergoeding. Bij zelfmoord heeft dit bijvoorbeeld tot gevolg dat de verzekeraar niet tussenkomt in de kosten voor medische verzorging of voor de vergoeding van de schade aan anderen veroorzaakt, omdat niet alleen de daad maar ook alle gevolgen daarvan als 'opzet' worden beschouwd. Toch gaat het hier meestal om een handeling als gevolg van een geestelijke chronische ziekte, aandoening of stoornis waarbij de betrokkene eventueel wel de zelfmoord maar niet alle 'andere gevolgen' heeft gewild. In levensverzekeringen is verzekering van zelfmoord na een jaar overigens krachtens de wet zelf verplicht.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wenst dat verzekeraars hun sociale verantwoordelijkheid op alle hier besproken domeinen, daadwerkelijk opnemen en zich daarbij houden aan hun goeder-trouw-plicht zoals zij dit zelf eisen van hun verzekerden.

2.3 Verankerde contractuele bepalingen

Verzekeraars brengen in lopende verzekeringscontracten meer dan eens veranderingen aan met het argument dat ze nieuwe wetgeving volgen of het contract na een bepaalde risicoanalyse 'moeten' herzien.

Voor het Vlaams Patiëntenplatform vzw is het onaanvaardbaar dat verzekeraars op basis van een dergelijke argumentatie eenzijdig kunnen beslissen of een contract aangepast mag worden. Eens een verzekering is afgesloten en de polis onderschreven, mag de verzekeraar geen bepalingen meer eenzijdig wijzigen. Ook op dit punt is de bescherming van de consument een fundamenteel principe.

2.4 Individuele voortzetting van een verzekering bij het verlaten van een collectieve polis

Bij de overgang van gelijk welke collectieve polis naar een individuele polis (zie ook 1.3), moeten alle voorwaarden die in de collectieve polis zijn opgenomen, overgenomen worden in een betaalbare, individuele polis. De verzekeraar mag in geen geval van de overgang gebruik maken om mensen met een chronische ziekte of handicap uit te sluiten of aan strengere voorwaarden te onderwerpen.

Voorwaarden en termijnen in verband met het overstappen van een collectieve naar een individuele polis, kunnen in geen geval eenzijdig door verzekeraars bepaald worden.

2.5 Medische informatie, genetische tests en respect voor de privacy

- **Medische vragenlijsten** bevatten nog te vaak indiscrete, misplaatste of zelfs onwettige vragen. Het recht om vragen te stellen over de gezondheidstoestand van iemand is geen absoluut recht; het moet steeds ter goeder trouw en in overeenstemming met de wettelijke bepalingen worden uitgeoefend.
- Dankzij de evolutie in de wetenschap kunnen **menselijke genen** grotendeels in kaart worden gebracht. Dit is ongetwijfeld positief voor de preventie en de behandeling van ziektes en aandoeningen. Hierdoor rijzen echter ook vragen. De vrees ontstaat namelijk dat informatie over de menselijke genen voor andere dan medische doeleinden gebruikt zal worden,

bijvoorbeeld door verzekeringsmaatschappijen om klanten met 'betere' genen te selecteren of anderen uit te sluiten.

De wet op de patiëntenrechten (22 augustus 2002, art. 19 § 1 lid 3 ter vervanging van art. 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst) stelt het basisprincipe nu zeer duidelijk:

"Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van een overeenkomst, kan slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen."

De wet van 25 januari 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (art 5) bepaalt trouwens van in het begin dat genetische gegevens in geen geval mogen worden meegedeeld. De wet op de patiëntenrechten verbiedt nu uitdrukkelijk het gebruik van genetisch onderzoek om de toekomstige gezondheidstoestand van een kandidaat-verzekerde te bepalen. Er mag enkel worden uitgegaan van de huidige gezondheidstoestand van de cliënt. De verzekeraar kan wel een medische vragenlijst voorleggen of een medisch onderzoek aanvragen of zelfs opleggen. Genetische gegevens in de brede zin van het woord mogen echter niet meegedeeld worden en genetische tests zijn uitgesloten.

Een mogelijk nadeel van dit verbod op genetische tests kan zijn dat deze ook niet toegestaan zijn wanneer ze in het voordeel van de cliënt zijn. De kandidaat – verzekerde mag dus niet vrijwillig (ook niet op suggestie of aanraden van verzekeringsmaatschappijen of tussenpersonen) genetische informatie geven om op die manier betere voorwaarden voor zichzelf te creëren en bijvoorbeeld een lagere premie te bekomen.

- **Het recht op privacy of bescherming van de persoonlijke levenssfeer** komt ook meer dan eens in het gedrang in bepaalde praktijken van verzekeraars. Hoewel de wet het gebruik van genetische tests of meer in het algemeen van genetische gegevens verbiedt, blijken verzekeringsmaatschappijen wel informatie te vragen over de medische geschiedenis van de familie. Verzekeraars menen dan mensen te kunnen uitsluiten op basis van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten bij ouders of familieleden. Bij verzekeringen gewaarborgd inkomen of arbeidsongeschiktheid blijken verzekeraars de uitkering of prestaties van een bepaalde verzekering te laten hangen van het volgen van bijvoorbeeld een behandeling in een psychiatrisch instelling. Dit is een inbreuk op het recht op privacy of de zelfbeschikking van de betrokken personen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw formuleert volgende eisen:

- verzekeringspolissen mogen geen uitsluitingen omwille van ziekte of handicap meer bevatten, ook niet wanneer een ziekte achteraf wordt uitgesloten met het voorwendsel dat de cliënt er waarschijnlijk (onbewust) al jaren zonder duidelijke manifestatie van symptomen aan leed;
- alle uitsluitingen uit de dekking van gelijk welke verzekeringspolis, moeten steeds strikt beperkt en limitatief blijven, in een klare en duidelijke taal geformuleerd worden en de bijzondere aandacht van de verzekerde vragen;
- de privacy moet steeds gerespecteerd worden, ook in medische vragenlijsten;
- voorwaarden en termijnen mogen in geen geval eenzijdig door verzekeraars bepaald worden;
- voorwaarden en termijnen in verband met het overstappen van een collectieve naar een individuele polis mogen in geen geval eenzijdig door verzekeraars bepaald worden;
- van alle hoven en rechtbanken, alle overheidsinstanties zoals de Controledienst voor Verzekeringen (thans Commissie voor het bank, financie- en assurantiewezen), de Controledienst voor Ziekenfondsen het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding en de verschillende ombudsdiensten wordt verwacht dat zij stipt toezien op de correcte toepassing van bestaande wetgeving. Is er twijfel over de interpretatie van een polisbeding dan moet het belang van de verzekerden steeds primeren.

3 Betaalbare verzekeringen

3.1 Een betaalbare verzekering

Premies moeten verzekeringstechnisch verantwoord zijn maar daarenboven ook 'menselijk aanvaardbaar' zijn voor personen met een chronische ziekte of handicap. Het aanrekenen van een bijpremie is voor deze mensen weliswaar beter dan algemene of bijzondere uitsluitingen, maar ook zo'n bijpremie moet aanvaardbaar zijn.

Premieaanpassingen tijdens de loop van een contract mogen slechts uitzonderlijk worden doorgevoerd op basis van redenen die, ook voor de verzekerden en niet alleen voor de verzekeraar, 'redelijk en objectief' gerechtvaardigd zijn.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wenst dat ziekenfondsen maar ook alle verzekeringsmaatschappijen die verzekeringen aanbieden aan personen met een chronische ziekte of een handicap, meer aandacht besteden aan solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen. Onbegrijpelijk en dus ook onaanvaardbaar is dat verzekeringsmaatschappijen zelf wel voor solidariteit pleiten wanneer zij menen daarbij belang te hebben, zoals inzake overstromingen bijvoorbeeld, waar zij solidariteit 'eisen' tussen mensen die wel, niet of zelfs nooit aan dit risico onderworpen worden. Waarom willen zij dan geen solidariteit regelen tussen gezonde en zieke mensen, terwijl vast staat dat iedereen ziek kan worden?

Om problemen inzake onbetaalbare verzekeringen op te lossen, moeten overheid en verzekeringssector, in open overleg met patiënten- en consumentenverenigingen, een aangepast solidariteitssysteem ontwikkelen. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw pleit voor een basisverzekeringdienst (zie 1). Voor de financiering ervan kan inspiratie gezocht worden bij de

basisbankdienst maar ook bij ervaringen uit andere landen (recent bijvoorbeeld in Frankrijk de Code de Déontologie).

3.2 Premiezeekerheid voor cliënten

Als cliënten een polis afsluiten verwachtten zij premiezeekerheid. De hoogte van de premie kan niet eenzijdig door de verzekeraars aangepast worden. Willen verzekeraars de premie laten stijgen naargelang de reële kosten in de praktijk toenemen dan kan dit enkel indien een onafhankelijke instantie de stijging van de kosten open controleert en de uitkeringen meestijgen met de hoogte van de premie.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw verwacht:

- Aanvaardbare en betaalbare premies voor personen met een chronische ziekte of handicap;
- Meer aandacht voor solidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen;
- Premiezeekerheid; de hoogte van de premie kan niet eenzijdig door de verzekeraars worden aangepast.

4 Participatie van en overleg met patiëntenverenigingen

De Belgische verzekeringswereld blijkt tot nu toe weinig te voelen of daadwerkelijk te doen aan een waarachtig en open overleg tussen alle bij verzekeringsproblemen en –oplossingen betrokken kringen.

Dit blijkt bijvoorbeeld duidelijk uit de ervaring in de Commissie voor Verzekeringen omtrent door consumenten aangebrachte ernstige problemen, zoals de overdreven segmentatie in auto- en andere verzekeringen of allerlei onrechtmatige bedingen en praktijken. Dit bleek zeer recent ook nog bij het Gentlemen's Agreement inzake autoverzekeringen, dat enkel besproken en gesloten werd tussen de bevoegde minister van Economie, en de BVVO (Beroepsvereniging voor Verzekeringsondernemingen) zonder enig open overleg met andere betrokkenen, zoals de Commissie voor Verzekeringen of de Consumentenverenigingen).

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hoopt op een waarachtig en open overleg tussen alle bij verzekeringsproblemen en –oplossingen betrokken partijen.

5 Samenvatting

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw eist de waarborg van een recht op verzekering. Dit recht moet, onder nader te bepalen maar geenszins beperkende voorwaarden, levenslang gelden voor alle aanvullende verzekeringen inzake gezondheidszorgen en medische hulp, alle overlijdensverzekeringen en alle familiale en gelijkaardige aansprakelijkheidsverzekeringen. Bovendien moet iedereen die in een collectieve verzekering is opgenomen, het recht hebben om deze verzekering verder te zetten op individuele basis. In afwachting van overheidsinitiatieven wenst het VPP dat verzekeringsmaatschappijen in België zelf de nodige maatregelen nemen.

Daarnaast hecht het Vlaams Patiëntenplatform vzw belang aan aanvaardbare voorwaarden in verzekeringspolissen. Verzekeringsmaatschappijen mogen niet discrimineren omwille van ziekte of handicap. Daarenboven moet de privacy gerespecteerd worden, ook in medische vragenlijsten. Bovendien worden verzekeringspolissen vaak in onbegrijpelijke bewoordingen opgesteld. Naast onbegrijpelijke clausules hanteren verzekeraars in hun polissen nog te vaak een enge of restrictieve interpretatie van bepaalde begrippen.

Andere belangrijke voorwaarden zijn dat de verzekeraars de voorwaarden en termijnen in geen geval eenzijdig mogen bepalen. Ook wanneer er een overstap wordt gemaakt van een collectieve verzekering naar een individuele verzekering, mogen de verzekeraars niet eenzijdig de voorwaarden en termijnen bepalen.

Naast een algemeen recht op verzekering en aanvaardbare voorwaarden, vraagt het Vlaams Patiëntenplatform vzw betaalbare verzekeringen en premiezeekerheid. De hoogte van de premie mag niet eenzijdig worden aangepast door de verzekeraar. Daarnaast moet er meer aandacht zijn voor de solidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen.

Tenslotte hoopt het Vlaams Patiëntenplatform vzw dat de betrokken partijen een waarachtig en open overleg kunnen voeren over de verzekeringsproblematiek van personen met een chronische ziekte of handicap.

6 Verwachtingen van het Vlaams Patiëntenplatform vzw

Met volledige steun en inzet van alle aangesloten patiëntenverenigingen en van de patiënten en hun gezinnen die daarbij steeds mondiger worden, verwacht het Vlaams Patiëntenplatform vzw van:

Verzekeringsmaatschappijen en mutualiteiten:

- Dat ze niet enkel oog hebben voor hun eigen belangen of eisen inzake rendabiliteit of responsabilisering maar ook voor de ware rechten en belangen van de verzekerde;
- Dat ze niet alleen naar de (kleine) letter van hun contracten of statuten handelen, maar ook naar de geest en filosofie ervan zoals zij het zelfs steeds vooropstellen in hun eigen publiciteit;
- Dat ze zich bewust zijn van alle (menselijke) gevolgen van de weigering van een verzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap, maar ook voor het gezin;
- Dat private en sociale verzekeraars in hun polissen rechtsbijstand opnemen die in werking treedt bij betwistingen;
- Dat ze voorzien in een waarachtige, onafhankelijke ombudsfunctie die mee waakt over de rechten en belangen van verzekerden en aangeslotenen.

Medische adviseurs en andere artsen:

- Dat ze steeds rekening houden met de door de wet beschermende rechten van de patiënt en met hun eigen plichten inzake medische informatie (zie wet op de patiëntenrechten).

Centrum voor Gelijkheid van Kansen:

- Dat ze hun bevoegdheid inzake antidiscriminatie maximaal benutten om personen met een ziekte of handicap bij te staan in het bestrijden en voorkomen van elke discriminatie inzake de gezondheidstoestand of de handicap.

Iedereen die personen met een chronische ziekte of handicap juridisch bijstaat (eveneens Hoven en Rechtbanken):

- Dat bij de interpretatie en toepassing van alle verzekeringsclausules steeds meer aandacht geschonken wordt aan de bescherming van de 'zwakkere', meer bepaald ten aanzien van clausules die onevenwichtig of onrechtmatig zijn.

Parlementsleden:

- Dat ze voor de beveiliging van de rechten en belangen van personen met een chronische ziekte of handicap concrete wetgevende initiatieven uitwerken en onmiddellijk in werking doen treden.

Bevoegde ministers en andere overheden:

- Dat ze hun bevoegdheden volwaardig aanwenden in het voordeel van mensen met een chronische ziekte of handicap en andere consumenten.

Alle betrokken partijen:

- Dat ze allen werk maken van een open overleg over alle problemen die personen met een chronische aandoening of handicap en hun gezinnen aanbelangen. Best wordt meteen van start gegaan met een open overleg over een volwaardig recht op verzekering.

Vlaams Patiëntenplatform vzw
1 maart 2004