

# PRIVÉVERZEKERINGEN EN KANKER

Campagne Kankerlijn

Augustus 2020

Auteur: Wim Geluykens ([wim.geluykens@komoptegenkanker.be](mailto:wim.geluykens@komoptegenkanker.be))

Redactieraad: Kurt Annendijck, Ellen Druyts, Chris Heremans, Els Meerbergen, Hans Neefs, Ward Rommel, Anne-Sophie Versweyvelt.

Met dank aan alle deskundigen die hielpen bij het tot stand komen van de tekst: Kristien Dierckx, Simon Ector, Nathalie Peetroons, Yves Thiery.

Hoewel al deze deskundigen op de een of andere manier input leverden voor de inhoud van deze nota is uiteraard enkel Kom op tegen Kanker verantwoordelijk voor deze inhoud en voor eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden.

Eindredactie: Sjoukje Smedts

Lay-out cover: Mariet Kuipers

Uitgave: 2020

## Inhoud

<b>Korte samenvatting</b> .....	5
<b>Aanbevelingen</b> .....	5
Schuldsaldoverzekering .....	5
i. Voor de overheid.....	5
ii. Voor de verzekeraar .....	6
iii. Voor de verzekerde .....	6
Hospitalisatieverzekering .....	7
i. Voor de overheid.....	7
ii. Voor de verzekeraar .....	8
iii. Voor de verzekerde .....	9
Verzekering gewaarborgd inkomen .....	9
i. Voor de overheid.....	9
ii. Voor de verzekeraar .....	10
iii. Voor de verzekerde .....	10
iv. Voor de Orde der artsen .....	10
Reisannulatieverzekering .....	10
i. Voor de overheid.....	10
ii. Voor de verzekeraar .....	11
iii. Voor de verzekerde .....	11
Verzekering Gewaarborgd Wonen.....	11
i. Voor de overheid.....	11
ii. Voor de verzekerde .....	11
Ondernomen stappen/Ombudsman van de Verzekeringen .....	11
i. Voor de overheid.....	12
<b>2. Inleiding</b> .....	12
<b>3. Schuldsaldoverzekering</b> .....	13
a. Problematieken.....	13
i. Weigering .....	14
ii. Medische bijpremie.....	15
iii. Problemen met de verzekeraar zelf .....	16
b. Oplossingen.....	18
i. Wet-Partyka .....	18
ii. Het ‘recht om vergeten te worden’ .....	20
iii. Motiveringsplicht .....	23
iv. <i>Best practices</i> .....	26

v.	Andere pistes .....	26
c.	Aanbevelingen.....	29
i.	Voor de overheid.....	29
ii.	Voor de verzekeraar .....	30
iii.	Voor de verzekerde .....	30
<b>4.</b>	<b>Hospitalisatieverzekering.....</b>	<b>31</b>
a.	Problematieken.....	31
i.	Niet-terugbetaalde kosten .....	31
ii.	Vooraf bestaande aandoeningen.....	34
iii.	Administratieve last .....	35
iv.	Mank lopende communicatie .....	36
v.	Onbekend recht op (voortzetting) hospitalisatieverzekering .....	37
b.	Oplossingen.....	38
i.	Goed uitgebouwde ziekteverzekering .....	38
ii.	Administratieve ondersteuning.....	41
iii.	Informer en duidelijk communiceren .....	42
iv.	Meedraagbaarheid wachtpolis individuele voortzetting .....	44
c.	Aanbevelingen.....	44
i.	Voor de overheid.....	44
ii.	Voor de verzekeraar.....	45
iii.	Voor de verzekerde .....	46
<b>5.</b>	<b>Verzekering gewaarborgd inkomen.....</b>	<b>46</b>
a.	Problematieken.....	46
i.	Moeilijk toegankelijk .....	46
ii.	Problematische onderzoeken .....	48
iii.	Onmogelijk polis uit te breiden.....	49
iv.	Administratie en communicatie lopen mis .....	49
v.	Persoonlijke verderzetting polis op naam van de zaak .....	50
b.	Oplossingen.....	50
i.	Verhogen uitkeringen en 'recht om vergeten te worden' .....	50
ii.	Expertises beter omkaderen .....	52
c.	Aanbevelingen.....	53
i.	Voor de overheid.....	53
ii.	Voor de verzekeraar.....	54
iii.	Voor de verzekerde .....	54
iv.	Voor de Orde der artsen .....	55

<b>6. Reisannulatieverzekering</b> .....	55
a. Problematieken.....	55
b. Oplossingen.....	56
i. ‘Recht om vergeten te worden’ .....	56
ii. Duidelijke en correcte informatie .....	56
iii. Voorafgaand consulteren behandelend arts.....	57
c. Aanbevelingen.....	58
i. Voor de overheid.....	58
ii. Voor de verzekeraar.....	58
iii. Voor de verzekerde .....	58
<b>7. Verzekering Gewaarborgd Wonen</b> .....	58
a. Problematieken.....	58
b. Aanbevelingen.....	60
i. Voor de overheid.....	60
ii. Voor de verzekerde .....	60
<b>8. Ondernomen stappen/Ombudsman van de Verzekeringen</b> .....	60
a. Toelichting.....	60
b. Aanbevelingen.....	61
i. Voor de overheid.....	61
<b>9. Algemene conclusie</b> .....	61
Bibliografie .....	63
Annex .....	65
Vragenlijst .....	66

## Korte samenvatting

Om een beter zicht te krijgen op de privéverzekeringsproblemen waar (ex-)kankerpatiënten mee te maken krijgen, riep Kom op tegen Kanker hen in de eerste helft van 2019 op de problemen te melden via een online vragenlijst. 123 respondenten deelden hun ervaring.

Daaruit bleek dat 66 % van de respondenten een probleem ondervond met zijn schuldsaldoverzekering. Het betreft vooral weigeringen en hoge medische bijpremies. 31 % getuigde over problemen met de hospitalisatieverzekering en 22 % ondervond moeilijkheden met de verzekering gewaarborgd inkomen. 7 % van de respondenten gaf aan al problemen te hebben gehad met de reisannulatieverzekering. Opvallend is ook dat 28 % van de respondenten te kennen gaf met meer dan één soort verzekering problemen te hebben gehad omwille van de kankerdiagnose.

Wat moeilijk ligt bij de respondenten is dat zij op medisch vlak 'genezen' zijn verklaard, maar dat de verzekeraar hier anders over denkt. Dit wordt vaak als onrechtvaardig aanvoeld. Verzekeringen worden na of bij kanker vaak minder toegankelijk. Dit blijkt duidelijk het geval te zijn voor de schuldsaldoverzekering en de verzekering gewaarborgd inkomen. Als het gaat over de hospitalisatieverzekering is de niet-terugbetaling van bepaalde kosten een knelpunt dat regelmatig terugkomt in de getuigenissen. Doorheen de getuigenissen valt ook op dat de communicatie door de verzekeraar of verzekeringstussenpersoon (bijvoorbeeld een verzekeringsmakelaar of –agent) voor de verzekerde vaak te wensen overlaat.

Op basis van de vastgestelde knelpunten doet Kom op tegen Kanker verschillende aanbevelingen, zowel voor de verzekeringssector en de overheid, als voor de verzekerde.

## Aanbevelingen

### Schuldsaldoverzekering

#### i. Voor de overheid

- Kom op tegen Kanker pleit voor een **streng toezicht op de motivering van de weigering of het aanrekenen van een bijpremie** bij de schuldsaldoverzekering. Hierbij moet het grondwettelijk recht op behoorlijke huisvesting voor de kandidaat-verzekerde steeds in de afweging worden meegenomen. Zowel het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering als de bevoegde rechter dienen het belang van deze verzekering in rekening te brengen bij hun beoordeling door na te gaan of de door de verzekeraar gebruikte statistieken effectief een dermate groot vroegtijdig overlijdensrisico aantonen waardoor een weigering of bijpremie absoluut noodzakelijk zijn. Bij schending van de motiveringsplicht moet de FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) optreden.
- Kom op tegen Kanker verwelkomt het '**recht om vergeten te worden**'. Het is echter van groot belang dat de **effecten van de invoering** ervan op de verzekerbaarheid van ex-patiënten van nabij **worden opgevolgd door de** Commissie voor Verzekeringen die als adviescommissie optreedt voor de minister van Economie en Consumentenzaken.
- Het 'recht om vergeten te worden' voorziet naast zijn algemene termijn van tien jaar na het einde van de behandeling ook in een **referentierooster** met kortere termijnen voor specifieke aandoeningen. De huidige regeling is echter voor verbetering vatbaar. In de nabije toekomst moeten daarom vier zaken gebeuren. Om te beginnen moeten de **bestaande termijnen** worden geëvalueerd en op basis van die evaluatie verder **worden verkort waar**

**nodig.** Daarnaast moeten er **ook voor andere kankers**, waarvoor dit momenteel nog niet het geval is, **aparte termijnen** worden bepaald die korter zijn dan de algemene termijn van tien jaar. Op deze manier zal er worden vertrokken van actuele medisch-wetenschappelijke gegevens, wat tot een rechtvaardiger verzekeringssysteem zal leiden. Het is ook van belang dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over voldoende middelen beschikt om tweejaarlijks de aandoeningen en termijnen opgenomen in het referentierooster te evalueren. Tenslotte moeten twee elementen ingevoerd worden die bij de omzetting van het Franse systeem van *le droit à l'oubli* verloren gingen. Die zijn dat de **kandidaat-verzekeringnemer na tien jaar zijn kanker niet meer moet vermelden** bij zijn verzekeringsaanvraag en dat er een **termijn van vijf jaar geldt voor zij die kanker kregen op minderjarige leeftijd** wanneer zij niet in aanmerking komen voor een termijn korter dan vijf jaar zoals bepaald door het referentierooster.

- We pleiten voor een grondige evaluatie van de werking van het **Opvolgingsbureau voor de tarifiering**. Het is van belang dat die **evaluatie** niet louter algemeen is, maar dat ook concrete cases worden geanalyseerd. **Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is hiervoor als onafhankelijk orgaan het best geplaatst.**
- Wat de samenstelling van het Opvolgingsbureau betreft, roepen we de minister van Economie en Consumentenzaken op om naast de reeds vrijgemaakte middelen voor een arts, ook middelen te voorzien voor **een actuaris die mee in het Opvolgingsbureau kan zetelen om de belangen van de patiënten en consumenten te vertegenwoordigen.**
- Met het oog op de toekomst kan het interessant zijn om het **Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg te laten onderzoeken** wat de gevolgen zouden zijn van het **gelijkstellen** van de **premie voor mensen met gezondheidsproblematiek aan deze voor mensen zonder deze problemen.**

#### ii. Voor de verzekeraar<sup>1</sup>

- Kom op tegen Kanker benadrukt dat er een grote verantwoordelijkheid rust op de verzekeraar om effectief de **meest actuele wetenschappelijke literatuur** te gebruiken bij zijn **risicobeoordeling**. De geldende motiveringsplicht veronderstelt ook dat de verzekeraars hier transparant over communiceren naar de kandidaat-verzekerde, zodat die op eenvoudige wijze een duidelijk zicht heeft op hoe de verzekeraar tot zijn weigering of bijpremie komt.
- Verzekeraars moeten bij een **weigering** van de verzekeringsaanvraag of het aanrekenen van een **bijpremie** ook de mogelijkheid geven om niet alleen schriftelijk, **maar ook telefonisch meer uitleg** te kunnen krijgen van de arts van de verzekeraar over de concrete reden van de weigering of bijpremie.
- Het is van belang dat bij het afsluiten van een lening en bijbehorende schuldsaldoverzekering **duidelijkheid bestaat over de verzekering voor de leningsakte wordt ondertekend**. Dit vermijdt situaties waarbij pas na het aangaan van de lening blijkt dat er geen schuldsaldoverzekering mogelijk is.

#### iii. Voor de verzekerde

- Wanneer de kandidaat-verzekerde geconfronteerd wordt met een weigering of hoge bijpremie en het niet duidelijk is waarom, is het belangrijk dat hij weet dat hij **recht heeft op een motivatie** en hiernaar durft vragen. Bij een gebrekkige motivatie kan hij, eventueel na aftoetsing bij de behandelend arts, de stap zetten naar het Opvolgingsbureau en indien nodig

---

<sup>1</sup> De aanbevelingen die ook voor de verzekeringstussenpersonen zoals de verzekeringsagent (gebonden aan één of meer verzekeringsmaatschappijen) of –makelaar (onafhankelijk adviseur) relevant zijn worden in dit rapport mee onder de hoofding ‘Voor de verzekeraar’ opgenomen.

naar de rechter voor een herbeoordeling van zijn aanvraag en/of toetsing van de beslissing van de verzekeraar.

- Wanneer de verzekerde een hoge bijpremie moet betalen, kan hij proberen overeenkomen met de verzekeraar dat hij de **mogelijkheid heeft om de premie te herzien na een bepaalde periode** wanneer hij kan aantonen zoveel jaar later nog steeds stabiel te zijn, waardoor het risico op een vroegtijdig overlijden is gedaald.
- Wanneer het afsluiten van een nieuwe schuldsaldoverzekering onmogelijk blijkt, kan de verzekerde bekijken of hij eventueel **andere verzekeringen kan aanspreken ter waarborg van zijn lening**. De overlijdensdekking gekoppeld aan een reeds bestaande levensverzekering - dikwijls via de groepsverzekering aangeboden door de werkgever - kan bijvoorbeeld een optie zijn.
- Een andere optie kan zijn om - wanneer de verzekerde al een schuldsaldoverzekering heeft, gekoppeld aan een oudere lening - te bekijken of de **oude schuldsaldoverzekering kan worden overgezet naar de nieuwe lening**. Het is belangrijk eerst goed in de oude verzekeringspolis na te kijken of dit wel kan. In principe is een schuldsaldoverzekering overdraagbaar naar een nieuwe lening, tenzij er in de verzekeringsovereenkomst vermeld staat dat de schuldsaldoverzekering 'van rechtswege eindigt bij het aflossen van de lening'. Wanneer dit het geval is, valt de verzekering dus weg wanneer een nieuwe lening wordt aangegaan die de vorige aflost. Op dat moment zal er effectief naar een nieuwe schuldsaldoverzekering moeten worden gezocht.
- Nog een **alternatief kan zijn om een ongevalverzekering af te sluiten**. De verzekerde moet er wel rekening mee houden dat die verzekering niet bij elk overlijden tot uitkering zal overgaan en dat dit meestal beperkt zal zijn tot overlijdens door plotse gebeurtenissen zoals een verkeersongeval.

## Hospitalisatieverzekering

### i. Voor de overheid

- De verplichte ziekteverzekering dekt niet alle kosten die bij een ziekte komen kijken. De hospitalisatieverzekering zoals die momenteel wordt aangeboden door de privéverzekeraars en de ziekenfondsen is daarnaast niet voor iedereen financieel toegankelijk. Waar dit wel het geval is, biedt de verzekering nog niet voor iedereen de garantie op een voldoende bescherming tegen de financiële gevolgen van kanker. De **verplichte ziekteverzekering moet daarom voldoende terugbetaling voorzien voor alle kosten van het meest aangewezen zorgtraject** voor een kankerbehandeling.
- Dit houdt onder meer in dat de **ereloonsupplementen verdwijnen**, dit om een geneeskunde met twee snelheden te vermijden. In afwachting van een volledig wegwerken van deze supplementen kan een wettelijke beperking gelden tot 100 % van het officiële honorarium.
- **Kosten** die worden terugbetaald wanneer zij worden gemaakt in het ziekenhuis, moeten - als het medisch verantwoord is dat iemand ook thuis kan worden behandeld - ook in het kader van **thuiszorg** worden terugbetaald. Dit zowel door de **verplichte ziekteverzekering** als door de **hospitalisatieverzekering**.
- Verzekerden geven aan dat het soms zeer lang duurt voor zij een antwoord of terugbetaling ontvangen van hun verzekeraar. Kom op tegen Kanker pleit daarom net als de Ombudsman van de Verzekeringen voor **een wettelijk kader met vaste termijnen** waarbinnen een verzekeraar aangegeven schadegevallen moet regelen. Daarnaast pleit Kom op tegen Kanker voor vaste antwoordtermijnen voor vragen van verzekerden.



- De **Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering** dient eindelijk effectief te worden geïnstalleerd. Zo kan zij haar rol opnemen om discussies over uitgesloten kosten te beslechten.
- De **wachtpolis**, die wordt afgesloten om te garanderen dat de verzekeringspremie op het moment van individuele voortzetting van de **collectieve hospitalisatieverzekering** gebaseerd is op de leeftijd van initiële toetreding tot de collectieve polis, moet kunnen worden **overgedragen** naar een andere collectieve hospitalisatieverzekering.
- Zowel verzekeraars als de overheid en patiëntenverenigingen moeten **blijven informeren over het nut van en het recht op (de individuele verderzetting van) de hospitalisatieverzekering.**

## ii. Voor de verzekeraar

- Het **derdebetalerssysteem**, waarbij de facturen rechtstreeks door de verzekeraar worden betaald, beperkt de administratieve taken van de verzekerde tot een minimum en moet daarom op korte termijn zo ruim mogelijk in gebruik worden genomen. Belangrijk aandachtspunt bij de verdere uitrol van dit derdebetalerssysteem is dat de verzekerde steeds een zicht behoudt op wat juist door de hospitalisatieverzekering wordt terugbetaald, bijvoorbeeld door achteraf een betalingsoverzicht te bezorgen.
- Waar een derdebetalerssysteem nog niet mogelijk is, kan worden geopteerd om de verzekerde de kosten **digitaal** te laten indienen. Deze applicatie dient zo **laagdrempelig** mogelijk te worden gehouden. Het moet daarnaast mogelijk blijven om de kosten schriftelijk te laten indienen door verzekeringsnemers waarvoor dit digitaal niet mogelijk is.
- Te allen tijde moeten hospitalisatieverzekeraars de **verzekerde de mogelijkheid blijven bieden om zich waar nodig te laten bijstaan en ondersteunen door een medewerker.**
- Verzekeraars moeten **meer duidelijkheid** scheppen over welke **kosten** worden terugbetaald als deel van de **waarborg 'zware ziekte' bij kanker en moeten zowel over het bestaan van de waarborg als over de terugbetaalde kosten duidelijk communiceren naar de verzekerde.**
- In het kader van de digitalisering moet door verzekeraars worden bekeken hoe de **waarborg 'zware ziekte'** bij het indienen van oncologische kosten **automatisch** kan worden **geactiveerd.**
- Verzekeraars moeten de kosten van de medisch verantwoorde **preventieve borstamputatie terugbetalen.**
- **Verzekeraars** moeten erop toezien dat hun polissen makkelijk leesbaar zijn en dat ze op bevattelijke wijze inzicht geven in de belangrijkste passages van de polis, onder meer door gebruik te maken van het gestandaardiseerde informatiedocument.
- **Verzekeraar en de verzekeringstussenpersoon** moeten daarnaast ook hun **informatieplicht naleven en nagaan** wat de **concrete behoeften** van de **verzekerde** zijn wanneer die een hospitalisatieverzekering afsluit of zijn polis wenst te wijzigen. **De FSMA dient hierop toe te zien.** De verzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen staan onder het toezicht van de **Controledienst voor de ziekenfondsen.**
- Zowel verzekeraars, verzekeringstussenpersonen, als de overheid en patiëntenverenigingen moeten **blijven informeren over het nut van en het recht op (de individuele verderzetting van) de hospitalisatieverzekering.**

### iii. Voor de verzekerde

- Als de kandidaat-verzekerde een **medische vragenlijst** moet invullen na de aanvraag voor een hospitalisatieverzekering, kan hij zich bij **onduidelijkheden** steeds wenden tot **zijn behandelend arts** om samen de vragenlijst in te vullen.
- Het loont om als **verzekerde** steeds de (gewijzigde) **polis na te lezen**.

## Verzekering gewaarborgd inkomen

### i. Voor de overheid

- De financiële terugval wanneer iemand door kanker is aangewezen op een **arbeidsongeschiktheidsuitkering** is te groot. Het is van belang dat deze uitkeringen worden **opgetrokken** zodat iemand ook in tijden van gezondheidsproblemen nog steeds kan beschikken over een budget dat toelaat om volwaardig deel te nemen aan de samenleving. De bedragen dienen dus minstens overeen te stemmen met die van het referentiebudget, dat aangeeft welk budget nodig is om volwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving.
- Zolang de uitkeringen niet worden opgetrokken, is het van belang dat de **verzekering gewaarborgd inkomen** voor iedereen **toegankelijk** is en dat ook de arbeidsongeschiktheden wegens vooraf bestaande aandoeningen worden vergoed.
  - Voor **werknemers** kan dit vaak door aan te sluiten bij de **groepsverzekering** van de werkgever. Die verzekering kan bij uitdiensttreding ook individueel worden verdergezet.
  - Waar de groepsverzekering niet mogelijk is, moet worden gekeken naar een individuele verzekering. Om deze toegankelijker te maken kan een **'recht om vergeten te worden'** worden ingevoerd. Hierbij wordt voor verschillende aandoeningen in een rooster aangegeven vanaf welke termijn de verzekering niet meer mag worden geweigerd, bepaalde aandoeningen niet meer mogen worden uitgesloten en er geen bijpremie mag worden aangerekend voor een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Wanneer er wel een bijpremie kan worden aangerekend, geeft het rooster aan tot welk percentage die kan oplopen.
- Bij expertises die lang aanslepen kan de financiële impact voor de verzekerde groot zijn. Daarom moeten **expertises zo vlot mogelijk** verlopen. Om dit aan te moedigen, moet er een **financiële sanctie** zijn voor de verzekeraar wanneer de expertise langer dan drie maanden duurt.
- **Er moeten strengere scheidingslijnen zijn voor raadgevend artsen van verzekeraars en artsen-arbiters en voor behandeld artsen.** Doordat die er momenteel niet zijn, is er een risico op ongepaste inzage in het elektronische patiëntendossier door zij die de twee hoedanigheden combineren.
- Er moeten **onafhankelijke artsen-arbiters** komen, los van verzekeringsmaatschappijen, naar het voorbeeld van artsen voor bedrijfsgeneeskundige diensten. Dit biedt meer kwaliteitsgaranties voor de expertises.
- Het individueel verderzetten van de verzekering gewaarborgd inkomen wanneer iemand de stap zet van werknemer naar zelfstandig ondernemer kan problemen opleveren voor ex-kankerpatiënten. Daarom moet de **individuele verderzetting** van de verzekering gewaarborgd inkomen **via** een **onderneming** worden toegelaten. Zo wordt vermeden dat voor ex-kankerpatiënten de optie om de verzekering gewaarborgd inkomen via de onderneming aan te gaan wordt uitgesloten, gezien zij bij het afsluiten van een volledig nieuwe polis in de praktijk met een weigering worden geconfronteerd.

## ii. Voor de verzekeraar

- De medische expertises die het al dan niet arbeidsongeschikt zijn of het percentage daarvan moeten bepalen, verlopen niet altijd in de beste omstandigheden. Een **beter omkadering dringt zich op**. Die houdt onder meer in dat de verzekerde door de verzekeraar beter wordt geïnformeerd over het verloop van de expertise en de rollen van de verschillende partijen. Ook het resultaat van de expertise moet op begrijpbare wijze worden gecommuniceerd aan de verzekerde.
- Het belang van een **empathische houding bij de artsen betrokken bij de expertises** moet blijvend onderstreept worden door verzekeraars. Hierbij moet de verzekerde meer als een volwaardige partij worden beschouwd. Dit houdt onder meer in dat de arts in gesprek gaat met de verzekerde om tot zijn besluit te komen en ook aangeeft met welke elementen hij daarbij rekening houdt. Het is van belang dat artsen, wanneer zij zelf niet 100 % zeker zijn van een bepaalde specifieke problematiek, zich inlichten bij artsen-specialisten.
- Verzekeraars moeten beter **toekijken op het werk van de aangestelde artsen**. Dit door klachten grondig te onderzoeken, en door audits te doen bij die artsen.

## iii. Voor de verzekerde

- Het kan nuttig zijn bij de **groepsverzekering** van de **werkgever** aan te sluiten om een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten. Vaak kan dit zonder medische vragenlijst en dus zonder uitsluitingen. Bij uitdiensttreding kan deze verzekering individueel verdergezet worden zoals dit ook bij de collectieve hospitalisatieverzekering het geval is.
- Indien de verzekerde **vragen** heeft bij de **behandeling door de raadgevend arts van de verzekerde of de aangestelde arts-arbiter**, kan hij hiervoor bij verschillende instanties terecht. Afhankelijk van de situatie kan hij zich wenden tot de **ombudsdienst** van de verzekeraar, de Ombudsman van de Verzekeringen of de federale ombudsdienst 'Rechten van de Patiënt'.

## iv. Voor de Orde der artsen

- Om verzekerden toe te laten zich degelijk te laten begeleiden tijdens de expertise is het belangrijk dat zij bijstand kunnen krijgen van een onafhankelijke arts. Een **online register van bijstandsartsen** vergemakkelijkt de zoektocht van de verzekerde. De Orde der artsen is de aangewezen beheerder van deze lijst. Hierbij is het ook van belang dat **door bijstandsartsen voorafgaand duidelijk wordt gecommuniceerd** over de door hen **gehanteerde tarieven**. Dit om voor de verzekerde onaangename verrassingen te vermijden bij het einde van de expertise.

## Reisannulatieverzekering

### i. Voor de overheid

- We pleiten voor de invoering van een **'recht om vergeten te worden'** voor de reisannulatieverzekering. Net zoals bij de verzekering gewaarborgd inkomen kan het 'recht om vergeten te worden' deze verzekering toegankelijker maken voor ex-kankerpatiënten.

Kom op tegen Kanker vraagt aan de **FSMA** als Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten **streng toe te zien** op de aanbevelingen voor de verzekeraars rond duidelijke polissen en communicatie.

## ii. Voor de verzekeraar

- Het is van belang dat **verzekeraars en verzekeringstussenpersonen duidelijk en correct informeren**. De verzekeraars dienen erop toe te zien dat de benaming van hun polissen of bepaalde vermeldingen op websites niet de indruk wekken dat vooraf bestaande aandoeningen gedekt zijn wanneer dit niet zo is. Misleiding van de kandidaat-verzekerde is bij wet verboden en een strikte naleving van dit verbod is aan de orde.
- De **omschrijvingen in de polis dienen duidelijk te zijn** voor de verzekerde. Zij mogen niet zo vaag zijn dat er een enorme ruimte voor interpretatie is en moeten concreet aangeven in welke gevallen er wel en wanneer er geen dekking wordt verleend.

## iii. Voor de verzekerde

- Het kan interessant zijn voor **(ex-)patiënten** om, als zij twijfels hebben over de medische opportuniteit van hun reis, voorafgaand hun **licht op te steken bij hun behandelend arts**. Ze kunnen deze arts verzoeken zijn of haar inschatting in een attest neer te schrijven, aan te geven wanneer de laatste behandeling plaatsvond en of er recent nog wijzigingen in behandeling hebben plaatsgevonden. Dit kan de (ex-)patiënt in staat stellen na te gaan of een bepaalde reisannulatieverzekering voor hem interessant is en kan achteraf ook bij eventuele discussies met de verzekeraar duidelijkheid scheppen.
- Aan sommige **kredietkaarten** is een reisannulatieverzekering verbonden. Het kan dus voor ex-patiënten lonen om na te kijken of zij over zo'n kaart beschikken, of dat het voor hen interessant is om dergelijke kredietkaart te gebruiken. Het is echter belangrijk ook hier goed te letten op wat er is bepaald rond de dekking van vooraf bestaande aandoeningen.

## Verzekering Gewaarborgd Wonen

### i. Voor de overheid

- Kom op tegen Kanker pleit voor een **toegankelijker Verzekering Gewaarborgd Wonen**. De strenge voorwaarden rond arbeidsgeschiktheid zorgen er momenteel voor dat de verzekering regelmatig wordt geweigerd aan ex-patiënten. De regeling zoals die van kracht is in **Wallonië** is soepeler met betrekking tot de voorwaarde van arbeidsgeschiktheid en kan **inspiratie** bieden. Een **alternatief** is dat mensen die nu worden geweigerd omdat zij tijdens de twaalf maanden voorafgaand aan de verzekeringsaanvraag niet constant arbeidsgeschikt zijn geweest wel kunnen toetreden tot de verzekering, mits betaling van een **beperkte bijpremie**.

### ii. Voor de verzekerde

- De gratis Verzekering Gewaarborgd Wonen is een interessante verzekering die zeer **waardevol** kan zijn. Omwille van de tussenkomst bij arbeidsongeschiktheid kan ze een (beperkt) **alternatief** vormen **voor de verzekering gewaarborgd inkomen**, die nog steeds zeer ontoegankelijk kan zijn. Daarom verdient het aanbeveling om - wanneer mogelijk - toe te treden tot deze gratis verzekering.

## Ondernomen stappen/Ombudsman van de Verzekeringen

i. Voor de overheid

- Het is van belang dat een **toezichtsautoriteit** als de **FSMA** zelf **proactief blijft monitoren** en onder andere door inspecties **nagaat** of de **verzekeraars en verzekeringstussenpersonen hun wettelijke verplichtingen nakomen**. We merken immers dat het voor (kandidaat-)verzekerden met een gezondheidsproblematiek allerm minst evident is om zelf de nodige stappen te zetten bij een negatieve ervaring of beslissing op het vlak van verzekering.
- Het is belangrijk dat wordt geïnvesteerd in de **verdere bekendmaking** van het bestaan en de functie van de **Ombudsman van de Verzekeringen**.

## 2. Inleiding

Wie kanker heeft of had, ondervindt vaak problemen bij het afsluiten van een verzekering. Dit betreft voornamelijk schuldsaldo- en hospitalisatieverzekeringen en verzekeringen gewaarborgd inkomen. Het gaat dan om problemen met een verhoogde premie, uitsluiting van bepaalde kosten of aandoeningen, een wachttijd of een weigering om een verzekering af te sluiten. Niet alleen de toegang tot verzekeringen wordt bemoeilijkt door kanker, ook krijgen mensen met kanker vaak te maken met betwistingen over het al dan niet tussenkomen van de verzekering. Nochtans heeft iedereen nood aan een behoorlijke, aangepaste en betaalbare financiële beveiliging.

Kom op tegen Kanker zet daarom al enige tijd in op dit thema. In ons charter van de psychosociale rechten van de (ex-)kankerpatiënt geeft art. 7.3 bijvoorbeeld aan: **'(Ex-)kankerpatiënten hebben recht op een billijke, objectieve en waardige behandeling door de verzekeringsmaatschappijen, in overeenstemming met de recentste bevindingen van de medische wetenschap.'**<sup>2</sup> Kom op tegen Kanker organiseerde in 2008 daarom ook al een studiedag over verzekeringen en kanker en had impact op de wet-Partyka, die de schuldsaldoverzekering toegankelijker wil maken voor chronisch zieken, en recent ook op de invoering van het 'recht om vergeten te worden' bij diezelfde schuldsaldoverzekering. Daarnaast zette Kom op tegen Kanker de verzekeringsproblematiek ook al op de agenda van Europese kankerorganisaties, in het kader van de 'Patiënt Support Working Group' van de Association of European Cancer Leagues (ECL). Voorts ijvert Kom op tegen Kanker in zijn vijfjarenplan 2017-2021 verder voor een volwaardige re-integratie en zorg aangepast aan de individuele noden van overlevers.<sup>3</sup> De verzekeringsproblematiek die (voormalige) kankerpatiënten ervaren, maakt hier een cruciaal deel van uit.

Daarom voerde Kom op tegen Kanker via zijn [Kankerlijn](#) een campagne over kanker en privéverzekeringen. De campagne riep (ex-)patiënten en hun naasten op om hun ervaringen over kanker en privéverzekeringen te delen. Op basis van die getuigenissen werkte Kom op tegen Kanker concrete voorstellen uit om de belangrijkste knelpunten die (ex-)kankerpatiënten ervaren met privéverzekeringen weg te werken.

De campagne werd gelanceerd aan de vooravond van Wereldkankerdag, op **3 februari 2019, en liep tot 24 juni 2019**. Gedurende deze periode konden (ex-)kankerpatiënten en hun naasten door het invullen van een vragenlijst op [www.deelvandeoplossing.be](http://www.deelvandeoplossing.be) hun ervaringen met privéverzekeringen delen. **123 mensen reageerden op de campagne**. Het betrof 116 mensen met een

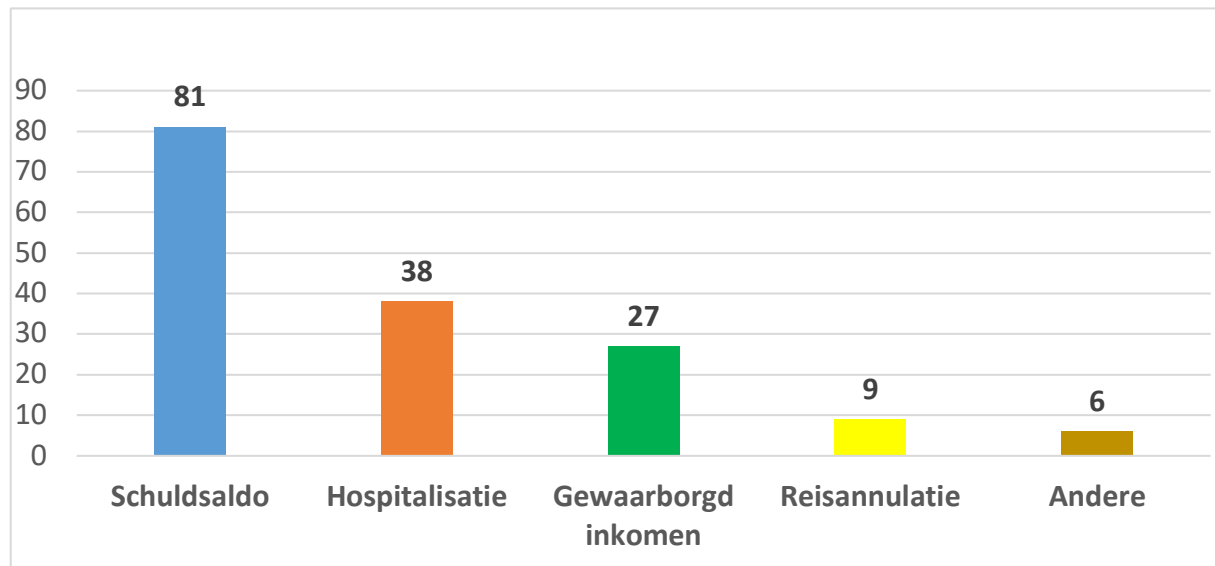
---

<sup>2</sup> VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER, *Charter van de psychosociale rechten van de (ex-)kankerpatiënt*, Brussel, 2007, 13.

<sup>3</sup> KOM OP TEGEN KANKER, *Vijfjarenplan 2017-2021*, Brussel, 2017, 14-15.

kankerproblematiek en 7 mensen met een andere medische aandoening die een impact had op hun verzekeringen. 123 respondenten is, gelet op de techniciteit van het onderwerp, geen slechte score.

In de volgende hoofdstukken zal per type verzekering een overzicht worden gegeven van de vaakst gemelde en meest opvallende problematieken, gemeld tijdens de campagne, aangevuld met enkele kenmerkende meldingen die we los van de campagne ontvingen via de Kankerlijn. Hierbij worden voorstellen geformuleerd om de knelpunten aan te pakken. Voor we hiertoe komen, kunnen we al enkele algemene vaststellingen doen.



Figuur 1: Overzicht per type verzekering van aantal gemelde problemen.

Als we kijken naar het aantal aangegeven problemen met verzekeringen, zien we dat 66 % (81 gevallen) van de respondenten een probleem ondervond met zijn schuldsaldoverzekering. Het gaat hier dan voornamelijk om weigeringen en zeer hoge medische bijpremies. 31 % getuigt over problemen met de hospitalisatieverzekering en 22 % ondervond moeilijkheden met de verzekering gewaarborgd inkomen. 7 % van de respondenten gaf aan al problemen te hebben gehad met de reisannulatieverzekering.

Ook opvallend is dat 28 % van de respondenten te kennen gaf al met meer dan één soort verzekering problemen te hebben gehad omwille van de kankerdiagnose.

### 3. Schuldsaldoverzekering

#### a. Problematieken

De schuldsaldoverzekering is een verzekering die wordt afgesloten om te garanderen dat (een deel van) het openstaande saldo van een lening wordt afbetaald wanneer de ontleners overlijdt. Hierdoor hoeven de partner of nabestaanden van de overledene verder geen of minder afbetalingen te doen.

De verzekering wordt vaak afgesloten bij een hypothecaire lening om een huis te kopen, bouwen of verbouwen. Vaak eisen financiële instellingen dat er bij zo'n lening een schuldsaldoverzekering wordt afgesloten, zodat zij de zekerheid hebben dat zij hun geld terugkrijgen. In sommige gevallen kan een schuldsaldoverzekering worden afgesloten voor een percentage van het totale geleende bedrag, of wordt het te verzekeren bedrag gespreid tussen twee partners die samen een lening aangaan

(bijvoorbeeld 50 % van het bedrag op naam van de ene en 50 % op naam van de andere). Indien de verzekering wordt afgesloten bij de aan de financiële instelling gelinkte verzekeraar heeft dit vaak een positieve invloed op de intrestvoet van de lening.

In onze vragenlijst vroegen we mensen naar hun ervaringen met de schuldsaldoverzekering. Deze vraag leverde 83 getuigenissen op. In 77 van die getuigenissen had de betrokkene of een van zijn naasten kanker (gehad). Van die 77 waren er 75 negatieve ervaringen. 52 maal werd getuigd over een weigering en in 30 gevallen was er sprake van een (hoge) medische bijpremie.

### i. Weigering

De impact van de weigering van de verzekering is vaak groot voor de kandidaat-verzekerde. Mensen worden genezen verklaard door hun arts, maar de verzekeraar lijkt dit anders te beoordelen. De weigering is niet enkel een streep door de rekening omdat het tot gevolg kan hebben dat mensen afzien van hun aankoop of dat hun nabestaanden bij een overlijden plots met een grote schuldenlast zitten. De weigering is ook mentaal moeilijk en wordt vaak **als zeer onrechtvaardig ervaren**. Dit blijkt ook uit de getuigenissen (18, 61, 67, 100).

‘In 2015 kwam de diagnose van borstkanker. Alle behandelingen liepen vlot en als gezin besloten we in september 2017 een nieuwe toekomst op te bouwen met de aankoop van een nieuwe woning. Om alle slechte herinneringen van de ziekte achter te laten en met een schone lei opnieuw te beginnen. Bij het aanvragen van een schuldsaldoverzekering voor de nieuwe lening kreeg ik meteen het antwoord van de bank dat ik, gezien mijn situatie, niet in aanmerking kwam om een verzekering af te sluiten. Mijn man werd meteen geaccepteerd en ik werd resoluut geweigerd. Je probeert een nieuw leven op te bouwen na de ziekte en je krijgt gewoonweg koud het deksel op je neus. Alle risico's van de lening komen nu bij mijn man terecht. Zodra de stempel van kanker op je voorhoofd staat, gaan alle deuren dicht.’  
(61)

Als gevolg van de weigering beslissen ex-patiënten vaak om, waar toegestaan door hun financiële instelling, de **lening** aan te gaan **zonder schuldsaldoverzekering, of die enkel** af te sluiten **op naam** van de **partner**. Op die manier blijven zij dus leven met de gedachte dat hun partner of erfgenamen een zeer zware financiële last zullen moeten dragen wanneer zij zelf overlijden (8, 16, 27, 34, 37, 55, 58, 61, 65, 67, 78, 83, 101, 107, 110, 114, 121).

‘Bij ons was de ‘oplossing’ om de schuldsaldoverzekering voor 100 % op mijn echtgenoot te nemen. Want de vereiste van de bank is dat het geleende bedrag 100 % gecoverd is, maar dat is niet verplicht voor beide afbetalers. Maar je bent niet gerust, want als er met mij iets gebeurt dat niks met mijn kanker heeft te maken, maar waardoor ik kom te overlijden, moet mijn man het huis verkopen met alle gevolgen van dien voor onze kinderen. Het is zo discriminerend.’ (67)

De impact van de weigering toont daarnaast uiteraard ook goed aan hoe nuttig de verzekering is.  
(27)

‘Moeder na de scheiding alleen huis gekocht zonder schuldsaldoverzekering door diagnose/behandeling van kanker. Geen oplossing. Na overlijden (ongeveer tien jaar later) hebben twee dochters het resterende saldo van de lening volledig moeten uitbetalen aan de bank.’ (27)

Dat de weigering ook een impact heeft op het tarief van de lening blijkt eveneens uit de getuigenissen. (23, 38)

‘In 2010 kreeg ik mijn laatste chemo voor Hodgkin, stadium 4. In 2019 dus 9 jaar later, weigerde [verzekeraar X] mijn aanvraag tot een schuldsaldoverzekering om die reden. Daardoor verhoogt ook het maandelijks terug te betalen bedrag van de lening, aangezien een schuldsaldoverzekering een van de voorwaarden voor een lager tarief was. Oplossing: blijven leven tot de lening is afbetaald.’ (38)

## ii. Medische bijpremie

Wanneer je een aanvraag voor een schuldsaldoverzekering indient, zal een verzekeraar jou - wanneer hij je de verzekering niet weigert - een voorstel doen. Dit voorstel bestaat uit een basispremie en eventueel - wanneer er sprake is van een verhoogd risico om gezondheidsredenen - ook uit een (medische) bijpremie. De basispremie kan worden gezien als de laagste premie die iemand met jouw leeftijd dient te betalen voor de garantie van de hypotheeklening die je hebt afgesloten.<sup>4</sup> De medische bijpremie is een extra premie die wordt aangerekend omdat jouw gezondheidstoestand in de ogen van de verzekeraar een groter risico op vroegtijdig overlijden met zich meebrengt.<sup>5</sup>

De beoordeling van deze risico's door de verschillende verzekeringsmaatschappijen loopt sterk uiteen. Dit is vaak een gevolg van een verschil in beleid en risicoaanvaarding. Hierdoor zal de ene verzekeraar sneller geneigd zijn dan de andere om iemand met een bepaalde gezondheidsproblematiek te verzekeren. Voor de kandidaat-verzekerde opent dit perspectieven en dus is het van groot belang om bij verschillende verzekeraars je licht op te steken. (94)

De medische bijpremies die worden aangerekend ten gevolge van de kankerhistoriek van de kandidaat-verzekerde kunnen hoog oplopen. Daarnaast komt het ook voor dat de **bijpremie zo hoog** is, dat die onbetaalbaar wordt en dat zo'n voorstel door de kandidaat-verzekerde als een **de facto weigering** wordt ervaren (37, 39, 78, 83, 101).

‘Natuurlijk zouden we een huis willen kopen, maar door de hoge bijpremie verbonden aan mijn stempel 'kanker' is dit voor een 28-jarige - van wie een deel van haar spaargeld al naar ziekenhuiskosten is gegaan - niet te betalen. [...] Ik zit 4 dagen per jaar in Gasthuisberg voor allerlei onderzoeken, ik word van zo dichtbij opgevolgd. De kans dat ik nogmaals kanker krijg is klein, door alle opvolging, en als ik het opnieuw zou krijgen gaan we er zo snel bij zijn dat mijn kansen veel groter zijn dan die van veel anderen. Maar ik kan niets kopen, want de schuldsaldoverzekering is onbetaalbaar voor mij.’ (39)

De hoge medische bijpremies leiden er ook regelmatig toe dat mensen de schuldsaldoverzekering niet voor het volledige geleende bedrag afsluiten omdat dit voor hen niet betaalbaar is. Daarom **verzekeren ze slechts een percentage van dat bedrag** (53).

---

<sup>4</sup> Art. 1, §1, 2° koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet omschrijft de basispremie als: ‘de laagste premie die de verzekeringsonderneming aanbiedt voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, rekening houdend met de meest voordelige korting die de verzekeringsonderneming om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde toekent’.

<sup>5</sup> Art. 1, §1, 3° koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet definieert de bijpremie als: ‘deel van de premie die de verzekeringsonderneming aanrekenen voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, dat de basispremie overstijgt en om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt aangerekend’.



‘Na verschillende negatieve verhalen van ex-kankerpatiënten te hebben gehoord, heb ik bij de aankoop van een woonst meteen gevraagd naar een schuldsaldoverzekering van 25 % (in plaats van 100 %) bij [verzekeraar X]. Tot mijn verbazing is mijn schuldsaldoverzekering van 25 % goedgekeurd. Op dit moment ben ik nog op zoek naar een extra schuldsaldoverzekering of levensverzekering om mijn vrouw te beschermen.’ (53)

### iii. Problemen met de verzekeraar zelf

De respondenten geven niet enkel aan te maken te krijgen met weigeringen of hoge bijpremies, maar getuigen in sommige gevallen ook **moeite te hebben met de behandeling door de verzekeraar of verzekeringstussenpersoon**. Ze verwijzen hierbij bijvoorbeeld naar een te beperkte motivatie, het lang moeten wachten op een reactie, het onvoldoende rekening houden met hun verzekeringsbehoeften<sup>6</sup> of het gebrek aan een menselijke aanpak (18, 57).

‘Mijn eerste aanvraag diende ik in bij [verzekeraar X]. Via een aangetekend schrijven ontving ik niet veel later een weigering, met de mededeling dat er na drie jaar eventueel een herziening zou kunnen gebeuren. Op de brief stond een minimum aan motivatie voor deze weigering. Ook stond er dat ik tegen deze beslissing in beroep zou kunnen gaan met hulp van het Opvolgingsbureau of door mijn behandelend arts contact te laten opnemen met [verzekeraar X]. Ik heb dan ook beroep gedaan op die twee mogelijkheden.

Mijn behandelend arts van het UZ Leuven verzamelde (tot mijn grote dankbaarheid) al mijn gegevens, gaande van de diagnose tot mijn laatste bloedbeelden, inclusief een eigen risico-inschatting aan de hand van diverse risicofactoren en maatstaven. Hij gaf ook aan dat mijn kans op overlijden, ongeacht eventueel herval, heel klein is en dat de beslissing van [verzekeraar X] bijgevolg sterk in vraag kon worden gesteld.

Nadat we al deze informatie hadden overgemaakt, kregen wij geen enkele reactie van het verzekeringsbureau. Nadat mijn behandelend arts aandrong op een blijk van ontvangst, kregen we de melding dat het dossier werd overgemaakt aan het Opvolgingsbureau. Na enkele weken ontving ik een weigering van het Opvolgingsbureau. Na telefonisch contact bleek echter dat [verzekeraar X] alle gegevens die mijn arts naar hen had overgemaakt, NIET aan het Opvolgingsbureau had bezorgd, waardoor mijn weigering gebaseerd werd op onvolledige gegevens. Vervolgens diende IK ZELF al mijn mailverkeer en medische dossier door te sturen om dan weer enkele weken te wachten totdat mijn dossier opnieuw zou worden geëvalueerd.

De onwil van [verzekeraar X] om mee te streven naar een oplossing in mijn dossier en de arrogante manier waarop mijn dossier werd behandeld, leidde ertoe dat ik een klachtenbrief naar de ombudsdienst van [verzekeraar X] heb verzonden.’ (18)

Ook de in sommige gevallen **gehanteerde volgorde van handelen, waarin eerst de lening in orde wordt gebracht en pas nadien duidelijkheid wordt gegeven over de schuldsaldoverzekering**, leidt tot pijnlijke situaties waarin mensen vasthangen aan hun lening, maar uiteindelijk geen schuldsaldoverzekering hebben (4, 29, 45). Zeker het geval waarbij de kandidaat-verzekerde wordt gerustgesteld dat de schuldsaldoverzekering wel zal volgen, waarna dit na ondertekening van het krediet niet het geval blijkt, is opvallend te noemen. Hier ontstaat minstens de indruk dat de bank- of verzekeringsbediende in kwestie zijn boekje te buiten ging.

‘In 2016 (4 jaar na diagnose lymfklierkanker en 3 jaar na volledige remissie) hebben wij een heropname gedaan van een hypothecaire lening voor de inrichting van onze zolder. Dit was een kleinere lening bij [bank X], waar we nog een andere hypothecaire lening hebben lopen.

---

<sup>6</sup> Zoals o.m. gewaarborgd in art. 284 Wet 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (hierna: Verzekeringwet).

Voor de ondertekening vroeg ik een voorstel van schuldsaldoverzekering omdat ik wist dat er bijpremie ging komen. Op de uiterlijke datum van heropname kregen we bericht dat een ontwerp niet lukte en dat we moesten tekenen en nadien de premie wel zouden kennen. We stonden met andere woorden met de rug tegen de muur. Ik heb een document van mijn hematologe aangevraagd en aan [verzekeraar X, verbonden met bank X] bezorgd. Eind 2016 kreeg ik een brief van [verzekeraar X] dat ik gezien mijn verleden geen schuldsaldoverzekering meer kon krijgen. Niemand heeft mij daarbij geholpen. Tot op heden heb ik GEEN schuldsaldoverzekering voor deze lening.'

[...]

'En volgens de dokter heb ik nu na (meer dan vijf jaar na de volledige remissie) evenveel of weinig kans op herval als een andere persoon zonder kankerverleden.'

(29)

Ook over een **gebrek aan duidelijke motivering** bereikten ons verhalen (18, 116).

'In 2017 heb ik een tumor moeten laten verwijderen, daarop gevolgd door een chemokuur en bestraling. De tumor is volledig verwijderd en ik ben momenteel hersteld. Begin dit jaar kocht ik met mijn vriendin een nieuwe woning. Mijn schuldsaldoverzekering werd geweigerd wegens Carcinoma NOS. Wat ze hiermee bedoelen, daar heb ik het raden naar, maar meer info staat er ook niet in de brief. Blijkbaar wordt er zelfs geen voorstel gedaan voor een hogere premie, maar ben ik direct geweigerd.' (116)

Verscheidene respondenten stuurden ons de antwoorden die ze ontvingen van verzekeraars. Hieruit blijkt eveneens hoe summier de motivatie in sommige gevallen is. Een voorbeeld kan dit duiden:

*'Beste mevrouw X,*

*Op basis van de ontvangen informatie hebben wij de analyse voor bovenvermelde verzekering uitgevoerd. Als raadsgeneesheer heb ik de verzekeringsmaatschappij geadviseerd om u niet te verzekeren op basis van uw medisch dossier. Als u op het ogenblik dat u de polis onderschrijft of wijzigt, gekende gezondheidsproblemen heeft met een impact op het risico op vroegtijdig overlijden, dan houden wij daar inderdaad rekening mee in onze beslissing om het risico al dan niet te dekken.*

*Reden: non-Hodgkin lymfoom.*

*Het voorstel wordt daarom niet verder behandeld.'*

Vervolgens wordt in de brief dan verwezen naar de mogelijkheid om al dan niet via de behandelend arts bijkomende informatie te verkrijgen over de medische motivering van de genomen beslissing of te vragen naar referenties van studies en statistieken om de genomen beslissing beter te kaderen. Dit blijkt dan enkel per brief te kunnen. Op die manier bekomt de kandidaat-verzekerde geen duidelijkheid over de weigering en wordt de drempel om hier zelf naar te informeren te hoog gelegd. In een geval als dit moet er de mogelijkheid zijn om telefonisch meer informatie te verkrijgen van de verzekeringsarts.

Tussen al de minder aangename ervaringen met verzekeraars is het toch ook belangrijk te vermelden dat er met betrekking tot de schuldsaldoverzekering ook twee respondenten waren die de tijd namen om hun positieve ervaring te delen (35, 90).

'In december 2008 werd er bij mij borstkanker vastgesteld. Met operatie, chemo en bestraling als gevolg. In 2013 heb ik samen met mijn man een appartement gekocht. Hiervoor gingen we een lening aan bij [bank X]. De schuldsaldoverzekering vormde een probleem, ik moest papieren laten invullen door de oncoloog. Die verklaarde mij na 5 jaar genezen. Ik kreeg de verzekering aan dezelfde voorwaarden als mijn man. Het hoeft dus niet altijd negatief te zijn.' (90)

## b. Oplossingen

### i. Wet-Partyka

De problematiek van geweigerde schuldsaldoverzekeringen en hoge bijpremies op basis van de gezondheidshistoriek van de kandidaat-verzekerde is niet nieuw. Zo werd er door de wetgever al eerder op dit domein ingegrepen in de vorm van de zogenaamde wet-Partyka<sup>7</sup>. Deze wet trad in werking op 1 januari 2015 en bevatte verschillende maatregelen die relevant zijn voor de hierboven beschreven problemen. Zo werd bijvoorbeeld bepaald dat de beslissingen van de verzekeraar tot weigering van verzekering of tot het aanrekenen van een bij premie gedetailleerd moeten worden gemotiveerd. Gezien de hierboven aangehaalde voorbeelden over het gebrek aan motivatie van de beslissingen echter dateren van na de inwerkingtreding van die bepalingen, is het duidelijk dat dit in de praktijk nog steeds een probleem blijft. **Het is daarom van belang dat verzekeraars deze verplichting nakomen en zich steeds voor ogen houden dat de kandidaat-verzekerde recht heeft op een duidelijke motivatie.** Conform de wet houdt dit in dat de verzekeraar de kandidaat-verzekerde per brief inlicht en de redenen van zijn beslissing motiveert. In dezelfde brief moet de verzekeraar meedelen dat de kandidaat-verzekerde schriftelijk contact kan opnemen (ofwel zelf ofwel via zijn arts) met de arts van de verzekeraar om te weten op welke medische gronden de beslissing steunt.<sup>8</sup> **Het is echter van belang dat iemand ook telefonisch meer uitleg kan krijgen van de arts en dat dit niet louter schriftelijk moet gebeuren.**

Een ander aspect van de wet-Partyka is de oprichting van de **compensatiekas**. Deze kas komt automatisch tussen wanneer iemand een medische bij premie moet betalen van meer dan 125 % van de basispremie, met een maximum van 800 % van die basispremie. Een fictief voorbeeld kan de werkwijze verduidelijken. Stel dat persoon x een basispremie moet betalen van 800 euro. Wegens gezondheidsproblemen moet hij een medische bij premie betalen van 1200 euro. 125 % van 800 is 1000. Deze bij premie overschrijdt dus de 125 %. De compensatiekas komt tussen voor het deel van de bij premie dat de 125 % overschrijdt. Dat deel bedraagt 200 euro (1200-1000). De compensatiekas komt tussen voor 200 euro, zodat persoon x een bij premie van 1000 euro zelf moet betalen.

Dat deze compensatiekas effectief een verschil maakt, blijkt ook uit de getuigenissen (18, 72).

‘Het uiteindelijke resultaat is toch een voorstel van [verzekeraar X] tot het verkrijgen van een schuldsaldoverzekering ... aan een bij premie van 1090 procent. Dit houdt in dat ik jaarlijks meer dan 3400 euro (*basispremie + bij premie, n.v.d.r.*) zou moeten betalen in plaats van 290 euro (*basispremie, n.v.d.r.*), gedurende de eerste drie jaar. Gelukkig bestaat de compensatiekas.’ (18)

Daarnaast voorzag de wet-Partyka ook in de oprichting van het **Opvolgingsbureau voor de tarifiering**. Bij dit bureau kan de kandidaat-verzekerde terecht voor een herbeoordeling na een beslissing tot weigering of na een beslissing tot het aanrekenen van een bij premie van meer dan 75 % van de basispremie. Het Opvolgingsbureau kan de beslissing van de verzekeraar bevestigen, of kan een voor de kandidaat-verzekerde positiever voorstel doen. De verzekeraar is niet verplicht om een contract af

---

<sup>7</sup> Wet 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, *BS* 3 februari 2010, 5439.

<sup>8</sup> Art. 213 Verzekeringwet.

te sluiten met de kandidaat-verzekerde in kwestie, maar indien hij dat doet, moet dit in overeenstemming zijn met het voorstel van het Opvolgingsbureau.<sup>9</sup>

Tussen de ontvangen getuigenissen zaten drie reacties van mensen die aangaven dat zij zich tot het Opvolgingsbureau hadden gewend. In twee van de drie gevallen werd de beslissing van de verzekeraar tot weigering of het aanrekenen van een bijpremie bevestigd (18, 21, 24).

Als we kijken naar de jaarverslagen van het Opvolgingsbureau zien we dat in veruit de meeste kankergerelateerde gevallen de beslissing van de verzekeraar wordt bevestigd. In 2018 werd wat de weigeringen betreft 88 %, en wat de bijpremies betreft 69 % van de door de (ex-)kankerpatiënten aangebrachte beslissingen bevestigd door het Opvolgingsbureau. In de voorgaande jaren lagen deze percentages nog hoger en gingen ze in de richting van, en voorbij, de 90 %.<sup>10</sup>

Hoewel de dalende cijfers op een voor de kandidaat-verzekerden (licht) positieve tendens lijken te wijzen, geven de percentages toch aan dat het bureau vooralsnog voor mensen met (een verleden van) kanker geen enorme stap vooruit is gebleken.

Zoals hierboven aangehaald, is een bijkomend zwakker punt in de regelgeving rond het Opvolgingsbureau dat een kandidaat-verzekerde de beslissing van het Opvolgingsbureau - waarbij wordt bepaald dat de weigering of aangerekende bijpremie onterecht is - niet kan inroepen om een contract onder de door het Opvolgingsbureau bepaalde voorwaarden te verkrijgen. De beslissing van het Opvolgingsbureau is met andere woorden niet bindend. Een verzekeraar kan immers niet worden verplicht tot het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst.

Omwille van die vaststellingen is het interessant om grondig te evalueren welke cases er bij het **Opvolgingsbureau** terechtkomen en hoe hierin wordt beslist. Het is van belang dat deze **evaluatie** niet louter algemeen is, zoals dit momenteel om de vier jaar door de commissie Verzekeringen wel het geval is. Een **onafhankelijke evaluatie uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg**, waarbij ook concrete cases worden geanalyseerd, lijkt aan de orde.

Hierbij zou ook de **samenstelling** van het **Opvolgingsbureau** onder de loep kunnen worden genomen. Het bureau bestaat uit vier leden (twee voor de verzekeringsondernemingen, een vertegenwoordiger van de consumenten en een van de patiënten). Zowel voor de verzekeringsondernemingen als voor de consumenten en patiënten zetelt er een arts in het bureau. De overheid maakte namelijk budget vrij voor de artsen die de patiënten vertegenwoordigen. Het medische is echter maar één aspect van het onderzoek door het Opvolgingsbureau. Het actuariële aspect dat aangeeft hoe een verzekeraar bij een bepaalde medische situatie tot een weigering of bijpremie komt, moet uiteraard ook worden onderzocht. Door de voorzitter van het Opvolgingsbureau wordt aanbevolen dat voor de patiënten en consumenten ook een actuaris wordt aangesteld om in het bureau te zetelen. Door een gebrek aan financiële middelen is dit voorlopig echter nog niet mogelijk. **We roepen de minister van Economie en Consumentenzaken daarom op**

---

<sup>9</sup> COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN, *Evaluatieverslag van de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen I – C/2018/1*, [https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/advorg/2018/advice\\_c\\_2018\\_1.pdf](https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/advorg/2018/advice_c_2018_1.pdf), 2018, 32.

<sup>10</sup> OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2018*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2018.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2018.pdf), 10-14; OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2017*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2017.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2017.pdf), 10-14; OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2016*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2016.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2016.pdf), 10-14; OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2015*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2015.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2015.pdf), 11-15.

**om naast de reeds vrijgemaakte middelen voor een arts, ook middelen te voorzien voor een actuaaris die mee in het Opvolgingsbureau kan zetelen.**<sup>11</sup>

ii. Het 'recht om vergeten te worden'

Sinds 1 februari 2020 geldt het 'recht om vergeten te worden' bij de aanvraag van een schuldsaldoverzekering. Dit betekent dat een verzekeraar tien jaar na het einde van de succesvolle kankerbehandeling van de kandidaat-verzekerde geen rekening meer mag houden met die kanker bij de beoordeling van de verzekeringsaanvraag. Een verzekeraar mag dus op basis van het 'recht om vergeten te worden' de verzekering niet weigeren en hij mag op basis van de kanker ook geen extra bijpremie vragen. De kandidaat-verzekerde zal wel nog steeds zijn kanker moeten vermelden in de medische vragenlijst bij het aanvragen van de schuldsaldoverzekering. Sinds 1 april 2020 gelden voor bepaalde vormen van kanker en andere chronische aandoeningen ook andere, kortere termijnen waarna de verzekeraar op grond van de (kanker)aandoening de verzekering niet mag weigeren of een bijpremie aanrekenen, of waarbij de bijpremie wordt begrensd.<sup>12</sup>

Uit de getuigenissen blijkt dat veel respondenten hun **hoop** hebben **gevestigd op het 'recht om vergeten te worden'** (39, 54, 67, 100, 103).

'Ik hoorde in de media dat er iets is zoals het 'recht om vergeten te worden', waarbij verzekeringen je medische achtergrond (na enige tijd?) 'vergeten'. Dit lijkt me niet meer dan logisch.' (103)

Het positieve is dat de maatregel een manier kan zijn om komaf te maken met situaties waarin mensen vele jaren na het einde van de behandeling de toegang tot de verzekering wordt ontzegd of de verzekering onnodig duur wordt gemaakt op basis van het **gebruik van verouderde medische info**.

Dat dit momenteel nog steeds gebeurt, blijkt uit de verhalen die ons bereiken via de Kankerlijn.

'Ik heb, ondertussen bijna 25 jaar geleden, acute lymfatische leukemie gehad (1993). Recent heb ik een huis gekocht waarvoor ik een lening ben aangegaan en daarbij hoort bijgevolg een schuldsaldoverzekering. Om kans te maken op die verzekering heb ik een recente bloedafname moeten insturen en een recent medisch verslag van mijn behandelend arts van vroeger. In dit verslag heeft Dr. [X] duidelijk vermeld dat ik volledig genezen ben en dat er geen kans is op herval. Ook de bloedafname was volledig normaal. Nu krijg ik echter toch een brief van de bank waarin wordt vermeld dat ik een verhoogde premie zal moeten betalen, een verhoging van 50 % zelfs. Ik snap dit niet goed, het is al 25 jaar geleden, dus is dit niet wat absurd?' (KL2)

'[...] Wat volgde was een slag in ons gezicht: er werd me een medische bijpremie van 50 % aangerekend. En dat ondanks dat ik meer dan 20 jaar geleden genezen verklaard ben van leukemie, vandaag helemaal gezond ben en volgens de proffen van het UZ Gasthuisberg niet méér kans heb om opnieuw ziek te worden dan enig ander persoon. Een telefoontje van de adviserend geneesheer was een tweede slag in mijn gezicht. "U hebt nu eenmaal 50 % meer kans om te overlijden mevrouw, dat bewijzen de statistieken op basis van wetenschappelijk onderzoek." [...]. We kropen allebei in onze pen en stelden een uitgebreide klacht op die we

<sup>11</sup> COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN, *o.c.*, 26.

<sup>12</sup> Koninklijk besluit 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 14 juni 2019, 61154.

aan [verzekeraar X] bezorgden. [...] Mijn echtgenoot verwijst in onze klacht ook naar dit wetenschappelijk artikel in The New England Journal of Medicine, een artikel uit 2003 dat van toepassing is op mijn type leukemie en de behandeling die ik gekregen heb. Desondanks kregen we in mei 2019 het volgende bericht van de klachtendienst van [verzekeraar X]. "Wij hebben uw bemerkingen voorgelegd aan de medische cel van de verzekeraar. Zij lieten ons weten dat de bijpremie behouden dient te blijven. [...]." Daarmee is de kous af, einde verhaal voor ons ... Of toch niet? Een week later plots deze mail in onze mailbox: "[...] Op [x] mei laatstleden werd u aangeschreven door onze collega's van klachtenbeheer naar aanleiding van uw mail. In dit schrijven werd meegedeeld dat de tarificatie behouden zou blijven en wij een motivatie met studies en statistieken zouden bezorgen. Naar aanleiding hiervan werd het dossier, en de meegeleverde studie, uitvoerig besproken door onze artsen en herverzekeraar. Deze gesprekken leverden positief nieuws op, namelijk het wegvallen van de bijpremie. Wij zullen het nodige doen om de polis op deze wijze aan te passen. Anderzijds wensen wij u nog een schrijven te bezorgen waarin wij deze beslissing verduidelijken en verder ook ingaan op het wetsvoorstel rond het 'recht om vergeten te worden'. Heeft u in de tussentijd nog verdere vragen en/of opmerkingen, contacteer ons gerust.'" (KL1)

Wat deze laatste case zo opvallend maakt, is dat de verzekeraar dus initieel uitgaat van informatie die aangeeft dat het vroegtijdig overlijdensrisico van de kandidaat-verzekerde hoger is, waardoor deze 50 % meer moet betalen dan een andere kandidaat-verzekerde zonder historiek van leukemie. Het is pas nadat de kandidaat-verzekerde zelf wijst op recentere (maar in deze nog wel zestien jaar oude!) en meer toepasselijke medische informatie dat de verzekeraar zijn standpunt herzieet en moet toegeven dat mevrouw het bij het rechte eind heeft en dat de bijpremie volledig overbodig blijkt. Uiteraard dient hierbij in het achterhoofd te worden gehouden dat het grote merendeel van de kandidaat-verzekerden niet de mogelijkheid heeft om zelf op zoek te gaan naar voor hun situatie toepasselijke wetenschappelijke studies met betrekking tot hun overlevingsrisico. **Er rust dan ook een grote verantwoordelijkheid op de verzekeraar om effectief de meest actuele wetenschappelijke literatuur te gebruiken bij zijn risicobeoordeling (zie ook infra, 'Motiveringsplicht').**

Het 'recht om vergeten te worden' kan dergelijke situaties tegengaan. Zowel door zijn algemene termijn van tien jaar na het einde van de behandeling - waarna de verzekeraar zich niet meer mag beroepen op de kanker in kwestie - als door middel van de kortere termijnen voor specifieke vormen van kanker. Zeker gezien die laatste termijnen om de twee jaar zullen worden geëvalueerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.<sup>13</sup> Op die manier kunnen de vermelde termijnen namelijk aangepast en verkort worden en kunnen ook andere kankeraandoeningen worden toegevoegd. Zo kan dit rooster ook stevast worden aangepast aan de evoluties in de medische wereld en de daaraan verbonden gewijzigde overlijdensrisico's.

Als we kijken naar het huidige **referentierooster met kortere termijnen** zien we dat sommige kankeraandoeningen die in aanmerking komen voor een kortere termijn momenteel te streng omschreven zijn. Wanneer we de omschrijving voorleggen aan een oncoloog geeft die aan dat dit voor borstkanker en baarmoederhalskanker niet ver genoeg gaat en dat de voorgeschreven termijn van een jaar - waarna de kanker geen aanleiding meer mag geven tot weigering of bijpremie - overdreven is en er eigenlijk in deze gevallen sowieso nooit louter omwille van deze kanker sprake zou mogen zijn van een weigering of bijpremie. De oncoloog geeft ook aan dat de omschrijving bij borstkanker van een 'in situ lobulair of ductaal carcinoom' in feite zelfs geen borstkanker is, maar

---

<sup>13</sup> Art. 61/3 Verzekeringwet.

louter een voorloper daarvan.<sup>14</sup> Het is dus duidelijk dat het rooster nog beter kan. De monitoring en tweejaarlijkse evaluatie door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn bijgevolg een essentieel onderdeel van de nieuwe regelgeving om te vermijden dat het referentierooster een lege doos wordt.

Een ander aspect dat ervoor zorgt dat het belangrijk is om in de gaten te houden wat de toepassing van het 'recht om vergeten te worden' effectief zal betekenen voor ex-patiënten, is het feit dat een kandidaat-verzekerde nog steeds zal moeten melden dat hij kanker heeft gehad, zelfs al is dit meer dan tien jaar geleden. In het Franse systeem van het *droit à l'oubli*, waarop de Belgische regelgeving is gebaseerd, is dit namelijk niet het geval. Indien het einde van de behandeling meer dan tien jaar geleden is, moet een verzekerde de kanker in kwestie daar niet meer vermelden. De Franse verzekeraar kan er op die manier dus geen weet van hebben en bijgevolg dus ook geen rekening mee houden. Ook in Nederland en Luxemburg, waar het principe van het 'recht om vergeten te worden' ook zal worden, resp. werd ingevoerd, is dit het geval.<sup>15</sup> **In de Belgische versie van het 'recht om vergeten te worden' zal de verzekeraar dit wel weten, maar mag hij er geen rekening mee houden.** Die regeling biedt niet dezelfde garantie als in Frankrijk, Nederland of Luxemburg. We kunnen hierdoor enkel hopen dat de kanker uit het verleden noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks (door bijvoorbeeld bij ex-kankerpatiënten andere mogelijks risicoverhogende factoren zwaarder te laten doorwegen in de beoordeling dan bij kandidaat-verzekerden zonder een verleden van kanker) in rekening wordt gebracht bij de beoordeling van de vraag tot schuldsaldoverzekering. Bijkomend aandachtspunt is hierbij wat de verzekeraar dan wel met deze informatie zal doen. Welke garantie is er bijvoorbeeld dat de verzekeraar deze gegevens niet zal raadplegen wanneer dezelfde verzekeringnemer enkele jaren later een aanvraag indient voor een verzekering gewaarborgd inkomen?

Een tweede wijziging ten opzichte van het Franse, Nederlandse en Luxemburgse systeem is dat er **geen kortere termijn van 5 jaar is voor zij die als minderjarige de diagnose kanker kregen.** Zij zullen eveneens moeten terugvallen op de algemene termijn van 10 jaar. Een echte motivatie voor deze afwijking van het Franse (en ondertussen ook Nederlandse en Luxemburgse) systeem is er niet. Uit een navraag bij het Kankerregister blijkt nochtans dat er voor deze jonge groep nauwelijks een verschil in overleving is tussen de periode van 5 en 10 jaar (84,6 % relatieve overleving na 5 jaar tegenover 82,5 % na 10 jaar).<sup>16</sup>

In de nabije toekomst moeten daarom vier zaken gebeuren. Enerzijds moeten de **bestaande termijnen** geëvalueerd worden en op basis van die evaluatie verder **worden verkort waar nodig.** Anderzijds dienen er **ook voor andere kankers** waarvoor dit momenteel nog niet het geval is **aparte termijnen** te worden bepaald die korter zijn dan de algemene termijn van tien jaar. Op die manier zal er vertrokken worden van actuele medisch-wetenschappelijke gegevens, wat tot een rechtvaardiger verzekeringssysteem zal leiden. Daarnaast moeten we ertoe komen dat, net zoals in Frankrijk, Nederland en Luxemburg, de **kandidaat-verzekeringnemer na tien jaar zijn kanker niet meer moet vermelden** bij zijn verzekeringsaanvraag en dat er een **termijn van vijf jaar geldt voor zij die kanker**

---

<sup>14</sup> Koninklijk besluit van 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

<sup>15</sup> W.B. HOEKSTRA, *Kamerbrief over verzekeringen ex-kankerpatiënten*, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/12/12/kamerbrief-over-verzekeringen-ex-kankerpatiënten>; GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBURG en ASSOCIATION DES COMPAGNIES D'ASSURANCES ET DE REASSURANCES DUR GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBURG, *Convention « Droit à l'oubli »*, <https://www.lalux.lu/media/157085/convention-droit-a-l-oubli-29102019.pdf>.

<sup>16</sup> STICHTING KANKERREGISTER, *Invasieve tumoren (excl. non-melanoma huidkanker) bij minderjarigen (0 t.e.m. 17 jaar) en meerderjarigen (18 jaar en ouder) in België en Vlaanderen: Relatieve overleving, 2007-2016*, Brussel, 2019.

**kregen op minderjarige leeftijd** wanneer zij niet in aanmerking komen voor een termijn korter dan vijf jaar zoals bepaald door het referentierooster.

Het '**recht om vergeten te worden**' lijkt ons absoluut een vooruitgang, maar door de manier waarop dit in de Belgische wetgeving is geïmplementeerd is een **verdere uitwerking** zoals hierboven aangehaald absoluut nodig en zal een **nauwe opvolging van alle effecten op de verzekeraarbaarheid van ex-patiënten van groot belang** zijn. De Commissie voor Verzekeringen die als adviesorgaan fungeert voor de federale minister van Economie en Consumentenzaken en voor de FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten), zal hierin een belangrijke rol moeten spelen.

### iii. Motiveringsplicht

Zoals we eerder ook reeds in de getuigenissen zagen, wordt de weigeringsbeslissing of de beslissing om een bijpremie aan te rekenen vaak nog te weinig gemotiveerd. Verzekeraars vermelden eenvoudigweg het gezondheidsprobleem of geven helemaal geen motivering. De wet schrijft echter voor dat de verzekeraars heel duidelijk moeten uitleggen op basis van welke medische redenen zij hun beslissing nemen en daarnaast ook - eventueel pas op vraag van de kandidaat-verzekerde - de oversterftestatistiek en de bron van deze statistiek moeten weergeven.<sup>17</sup> Toch wordt er heel zelden uitvoerig uitgelegd hoe zij tot een bepaalde bijpremie komen of op basis van welke cijfers iemand wordt geweigerd.

Nochtans hebben wet- en besluitgevers zeer nadrukkelijk bepaald aan welke vereisten de hier bedoelde motiveringsplicht moet voldoen<sup>18</sup>:

*[...]*

*De motiveringsplicht houdt in dat op basis van die motivering in concreto moet kunnen worden nagegaan of aan het vereiste van objectieve rechtvaardiging zoals bepaald in de anti-discriminatiewetgeving is voldaan. Dit betekent dat men moet kunnen nagaan of de gezondheidstoestand of handicap een noodzakelijke factor is in de beoordeling van het risico en dus een objectief en significant verhoogd risico inhoudt, of de door de verzekeringsonderneming en herverzekeringsonderneming gebruikte gegevens juist, actueel en relevant zijn en of het gemaakte onderscheid een legitiem doel nastreeft en de middelen om dat doel te bereiken geschikt en noodzakelijk zijn. De motivering moet rekening houden met de individuele situatie van de verzekerde (medische opvolging, invloed van behandelingen, herval, herstel) en niet alleen met algemene en abstracte categorieën per pathologie. [...].'*

De inhoud van de motiveringsplicht is dus concreet omschreven. In de hierboven aangehaalde omschrijving wordt ook duidelijk hoezeer de antidiscriminatiewetgeving speelt in het kader van de toegang tot de verzekeringsmarkt. Het is in de huidige verzekeringspraktijk namelijk gangbaar om te segmenteren. Dit houdt in dat een verzekeraar probeert om de te verzekeren risico's in te delen in homogene risicogroepen. Op basis van die onderverdeling bekijkt een verzekeraar vervolgens of en onder welke voorwaarden een kandidaat-verzekerde in aanmerking komt voor een verzekering. Voor vergelijkbare risico's gelden dan gelijkaardige contractvoorwaarden terwijl voor onvergelijkbare risico's verschillende voorwaarden gelden. Op die manier probeert de verzekeraar zoveel mogelijk overeenstemming te krijgen tussen de te verwachte kosten die hij aan een verzekerde zal hebben en

---

<sup>17</sup> Art. 6-11 Koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet.

<sup>18</sup> Art. 6-8 Verslag aan de Koning bij Koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet.



de verzekeringspremie die de verzekerde moet betalen.<sup>19</sup> Het maken van een onderscheid tussen mensen vormt op die manier dus een gangbaar onderdeel van de verzekeringspraktijk. Hierdoor ontstaat er echter een spanningsveld met het recht op gelijke behandeling, zoals onder meer omschreven in de Antidiscriminatiewet van 10 mei 2007. Ook in de Verzekeringwet zelf wordt trouwens bepaald dat een segmentatie steeds moet worden gerechtvaardigd door een legitiem doel, waarbij de middelen om dat doel te bereiken passend en noodzakelijk zijn.<sup>20</sup>

In de Antidiscriminatiewet is voorzien dat een verzekeraar zich enkel op criteria als gezondheidstoestand en handicap mag beroepen om mensen verschillend te behandelen als hij dit objectief kan rechtvaardigen. Zoals in het hierboven geciteerde verslag aan de Koning is aangegeven, komt dit erop neer dat de verzekeraar met actuele en wetenschappelijk gefundeerde statistieken moet aantonen dat de ingeroepen kankerproblematiek effectief leidt tot een verhoging van het risico op vroegtijdig overlijden. En dit in die mate dat het een weigering of het aanrekenen van een medische bijpremie verantwoordt.<sup>21</sup> Dit toont aan hoe essentieel de motiveringsplicht is binnen het verzekeringswezen.

De motivering mag bovendien niet louter algemeen zijn, maar moet rekening houden met de specifieke situatie van de kandidaat-verzekerde. Zoals aangetoond in het voorbeeld op p. 21-22 knelt hier vaak het schoentje. **Een blijvend toezicht op het naleven van de motiveringsplicht is dan ook absoluut essentieel om de verzekeringspraktijk met het antidiscriminatierecht te kunnen verzoenen.**

Daarom is het belangrijk dat kandidaat-verzekerden weten dat ze, wanneer ze worden geconfronteerd met een weigering of hoge bijpremie, recht hebben op een motivatie door de verzekeraar en dat ze hiernaar durven vragen. Daarnaast is het ook belangrijk dat zij bij gebrekkige motivatie, eventueel na aftoetsing bij hun behandelend arts, de stap kunnen zetten naar het Opvolgingsbureau en indien nodig naar de rechter voor een herbeoordeling van hun aanvraag en/of toetsing van de beslissing van de verzekeraar.

Gelet op het belang van de schuldsaldoverzekering voor het kunnen aankopen van een woning en voor de financiële bescherming van de koper, moet de toegankelijkheid van de verzekering nauw in de gaten worden gehouden. De verzekering raakt immers aan het grondwettelijk beschermde 'recht op behoorlijke huisvesting' (art. 23 Gw.). De schuldsaldoverzekering is vaak een vereiste voor het verkrijgen van een lening bij de bank. Zonder schuldsaldoverzekering is er in die gevallen dus geen mogelijkheid tot het kopen van een huis. Dit gegeven moet worden meegenomen in de afweging tussen de verschillende belangen van de kandidaat-verzekerde (het contract kunnen sluiten om zo zijn 'recht op behoorlijke huisvesting' te realiseren) en de verzekeraar (het contract niet sluiten of tegen zeer strenge voorwaarden omdat het om een slecht risico zou gaan). Die afweging wordt niet alleen gemaakt door de rechter die zich over een geschil tussen kandidaat-verzekerde en verzekeraar moet uitspreken, maar ook door het Opvolgingsbureau. Wanneer hier een gebrek aan afdoende motivering wordt vastgesteld, moet dit automatisch worden doorgegeven aan de FSMA, die eveneens toeziet op het naleven van de motiveringsplicht en die waar nodig kan sanctioneren. Dit

---

<sup>19</sup> Y. THIERY, *Discriminatie en verzekeringen: Economische efficiëntie en actuariële fairness getoetst aan het juridisch gelijkheidsbeginsel*, onuitg. doctoraatsthesis Rechten KU Leuven, 2010, <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/119857>, 161-163.

<sup>20</sup> Art. 44 Verzekeringwet.

<sup>21</sup> Merk in deze zin ook op dat door de verzekeringssector zelf wordt aangegeven dat een "afwijkende" toestand (i.c. een verhoogd risico) enkel tot een weigering mag leiden als een voor de verzekerde gunstigere maatregel, zoals een bijpremie, onvoldoende is om voor de verzekeraar de nodige garanties te bieden: T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, '§5. De invloed van de Antidiscriminatiewet', in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.), *Handboek Verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2016, (49) 53-54.

mag de FSMA echter niet tegenhouden om ook een proactieve rol te spelen en zelf, bijvoorbeeld via steekproeven, na te gaan of de motiveringsplicht wordt gerespecteerd.<sup>22</sup> Het belang van de schuldsaldoverzekering als toegangspoort tot het kunnen realiseren van een grondwettelijk beschermd recht speelt op dat moment doordat het extra gewicht geeft aan de belangen van de kandidaat-verzeekerde. Een verzekeraar zal er in concreto dan steeds in moeten slagen om met zeer overtuigend cijfermateriaal aan te tonen dat de kandidaat-verzeekerde werkelijk niet te verzekeren valt. **Kom op tegen Kanker pleit daarom voor een streng toezicht op de motivering van de weigering of het aanrekenen van een bijpremie bij de schuldsaldoverzekering, waarbij de mogelijkheid tot het realiseren van het grondwettelijk 'recht op behoorlijke huisvesting' voor de kandidaat-verzeekerde steeds in de afweging wordt meegenomen.**<sup>23</sup>

Ook de wetgever is zich bewust van de mogelijk ernstige gevolgen van een ongelijke behandeling. Zo werd tijdens de parlementaire voorbereidingen van de Antidiscriminatiewet het volgende aangegeven: *'Overigens dient benadrukt dat de vereiste van een redelijk verband van evenredigheid tussen de gebruikte middelen en het nagestreefde doel, alle maatregelen uitsluit die de fundamentele rechten en dus het beginsel van niet-discriminatie ernstig schenden, zelfs als deze maatregel zeer doeltreffend is en niet kan worden vervangen door een andere.'*<sup>24</sup>

De wetgever geeft hiermee aan dat er fundamentele rechten zijn (zoals het 'recht op behoorlijke huisvesting') die, wanneer zij geschonden kunnen worden door een ongelijke behandeling, zwaarder doorwegen bij het beantwoorden van de vraag of er al dan niet sprake is van een discriminatie. Zo wordt dus uitdrukkelijk het belang erkend van het waarborgen van deze fundamentele rechten. Het is hierbij ook van belang om erop te wijzen dat de fundamentele rechten zoals ze zijn omschreven in art. 23 Gw. ook voor de overheid zelf verplichtingen met zich meebrengen. Het is namelijk aan de overheid om via wet, decreet of ordonnantie deze rechten te waarborgen, aldus art. 23 Gw. Dit houdt bijgevolg ook in dat de overheid een wettelijk kader moet creëren dat garandeert dat mensen hun recht op behoorlijke huisvesting kunnen realiseren. Naast het voeren van een beleid dat leidt tot voldoende betaalbare en kwalitatieve huurwoningen, speelt de schuldsaldoverzekering ook een cruciale rol in de realisatie van dit recht. Art. 23 Gw. biedt daarom ook een **hefboom voor de overheid om ervoor te zorgen dat de schuldsaldoverzekering toegankelijk is, ook voor zij met een verleden van kanker**. De wet-Partyka en het 'recht om vergeten te worden' zijn al belangrijke stappen in de juiste richting. Het zal in de toekomst belangrijk zijn die weg verder te bewandelen. Dit kan onder meer door het uitbreiden van het aantal ziektebeelden in het referentierooster (zie hierboven) waarbij - in overeenstemming met de medische wetenschap - een wachttermijn wordt bepaald korter dan de algemene wachttijd van tien jaar, waarna een verzekeraar dit ziektebeeld niet meer kan inroepen ter verantwoording van een weigering tot verzekering of het aanrekenen van een bijpremie.

---

<sup>22</sup> Zie ook: COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN, *o.c.*, 37.

<sup>23</sup>Zie ook: J. VELAERS, "'De objectieve en redelijke rechtvaardiging" als ultieme toetssteen van ongelijke behandeling in verzekeringszaken" in C. VAN SCHOUBROECK en H. COUSY (eds.), *Discriminatie en Verzekering - Discrimination et assurance*, Antwerpen-Apeldoorn/ Louvain-La-Neuve, Maklu/Academia-Bruylant, 2007, (85) 105 – 108; Y. THIERY, *o.c.*, 598-602; Advocaat-Generaal POIARES MADURO, conclusie van 31 januari 2008, voor H.v.J. 17 juli 2008, Coleman/Attridge Law, C-303/06, ov. 11: *"Similarly, a commitment to autonomy means that people must not be deprived of valuable options in areas of fundamental importance for their lives by reference to suspect classifications. [...] At this point, it is fair and reasonable for anti-discrimination law to intervene. In essence, by valuing equality and committing ourselves to realising equality through the law, we aim at sustaining for every person the conditions for an autonomous life."*

<sup>24</sup> Wetsvoorstel ter bestrijding van discriminatie en tot wijziging van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, *Parl.St.* Senaat 1998-1999, nr. 1-1341/1, 4.

#### iv. Best practices

Omwille van de moeilijkheden die vele ex-patiënten ervaren om een schuldsaldoverzekering af te sluiten, zijn er ook velen die op een andere manier zorgen dat zij een waarborg hebben zodat hun partner of familieleden niet met een enorme schuldenlast overblijven wanneer zij zelf overlijden.

- Zo geven verschillende mensen die al voor hun kankerdiagnose een schuldsaldoverzekering hadden afgesloten en daarna een nieuw huis kochten aan dat zij hun **oude verzekering hebben overgedragen naar hun nieuwe lening** (13, 36).

‘Na mijn 'ziek zijn', kochten we een groter huis, maar een schuldsaldoverzekering voor mij, dat was niet meer mogelijk. De verzekering stelde wel voor om de oude schuldsaldoverzekering die al liep van op mijn vorige woning door te schuiven naar onze huidige woning. Aangezien de eerdere woning een stuk kleiner en dus ook minder waard was, dekt mijn schuldsaldoverzekering niet alles. Gelukkig toch beter dit dan helemaal geen schuldsaldoverzekering!’ (36)

Dit kan zeker een goed alternatief zijn wanneer het afsluiten van een nieuwe schuldsaldoverzekering onmogelijk blijkt in de praktijk. Dit is echter niet altijd een optie. In principe is een schuldsaldoverzekering overdraagbaar naar een nieuwe lening, tenzij er in de verzekeringsovereenkomst staat vermeld dat de schuldsaldoverzekering ‘van rechtswege eindigt bij het aflossen van de lening’. Wanneer dit het geval is, valt de verzekering dus weg wanneer een nieuwe lening wordt aangegaan die de vorige aflost. Op dat moment zal er effectief naar een nieuwe schuldsaldoverzekering moeten worden gezocht.<sup>25</sup>

- Andere respondenten geven aan **andere verzekeringen aan te spreken ter waarborg van hun lening**. Vaak gaat het hierbij om de overlijdensdekking gekoppeld aan een reeds bestaande levensverzekering, dikwijls via de groepsverzekering aangeboden door de werkgever (52, 54, 80).

‘Mijn schuldsaldoverzekering werd geweigerd, een paar dagen voor ik de akte moest gaan tekenen. Ik was op vakantie toen ik het nieuws kreeg en dat was toch even een zeer stressvol moment. Gelukkig ontdekte mijn Immotheker dat ik in een vorige job een groepsverzekering had. De bank heeft die aangenomen als onderpand voor de lening.’ (54)

Dit zijn uiteraard belangrijke alternatieven die een wereld van verschil kunnen maken, maar niet iedereen die een schuldsaldoverzekering wordt geweigerd, beschikt over een pensioenspaarverzekering. Daarom blijft het, zowel voor de overheid als voor de verzekeraars, belangrijk een zo ruim mogelijke toegankelijkheid van de schuldsaldoverzekering te garanderen.

#### v. Andere pistes

In onze vragenlijst vroegen we de mensen ook of ze zelf ideeën hadden om de door hen vastgestelde knelpunten aan te pakken. Dit leverde een heleboel interessante voorstellen op.

- Zo is er het voorstel om de **premie** van de schuldsaldoverzekering **standaard te herzien na vijf jaar** (23, 51).

---

<sup>25</sup> OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Tips 2013*, [https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier\\_general/tips\\_astuces\\_2013.pdf](https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier_general/tips_astuces_2013.pdf), 16.

'Schuldsaldoverzekering herzienbaar maken. Bijvoorbeeld om de vijf jaar evalueren. Indien geen herval, premie verlagen tot bedrag van iemand die nog niet ziek was.' (23)

→ Op zich kan dit een boeiende piste zijn, omdat je op die manier meer gepersonaliseerde premies zult bekomen. Langs de andere kant is er natuurlijk ook wel een risico verbonden aan het standaard herzien na of elke vijf jaar. Als een verzekerde in tussentijd namelijk effectief is hervallen of met andere gezondheidsproblemen te maken krijgt, zou zijn premie ook moeten worden aangepast. Op die manier loop je het risico dat je financieel wordt afgestraft voor een herval of voor een ander gezondheidsrisico dat zich voordeed.

**Meer aangewezen lijkt dan dat je als verzekerde door onderhandeling met de verzekeraar probeert te bekomen dat je de mogelijkheid hebt om de premie te herzien na een bepaalde periode, wanneer je kunt aantonen zoveel jaar later nog steeds stabiel te zijn, waardoor het risico op een vroegtijdig overlijden is gedaald.**

- Een ander voorstel is het volgende:

'Eén idee is om de **termijn die verzekeraars hanteren voor je medische achtergrond** (vijf jaar, tien jaar of je hele voorgaande leven) te **verlagen naar de termijn die de medische geneeskunde hanteert om je 'gezond' te verklaren** (meestal is dat vijf jaar).' (54)

→ Dit is een voorstel dat in lijn ligt met een vaak gehoorde frustratie van (ex-) kankerpatiënten, namelijk dat zij op medisch vlak 'gezezen' zijn verklaard na vijf jaar, maar dat de verzekeraar hier geen rekening mee houdt. **Het 'recht om vergeten te worden' komt hier gedeeltelijk aan tegemoet** via de algemene termijn van tien jaar na het einde van de behandeling, waarna een verzekeraar geen rekening meer mag houden met de kanker in kwestie bij het beoordelen van de verzekeringsaanvraag. De aparte termijnen bepalen daarnaast kortere termijnen voor specifieke aandoeningen. Zoals eerder aangegeven is het hierbij aangewezen dat de bestaande termijnen waar nodig verkort worden en dat er daarnaast voor andere kankers eveneens aparte termijnen korter dan de algemene tien jaar worden ingevoerd. Zo is er een garantie dat de beoordeling van de verzekeringsaanvraag gebeurt met respect voor de meest recente statistieken.

- Wat ook een aantal keer terugkwam als voorstel is om bij de schuldsaldoverzekering te **werken met uitsluitingen**. Dit houdt in dat je een schuldsaldoverzekering afsluit, maar dat je niet verzekerd bent bij overlijden ten gevolge van de vroegere of huidige kanker (51, 57).

'Ik begrijp dat de risico's voor de verzekering misschien te hoog zijn om schuldsaldoverzekeringen af te sluiten. Waarom niet werken met uitsluitingen? Dit lijkt me alvast een stap in de goeie richting.' (57)

→ Ook dit voorstel zou ervoor kunnen zorgen dat mensen die momenteel geen schuldsaldoverzekering kunnen krijgen vanwege een kankerproblematiek, toch een zekerheid hebben voor een overlijden zonder link met kanker. De kans bestaat echter dat wanneer zulke uitsluitingen van toepassing zijn, er discussies zullen ontstaan over de eigenlijke doodsoorzaak. Dit zal minder aan de orde zijn wanneer de verzekerde omkomt in een verkeersongeval, maar wat als de verzekerde bijvoorbeeld overlijdt ten gevolge van een hartaandoening? Het is niet denkbeeldig dat de verzekeraar vervolgens in bepaalde gevallen zal aanhalen dat de hartaandoening is gelinkt aan de kankerproblematiek. De nabestaanden van de verzekerde zullen dit in twijfel trekken, waardoor een medische expertise aan de orde zal zijn. Die zou niet alleen tijdrovend (en duur) zijn, het is ook niet zeker dat die uitsluitel zou geven. **Om dergelijke pijnlijke situaties te vermijden, lijkt het beter om niet met**

**uitsluitingen te werken op het vlak van de schuldsaldoverzekering.** Een **beter alternatief** in situaties waarin een schuldsaldoverzekering onmogelijk is, is dan om een **ongevallenverzekering af te sluiten** waardoor iemand toch verzekerd is voor overlijdens door plotse gebeurtenissen zoals een verkeersongeval.

- Om de problematiek van de moeilijk toegankelijke schuldsaldoverzekering aan te pakken, stellen verschillende respondenten voor om **een fonds op te richten voor mensen met kanker of een andere ernstige ziekte**. Met het geld voorzien in dit fonds kunnen zij die omwille van gezondheidsredenen geen aanspraak kunnen maken op een schuldsaldoverzekering alsnog worden verzekerd (75, 102).

‘Eventueel een fonds voor (ex-)kankerpatiënten en mensen die een andere zware ziekte hebben (gehad), dat gedeeltelijk kan tussenkomen bij exorbitante premies voor verzekeringen.’

‘Wettelijk vastgestelde maxima voor verzekeringspremies, eventueel in combinatie met een wettelijk verplichte verdeling van verzekeringsaanvragen van mensen met een verhoogd risico volgens marktaandeel.’ (102)

→ Langs de ene kant **bestaat zo’n fonds al gedeeltelijk in de vorm van de compensatiekas** (zie *supra*). Deze kas komt echter enkel tussen voor het deel van de bij premie dat tussen 125 % en 800 % van de basispremie ligt. Het is dus geen fonds in de zin dat het een verzekering verschaft voor zij die ‘onverzekerd’ zijn op de privémarkt. Wat dit laatste betreft, heeft de wetgever zich in het verleden reeds negatief uitgesproken. Bij de indiening van het wetsvoorstel ter oprichting van het Opgvolgingsbureau en de compensatiekas werd het volgende gesteld:

*‘Het gaat er om een evenwichtige oplossing te vinden voor de zogenaamde «brandend huis» problematiek. In tegenstelling tot de natuurrampenverzekering kan men niet verwachten dat inzake schuldsaldoverzekeringen iedereen een absoluut recht op verzekering heeft. Zo zou bijvoorbeeld iemand die weet dat hij nog maar een jaar of twee te leven heeft gebruik kunnen maken van het bureau om nog gauw een huis of auto op krediet te kopen bedoeld voor zijn erfgenamen na zijn overlijden. [...] Het is duidelijk dat in het geval van ernstige ongeneeslijke en op korte termijn dodelijke ziektes geen verzekering zal toegestaan worden, zelfs niet door het tarifieringsbureau.’<sup>26</sup>*

**Een echt recht op een schuldsaldoverzekering werd door de wetgever dus reeds niet gepast bevonden.**

Wat betreft de wettelijk vastgestelde maxima voor de premies waar de tweede respondent over spreekt, kan worden opgemerkt dat die ondertussen voor specifiek omschreven aandoeningen in werking zijn getreden via het ‘recht om vergeten te worden’.

**Een verplichte verdeling volgens marktaandeel van de verzekeringsaanvragen voor mensen met een verhoogd risico, zoals eveneens voorgesteld, ligt moeilijker.** Dit zou erop neerkomen dat verzekeraars worden verplicht bepaalde contracten af te sluiten en dat er dus een acceptatieplicht zou gelden. Die geldt echter niet, wat ook al werd verduidelijkt door het Grondwettelijk Hof. Hierbij kan eveneens worden verwezen naar wat hierboven al werd aangehaald over het ontbreken van een recht op een schuldsaldoverzekering. Daarnaast

---

<sup>26</sup> Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, *Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, nr. 52K1977/001, 8-9.

zorgt de compensatiekas, die wordt gespijsd door bijdragen van de verzekerings- en kredietinstellingen, er door deze bijdrageplicht reeds voor dat de last voor de zeer hoge premies wordt verdeeld onder de verzekeraars en kredietverleners.<sup>27</sup>

- Een laatste voorstel is om **iedereen iets meer te laten betalen voor zijn of haar schuldsaldoverzekering om zo de prijs voor mensen met gezondheidsproblematiek op hetzelfde niveau te brengen** als voor anderen zonder deze problemen.

'Ik zou het beter vinden als de verzekeraars iedereen iets meer laten betalen en zorgen dat de zieken voor eenzelfde prijs kunnen worden verzekerd, in plaats van zoals nu enkel de 'zieken' te straffen door hen een veel hogere premie aan te rekenen.' (103)

→ Je kunt stellen dat iedereen eigenlijk al bijdraagt, doordat de bijdragen die de verzekerings- en financiële instellingen doen aan de compensatiekas worden doorgerekend aan de consumenten. Een volledig gelijke premie gaat natuurlijk nog een stap verder. Om dat principe in te voeren moet eerst een en ander grondig worden bekeken. Het zou daarom een idee kunnen zijn om die piste en alle bijbehorende gevolgen **te laten onderzoeken door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg**.

### c. [Aanbevelingen](#)

#### i. Voor de overheid

- Kom op tegen Kanker pleit voor een **streng toezicht op de motivering van de weigering of het aanrekenen van een bijpremie** bij de schuldsaldoverzekering. Hierbij dient het grondwettelijk 'recht op behoorlijke huisvesting' voor de kandidaat-verzekerde steeds in de afweging te worden meegenomen. Zowel het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering als de bevoegde rechter dienen het belang van de verzekering in rekening te brengen bij hun beoordeling. Dit kunnen ze doen door na te gaan of de door de verzekeraar gebruikte statistieken effectief een dermate groot vroegtijdig overlijdensrisico aantonen, waardoor een weigering of bijpremie absoluut noodzakelijk zijn. Bij schending van de motiveringsplicht moet de FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) optreden.
- Kom op tegen Kanker verwelkomt het '**recht om vergeten te worden**'. Het is echter van groot belang dat de **effecten van de invoering** ervan op de verzekeraarbaarheid van expatiënten van nabij **worden opgevolgd door de** Commissie voor Verzekeringen, die als adviescommissie optreedt voor de minister van Economie en Consumentenzaken.
- Het 'recht om vergeten te worden' voorziet naast zijn algemene termijn van tien jaar na het einde van de behandeling ook in een **referentierooster** met kortere termijnen voor specifieke aandoeningen. De huidige regeling is echter voor verbetering vatbaar. In de nabije toekomst moeten daarom vier zaken gebeuren. Enerzijds moeten de **bestaande termijnen** geëvalueerd worden en op basis van die evaluatie verder **worden verkort waar nodig**. Anderzijds dienen er **ook voor andere kankers**, waarvoor dit momenteel nog niet het geval is, **aparte termijnen** te worden bepaald die korter zijn dan de algemene termijn van tien jaar. Op die manier zal er vertrokken worden van actuele medisch-wetenschappelijke gegevens, wat tot een rechtvaardiger verzekeringssysteem zal leiden. Het is van belang dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over voldoende middelen beschikt om tweejaarlijks de aandoeningen en termijnen opgenomen in het referentierooster te evalueren. Daarnaast

---

<sup>27</sup> GwH 10 november 2011, 166/2011, ov. B.12.4; N. PORTUGAELS, "Actuele problemen inzake de schuldsaldoverzekering: de eeuwige spanning tussen segmentatie en discriminatie", *Jura Falconis* 2012-2013, nr. 2, (373) 403.

moeten twee elementen ingevoerd worden die bij de omzetting van het Franse systeem van *le droit à l'oubli* verloren gingen. Die zijn dat de **kandidaat-verzekeringnemer na tien jaar zijn kanker niet meer moet vermelden** bij zijn verzekeringsaanvraag en dat er een **termijn van vijf jaar geldt voor zij die kanker kregen op minderjarige leeftijd** wanneer zij niet in aanmerking komen voor een termijn korter dan vijf jaar, zoals bepaald door het referentierooster.

- We pleiten voor een grondige evaluatie van de werking van het **Opvolgingsbureau voor de tarifiering**. Het is van belang dat die **evaluatie** niet louter algemeen is, maar dat ook concrete cases worden geanalyseerd. **Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is hiervoor als onafhankelijk orgaan het best geplaatst.**
- Wat de **samenstelling van het Opvolgingsbureau** betreft, **roepen we de minister van Economie en Consumentenzaken op om**, naast de reeds vrijgemaakte middelen voor een arts, ook **middelen te voorzien voor een actuaris die mee in het Opvolgingsbureau kan zetelen om de belangen van de patiënten en consumenten te vertegenwoordigen.**
- Met het oog op de toekomst kan het interessant zijn om het **Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg te laten onderzoeken** wat de gevolgen zouden zijn van het **gelijkstellen van de premie voor mensen met gezondheidsproblematiek aan deze voor mensen zonder deze problemen.**

#### ii. Voor de verzekeraar

- Kom op tegen Kanker benadrukt dat er een grote verantwoordelijkheid op de verzekeraar rust om effectief de **meest actuele wetenschappelijke literatuur** te gebruiken bij zijn **risicobeoordeling**. De geldende motiveringsplicht veronderstelt ook dat de verzekeraars hier transparant over communiceren naar de kandidaat-verzekerde, zodat die op eenvoudige wijze een duidelijk zicht heeft op hoe de verzekeraar tot zijn weigering of bijpremie komt.
- Verzekeraars moeten bij een **weigering** van de verzekeringsaanvraag of het aanrekenen van een **bijpremie** ook de mogelijkheid geven om, naast een schriftelijke motivatie, **eveneens telefonisch meer uitleg** te kunnen krijgen van de arts van de verzekeraar over de concrete reden van de weigering of bijpremie.
- Het is van belang dat bij het afsluiten van een lening en bijbehorende schuldsaldoverzekering **eerst duidelijkheid bestaat over de verzekering alvorens de leningsakte wordt ondertekend**. Dit vermijdt situaties waarbij pas na het aangaan van de lening blijkt dat er geen schuldsaldoverzekering mogelijk is.

#### iii. Voor de verzekerde

- Wanneer de kandidaat-verzekerde wordt geconfronteerd met een weigering of hoge bijpremie en het is niet duidelijk waarom, is het belangrijk dat hij weet dat hij **recht heeft op een motivatie** en dat hij hiernaar durft te vragen. Bij een gebrekkige motivatie kan hij, eventueel na aftoetsing bij de behandelend arts, de stap zetten naar het Opvolgingsbureau en indien nodig naar de rechter voor een herbeoordeling van zijn aanvraag en/of toetsing van de beslissing van de verzekeraar.
- Wanneer de verzekerde een hoge bijpremie moet betalen, kan hij met de verzekeraar **proberen overeen te komen dat hij de mogelijkheid heeft om de premie te herzien na een bepaalde periode, wanneer hij kan aantonen zoveel jaar later nog steeds stabiel is, waardoor het risico op een vroegtijdig overlijden is gedaald.**
- Wanneer het afsluiten van een nieuwe schuldsaldoverzekering onmogelijk blijkt, kan de verzekerde bekijken of hij eventueel **andere verzekeringen kan aanspreken ter waarborg van zijn lening**. De overlijdensdekking gekoppeld aan een reeds bestaande

levensverzekering, dikwijls via de groepsverzekering aangeboden door de werkgever, kan bijvoorbeeld een optie zijn.

- Een andere optie kan zijn om, wanneer de verzekerde al een schuldsaldoverzekering gekoppeld aan een oudere lening heeft, te bekijken of de **oude schuldsaldoverzekering kan worden overgezet naar de nieuwe lening**. Het is belangrijk eerst goed in de oude verzekeringspolis na te kijken of dit wel kan. In principe is een schuldsaldoverzekering overdraagbaar naar een nieuwe lening, tenzij er in de verzekeringsovereenkomst vermeld staat dat de schuldsaldoverzekering ‘van rechtswege eindigt bij het aflossen van de lening’. Wanneer dit het geval is, valt de verzekering dus weg wanneer een nieuwe lening wordt aangegaan die de vorige aflost. Op dat moment zal er dus effectief naar een nieuwe schuldsaldoverzekering moeten worden gezocht.
- Nog een **alternatief kan zijn om een ongevalverzekering af te sluiten**. De verzekerde moet er echter rekening mee houden dat die verzekering niet bij elk overlijden tot uitkering zal overgaan en dat dit meestal beperkt zal zijn tot overlijdens door plotse gebeurtenissen, zoals een verkeersongeval.

## 4. Hospitalisatieverzekering

De hospitalisatieverzekering betaalt (een deel) van de kosten van een ziekenhuisopname terug die niet ten laste worden genomen door de verplichte ziekteverzekering. Een opname in het ziekenhuis kan veel kosten met zich meebrengen zoals: de kosten van een (eenpersoons)kamer, geneesmiddelen, honoraria, gebruik en onderhoud van medisch materiaal ... De hospitalisatieverzekering kan ook de voor- en nabehandelingskosten dekken, maar die zijn vaak gelimiteerd in de tijd. In veel gevallen dekt de polis ook de ambulante kosten (medische kosten niet verbonden aan een hospitalisatie) voor een reeks van zware ziekten, waaronder kanker (hieronder waarborg ‘zware ziekten’).

Ongeveer 80 % van de Belgische gezinnen beschikt over een hospitalisatieverzekering. Die wordt afgesloten via een privéverzekeraar of bij het ziekenfonds<sup>28</sup>. In vele gevallen - bij een meerderheid van de Belgische werknemers - gebeurt de verzekering via de groepspolis van de werkgever.<sup>29</sup>

Op de vraag naar ervaringen met de hospitalisatieverzekering kregen we 54 antwoorden. Hiervan maakten 38 respondenten melding van een probleem met de verzekering. 16 anderen hadden geen noemenswaardige slechte ervaringen met de hospitalisatieverzekering.

### a. Problematieken

#### i. Niet-terugbetaalde kosten

Verschillende getuigenissen gingen over kosten die niet door de hospitalisatieverzekeraar werden terugbetaald. Vaak komt dit voor de verzekerde onlogisch en willekeurig over (19, 22, 32, 58, 64, 72, 76, 118, 122).

‘Negatief: producten die niet op RIZIV-lijst staan, werden ambulant niet betaald. Bijvoorbeeld kompressen voor brandwonden na bestraling, ontsmettende zeep, verzachtende bodymilk van de apotheek, oogdruppels na chemo en poortkatheder spoelen worden terugbetaald in

<sup>28</sup> Via de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOB's) van de verschillende landsbonden.

<sup>29</sup> P. DE ROUCK, “Hospitalisatieverzekering voorkomt gepeperde ziekenhuisrekeningen”, *De Tijd*, 20 oktober 2018, 19.



het ziekenhuis. Kies je voor dezelfde behandeling door thuisverpleging, dan moet je alle materialen zelf betalen.’ (22)

‘Ik kreeg tijdens de bestraling (op mijn onderbuik) last van bloedingen. Alle bezoeken aan de gynaecologe en alle therapieën die ze heeft voorgesteld om mij te helpen, werden door de verzekering afgedaan als “niet eigen aan mijn ziekte, want iedereen komt ooit in de menopauze”. Terwijl ik een brief van mijn oncoloog had waarin die verklaarde dat het aan m'n behandeling was gelinkt, en dat ik pas 32 jaar was wanneer ik in de overgang ging. Ik heb lange tijd gebruik moeten maken van gezinszorg. Dit is weliswaar inkomensgerelateerd, maar met een man die fulltime werkt, vallen wij in een hoge schaal. Het is eigenlijk heel duur. Elke maand kwam er een factuur van rond de € 250. De hospitalisatieverzekering weigerde dit als kost te zien, want ze vonden het "niet-dringende hulp". Maar we hebben hier een gezin dat moet draaien en grootouders die nog werken of vaak moesten inspringen voor andere hulp (zoals oppas op de kindjes). Ik vond het dus oneerlijk dat wij die kost alleen moesten dragen. [...] Hun lijst van ‘medicijnen die je kunt nodig hebben bij kanker’ is nogal beperkt.’ (58)

In deze getuigenissen worden verschillende problematieken rond niet-terugbetaling aangekaart. Zo is er de melding dat de kosten van het spoelen van een poortkatheder, net als kompressen, ontsmettende zeep en oogdruppels na chemo wel worden terugbetaald als zij deel uitmaken van de behandeling in het ziekenhuis, maar niet wanneer die in het kader van **thuisverpleging** worden uitgevoerd of aangekocht. Dit is opmerkelijk, zeker in tijden waarin meer en meer zorgverstrekking thuis plaatsvindt en minder in het ziekenhuis. Het is van belang dat wanneer de zorg verschuift, de terugbetaling dit ook doet. Kosten die worden terugbetaald in het ziekenhuis, moeten ook worden terugbetaald wanneer ze op medisch verantwoorde manier thuis worden verstrekt. Dit geldt zowel voor het RIZIV als voor de hospitalisatieverzekeraar. Bij die laatste zou normaal gezien toch **moeten worden terugbetaald in het kader van de waarborg ‘zware ziekten’, waarin vele hospitalisatieverzekeringen voorzien.**

Over de **waarborg ‘zware ziekten’** bereikten ons nog meerdere meldingen. De verzekerden voelen in deze getuigenissen aan dat de verzekeraar probeert om zijn tussenkomsten zoveel als mogelijk te beperken door te stellen dat bepaalde medicijnen of behandelingen niet rechtstreeks aan de zware ziekte kanker zijn verbonden. Hier kan uiteraard steeds discussie over bestaan, maar wanneer - zoals in het geval van (58) - de behandelend oncoloog aangeeft dat een bepaalde therapie het gevolg is van de kanker (behandeling) zou de discussie toch beslecht moeten zijn. Daarnaast zou het voor verzekeraars mogelijk moeten zijn om op basis van de vele dossiers die zij behandelen, zicht te hebben op welke kosten en behandelingen vaak bij en na een kankerbehandeling komen kijken. Het is belangrijk dat verzekeraars hier opener over communiceren. Denk bijvoorbeeld aan een verduidelijking op de website die aangeeft dat de waarborg ‘zware ziekten’ in geval van kanker onder meer geldt voor deze en gene behandeling of kost, indien nodig als die is gedekt door een attest van de behandelend oncoloog. Dit zou al veel **duidelijkheid scheppen en veel administratie besparen doordat verzekerden weten dat zij voor bepaalde terugbetalingen een attest van hun oncoloog moeten voorzien.**<sup>30</sup>

Een andere behandeling die regelmatig aanleiding geeft tot discussies over terugbetaling is de **preventieve borstamputatie**. Dit kwam niet alleen in het kader van deze campagne aan bod, maar werd voordien ook al enkele malen gemeld aan de Kankerlijn.

‘Bij de (*preventieve, n.v.d.r.*) borstamputatie en reconstructie: veel te veel zelf moeten betalen: ereloon, dure raadplegingen, vervoer.’ (119)

<sup>30</sup> Zie in deze zin ook: OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2015*, [https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier\\_general/Jaarverslag\\_Ombudsman\\_2015.pdf](https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier_general/Jaarverslag_Ombudsman_2015.pdf), 23-24.

In een van de cases die werden gedeeld met de Kankerlijn vertelt een dame dat ze na een eerdere borstkanker haar andere borst preventief wilde laten amputeren. Haar hospitalisatieverzekering liet haar weten dat preventieve ingrepen echter niet werden gedekt door de polis. De verzekering gaf te kennen dat zij op extracontractuele basis wel tussenkomst wilde verlenen indien zou blijken dat er sprake was van een verhoogd risico. Hiervoor vroeg de verzekering bij de verzekerde de resultaten op 'van de screening die de indicatie vormt voor de preventieve ingreep'. De verzekeraar informeerde hier dus in feite naar de resultaten van een genetische screening. De verzekeringswetgeving stelt echter zeer duidelijk dat genetische gegevens niet mogen worden meegedeeld aan de verzekeraar.<sup>31</sup> Het ziekenhuis waar de dame behandeld werd, had gelukkig de juiste reflex en weigerde deze gegevens over te maken. De dame contacteerde ook de Kankerlijn, de juridische dienst van het ziekenhuis en liet haar behandelend arts een attest opstellen waarin werd aangegeven dat het weldegelijk om een medisch noodzakelijke ingreep ging, zoals vereist volgens de verzekeringspolis. De verzekeraar bleef toch weigeren terug te betalen als hij niet over de genetische gegevens beschikte. Pas nadat de Orde der artsen werd ingeschakeld via de oncologe, bond de verzekeraar in en gaf die aan het dossier van mevrouw te aanvaarden voor terugbetaling.

Ook op het forum van onze website [allesoverkanker.be](http://allesoverkanker.be) kun je lezen dat er absoluut geen lijn te trekken is in het beleid van verzekeraars rond terugbetaling van de kosten bij preventieve borstamputaties. In verscheidene van de getuigenissen is het zelfs zo dat, zoals in de case hierboven, enkel wordt terugbetaald wanneer de verzekerde actie onderneemt en blijft aandringen, vaak met ondersteuning van onder meer de behandelend arts. Dit is echter allerm minst vanzelfsprekend voor de verzekerde. Zeker wanneer je net een zeer zware operatie onderging of op het punt staat die te ondergaan, is het niet evident jezelf op te laden om ook nog eens tijd en energie te steken in een verzekeringsproblematiek. Verzekerden die op dat moment niet in staat zijn dit op te nemen, of die in het algemeen minder mondig zijn, worden op die manier nadeliger behandeld dan anderen. Die vorm van willekeur kan absoluut niet worden aanvaard. **Een duidelijk beleid rond de terugbetaling van de preventieve borstamputatie dringt zich dan ook op.**

Verzekeraars die niet overgaan tot terugbetaling halen aan dat het gaat om een louter preventieve ingreep en dat daardoor niet aan de voorwaarden van de verzekeringspolis wordt voldaan. Hierbij wordt echter uit het oog verloren dat een operatie van deze aard zeer zwaar is en uiteraard niet voor het plezier wordt ondergaan. Wanneer een verzekerde hiertoe overgaat, is dit effectief omdat wordt aangegeven dat dit medisch noodzakelijk is en dat het risico op kanker op latere leeftijd groot is. De preventieve ingreep zorgt er dan voor dat nadien geen zwaar en duur behandelingsprogramma moet worden gevolgd. In een argumentatie uitgewerkt door het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen wordt ook aangegeven dat in de niet-terugbetaling van een preventieve borstamputatie ook een discriminatie zou kunnen worden gezien op basis van geslacht. De wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen (hierna: Genderwet) verbiedt discriminatie op basis van geslacht in de context van goederen en diensten, zoals verzekeringen (art. 19 j. art.6, §1, °1 Genderwet). Gezien vrouwen met een afwijking in het BRCA1- of BRCA2-gen (dat het risico op kanker verhoogt) een risico lopen van 60 tot 80 % om ooit borstkanker te krijgen terwijl dit bij mannen rond de 7 % zit, worden vrouwen buitenproportioneel geraakt door de niet-terugbetaling van preventieve borstamputaties.<sup>32</sup> Dit kan op basis van de aangehaalde wetsartikelen leiden tot de conclusie dat de niet-terugbetaling van de preventieve borstamputatie een discriminatie uitmaakt, gezien de kosten die uitgesloten worden direct verband houden met het geslacht van de verzekerde.

---

<sup>31</sup> Art. 58 Verzekeringswet; C. CORNELIS, "Het belang van genetische gegevens in het Belgische recht", *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 2017-2018, (295) 305-306; T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, "§3. Medische informatie" in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.), *o.c.*, (412) 424-427.

<sup>32</sup> <https://www.allesoverkanker.be/borstkankergenen-brca-en-erfelijkheid>

Een **werkbaar oplossing** voor deze problematiek is dat de verzekeraar aan de verzekerde vraagt om door de behandelend arts te laten bevestigen dat de ingreep medisch noodzakelijk is. Op die manier moeten er geen genetische gegevens worden meegedeeld en heeft de verzekeraar wel de bevestiging van de arts dat het niet gaat om een willekeurige ingreep.

## ii. Vooraf bestaande aandoeningen

Zoals hierboven aangegeven wordt de hospitalisatieverzekering zowel door privéverzekeraars als door de ziekenfondsen aangeboden. Een groot verschil tussen die twee is dat bij de privéverzekeraars meestal een **uitsluiting geldt van de vooraf bestaande aandoeningen**. Alle kosten die betrekking hebben op de aandoening die zich manifesteerde vóór het afsluiten van de hospitalisatieverzekering worden in dit geval uitgesloten van de verzekeringsdekking. Bij de verzekeringen van de ziekenfondsen geldt die uitsluiting niet, maar kunnen wel beperkingen van toepassing zijn. Bijvoorbeeld: bij een ziekenhuisverblijf wegens een reeds bestaande aandoening dekt de polis wel de kosten van een verblijf op een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer, maar de supplementen voor een eenpersoonskamer worden tijdelijk of definitief uitgesloten.

Het feit dat de verzekeringen via de ziekenfondsen op die manier een mogelijkheid bieden om ook de vooraf bestaande aandoening te verzekeren, wordt door verscheidene respondenten als zeer positief ervaren (50, 54, 63).

‘Ik krijg geen hospitalisatieverzekering bij een private verzekeraar. Daarom heb ik een hospitalisatieverzekering bij de mutualiteit.’ (54)

Als mensen voorafgaand aan het afsluiten van een hospitalisatieverzekering kanker hadden en daarna de verzekering afsluiten bij een privéverzekeraar, worden alle kosten met betrekking tot die kanker meestal van de dekking uitgesloten. Die uitsluiting van vooraf bestaande aandoeningen geeft regelmatig aanleiding tot discussies tussen de verzekerde en de verzekeraar. Vaak gaat het dan over de vraag of de gemaakte medische kosten een gevolg zijn van de uitgesloten aandoening (37, 67, 85).

‘Hospitalisatieverzekering weigert elke aandoening gerelateerd aan twee voorvallen te vergoeden. Bij melding van onkosten bij tweede tumorectomie wilden ze initieel niet vergoeden maar mits tussenkomst van oncoloog die afwezigheid van verband aantoonde, is het toch in orde gekomen.’ (37)

Zoals uit de getuigenissen blijkt, kan zo’n discussie vaak worden opgelost door tussenkomst van de behandelend arts. Dit is echter niet altijd het geval. Voor die situaties werd een apart orgaan opgericht, de Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering. Hoewel de commissie werd opgericht per KB van 20 december 2007 kwam ze tot op heden nog steeds niet samen, aangezien de leden ervan nog niet benoemd zijn. In de praktijk worden gevallen waarin verzekerde en verzekeraar er onderling niet uitkomen, beslecht via een minnelijke medische expertise. Dit is echter niet ideaal, omwille van de kosten die aan zo’n procedure zijn verbonden. **Een betere optie voor alle betrokkenen is daarom dat de minister van Economie en Consumentenzaken de opgerichte Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering effectief tot leven wekt om een gemotiveerd verzoeningsvoorstel te doen.**<sup>33</sup>

Het is van belang dat een **contractuele uitsluiting redelijk blijft** en dat de vooraf bestaande aandoening niet door de verzekeraar wordt opgevat als een vrijgeleide om de verzekering uit te hollen. Die indruk ontstaat nu soms bij de verzekerde. Het is belangrijk dat de verzekerde op

<sup>33</sup> Koninklijk besluit van 20 december 2007 houdende oprichting van het bemiddelingsorgaan bedoeld in artikel 138bis -6, derde lid van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

voorhand goed naleest of hij zich kan vinden in de formulering van de uitsluiting. Hierbij kan hij eventueel zijn behandelend arts om advies vragen. Wettelijk werd namelijk bepaald dat de uitgesloten kosten nauwkeurig moeten worden omschreven in een apart document dat bij de verzekeringsovereenkomst wordt gevoegd.<sup>34</sup>

Dat er soms nog duidelijker moet worden gecommuniceerd over de uitsluiting van vooraf bestaande aandoeningen, blijkt uit het verhaal van een van de respondenten (112).

‘In september 2017 onderging ik een borstamputatie en startte de hele behandeling van mijn borstkanker. Ik was toen al jaren bij [verzekeraar X] verzekerd met een basispolis. In het voorjaar van 2018 liet ik telefonisch mijn hospitalisatieverzekering upgraden naar een uitgebreide formule met het oog op een éénpersoonskamer tijdens de ingreep voor mijn borstreconstructie in maart 2019. Wat blijkt nu? [Verzekeraar X] komt niet tussenbeide voor ingrepen op een éénpersoonskamer als de aandoening reeds bestaande was! Dat werd mij bij de overschakeling niet gemeld, maar de premies werden wel geïnd. Het is niet opgelost, [verzekeraar X] houdt voet bij stuk en zal de waarborgen van de uitgebreide formule enkel toepassen bij een nieuwe aandoening.’ (112)

Ook los van de campagne kregen we bij de Kankerlijn al verschillende gelijkaardige meldingen van mensen die, nadat zij kanker kregen, wilden overschakelen naar een ander type hospitalisatieverzekering bij dezelfde verzekeraar. In verscheidene gevallen gebeurde dit zelfs om in de toekomst beter verzekerd te zijn voor kosten gerelateerd aan die kanker. Vervolgens is de verbazing groot wanneer net alle medische kosten met betrekking tot die kanker uitgesloten zijn van de verzekering. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt gedeeld door verzekerde en verzekeraar (evenals de eventueel betrokken verzekeringstussenpersoon zoals de verzekeringsmakelaar of verzekeringsagent). Je zou immers kunnen stellen dat het aan de verzekerde is om de aangepaste polis na te lezen. Het is echter ook van belang dat de verzekeraar en verzekeringstussenpersoon hun verzekerde grondig informeren over de wijziging. Zeker gezien zij de wettelijke plicht hebben om erop toe te zien dat de verzekeringsovereenkomst in overeenstemming is met de verlangens en behoeften van de klant.<sup>35</sup> Het minste wat we kunnen zeggen, is dat dit in de hier aangehaalde gevallen niet gebeurde. **Het verdient daarom aanbeveling dat de verzekerde steeds zijn (gewijzigde) polis naleest, maar ook dat de verzekeraar en verzekeringstussenpersoon steevast nagaan wat aan de grondslag ligt van de vraag van de verzekerde tot wijziging van de polis en dat ze hier rekening mee houden en duidelijk communiceren over de gevolgen van de wijziging, ook wanneer de vraag tot wijziging telefonisch of per mail gebeurt.**<sup>36</sup>

### iii. Administratieve last

Verscheidene respondenten geven aan dat de **administratieve verplichtingen** om terugbetaling van de medische kosten te verkrijgen zeer **belastend** zijn. Zeker op het moment dat iemand nog volop met zijn behandeling bezig is, is het vaak iets dat over het hoofd wordt gezien, dikwijls ook omdat de verzekerde er simpelweg de energie niet voor heeft (25, 58, 104, 107, 121).

‘Veel administratie. Er komt veel papierwerk bij kijken. Je hebt er geen overzicht meer over. Tijdens de behandeling heb je echt geen notie van al die administratie. En wil en kun je daar niet mee bezig zijn. Het kan gebeuren dat je een papier vergeet of er een document is waar

<sup>34</sup> Art. 206, 2<sup>e</sup> lid Verzekeringwet.

<sup>35</sup> Art. 284 Verzekeringwet, daarnaast kan ook worden verwezen naar de zorgplicht zoals bepaald in art. 279 Verzekeringwet.

<sup>36</sup> In dit laatste geval kan ook worden verwezen naar art. VI, 55-57 Wetboek Economisch Recht verwezen worden dat van toepassing is op overeenkomsten afgesloten op afstand.

je het bestaan niet van afwist, en dan word je 'gestraft'. Het is echt een kluwen van papierwerk. Je moet overal achteraan. Als je het niet weet, wordt dit ook niet gezegd. Het medische team in het ziekenhuis geeft je al veel info, maar is natuurlijk ook niet van alles op de hoogte.' (107)

Los van het feit dat het sowieso al zwaar is om deze administratieve last te dragen terwijl je een behandeling volgt, is het extra cru als je door die omstandigheden zaken mist en hierdoor minder terugbetaald krijgt. Meer ondersteuning van de verzekerde is hier dan ook aangewezen (zie infra 'Administratieve ondersteuning').

#### iv. Mank lopende communicatie

Een slechte communicatie door de verzekeraar werd door de respondenten regelmatig als frustrerend bevonden. Het gaat hierbij dan onder meer over een **gebrek aan transparantie en de stijl van de communicatie en over lange wachttijden** (11, 44, 75, 106, 112, 122, 124).<sup>37</sup>

'Er is geen transparantie. Je dient je kosten door te sturen, men laat je weten "dit bedrag valt niet onder de waarborg" ... maar waar het juist over gaat, of een motivatie of omschrijving krijg je niet. Als zieke heb je zoveel uitgaven voor medicatie en ambulante zorgen. Je kunt onmogelijk het bos door de bomen zien, wat wel of niet ten laste genomen wordt. Transparantie of enige duidelijkheid is er niet. [X verzekeringen]' (75)

De gebrekkige communicatie leidt er in andere gevallen ook toe dat mensen een terugbetaling mislopen. Zo bereikten ons enkele getuigenissen van mensen die **niet werden gewezen op** de terugbetaling van ambulante kosten (medische kosten niet verbonden aan een hospitalisatie) onder de **waarborg 'zware ziekten'**. Wanneer het gaat om vele jaren aan kosten kan de misgelopen terugbetaling sterk oplopen. Zeker omdat de verjaringstermijn voor deze kosten drie jaar bedraagt, wat wil zeggen dat iemand vanaf dat die zich bewust is van deze terugbetaling dus nog maar drie jaar aan kosten kan recupereren (2, 44).

'Ik heb al van kindsbeen af een hospitalisatieverzekering bij [verzekeraar X]. Momenteel is er een serieus conflict, aangezien die me nooit heeft gemeld dat ik recht had op de erkenning 'ernstige ziekte'. Ik geef veel geld uit aan een advocaat om dat rechtgezet te krijgen. Gezien mijn vooraf bestaande aandoening kan ik mij privé niet laten verzekeren, ik had ook nooit een groepsverzekering op het werk.' (2)

Dat deze waarborg 'zware ziekten' effectief een verschil maakt, blijkt uit meerdere getuigenissen (25, 39, 76, 81).

'Ik ben net van werk veranderd en heb nu een nieuwe hospitalisatieverzekering via het werk, [verzekeraar X]. Zij hebben een clause 'ernstige ziektes'. Kanker valt hieronder en ik mag al mijn rekeningen van Gasthuisberg doorgeven aan hen. Zij zijn een godsgeschenk en besparen mij verschrikkelijk veel geld per jaar.' (39)

In sommige gevallen wordt ook de communicatie voorafgaand aan de eventuele afsluiting van een verzekeringsovereenkomst als niet-klantvriendelijk ervaren vanwege een gebrek aan persoonlijke aanpak (84).

---

<sup>37</sup> Ook hier kan worden verwezen naar de vaststellingen van de Ombudsman: OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2015*, [https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier\\_general/Jaarverslag\\_Ombudsman\\_2015.pdf](https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier_general/Jaarverslag_Ombudsman_2015.pdf), 24.

'In februari werden wij uitgenodigd door [verzekeraar X] voor een gesprek omtrent onze verzekeringen. Hierbij werd ons een nieuw product voorgesteld voor mensen die via de werkgever een hospitalisatieverzekering genieten en waarbij het mogelijk was om voor een betaalbare hospitalisatieverzekering te sparen voor wanneer je pensioengerechtigd bent of je van werkgever verandert.

Mijn echtgenote en ik waren hierin geïnteresseerd en hebben een voorstel laten maken. Ik werd bij de medische vragenlijst geweigerd vanwege mijn aandoening. Toen wij later voor de medische vragenlijst van onze zoon (15 jaar) bijkomende vragen ontvingen over zijn orthodontische behandeling, hebben wij ook de procedure voor mijn echtgenote stopgezet. Dit vanwege een gebrek aan klantvriendelijkheid.

De weigering werd gecommuniceerd via een brief van [verzekeraar X], waarop vermeld stond dat je kon vragen om een verklaring waarom je werd geweigerd. Dit hebben wij dan ook gedaan, maar het antwoord was een standaardbrief met een standaardformulering. Heel klantvriendelijk.' (84)

#### v. Onbekend recht op (voortzetting) hospitalisatieverzekering

Opvallend bij de getuigenissen over de hospitalisatieverzekeringen is ook dat er nog mensen zijn die zich niet bewust zijn van het feit dat de hospitalisatieverzekering niet mag worden geweigerd omwille van een **bestaande chronische ziekte** zoals kanker of een handicap, zolang de verzekeringsnemers **jonger dan 65 jaar** zijn (36, 42, 89, 118).

'2001: bij [verzekeraar X] konden ze me geen hospitalisatieverzekering meer geven wegens ziekte

2003: met een groepsverzekering van de school bij [verzekeraar Y] ging dit ook niet  
Niemand heeft me verder geholpen, ik heb ook niet meer aangedrongen.  
Sindsdien heb ik 1 nacht in het ziekenhuis verbleven.' (42)

Dit **recht op een hospitalisatieverzekering** geldt sinds 2007 en houdt ook in dat de verzekeraar geen hogere premie mag vragen dan bij iemand zonder chronische ziekte of handicap. Daar staat wel tegenover dat de verzekeraar alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks zijn verbonden aan de chronische ziekte of handicap van de dekking kan uitsluiten (zie eerder '*ii. Vooraf bestaande aandoeningen*'). In het hierboven aangehaalde geval gaat het om iemand die vóór 2007 bij verschillende verzekeraars werd geweigerd en vervolgens de moed opgaf om nog een verzekering te bekomen. Sinds 2007 komt deze persoon echter wel in aanmerking voor een hospitalisatieverzekering en kan die niet meer worden geweigerd.

Anderen geven aan nergens een hospitalisatieverzekering te kunnen afsluiten. Gelet op de **timing** in hun verhaal zou dit nochtans niet mogelijk mogen zijn. Eventueel zou het kunnen dat zij te maken krijgen met een weigering om hun vooraf bestaande aandoening te verzekeren en dit dan beschouwen als een volledige weigering van de verzekering. Vervolgens geven de getuigen aan hun pogingen tot het afsluiten van een hospitalisatieverzekering te staken.

De getuigenissen tonen aan dat het van belang is te blijven informeren over het 'recht op een hospitalisatieverzekering' en het nut van de verzekering, zelfs wanneer een eventuele vooraf bestaande aandoening wordt uitgesloten. In dit laatste geval is er trouwens nog steeds de mogelijkheid om zich via de hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds te verzekeren, zonder de uitsluiting.

Ook de mogelijkheid tot **individuele verderzetting van een aansluiting bij een collectieve hospitalisatieverzekering** lijkt voor sommigen nog onvoldoende gekend. Dit is nochtans een zeer interessante mogelijkheid. Die houdt in dat iemand die een collectieve hospitalisatieverzekering

heeft via zijn werkgever en die verzekering bij pensionering, ontslag, verandering van werkgever ... individueel wil voortzetten, dat kan, zonder aanvullend medisch onderzoek en zonder nieuwe medische vragenlijst. De verzekeraar mag geen premiestijging vragen of andere voorwaarden opleggen als de verzekerde in de loop van de collectieve hospitalisatieverzekering ziek is geworden. De premie kan wel worden aangepast aan de leeftijd van de verzekerde op het moment van de verderzetting. Die mogelijkheid geldt niet alleen voor de werknemer-verzekerde zelf, maar ook voor zijn aangesloten partner en kinderen. Ook na een scheiding of als de kinderen het huis uit gaan, kunnen ze het recht op individuele voortzetting doen gelden. Dit recht geldt ook wanneer zij mee zijn opgenomen in de individuele hospitalisatieverzekering van een gezinslid, los van de werkgever. De (onterechte) onzekerheid over het al dan niet kunnen verderzetten van de verzekering leidt ertoe dat sommige respondenten meerdere hospitalisatieverzekeringen tegelijk hebben (102, 103).

‘De hospitalisatieverzekering was gelukkig afgesloten voor er sprake was van de eerste symptomen. Dus hier is er geen probleem geweest. Mijn vriendin heeft echter haar eigen hospitalisatieverzekering via de mutualiteit. Maar is tegelijkertijd ook (gratis) aangesloten bij de hospitalisatieverzekering van mijn werk. Ze durft echter haar eigen verzekering van de mutualiteit niet opzeggen voor in het geval wij ooit niet meer samen zouden zijn. Dan zou ze ergens een nieuwe hospitalisatieverzekering moeten afsluiten met een hogere premie, gezien haar medische verleden. Hierdoor betaalt ze eigenlijk ieder jaar nog (momenteel) onnodig voor de verzekering van haar mutualiteit.’ (103)

Tegenover die getuigenissen staan er ook anderen die benadrukken dat zij enorm zijn geholpen door de individuele verderzetting van ofwel de collectieve verzekering van het werk, of van de individuele polis van de partner of ouder(s) waar zij bij op waren ingeschreven (16, 41, 42, 43, 51).

‘Mijn hospitalisatieverzekering kon ik gelukkig overnemen van mijn ouders aangezien ik nog thuis woonde op het moment van de eerste vaststelling van de hersentumor. Ik kan echter nooit veranderen van hospitalisatieverzekering omdat ze mijn situatie nooit willen verzekeren.’ (16)

‘Gelukkig had ik voordien al een goede hospitalisatieverzekering en kan ik die overnemen van mijn werkgever wanneer ik van job verander. De overname is betaalbaar.’ (51)

Dat het aansluiten bij de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever (van de partner/ouder) in se al interessant kan zijn, blijkt eveneens uit de verhalen die ons bereikten. Zeker wanneer het moeilijk is om een hospitalisatieverzekering af te sluiten die de vooraf bestaande toestand niet uitsluit en toch een ruime dekking geeft, kan dergelijke aansluiting een oplossing bieden. Vaak moet bij de aansluiting bij deze collectieve polissen geen voorafgaande medische vragenlijst worden ingevuld, waardoor iemand kan aansluiten zonder enige uitsluiting (46, 57, 61, 80, 113).

‘Aansluiten via een groepsverzekering is de enige oplossing, maar is niet voor iedereen mogelijk. Je hoeft geen vragenlijst in te vullen en de betaling van de premie is haalbaar.’ (46)

## b. Oplossingen

### i. Goed uitgebouwde ziekteverzekering

De meest evidente manier om de ziektekosten voor de patiënt zo beperkt mogelijk te houden, is een goed uitgebouwde verplichte ziekteverzekering. Dit wordt eveneens door verschillende

respondenten naar voren geschoven als oplossing voor de problemen die zij ervaren met de hospitalisatieverzekering (29, 97).

‘De enige oplossing ten gronde is om de belangrijkste risico's in te bedden in een wettelijke en verplichte verzekering die gefinancierd wordt volgens de regels van de sociale zekerheid: betalen volgens draagkracht, gelijkwaardig verzekerd worden volgens de noden.’ (97)

‘Eerst en vooral zou er een goede basis moeten zijn om op terug te vallen, zeker als zelfstandige. Een basisziekteverzekering voor iedereen gelijk. Zodat al die extra verzekeringen geen must zijn.’ (29)

Momenteel zien we dat de verplichte ziekteverzekering in ons land al in de terugbetaling van een groot deel van de medische kosten voorziet. Deze tussenkomst blijft in de praktijk echter vaak onvolledig. In het geval van hospitalisatie kunnen de kosten bijvoorbeeld sterk oplopen, waardoor iemand zelf nog veel moet betalen. Net voor dergelijke situaties is het van belang om naast de verplichte ziekteverzekering een **bijkomende ziektekostenverzekering** af te sluiten. Dit is **financieel** echter **niet voor iedereen mogelijk**. Zoals eerder aangegeven heeft ongeveer 80 % van de Belgische gezinnen een hospitalisatieverzekering, maar dit wil ook zeggen dat 1 op de 5 hier niet over beschikt. In een systeem waarin de verzekering bijna een must wordt om niet met enorme eigen betalingen geconfronteerd te worden bij een ernstige ziekte, komt het grondwettelijk beschermde ‘recht op gezondheidszorg’ in het gedrang. Dit recht impliceert de verantwoordelijkheid van de overheid om de gezondheid van de burgers te beschermen en te bevorderen en om erop toe te zien dat (gezondheids)zorg beschikbaar en toegankelijk is.<sup>38</sup>

De situatie is niet alleen problematisch voor zij die geen hospitalisatieverzekering kunnen betalen. Dit geldt ook voor **mensen met een vooraf bestaande aandoening** die een hospitalisatieverzekering wensen af te sluiten. Zij zien in de praktijk dat alle kosten die in verband staan met die aandoening bij hun verzekeraar worden uitgesloten van verzekeringsdekking. Zij kunnen dan vaak wel terecht bij de ziektekostenverzekering van hun ziekenfonds, waar meestal dekking van de kosten gelinkt aan de vooraf bestaande aandoening kan worden bekomen. Hierbij gelden echter vaak beperkingen op de tussenkomst, zeker wanneer een patiënt bij hospitalisatie opteert voor een éénpersoonskamer, waardoor nog een groot deel door de verzekerde zelf moet worden betaald (79, 119).

‘Bij de borstamputatie en reconstructie: veel te veel moeten zelf betalen: ereloon, dure raadplegingen, vervoer.

Als ik aan [X] (*verzekering ziekenfonds, n.v.d.r.*) zei: “mijn zus krijgt alles tot de laatste cent terug”, kreeg ik steevast het antwoord: “bij Y (*privéverzekeraar, n.v.d.r.*) moet je ook meer betalen”. Maar bij [*verzekeraar X*] kan ik zo’n verzekering niet krijgen, ze bestaat daar niet: een verzekering waar alles wordt terugbetaald.’ (119)

Zowel in het geval waarin mensen in de financiële onmogelijkheid zijn een hospitalisatieverzekering af te sluiten, als in de gevallen waarin mensen aangewezen zijn op de (minder dekkende) hospitalisatieverzekeringen van het ziekenfonds, kan er omwille van kanker een hoge bijkomende financiële last op de schouders van de patiënt terecht komen. Dit is onaanvaardbaar voor Kom op tegen Kanker.

Vaak zijn het de aangerekende **ereloonsupplementen** die de kosten van de hospitalisatie de hoogte in jagen. Die mogen enkel worden aangerekend in geval van opname op een éénpersoonskamer. Je mag echter niet zonder meer van patiënten verwachten dat zij opteren voor een

---

<sup>38</sup> Art. 23 Gw. Zie o.m. ook: art. 11 Europees Sociaal Handvest en art. 12 Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten



meerpersoonskamer. Zo getuigde ook een patiënte in het kader van een vorige campagne van de Kankerlijn van Kom op tegen Kanker, die betrekking had op de kosten van de behandeling<sup>39</sup>:

‘De erelonen swingen de pan uit. Er wordt door de mutualiteit aangeraden om geen éénpersoonskamer te nemen. Maar om emotionele redenen heb ik toch steeds om een eenpersoonskamer gevraagd. Mijn borsten verliezen doe ik toch liever in stilte.’

Uit het meest recente performantierapport over het Belgische gezondheidssysteem van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) blijkt dat de ereloonsupplementen jaar na jaar blijven stijgen: *‘In 2017 waren ze goed voor 18,1 % van de officieel aangerekende erelonen en liepen ze in totaal op tot 563 miljoen euro. De stijging was vooral te merken bij de klassieke ziekenhuisverblijven (+8 % in de periode 2015-2017).’*<sup>40</sup>

Dit systeem is niet lang meer houdbaar en kan leiden tot een duale geneeskunde met aan de ene kant ziekenhuizen die systematisch eenpersoonskamers aanbieden waardoor de artsen meer verdienen. Aan de andere kant heb je dan ziekenhuizen die betaalbaar zijn voor de patiënt, maar die moeilijker artsen kunnen aantrekken.<sup>41</sup> Kapitaalkrachtigere patiënten zullen zich het eerste type van ziekenhuis kunnen veroorloven, terwijl anderen zich tot de tweede soort moeten wenden, waar bijvoorbeeld wachtlijsten niet uitgesloten zullen zijn door het beperkt aantal artsen. Dit is dan nog in de hypothese dat er twee verschillende soorten ziekenhuizen zijn. Als ziekenhuizen echter allemaal blijven inzetten op de inkomsten uit ereloonsupplementen, zal de mindervermogende patiënt uiteindelijk nergens meer terecht kunnen. Het KCE geeft ook aan dat er actie moet worden ondernomen om de gelijke toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg te garanderen aan patiënten.<sup>42</sup>

Kom op tegen Kanker wil daarom ook zijn in 2017 geformuleerde voorstellen met betrekking tot deze supplementen hernemen:

***‘Op termijn zouden deze supplementen volledig moeten verdwijnen, om de gezondheidszorg toegankelijk te houden en om een duale geneeskunde te vermijden. Een voorwaarde is dan wel dat artsen van de ziekteverzekering vergoedingen ontvangen die goed weergeven wat een prestatie betekent qua tijdsinvestering, complexiteit, stress, en fysieke en mentale inspanning. De herziening van de tarieven, die in het regeerakkoord voorzien is, zal hopelijk in deze richting gaan. De supplementen direct volledig afschaffen, is echter niet zo eenvoudig, omdat artsen een deel ervan afstaan aan het ziekenhuis. Dit geld is volgens de ziekenhuizen noodzakelijk om de tekortschietende overheidsfinanciering op te vangen. Een tussentijdse maatregel zou kunnen zijn om een wettelijke beperking op te leggen aan de supplementen, bijvoorbeeld 100 % van het officieel honorarium. Een andere mogelijkheid is dat artsen slechts bij een bepaald percentage van hun patiënten een supplement mogen aanrekenen.’***<sup>43</sup>

Het aanpakken van de financiële barrières voor de patiënt is een essentiële taak voor de overheid. Zoals hierboven reeds aangegeven, wordt het recht op gezondheidszorg erkend door onze

---

<sup>39</sup> KOM OP TEGEN KANKER, *De kosten van implantaten en medisch materiaal, artsenhonoraria, bijvoeding, verzorgingsmateriaal en thuiszorg*, [https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/de\\_kosten\\_van\\_implantaten\\_def\\_pdf\\_0.pdf](https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/de_kosten_van_implantaten_def_pdf_0.pdf), 18.

<sup>40</sup> C. DEVOS, A. CORDON, M. LEFEVRE, C. OBYN, F. RENARD, N. BOUCKAERT, S. GERKENS, C. MAERTENS DE NOORDHOUT, B. DEVLEESSCHAUWER, M. HAELTERMAN, C. LEONARD en P. MEEUS, *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019, 40.

<sup>41</sup> KOM OP TEGEN KANKER, *o.c.*, 18.

<sup>42</sup> C. DEVOS, A. CORDON, M. LEFEVRE, C. OBYN, F. RENARD, N. BOUCKAERT, S. GERKENS, C. MAERTENS DE NOORDHOUT, B. DEVLEESSCHAUWER, M. HAELTERMAN, C. LEONARD en P. MEEUS, *o.c.*, 40.

<sup>43</sup> KOM OP TEGEN KANKER, *o.c.*, 18.

Grondwet, wat - net zoals het 'recht op behoorlijke huisvesting' (zie *supra*) - verplichtingen voor de overheid met zich meebrengt. Het is dan ook aan die overheid om binnen ons sociale zekerheidssysteem levensnoodzakelijke behandelingen voldoende terug te betalen.<sup>44</sup>

Het belang en de impact van een degelijke financiële bescherming tegen medische kosten blijkt ook uit de Gezondheidsenquête van 2013. Daarin gaf 8 % van de Belgische huishoudens aan dat één of meer mensen in het gezin gezondheidszorg uitstelden om financiële redenen. Dit is boven het Europese gemiddelde en wat de laagste inkomenscategorieën betreft, is dit zelfs bij de hoogste van Europa. Andere cijfers geven ook aan dat het rechtstreekse aandeel van de patiënt in de gezondheidsuitgaven in België (17,6 % in 2015) hoger ligt dan in onze buurlanden.<sup>45</sup>

Die cijfers zijn onacceptabel en roepen op tot actie in de vorm van de verdere uitbouw van een verplichte ziekteverzekering die voorkomt dat mensen om financiële redenen medische zorg uitstellen en dat zij financieel worden afgestraft omwille van hun gezondheid.

Het KCE verwoordt het treffend als volgt:

*'De universele ziekteverzekering heeft als doel dat iedereen een beroep kan doen op de gezondheidszorg zonder in financiële problemen te geraken of in diepere armoede terecht te komen. Financiële barrières mogen geen negatief effect hebben op het gebruik van de noodzakelijke zorg, noch mogen ze de gezondheid ondermijnen. De financiële last mag daarom niet buitenproportioneel rusten op de schouders van de zieken, en moet dus grotendeels onafhankelijk zijn van gezondheidsrisico's.'*<sup>46</sup>

**De verplichte ziekteverzekering dient daarom voldoende terugbetaling te voorzien voor alle kosten van het meest aangewezen zorgtraject voor een kankerbehandeling.** Voor de overige, extra kosten die in verband staan met de medische behandeling kan worden verwezen naar een hospitalisatieverzekering.<sup>47</sup>

## ii. Administratieve ondersteuning

Zoals uit de beschrijving van de problematiek rond administratieve last blijkt, is het belangrijk dat verzekerden op dit vlak meer worden ondersteund. Verschillende respondenten doen ook suggesties in die richting (29, 58, 104, 121).

'Het zou handig zijn mocht iedere kankerpatiënt beroep kunnen doen (eventueel via ziekenhuis) op iemand die deze zaken en administratie kan regelen! Ik ben nu al drie jaar ziek en na telkens weer een slechte diagnose, is administratie het laatste waar je als kankerpatiënt mee wilt geconfronteerd worden (idem voor mijn man en kind). Zoals zovelen raakte ik dan ook achterop met alles, gelukkig zocht ik hulp bij het Sociaal Huis, maar dat is natuurlijk een drempel die je over moet.' (121)

Er zijn verschillende manieren om het probleem van de grote administratieve last aan te pakken. Dit kan gebeuren door administratieve ondersteuning in de klassieke zin, waarbij de verzekerde wordt

---

<sup>44</sup> J. VELAERS, "'De objectieve en redelijke rechtvaardiging" als ultieme toetssteen van ongelijke behandeling in verzekeringszaken" I.c., (85) 105 – 108

<sup>45</sup> C. DEVOS, A. CORDON, M. LEFEVRE, C. OBYN, F. RENARD, N. BOUCKAERT, S. GERKENS, C. MAERTENS DE NOORDHOUT, B. DEVLEESSCHAUWER, M. HAELTERMAN, C. LEONARD en P. MEEUS, *o.c.*, 39-40; ASSURALIA, 'De nationale uitgaven in de gezondheidszorg – 13<sup>de</sup> editie' in *Assurinfo*, nr. 12, 12.

<sup>46</sup> C. DEVOS, A. CORDON, M. LEFEVRE, C. OBYN, F. RENARD, N. BOUCKAERT, S. GERKENS, C. MAERTENS DE NOORDHOUT, B. DEVLEESSCHAUWER, M. HAELTERMAN, C. LEONARD en P. MEEUS, *o.c.*, 61.

<sup>47</sup> Zie ook: KOM OP TEGEN KANKER, *o.c.*, 21.

bijgestaan door iemand die de administratie (deels) voor zijn rekening neemt. Die ondersteuning kan worden opgenomen door iemand van de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, via het Sociaal Huis of via het ziekenhuis waar de patiënt verblijft. Daarnaast is het echter ook een optie om de administratie tot een minimum te beperken.

Die laatste piste wordt reeds bewandeld doordat verzekeraars inzetten op **digitalisering** van het indienen en afhandelen van aanvragen tot dekking. Het **derdebetalerssysteem**, waarbij de facturen rechtstreeks door de verzekeraar worden betaald, beperkt de administratieve taken van de verzekerde tot een minimum. Een ruime ingebruikname van dit systeem, zowel door de privéverzekeraars als door de maatschappijen van onderlinge bijstand van de ziekenfondsen, verdient dan ook aanbeveling. Het is ook belangrijk dat dit niet alleen wat betreft verzekeraars zo ruim mogelijk wordt ingevoerd, maar ook wat betreft toepassingsgebied. Met andere woorden zowel voor ziekenhuis- als ambulante kosten (inclusief apotheekkosten en prestaties van zorgverleners in de thuiszorg zoals de kinesist en diëtist). Belangrijk aandachtspunt bij de verdere uitrol van dit derdebetalerssysteem is dat de verzekerde steeds een zicht behoudt op wat juist door de hospitalisatieverzekering wordt terugbetaald, bijvoorbeeld door hem achteraf een betalingsoverzicht te bezorgen.

Waar een derdebetalerssysteem (nog) niet mogelijk is, kan worden geopteerd om de verzekerde de kosten eenvoudig digitaal in te laten dienen, bijvoorbeeld door het doorsturen van een foto van de factuur. Van belang is wel dat de verzekeraar in zulke gevallen ook oog heeft voor de digitaal minder geletterde verzekerde. Daarom moet de applicatie zo laagdrempelig mogelijk gehouden worden en moet worden voorzien in een mogelijkheid tot ondersteuning bij het indienen van de kosten. Tenslotte is het ook belangrijk dat de papieren weg behouden blijft voor zij die niet in de mogelijkheid zijn dit digitaal te doen.

Een gevorderde automatisering en digitalisering zal zowel de verzekerde als de verzekeraar ten goede komen. Voor beiden zal de administratie immers beperkt worden. Daarnaast biedt de automatisering ook andere voordelen. Zo moet het namelijk mogelijk zijn om verzekerden **automatisch** op de hoogte te brengen van de **waarborg 'zware ziekten'** en deze ook meteen te activeren wanneer medische kosten gelinkt aan een oncologische problematiek worden gedetecteerd. Op die manier wordt vermeden dat de verzekerde een terugbetaling misloopt waar hij recht op heeft en informeert de verzekeraar op gepaste wijze over de voorziene verzekeringsdekking.

Los van de voordelen van de digitalisering is het echter belangrijk dat er ook steeds de **mogelijkheid blijft voor de verzekerde om zich waar nodig te laten bijstaan en ondersteunen door een medewerker van zijn verzekeraar**. Dit menselijke element dient bewaakt te worden en de administratieve ondersteuning die op die manier kan worden geboden, moet worden gezien als een deel van de dienstverlening waar de verzekerde via zijn verzekeringspremie voor betaalt.

### iii. Informeren en duidelijk communiceren

We zagen eerder dat ons verschillende verhalen bereikten over een mank lopende communicatie. Het ging dan onder meer over een gebrek aan transparantie, de stijl van communicatie en ook om lange wachttijden voor het krijgen van een antwoord. Hier ligt uiteraard een grote verantwoordelijkheid bij de verzekeraars. Zo moet het bijvoorbeeld toch mogelijk zijn om duidelijk aan te geven waarom een bepaalde, welomschreven kost niet wordt terugbetaald, om toegankelijke, verstaanbare taal te gebruiken in communicatie met de verzekerde en om binnen een redelijke termijn een antwoord te bieden op vragen. Dit stemt ook overeen met de **plicht voor verzekeraars**

**en verzekeringstussenpersonen om correcte, duidelijke en niet misleidende informatie aan te bieden** zoals onder meer bepaald in art. 279 Verzekeringwet.<sup>48</sup>

‘Harde en zakelijke, onpersoonlijke formulering in verzekeringsdocumenten. Dit vond ze pijnlijk en ze zou het aangenaam vinden als de opstellers van dergelijke documenten eens proberen nagaan hoe dit overkomt en hoe dit ‘neutraler’ kan worden geformuleerd.’ (124)

Wat het tijdig antwoorden op vragen en regelen van schadegevallen betreft, merken we in het jaarverslag 2018 van de Ombudsman voor de Verzekeringen dat de problematiek zoals gemeld in onze campagne verre van alleenstaand is. De Ombudsman noteerde namelijk een stijging van 53 % in klachten over antwoord- en regelingstermijnen (termijn waarin een schadegeval wordt geregeld). Het tijdig antwoord bieden aan de klant-verzekerde moet nochtans worden gezien als een kernelement van de dienstverlening van de verzekeraar. **Kom op tegen Kanker sluit zich daarom aan bij de aanbeveling van de Ombudsman om een wettelijk kader uit te werken dat vaste regelingstermijnen bevat, inclusief sanctiemechanisme dat de effectiviteit van de wetgeving waarborgt. Kom op tegen Kanker is van mening dat op dezelfde manier moet worden voorzien in vaste antwoordtermijnen voor vragen met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst.**<sup>49</sup>

‘In geval van kanker zeker alle kleine lettertjes goed lezen en je goed laten informeren!’ (63)

Het aanbieden van duidelijke informatie houdt ook in dat helder wordt gecommuniceerd over de inhoud van de verzekeringspolis. Uiteraard ligt hier ook een verantwoordelijkheid bij de verzekerde om die polis grondig na te lezen alvorens de verzekeringsovereenkomst aan te gaan, maar het is ook aan de verzekeraar om de verzekerde tegemoet te komen door leesbare polissen te schrijven en het eenvoudig te maken om inzicht te krijgen in de belangrijkste passages van de polis. Daarom bevat onze Verzekeringwet ook enkele verplichtingen voor de verzekeraar. Art. 284, §4 Verzekeringwet bepaalt dat de verzekeraar voorafgaand aan de sluiting van de overeenkomst in een begrijpelijke vorm de relevante informatie over het verzekeringsproduct verstrekt om de klant in staat te stellen met kennis van zaken een beslissing te nemen. Paragraaf 5 van datzelfde artikel geeft aan dat die informatie voor onder meer de hospitalisatieverzekering wordt gecommuniceerd via een gestandaardiseerd informatiedocument. Verderop in het artikel wordt aangegeven welke gegevens dit document allemaal moet bevatten (onder meer info over de soort verzekering, vermelding van de belangrijkste verzekerde risico's en van de belangrijkste uitsluitingen ...). De wetgeving is dus zeer duidelijk. Toch bereikten ons verschillende verhalen van respondenten waaraan niet voorafgaand werd gediagnosticeerd dat de kosten verbonden aan de kanker die in het verleden bij hen werd vastgesteld waren uitgesloten van verzekeringsdekking toen zij een nieuwe polis afsloten. Dit is eens te meer opvallend omdat art. 206 van de Verzekeringwet ook bepaalt dat de vooraf bestaande aandoeningen en de daarbij horende kosten die van de verzekeringsdekking worden uitgesloten bij een hospitalisatieverzekering in een apart document, gehecht aan de verzekeringsovereenkomst, nauwkeurig moeten worden omschreven. Zoals reeds eerder gesteld wordt in art. 284 van diezelfde wet ook bepaald dat de verzekeraar de wettelijke plicht heeft om erop toe te zien dat de verzekeringsovereenkomst in overeenstemming is met de verlangens en behoeften van de klant. In de gevallen die ons werden gemeld, was het allerminst de wens van de verzekerden om na de wijziging van hun hospitalisatieverzekering de kosten met betrekking tot de eerder gediagnosticeerde kanker uitgesloten te zien. In die gevallen lijkt het dus alsof de verzekeraar verschillende van de op hem rustende verplichtingen niet nakwam. **Het is daarom van belang dat dergelijke situaties door de verzekerde worden doorgegeven aan de FSMA als toezichtsautoriteit,**

<sup>48</sup> Zie daarnaast ook art. VI.2 Wetboek Economisch Recht.

<sup>49</sup> OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2018*, [http://www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2018-ombudsman-verzekeringen-jaarverslag/pdf/Ombudsman-Verz-Jaarverslag2018\\_nl.pdf](http://www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2018-ombudsman-verzekeringen-jaarverslag/pdf/Ombudsman-Verz-Jaarverslag2018_nl.pdf), 32.

**dat die laatste de meldingen ernstig bestudeert en dat de verzekeraar of verzekeringstussenpersoon waar nodig wordt gesanctioneerd.** Daarnaast is het aanbevolen dat wanneer de verzekeraar of tussenpersoon naliet zijn verplichtingen op te nemen, wordt voorzien in een oplossing voor de verzekerde in kwestie, waardoor hij de kosten van de vooraf bestaande aanpak alsnog terugbetaald kan krijgen van zijn verzekering.

#### iv. Meedraagbaarheid wachtpolis individuele voortzetting

Zoals hierboven werd aangegeven, zijn veel mensen zich nog onvoldoende bewust van hun **‘recht op een hospitalisatieverzekering’** en het **‘recht op individuele verderzetting van deze verzekering’**. Het is daarom van belang dat hierover door zoveel mogelijk betrokken actoren (onder meer verzekeraars, patiëntenverenigingen en de overheid) wordt **geïnformeerd**. Met betrekking tot het recht op individuele verderzetting wordt in de Verzekeringswet reeds de plicht tot informeren bij de werkgever gelegd. Die informatieplicht spitst zich echter toe op het moment waarop de dekking wordt verloren. Het is van belang dat de verzekerden zich al voor en bij het aansluiten bij de polis bewust zijn van hun recht op individuele voortzetting.<sup>50</sup>

Bij de individuele verderzetting van de collectieve polis mag de premie niet stijgen op basis van een wijziging in de gezondheidstoestand van de verzekerde, maar kan die wel worden aangepast aan de leeftijd van de verzekerde. Hierdoor kan de premie alsnog hoog uitvallen. Verzekeraars voorzien soms in de mogelijkheid om tijdens de aansluiting bij de collectieve polis een spaarpotje aan te leggen in de vorm van een ‘wachtpolis’, waardoor de premie op het moment van verderzetting gebaseerd is op de leeftijd van initiële toetreding tot de collectieve polis. Een groot nadeel is echter dat wanneer iemand van werk en op die manier ook van verzekeraar verandert, hij dit spaarpotje kwijt is. **Om hiervoor een oplossing te bieden, stellen we voor dat het mogelijk wordt om de wachtpolis bij wijziging van verzekeraar mee te nemen naar de nieuwe polis, waardoor het gespaarde geld niet verloren is en nog dienst kan blijven doen voor de verzekerde.**

### c. Aanbevelingen

#### i. Voor de overheid

- De verplichte ziekteverzekering dekt niet alle kosten die bij een ziekte komen kijken. De hospitalisatieverzekering, zoals die momenteel wordt aangeboden door de privéverzekeraars en de ziekenfondsen, is daarnaast niet voor iedereen financieel toegankelijk. Waar dit wel het geval is, biedt ze niet voor iedereen de garantie op een voldoende bescherming tegen de financiële gevolgen van kanker. De **verplichte ziekteverzekering dient daarom voldoende terugbetaling te voorzien voor alle kosten van het meest aangewezen zorgtraject** voor een kankerbehandeling.
- Het is van belang dat de **ereloonsupplementen verdwijnen**, dit om een duale geneeskunde te vermijden. In afwachting van het volledig wegwerken van die supplementen kan een wettelijke beperking tot 100 % van het officieel honorarium gelden.
- **Kosten** die worden terugbetaald wanneer zij worden gemaakt in het ziekenhuis, moeten - als het medisch verantwoord is dat iemand ook thuis kan worden behandeld – ook in het kader van **thuiszorg** worden terugbetaald. Dit zowel door de **verplichte ziekteverzekering** als door de **hospitalisatieverzekering**.
- Verzekerden geven aan dat het soms zeer lang duurt vooraleer zij een antwoord of terugbetaling ontvangen van hun verzekeraar. Kom op tegen Kanker pleit daarom net als de Ombudsman van de Verzekeringen voor **een wettelijk kader met vaste termijnen**

---

<sup>50</sup> Art. 208, §2 Verzekeringswet.

waarbinnen een verzekeraar aangegeven schadegevallen moet regelen. Daarnaast pleit Kom op tegen Kanker voor vaste antwoordtermijnen voor vragen van verzekerden.

- De **Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering** dient eindelijk effectief te worden geïnstalleerd. Zo kan zij haar rol opnemen om discussies over uitgesloten kosten te beslechten.
- De **wachtpolis**, die wordt afgesloten om te garanderen dat de verzekeringspremie op het moment van individuele voortzetting van de **collectieve hospitalisatieverzekering** gebaseerd is op de leeftijd van initiële toetreding tot de collectieve polis, moet kunnen worden **overgedragen** naar een andere collectieve hospitalisatieverzekering.
- Zowel verzekeraars, als de overheid en patiëntenverenigingen moeten **blijven informeren over het nut van en het 'recht op (de individuele verderzetting van) de hospitalisatieverzekering'**.

## ii. Voor de verzekeraar

- Het **derdebetalerssysteem**, waarbij de facturen rechtstreeks door de verzekeraar worden betaald, beperkt de administratieve taken van de verzekerde tot een minimum en dient bijgevolg op korte termijn zo ruim mogelijk in gebruik te worden genomen. Belangrijk aandachtspunt bij de verdere uitrol van dit derdebetalerssysteem is dat de verzekerde steeds een zicht behoudt op wat juist door de hospitalisatieverzekering wordt terugbetaald, bijvoorbeeld door achteraf een betalingsoverzicht te bezorgen.
- Waar een derdebetalerssysteem nog niet mogelijk is, kan worden geopteerd om de verzekerde de kosten **digitaal** te laten indienen. De applicatie die daarvoor wordt gebruikt, moet zo **laagdrempelig** mogelijk worden gehouden. Daarnaast moet het mogelijk blijven om de kosten schriftelijk in te dienen voor zij waarvoor dit digitaal niet mogelijk is.
- Te allen tijde moeten hospitalisatieverzekeraars de **verzekerde de mogelijkheid blijven bieden om zich waar nodig te laten bijstaan en ondersteunen door een medewerker**.
- Verzekeraars moeten **meer duidelijkheid** scheppen over welke **kosten** terugbetaald worden als deel van de **waarborg 'zware ziekte' bij kanker en moeten zowel over het bestaan van de waarborg als over de terugbetaalde kosten duidelijk communiceren naar de verzekerde**.
- In het kader van de digitalisering moet door verzekeraars worden bekeken hoe de **waarborg 'zware ziekte'** bij het indienen van oncologische kosten **automatisch** kan worden **geactiveerd**.
- Verzekeraars moeten de kosten van de medisch verantwoorde **preventieve borstamputatie terugbetalen**.
- Verzekeraars moeten erop toezien dat hun **polissen makkelijk leesbaar** zijn en dat ze daarnaast op bevattelijke wijze inzicht geven in de belangrijkste passages van de polis, onder meer door gebruik te maken van het gestandaardiseerde informatiedocument.
- **Verzekeraars en de verzekeringstussenpersonen** moeten daarnaast ook hun **informatieplicht naleven** en **nagaan** wat de **concrete behoeften** van de **verzekerde** zijn wanneer die een hospitalisatieverzekering afsluit of zijn polis wenst te wijzigen. **De FSMA dient hierop toe te zien**. De verzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen staan onder het toezicht van de **Controledienst voor de ziekenfondsen**.
- Zowel verzekeraars, verzekeringstussenpersonen, als de overheid en patiëntenverenigingen moeten **blijven informeren over het nut van en het recht op (de individuele verderzetting van) de hospitalisatieverzekering**.

### iii. Voor de verzekerde

- Als de kandidaat-verzekerde een **medische vragenlijst** moet invullen na de aanvraag voor een hospitalisatieverzekering, kan hij zich bij **onduidelijkheden** steeds wenden tot **zijn behandelend arts** om samen de vragenlijst in te vullen.
- Het loont om als **verzekerde** steeds de (gewijzigde) **polis na te lezen**.

## 5. Verzekering gewaarborgd inkomen

Wanneer je als werknemer of zelfstandige door kanker wordt getroffen, gaat dit vaak gepaard met een periode van arbeidsongeschiktheid. Je valt dan terug op een ziekte-uitkering die beduidend minder is dan je normale inkomen. Het systeem is verschillend voor werknemers en zelfstandigen. Voor werknemers is bij arbeidsongeschiktheid het loon aanvankelijk gewaarborgd. Bij bedienden geldt dit de eerste 30 dagen. Arbeiders krijgen de eerste 30 dagen eveneens een gewaarborgd loon, dat afhankelijk van de eerste, tweede of derde en vierde week ongeschiktheid bestaat uit een bepaald percentage van hun normale loon. Na die periode krijgen zowel arbeiders als bedienden een uitkering die overeenkomt met een percentage van het brutoloon per dag. Zelfstandigen krijgen, van zodra zij langer dan zeven dagen arbeidsongeschikt zijn, een forfaitaire uitkering per dag. De berekening van de uitkering verschilt in het eerste jaar (de primaire arbeidsongeschiktheid) van de periode daarna (de invaliditeit). In vele gevallen komt dit neer op een verlaging van de uitkering na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid. Belangrijk om weten is dat, door de verschillende manieren van berekening, de maandelijkse uitkering voor zelfstandigen vaak lager ligt dan die van de werknemers.<sup>51</sup>

Om de financiële terugval bij arbeidsongeschiktheid deels te compenseren, kan het interessant zijn om een inkomensverzekering af te sluiten die in geval van arbeidsongeschiktheid een extra maandelijks bedrag uitbetaalt bovenop je ziekte-uitkering. Op die manier is je inkomen gewaarborgd, ook wanneer je door ziekte niet kunt werken. Gelet op de vaak lagere ziekte-uitkeringen is dit zeker voor zelfstandigen het overwegen waard.

Op de vraag naar ervaringen met een verzekering gewaarborgd inkomen kwamen 29 antwoorden, waarvan 2 positieve reacties. Hieronder vindt u een bespreking van de getuigenissen.

### a. Problematieken

#### i. Moeilijk toegankelijk

Verscheidene respondenten getuigen over hoe moeilijk het voor hen is om een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten nadat zij kanker hebben gehad (12, 17, 36, 46, 61, 114, 115).

---

<sup>51</sup> <https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/arbeidsongeschiktheid-ongeval-en-beroepsziekte/arbeidsongeschiktheid-door-ziekte>;  
<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/berekening-arbeidsongeschiktheidsuitkering.aspx>;  
<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/zelfstandigen/Paginas/vaststelling-arbeidsongeschiktheidsuitkering-zelfstandige.aspx>;  
<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/bedragen/Paginas/default.aspx>.

‘Geweigerd na aanvraag voor een zelfstandige activiteit! Geweigerd bij vijf verschillende maatschappijen! Nog geen oplossing gevonden. Geen zelfstandige activiteit begonnen!’ (12)

‘Als zelfstandige kon/kan ik geen verzekering gewaarborgd inkomen krijgen. Ook niet na 10 jaar ‘officieel genezen’ te zijn. Ik heb de vraag aan drie verschillende instanties gesteld.’ (17)

In de meeste gevallen speelt de moeilijke toegankelijkheid van de verzekering gewaarborgd inkomen **vooral bij zelfstandigen**. Werknemers kunnen vaak (maar niet altijd) zonder uitsluiting van de vooraf bestaande toestand toetreden tot de groepsverzekering van de werkgever. De twee positieve getuigenissen die we over de verzekering gewaarborgd inkomen hebben ontvangen, gaan ook niet toevallig over twee dergelijke gevallen.

Zoals hierboven aangetoond kan de impact van de **weigering** groot zijn. Zo zijn er mensen die geen zelfstandige activiteit opstarten omdat er geen mogelijkheid is om een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten. Op die manier wordt de **drempel om zich als zelfstandige te vestigen** zeer groot voor ex-kankerpatiënten.

De moeilijke toegankelijkheid van de verzekering gewaarborgd inkomen gaat echter verder dan de zuivere weigeringen. Zo zijn er ook verschillende mensen die aangeven dat de **bijpremie** zeer hoog kan oplopen. In sommige gevallen ligt de premie zo hoog dat **het financieel niet meer haalbaar** is om de verzekering nog af te sluiten (3, 29, 41).

‘Niet mogelijk of onbetaalbaar.’ (41)

De verhalen uit de campagne zijn gelijklopend met de meldingen die we in het algemeen bij de Kankerlijn ontvangen over de verzekering gewaarborgd inkomen.

In andere gevallen is er wel een mogelijkheid om een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten, maar zijn de door de verzekeraar **gestelde voorwaarden wel zeer verregaand**. Zo was er de getuigenis van een dame die 30 jaar geleden als 16-jarige leukemie had en zich als zelfstandige wilde vestigen. Zij wenste een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten en kreeg een voorstel waarin een bijpremie van 75 % werd aangerekend en waarbij verschillende risico's, zoals artrose, van de dekking werden uitgesloten. Daarenboven eiste de verzekeraar dat zij een verklaring van haar behandelende arts van destijds bezorgde. De behandeling was echter al 30 jaar geleden. De dame had het geluk dat ze de arts een maand voor zijn pensioen te pakken kreeg en dat hij haar verder wilde helpen. Maar wat als zij hem een maand later had getroffen of hem niet meer had kunnen terugvinden?

Enkele respondenten gaven aan dat zij wel een verzekering gewaarborgd inkomen hebben, maar dat kanker, of ziekte in het algemeen **van de dekking is uitgesloten**. Nog een andere respondent gaf aan te hebben geopteerd voor een ongevalverzekering in plaats van een verzekering gewaarborgd inkomen. Op die manier kan dus slechts een beperkte zekerheid worden bekomen (17, 54, 103).

‘De verzekering gewaarborgd inkomen werd mij geweigerd voor het deel ziekte (het deel ongeval werd wel goedgekeurd). Dit betekent bijvoorbeeld dat als ik op reis malaria oploop - wat niets met mijn voorgaande medische geschiedenis te maken heeft - mij dit toch geen garantie geeft op een gewaarborgd inkomen. Tot dusver heb ik hiervoor nog geen oplossing gevonden en dat maakt me af en toe wel bezorgd.’ (54)



## ii. Problematische onderzoeken

Het gebeurt ook dat er **onenigheid** is tussen de verzekeraar en de verzekerde over de vraag of die laatste arbeidsongeschikt is en zo ja, in welke mate. De verzekerde kan dan worden onderzocht door de raadgevend arts van de verzekeraar. Als de partijen er onderling niet uit geraken, wordt in zulke gevallen vaak gekozen voor een minnelijke medische **expertise**, waarbij een derde arts als arbiter wordt aangesteld.<sup>52</sup>

Uit de ontvangen getuigenissen, zowel in het kader van deze campagne, als algemeen bij de Kankerlijn, blijkt dat verzekerden regelmatig het gevoel hebben dat er bij de onderzoeken door de raadgevend arts van de verzekeraar en arts-arbiter **onvoldoende respect en begrip** is voor hun medische situatie (13, 47, KL3, KL4).

‘Het onderzoek duurde maar twee minuten en was pijnlijk. Op de plaats waar de tumor is verwijderd, heeft hij met zijn volle hand genepen op de flap die in het onderbeen is geplaatst, tot ik smeekte om die los te laten. Ik heb op niks meer kunnen antwoorden, zo aangedaan was ik. Ik was op controle omdat ik pijn had in mijn buik, waar ze de flap hebben uitgehaald, maar blijkbaar had hij mijn dossier niet doorgenomen, want toen ik vertrok vroeg hij welke operatie ik heb gehad. Ik antwoordde: “daar heb je juist in genepen”. Na controle kreeg ik een brief waarin stond dat ze niet betalen en dat ik maar in geschil moest gaan.’ (47)

Dit zijn uiteraard zeer pijnlijke getuigenissen. Het is een absolute minimumvereiste dat de onderzoeken, die gaan over de fysieke en mentale integriteit van verzekerden, op een respectvolle manier plaatsvinden.

Bij de Ombudsman van de Verzekeringen stelt men eveneens vast dat er vaak kritiek komt op het verloop van de expertisen en de houding van de expert. De klachten gaan dan over de onderzoeken die te oppervlakkig gebeuren, op weinig empathische wijze en zonder de mogelijkheid om verhaal te kunnen doen. Dit loopt gelijk met de hierboven aangegeven getuigenissen.<sup>53</sup>

De impact van dergelijk verloop van de expertise kan niet worden onderschat. Verzekerden leven naar de onderzoeken toe omdat ze een grote invloed op hun situatie hebben. Vaak gaat dit gepaard met enige stress. Als zij dan de indruk krijgen dat zij maar een zoveelste te onderzoeken object zijn en dat zij **amper onderzocht** en gehoord worden, komt dit hard aan (47).

‘Ik geef het gewoon op, zulke praktijken maken u mentaal kapot.’ (47)

Enkele mensen geven ook aan dat het niet eenvoudig is om een **goede arts te vinden** die hen kan bijstaan tijdens de expertise. Vaak heeft dit te maken met het gegeven dat vele artsen die enige bekwaamheid hebben in deze procedures al verbonden zijn aan één of meer verzekeraars, waardoor de onafhankelijkheid in het gedrang zou kunnen komen (47).

De vaak lange duur van de expertises heeft tot gevolg dat er lange tijd onzekerheid is voor de verzekerde. Tijdens de duurtijd van de expertise wordt er geen of slechts een beperkt bedrag (afhankelijk van het initiële en door de verzekerde betwiste oordeel van de verzekeraar) uitbetaald als gewaarborgd inkomen. Dit brengt met zich mee dat de verzekerde - zeker wanneer het om een

---

<sup>52</sup> VLAAMS PATIËNTENPLATFORM, Medische expertise in het kader van verzekeringen, [http://vlaamspatienentplatform.be/uploads/documents/2015\\_01\\_19\\_Medische\\_expertise.pdf](http://vlaamspatienentplatform.be/uploads/documents/2015_01_19_Medische_expertise.pdf), 7 – 9.

<sup>53</sup> OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2018*, l.c., 14.

zelfstandige gaat - het gedurende deze periode met een zeer beperkt inkomen moet doen. De **financiële impact** hiervan is in dergelijke situaties groot (31).

‘De aanvraag van de minnelijke medische expertise gebeurde begin november. Morgen, begin februari (4 maanden later), wordt een eerste keer samengekomen met twee dokters (een van mij, een van hen). Mijn dokter voorspelt al dat het niet veel gaat opleveren en een scheidsrechterarts zal tussen moeten komen. Ondertussen dienen we als gezin van vijf te teren op 1200 euro per maand ziekenfonds (gelukkig trof ik een heel begripvolle controlearts daar) en de spaarboekjes die beschikbaar zijn, slinken zienderogen: kanker maakt inderdaad arm.’ (31)

### iii. Onmogelijk polis uit te breiden

Enkele respondenten wezen ons erop dat het voor hen niet meer mogelijk was om na kanker hun verzekeringspolis uit te breiden. Zij waren gestart als zelfstandige en sloten toen een verzekering af gebaseerd op hun inkomen als starter, werden vervolgens geconfronteerd met kanker en wensten zoveel jaren later de polis aan te passen naar hun actuele inkomen om bij een nieuwe ziekteperiode geen te grote financiële terugval te ervaren. Dit werd echter niet toegestaan door de verzekeraars in kwestie (40, 105).

‘Verzekeringsmaatschappij weigerde na behandeling het bedrag van de uitkering bij werkonbekwaamheid op te trekken (ook al was ik bereid extra premies te betalen, zoals iemand zonder kanker ook zou moeten doen) en wilde vijf kankervrije jaren afwachten alvorens het dossier te herbekijken. Ondanks voorleggen van uitgebreide positieve doktersverslagen na vijf jaar kankervrij werd de vraag om aanpassing geweigerd. Gevolg: de uitkering blijft levenslang op het lage niveau dat ik meer dan tien jaar geleden als beginnende starter had gekozen (toen met het idee dat te laten evolueren)’ (40)

### iv. Administratie en communicatie lopen mis

Ook met betrekking tot de verzekering gewaarborgd inkomen bereikten ons in deze campagne verhalen over een **gebrekkige communicatie en administratie** vanwege de verzekeraar. Het gaat dan over het laattijdig betalen en antwoorden, zonder enige duiding slechts een percentage betalen en het niet informeren over de algemene voorwaarden van de polis (14, 15).

‘Bij mijn diagnose werd ik juist 60 jaar, en heb ik 6 maanden lang geen vergoedingen gehad. Blijkbaar was de voorwaarde van de wachttijd via internet terug te vinden in de algemene voorwaarden. Maar, die waren niet vermeld in mijn door de verzekeringsmaatschappij ondertekend exemplaar van de polis. Niettegenstaande diende ik wel alle kwartalen mijn premie verder te betalen. Iedere maand hetzelfde liedje: de verzekeringsarts kon geen beslissing nemen op basis van de ingediende doktersattesten. Kreeg een maand bestralingen en 7 op 7 en 24 op 24 chemo, daarna een operatie van zo'n 13 uur (verwijdering van slokdarm en 4/5de van de maag en van 28 lymfeklieren) en nog konden ze niet beslissen om al dan niet mijn gewaarborgd inkomen maandelijks uit te betalen. Ondertussen kreeg ik vorig jaar ook prostaatkanker. Nu, zo'n 3 jaar later, nog steeds hetzelfde liedje. Altijd terug ziekteattesten en onderzoeksuitslagen opsturen en afwachten ...’ (15)

Hieromtrent kunnen we verwijzen naar de hierboven reeds gedane aanbevelingen bij het onderdeel ‘Hospitalisatieverzekering’, in verband met informeren en duidelijk communiceren.

#### v. Persoonlijke verderzetting polis op naam van de zaak

Een laatste kwestie die opviel tussen de getuigenissen was er een die ons in het verleden ook al was gemeld door een ex-patiënte. Het betreft het **verschil in premie tussen een verzekering op naam van de eigen onderneming en de verzekering afgesloten als natuurlijke persoon**. De individuele verderzetting van de polis gewaarborgd inkomen die op naam staat van de eigen onderneming valt zeer duur uit (58).

‘Ik was zelfstandige en had een verzekering gewaarborgd inkomen. De verzekeraar heeft lange tijd zonder veel problemen betaald. Echter, mijn verzekering was afgesloten op mijn zaak. Mijn zaak heb ik moeten laten overnemen. De nieuwe overnemer wilde mijn premie niet meer betalen en zo zou ik dus simpelweg mijn verzekering verliezen. Het heeft heel veel moeite gekost, maar uiteindelijk heb ik die verzekering persoonlijk kunnen overnemen. Dat kostte me wel een premie die drie keer hoger lag dan de premie die het bedrijf moest betalen. En sindsdien doet de verzekering er alles aan om mij extra bewijslast te laten aanvoeren. Deze maand moet ik me ook gaan verantwoorden bij een aangestelde arts, die zal beslissen voor hoeveel procent ik economisch nog waarde heb. Ik heb veel schrik, want ik vermoed dat die arts vooral in het voordeel van de verzekering zal beslissen en ik dus mijn uitkering (waarvoor ik was verzekerd) zal verliezen.’ (58)

Daarnaast geldt dit ook wanneer iemand vanuit het statuut van werknemer een groepsverzekering gewaarborgd inkomen individueel wil verderzetten als zelfstandige. Verzekeraars zijn niet verplicht die verderzetting toe te laten via een onderneming, maar enkel via een individueel contract. Als dan een nieuwe verzekering op naam van de onderneming wordt geweigerd, ben je verplicht de originele groepsverzekering individueel verder te zetten, met hogere premies tot gevolg. Wat onrechtvaardig aanvoelt, is dat het hier tweemaal om hetzelfde risico gaat (de verzekerde valt ziek uit), maar dat de verzekeraar de ene verzekering weigert en zo richting de andere, duurdere, optie duwt.

‘Samengevat: in het kader van de verderzetting als natuurlijke persoon was er een acceptatie (wet Verwilghen). In het kader van de verderzetting binnen mijn BVBA was er een weigering. In beide gevallen ging het om hetzelfde te verzekeren risico. Ik heb intussen de verzekering afgesloten als natuurlijke persoon (wegens gebrek aan alternatief).’ (KL5)

Een mogelijke oplossing zou hier kunnen zijn dat wordt voorzien dat de individuele verderzetting van de verzekering gewaarborgd inkomen eveneens via een onderneming wordt toegelaten. Zo wordt vermeden dat voor ex-kankerpatiënten de optie om de verzekering gewaarborgd inkomen via de onderneming aan te gaan wordt uitgesloten, gezien bij het afsluiten van een volledig nieuwe polis in de praktijk met een weigering worden geconfronteerd.

### b. Oplossingen

#### i. Verhogen uitkeringen en ‘recht om vergeten te worden’

Het is belangrijk dat ex-kankerpatiënten zich kunnen verzekeren voor verminderde inkomsten wanneer zij door ziekte niet kunnen werken. De moeilijke toegankelijkheid van de verzekering gewaarborgd inkomen zorgt er momenteel niet alleen voor dat ex-kankerpatiënten zoveel jaren later in een financieel meer penibele situatie terechtkomen dan hun collega's zonder een verleden van verminderde gezondheid. Het zorgt er ook voor dat sommigen van hen niet de stap zetten naar het oprichten van een eigen zaak.

Dit heeft uiteraard veel te maken met de beperkte **arbeidsongeschiktheidsuitkeringen** waarop wordt terugvallen bij arbeidsongeschiktheid. Een logische aanbeveling is bijgevolg dat die uitkeringen **worden opgetrokken**. We zien nu immers dat de uitkeringen onvoldoende zijn. Voor een alleenstaande ligt het netto beschikbare inkomen bij een invaliditeitsuitkering amper boven de armoedelijk en onder het referentiebudget dat aangeeft welk budget nodig is om volwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving. Voor een koppel met twee kinderen bedraagt dit inkomen slechts 80 % van de armoedelijk en 73 % van het referentiebudget.<sup>54</sup> Zolang de uitkeringen niet worden opgetrokken, zullen mensen - als zij al in staat zijn om de verzekeringspremie te betalen tenminste - aangewezen zijn op de verzekering gewaarborgd inkomen om voldoende zekerheid te kunnen bekomen tegen inkomstenverlies bij arbeidsongeschiktheid.

Daarom is het van belang om deze verzekering toegankelijker te maken. Het doortrekken van de logica die schuilgaat achter het '**recht om vergeten te worden**', dat sinds februari 2020 geldt bij schuldsaldoverzekeringen, kan hiertoe bijdragen. Gedacht kan worden aan een systeem waarbij voor verschillende aandoeningen wordt aangegeven vanaf welke termijn er geen weigering of uitsluiting mag zijn of bijpremie mag worden aangerekend voor een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Het op te stellen rooster zou dan ook bepalen wanneer er wel een bijpremie kan worden aangerekend en tot welk percentage die mag oplopen. Net zoals bij de evaluatie van het referentierooster bij het 'recht om vergeten te worden' bij schuldsaldoverzekeringen kan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg hier een belangrijke rol in spelen. Dit systeem waarborgt een eerlijke toegang tot de verzekering en moet er ook toe leiden dat een grotere groep zich kan verzekeren (54).

'Ik ben ook gerust bereid om voor bepaalde verzekeringen (zoals die van gewaarborgd inkomen) een meerkost te betalen als dat betekent dat ik toch word toegelaten. Natuurlijk moet die redelijk zijn, de meerkost mag niet tien keer hoger zijn dan die van iemand anders. Ik zou ook willen voorstellen dat er beleidsmatig een regeling wordt uitgewerkt. Nu word je vele keren gestraft. Je bent ziek geweest - in mijn geval 10 jaar geleden - en voor de rest van je leven worden belangrijke verzekeringen je geweigerd, waardoor je, mocht je iets overkomen, opnieuw slechter af bent dan iemand anders. Hiervoor moet beleidsmatig toch een kader uitgewerkt kunnen worden, denk ik dan.' (54)

Door de Ombudsman van de Verzekeringen worden eveneens signalen opgevangen over de moeilijkheid om een verzekering gewaarborgd inkomen af te kunnen sluiten. Ook daar zijn er meer en meer vragen met betrekking tot de verzekering gewaarborgd inkomen. Kandidaat-verzekerden pleiten daar voor een andere oplossing om de verzekering toegankelijker te maken, met name een recht op de verzekering, met eventueel een uitsluiting van vooraf bestaande aandoeningen, zoals dit bij de hospitalisatieverzekering reeds geldt (zie *supra*). Dit kan een stap vooruit zijn, maar het is uiteraard slechts een deeloplossing. Op het vlak van de verzekering gewaarborgd inkomen zijn namelijk geen ziekenfondsen actief die een verzekering kunnen aanbieden waarbij de arbeidsongeschiktheid omwille van een vooraf bestaande aandoening wel is gedekt. Bij een privéverzekeraar een polis afsluiten waarbij de vooraf bestaande aandoening niet wordt uitgesloten, zou dan nog steeds moeilijk, of minstens onbetaalbaar zijn. Het biedt dus geen oplossing voor zij die na kanker hervallen en hierdoor inkomensverlies lijden.

Het voorstel om het 'recht om vergeten te worden' uit te breiden is een betere piste. Doordat het referentierooster in dit geval aangeeft vanaf wanneer een verzekering niet meer mag worden geweigerd of bepaalde aandoeningen niet meer mogen worden uitgesloten, en het referentierooster

---

<sup>54</sup> S. MARCHAL en B. CANTILLON, 'Hoofdstuk 6. Een analyse van de generositeit van de inkomensvervangingen voor personen met een handicap' in K. HERMANS, J-M DUBOIS en A. VANROOSE, (red.), *Armoede en handicap*, Brussel: POD Maatschappelijke Integratie & FOD Sociale Zekerheid, 2019, (175) 176-180.

bepaalt welk het maximumpercentage is van een eventuele aan te rekenen bijpremie, zal de verzekering voor meer mensen toegankelijk worden. Dit heeft ook het voordeel dat, doordat de verzekering gewaarborgd inkomen wordt opgezet voor een grotere doelgroep, er voor de verzekeraars meer mogelijkheid is om de risico's te spreiden.

Dit voorstel biedt ook een oplossing voor de onmogelijkheid om na kanker een polis uit te breiden om een hoger inkomen te verzekeren. Er kan dan immers worden gekeken naar het rooster dat aan de hand van termijnen aangeeft of een weigering, uitsluiting of bijpremie op basis van de kanker uit het verleden mogelijk is, en indien de bijpremie mogelijk is, voor welk percentage. De uitbreiding van de polis kan hieraan worden getoetst.

## ii. Expertises beter omkaderen

Hierboven gaven we aan dat er op het vlak van de expertises ook nog verbeterpunten zijn.

Het is belangrijk dat verzekeraars oog hebben voor hoe de expertise wordt ervaren door de verzekerden. Zoals eerder gezegd, bevindt de verzekerde zich op zo'n moment in een zeer kwetsbare positie. De verzekerde associeert de manier waarop hij wordt behandeld tijdens de expertise ook met de verzekeraar. Die laatste heeft er dus alle belang bij dat de expertise zo goed mogelijk verloopt. Omdat de onderzoeken betrekking hebben op de integriteit van de verzekerde, moeten ze op een respectvolle manier kunnen verlopen.

Daarom is het van belang dat de expertises **beter omkaderd** worden. Dit houdt in dat de verzekeraar voorafgaand aan de expertise duidelijk het **verloop** van de expertise en de **rechten en plichten** van alle hierbij betrokken actoren **beschrijft** en dit overzicht ook op papier of digitaal aan de verzekerde bezorgt. Na de expertise is het belangrijk dat de verzekerde op een begrijpelijke wijze wordt **geïnformeerd** over hoe de expert tot zijn besluit is gekomen en wat dit besluit wil zeggen voor de verzekeringsdekking.

Het is belangrijk dat verzekeraars de artsen betrokken bij de expertises erop wijzen dat een **empathische houding** ten opzichte van de verzekerde een absolute must is. Het is ook belangrijk dat tijd kan worden uitgetrokken voor de onderzoeken en dat zowel de arts van de verzekeraar als de eventuele arts-arbiter in gesprek gaat met de verzekerde om tot zijn besluit te komen en ook aangeeft met welke elementen hij daarbij rekening houdt. Het is van belang dat artsen, wanneer zij zelf niet 100 % zeker zijn van een bepaalde specifieke problematiek, zich inlichten bij artsen-specialisten.

Daarnaast moeten verzekeraars ook beter **toekijken op het werk van de aangestelde artsen**. Dit kan gebeuren door het degelijk onderzoeken van ontvangen klachten, maar mag niet beperkt zijn tot reactieve stappen. Er moet ook proactief worden gewerkt. Dit kan de vorm aannemen van audits waarmee bij artsen wordt gecheckt of zij correct tewerk gingen.

Begin 2020 bleek uit een artikel in De Morgen dat **artsen aangesteld in verzekeringskwesaties** te makkelijk **toegang** krijgen tot de **digitale patiëntendossiers** van verzekerden.<sup>55</sup> Zij mogen hier in principe geen toegang toe hebben, maar via bijvoorbeeld het ziekenhuis waaraan zij verbonden zijn, gebeurt dit toch. Vervolgens wordt de bekomen info dan tegen de verzekerde gebruikt in het geschil met de verzekeraar. Dit is uiteraard onaanvaardbaar. Kom op tegen Kanker sluit zich aan bij de

---

<sup>55</sup> C. GALLE, 'Wat als... elke dokter zomaar in uw medisch dossier kan?', *De Morgen* 23 januari 2020, 8-9.

aanbevelingen van het Vlaams Patiëntenplatform die dit probleem structureel willen aanpakken, zijnde<sup>56</sup>:

- **Strengere scheidingslijnen voor raadgevend artsen van verzekeraars en artsen-arbiters enerzijds en behandelend artsen anderzijds**, die op dit moment twee jobs combineren en dus een risico vormen inzake inzage in het elektronisch patiëntendossier.
- Dat werk wordt gemaakt van **onafhankelijke artsen-arbiters**, los van verzekeringsmaatschappijen, naar het voorbeeld van artsen voor bedrijfsgeneeskundige diensten.

Zoals aangegeven wordt er tijdens de duurtijd van de expertise geen of slechts een beperkt bedrag (afhankelijk van het initiële en door de verzekerde betwiste oordeel van de verzekeraar) uitbetaald door de verzekeraar. Dit kan grote financiële gevolgen hebben, zeker wanneer de expertise lang aansleept. Daarom is het van belang dat de **expertise zo vlot mogelijk verloopt** en dat, **bij langere expertises** (bijvoorbeeld langer dan drie maanden), een **financiële sanctie kan worden opgelegd aan de verzekeraar**.

Een laatste aangekaarte kwestie met betrekking tot de expertise betreft het vinden van een goede bijstandsarts als verzekerde. Dit blijkt in de praktijk zeer moeilijk. Het kan daarom interessant zijn dat **online een lijst van onafhankelijke bijstandsartsen** ter beschikking wordt gesteld. Het is logisch dat de Orde der artsen die lijst zou beheren en ook publiek maakt. Hierbij is het ook van belang dat **door de bijstandsartsen voorafgaand duidelijk wordt gecommuniceerd** over de door hen **gehanteerde tarieven**. Dit om voor de verzekerde onaangename verrassingen te vermijden bij het eind van de expertise.

### c. Aanbevelingen

#### i. Voor de overheid

- De financiële terugval wanneer iemand door kanker is aangewezen op een **arbeidsongeschiktheidsuitkering** is te groot. Het is daarom van belang dat de uitkeringen worden **opgetrokken** zodat iedereen ook in tijden van gezondheidsproblemen nog steeds over een budget kan beschikken dat toelaat om volwaardig deel te nemen aan de samenleving. De bedragen dienen dus minstens overeen te stemmen met het referentiebudget, dat aangeeft welk budget nodig is om volwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving.
- Zolang de uitkeringen niet worden opgetrokken, is het van belang dat de **verzekering gewaarborgd inkomen** voor iedereen **toegankelijk** is, waarbij ook de arbeidsongeschiktheden wegens vooraf bestaande aandoeningen worden vergoed.
  - Voor **werknemers** kan dit vaak door aan te sluiten bij de **groepsverzekering** van de werkgever. Die verzekering kan bij uitdiensttreding ook individueel worden verdergezet.
  - Waar de groepsverzekering niet mogelijk is, moet worden gekeken naar een individuele verzekering. Om die toegankelijker te maken kan een **'recht om vergeten te worden'** worden ingevoerd. Hierbij wordt voor verschillende aandoeningen in een rooster aangegeven vanaf welke termijn de verzekering niet meer mag worden geweigerd, bepaalde aandoeningen niet meer mogen worden uitgesloten en er geen bijpremie mag worden aangerekend voor een verhoogd risico op

---

<sup>56</sup> <http://vlaamspatiëntenplatform.be/persberichten/persbericht-vpp-verzekeringsartsen-die-frauderen-moeten-streng-gestraft-worden>

arbeidsongeschiktheid. Wanneer er wel een bijpremie kan worden aangerekend, geeft het rooster aan tot welk percentage die kan oplopen.

- Bij expertises die lang aanslepen kan de financiële impact voor de verzekerde groot zijn. Daarom moeten **expertises zo vlot mogelijk** verlopen. Als bijkomende **incentive** moet er een **financiële sanctie** zijn voor de verzekeraar wanneer de expertise langer dan drie maanden duurt.
- **Er moeten strengere scheidingslijnen zijn voor raadgevend artsen van verzekeraars en artsen-arbiters en voor behandeld artsen.** Doordat die er momenteel niet zijn, is er een risico op ongepaste inzage in het elektronische patiëntendossier door zij die de twee hoedanigheden combineren.
- Er moet werk worden gemaakt van **onafhankelijke artsen-arbiters**, los van verzekeringsmaatschappijen, naar het voorbeeld van artsen voor bedrijfsgeneeskundige diensten. Dit biedt meer kwaliteitsgaranties voor de expertises.
- Het individueel verderzetten van de verzekering gewaarborgd inkomen wanneer je de stap zet van werknemer naar zelfstandig ondernemer kan problemen opleveren voor ex-kankerpatiënten. Daarom moet de **individuele verderzetting** van de verzekering gewaarborgd inkomen **via een onderneming** worden toegelaten. Zo wordt vermeden dat de optie om de verzekering gewaarborgd inkomen via de onderneming aan te gaan voor ex-kankerpatiënten wordt uitgesloten, gezien zij bij het afsluiten van een volledig nieuwe polis in de praktijk met een weigering worden geconfronteerd.

#### ii. Voor de verzekeraar

- De medische expertises die het al dan niet arbeidsongeschikt zijn of het percentage daarvan moeten bepalen, verlopen niet altijd in de beste omstandigheden. Een **beter omkadering dringt zich op**. Die houdt onder meer in dat de verzekerde door de verzekeraar beter wordt geïnformeerd over het verloop van de expertise en de rollen van de verschillende partijen. Ook het resultaat van de expertise moet op begrijpbare wijze worden gecommuniceerd aan de verzekerde.
- Het belang van een **empathische houding bij de artsen betrokken bij de expertises** moet blijvend worden onderstreept door de verzekeraars. Hierbij moet de verzekerde meer als een volwaardige partij worden beschouwd. Dit houdt onder meer in dat de arts in gesprek gaat met de verzekerde om tot zijn besluit te komen en dat hij aangeeft met welke elementen hij daarbij rekening houdt. Het is van belang dat artsen zich inlichten bij artsen-specialisten wanneer zij zelf niet 100 % zeker zijn van een bepaalde specifieke problematiek.
- Verzekeraars moeten beter **toekijken op het werk van de aangestelde artsen**. Dit door klachten grondig te onderzoeken, en door audits te doen bij die artsen.

#### iii. Voor de verzekerde

- Het kan nuttig zijn bij de **groepsverzekering** van de **werkgever** aan te sluiten om een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten. Vaak kan dit zonder medische vragenlijst en dus zonder uitsluitingen. Bij uitdiensttreding kan deze verzekering individueel worden verdergezet, zoals dit ook bij de collectieve hospitalisatieverzekering het geval is.
- Indien de verzekerde **vragen** heeft bij de **behandeling door de raadgevend arts van de verzekerde of de aangestelde arts-arbiters**, kan hij hiervoor bij verschillende instanties terecht. Afhankelijk van de situatie kan hij zich wenden tot de **ombudsdienst** van de verzekeraar, de Ombudsman van de Verzekeringen of de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt.

#### iv. Voor de Orde der artsen

- Om verzekerden toe te laten zich degelijk te laten begeleiden tijdens de expertise is het belangrijk dat zij bijstand kunnen krijgen van een onafhankelijke arts. Een **online register van bijstandsartsen** vergemakkelijkt de zoektocht van de verzekerde. De Orde der artsen is de aangewezen beheerder van deze lijst. Hierbij is het ook van belang dat **door de bijstandsartsen voorafgaand duidelijk wordt gecommuniceerd** over de door hen **gehanteerde tarieven**. Dit om voor de verzekerde onaangename verrassingen te vermijden bij het eind van de expertise.

## 6. Reisannulatieverzekering

De reisannulatieverzekering biedt de waarborg dat reiskosten worden terugbetaald wanneer een reis wordt geannuleerd vanwege een dringende reden. Door (ex-)patiënten wordt deze verzekering vaak afgesloten om te voorkomen dat zij de reeds geboekte kosten kwijt zijn wanneer tegen de tijd van vertrek blijkt dat ze medisch niet in staat zijn de reis te maken. De reisannulatieverzekering is niet te verwarren met de reisbijstandsverzekering. Die laatste is een aanvullende verzekering voor de schade en de eraan verbonden kosten die iemand tijdens een reis kan lijden. De reisbijstandsverzekering omvat in het algemeen garanties voor bagage, medische kosten, onvoorziene kosten, ongevallen en repatriëring. Hieronder bespreken we de ervaringen met de reisannulatieverzekering.

Over die verzekering bereikten ons in het kader van de campagne 14 getuigenissen waarvan er 9 aangaven dat de verzekering voor een probleem zorgde.

### a. Problematieken

De gemelde problemen hebben vooral betrekking op de **uitsluiting van de vooraf bestaande aandoeningen**. Wanneer mensen die in het verleden reeds de diagnose kanker kregen, hervallen waardoor zij niet op vakantie kunnen vertrekken, verleent de reisannulatieverzekering vaak geen dekking (20, 48, 60, 114).

‘Ik ben voor de rest van mijn leven kankerpatiënt. We hadden een reis geboekt en hadden toestemming van de oncologen om te vertrekken. Net voor de reis ging het wat mis en kon ik toch niet vertrekken met mijn echtgenote. Aangezien mijn ziekte gekend was en ik niet ziektevrij was, konden we niet rekenen op onze reisannulatieverzekering bij [verzekeraar X]. We hebben geen euro gekregen. Dus kunnen wij voor de rest van mijn leven geen reis meer boeken, alleen op eigen risico.’ (48)

Er zijn ook respondenten die aangeven dat ze geen verzekering afsluiten omdat ze te horen krijgen dat een reisannulatie gerelateerd aan kanker voor hen is uitgesloten van dekking. (99)

‘Na telefonisch contact bleek dat de annulatieverzekering van [verzekeraar X] mijn kankergevolgen niet dekt. Als ik zou hervallen, zou dat geen reden zijn om tussen te komen als verzekeraar. Ik heb dan besloten om mij niet te verzekeren.’ (99)

Zij die zich ook voor een annulatie gelinkt aan de gevolgen van de eerder vastgestelde kanker willen verzekeren, geven aan dat zij hier dan wel een **zeer hoge premie** voor moeten betalen (21, 58, 89).



‘Het eerste jaar hadden we een reis gepland, gelukkig met een reisannulatieverzekering. Omdat het toen de eerste maal was dat ik de diagnose kreeg, hebben we die reis zonder problemen kunnen annuleren. Sindsdien moet ik echter altijd de hoogste premie nemen (meestal noemt men dit dan platinum) omdat je anders bij hervaal nooit gedekt bent.’ (58)

Ook bij de Kankerlijn hoorden we al verschillende vragen rond de reisannulatieverzekering. Verzekerden hebben vaak de indruk dat zij een verzekering hebben afgesloten die hen een volledige zekerheid biedt, maar als zij zich dan - wanneer het risico zich voordoet - tot hun verzekeraar wenden, blijkt die alsnog niet tussen te komen. De benaming van de polissen van de verzekeraar lijkt hier regelmatig een **foute indruk** te wekken. Het gaat dan bijvoorbeeld om reisannulatieverzekeringen die kunnen worden afgesloten wanneer je online een vakantie boekt via de website van een reisorganisatie. Die verzekeringen hebben namen als ‘Platinum’, ‘Carefree travel gold’ en ‘All Risk’, waardoor de indruk wordt gewekt dat ze een zeer ruime dekking geven. In sommige gevallen wordt zelfs expliciet aangegeven dat er dekking wordt verschaft bij een annulering omwille van een chronische of vooraf bestaande ziekte. Pas als je verscheidene malen doorklikt en de algemene voorwaarden van de polis gaat uitpluizen, blijkt dan dat die dekking aan strenge voorwaarden is onderworpen (bijvoorbeeld dat het moet gaan om een ‘stabiele aandoening’, wat volgens de polis inhoudt dat er “voor de reservering gedurende 3 of 6 maanden (afhankelijk van de pathologie) geen nieuwe medische behandeling of medicatie vereist is” – zonder dat er hierbij ergens wordt vermeld bij welke pathologie de termijn van 3 dan wel die van 6 maanden geldt). Niet alleen zijn deze bepalingen in de polis zeer onduidelijk, het feit dat bij de klant die zijn reis boekt de indruk wordt gewekt dat er sowieso dekking is voor de vooraf bestaande aandoening moet als **misleidende informatie** worden beschouwd.<sup>57</sup>

## b. Oplossingen

### i. ‘Recht om vergeten te worden’

Ook voor de problematiek van de moeilijk toegankelijke reisannulatieverzekering kan het ‘**recht om vergeten te worden**’ soelaas bieden. Dit kan op dezelfde manier gebeuren als bij ons voorstel voor de verzekering gewaarborgd inkomen. Ook hier kan worden gewerkt met een referentierooster waarbij voor verschillende aandoeningen wordt aangegeven vanaf welke termijn er geen weigering of uitsluiting mag zijn of een bijpremie mag worden aangerekend voor een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Het op te stellen rooster zou dan ook bepalen wanneer er wel een bijpremie kan worden aangerekend en tot welk percentage die mag oplopen. Gezien het in essentie om een vergelijkbaar risico gaat als het risico dat wordt verzekerd bij de verzekering gewaarborgd inkomen, kan eventueel bekeken worden of dit rooster niet kan worden doorgetrokken naar de reisannulatieverzekering.

### ii. Duidelijke en correcte informatie

Ook hier weer moeten verzekeraars **duidelijk en correct informeren**. Veel begint al bij de benaming van de polissen. Het is belangrijk dat die geen foute indruk wekken bij de kandidaat-verzekerde. De verzekeraar moet uiteraard correct communiceren. Uit den boze zijn vermeldingen op websites dat vooraf bestaande aandoeningen en chronische ziektes onder de dekking vallen wanneer pas bij

---

<sup>57</sup> Ook hier kan weer verwezen worden naar de bevindingen van de Ombudsman van de Verzekeringen die vaststelt dat klachten bij deze annulatieverzekeringen vaak gaan over de vooraf bestaande toestand en dan meer specifiek de interpretatie van het begrip ‘stabiele aandoening’: OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2018*, l.c., 41 – 42.

een grondige lezing van de algemene voorwaarden blijkt dat dit enkel het geval is wanneer de aandoeningen stabiel zijn en ook hier weer voorwaarden aan gekoppeld zijn.

Art. 279, §2 Verzekeringwet stelt: *'Onverminderd de bepalingen van Boek VI van het Wetboek van economisch recht aangaande het verbod op oneerlijke handelspraktijken moet **alle door verzekeringsdistributeurs aan hun klanten of potentiële klanten verstrekte informatie die verband houdt met het onderwerp van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten, met inbegrip van publicitaire mededelingen, correct, duidelijk en niet misleidend zijn. [...]**'*

Momenteel worden deze regels niet door iedereen nageleefd. Er is sprake van misleidende informatie.

Art. 284, §5 Verzekeringwet stelt dat voorafgaand aan het sluiten van de verzekeringsovereenkomst een informatiedocument moet worden bezorgd aan de kandidaat-verzekerde. In dit document wordt onder meer een samenvatting gegeven van de dekking en voorwaarden van het contract. Het is belangrijk dat dit document aangeeft of de dekking van vooraf bestaande aandoeningen al dan niet aan verdere voorwaarden is onderworpen. Bij verzekeringen die vooral online worden aangeboden, zoals de reisannulatieverzekering, moet de kandidaat-verzekerde dit document sowieso te zien krijgen voor hij overgaat tot het sluiten van de overeenkomst. Dat dit document verstopt zit achter verschillende clicks is niet in overeenstemming met de (geest van de) wet.

Ook de **duidelijkheid** van de omschrijvingen **in de verzekeringspolissen** is een belangrijk aandachtspunt. Die zijn in bepaalde gevallen nog zeer vaag, waardoor het voor de kandidaat-verzekerde onmogelijk is om te weten waartoe de verzekeraar zich juist verbindt.

'Nergens op gebotst. Stel me wel vragen bij toekomstige reizen.'

'Er zit een clause in die zegt dat je bij bestaande aandoeningen, gedurende zes maanden voor de boeking geen wijzigingen in de behandeling gehad mag hebben en geen bijkomende onderzoeken. Laat veel ruimte voor interpretatie.' (22)

Het is van belang dat hier **streng op wordt toegezien door de FSMA**. Dit niet alleen door klachten van verzekerden grondig te onderzoeken, maar ook door de marktpraktijken te monitoren en in te grijpen waar nodig.

### iii. Voorafgaand consulteren behandelend arts

Voor verzekerden met een verleden of heden van kanker loont het om **voor het boeken van een reis bij de behandelend arts na te vragen of er medische tegenindicaties zijn om de reis te maken**. Dit kan voor de kandidaat-verzekerde al aangeven of het op dat moment opportuun is op reis te gaan of niet.

Wanneer de arts aangeeft dat er geen reden is om niet te vertrekken, is het belangrijk die beoordeling in een attest te laten gieten waarin eveneens door de arts kan worden aangegeven wanneer de laatste behandeling plaatsvond en of er recent nog wijzigingen in de behandeling waren. Die verklaring kan worden afgewogen tegen de polisvoorwaarden en zo kan de kandidaat-verzekerde nagaan of een annulering gelinkt aan die kanker onder de dekking valt of niet. Bij eventuele latere discussies met de verzekeraar kan dit attest uiteraard ook van pas komen om duidelijkheid te scheppen over de medische toestand van de verzekerde op het moment van de boeking.

## c. Aanbevelingen

### i. Voor de overheid

- We pleiten voor de invoering van een **‘recht om vergeten te worden’** voor de reisannulatieverzekering. Net zoals bij de verzekering gewaarborgd inkomen kan het ‘recht om vergeten te worden’ de reisannulatieverzekering toegankelijker maken voor ex-kankerpatiënten.
- Kom op tegen Kanker vraagt de **FSMA** als Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten **streng toe te zien** op de aanbevelingen voor de verzekeraars rond duidelijke polissen en communicatie.

### ii. Voor de verzekeraar

- Het is van belang dat **verzekeraars en verzekeringstussenpersonen duidelijk en correct informeren**. De verzekeraars dienen erop toe te zien dat de benaming van hun polissen of bepaalde vermeldingen op websites niet de indruk wekken dat vooraf bestaande aandoeningen gedekt zijn wanneer dit niet zo is. Misleiding van de kandidaat-verzekerde is bij wet verboden en een strikte naleving van dit verbod is aan de orde.
- De **omschrijvingen in de polis dienen duidelijk te zijn** voor de verzekerde. Zij mogen niet zo vaag zijn dat er een enorme ruimte voor interpretatie is en moeten concreet aangeven in welke gevallen er wel en wanneer er geen dekking wordt verleend.

### iii. Voor de verzekerde

- Het kan interessant zijn voor **(ex-)patiënten** om, als zij twijfels hebben over de medische opportuniteit van hun reis, voorafgaand hun **licht op te steken bij hun behandelend arts**. Ze kunnen de arts verzoeken zijn inschatting in een attest neer te schrijven en aan te geven wanneer de laatste behandeling plaatsvond en of er recent nog wijzigingen in behandeling hebben plaatsgevonden. Dit kan de (ex-)patiënt in staat stellen na te gaan of een bepaalde reisannulatieverzekering voor hem interessant is en kan achteraf ook bij eventuele discussies met de verzekeraar duidelijkheid scheppen.
- Aan sommige **kredietkaarten** is een reisannulatieverzekering verbonden. Het kan dus lonen voor ex-patiënten om na te kijken of zij over zo’n kaart beschikken, of dat het voor hen interessant is om dergelijke kredietkaart te gebruiken. Het is echter belangrijk ook hier goed te letten op wat er is bepaald rond de dekking van vooraf bestaande aandoeningen.

## 7. Verzekering Gewaarborgd Wonen

### a. Problematieken

Er bereikten ons ook enkele meldingen over de Verzekering Gewaarborgd Wonen van de Vlaamse overheid. Die is gratis en biedt een verzekering tegen inkomensverlies door plotse werkloosheid of arbeidsongeschiktheid voor wie een hypothecaire lening afsloot voor het kopen of (ver)bouwen van een woning.

De verzekering kan zeer waardevol zijn en dat wordt ook erkend door verschillende respondenten (103, 114). De verzekering loopt over een periode van tien jaar en verschaft bij onvrijwillige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid na een wachttijd van drie maanden gedurende maximaal drie jaar een tegemoetkoming in de aflossing van de hypothecaire lening. Die tegemoetkoming is onder meer afhankelijk van het werkelijk geleden inkomensverlies, de maandelijkse afbetaling en de duur van de periode dat er een beroep op wordt gedaan, en bedraagt maximaal 600 euro per maand.

De woning waarvoor iemand leent, moet de enige woning zijn van de persoon in kwestie. Er zijn ook enkele **voorwaarden** gelinkt aan de **arbeidsgeschiktheid** van de aanvrager. Op het moment van de aanvraag van de verzekering moet de aanvrager namelijk volledig arbeidsgeschikt zijn en net als in de twaalf maanden voordien een beroepsactiviteit uitoefenen. Hij mag niet aan het werk zijn in het kader van de gedeeltelijke werkhervatting toegelaten door de adviserend arts van het ziekenfonds en mag in de twaalf maanden voorafgaand aan de aanvraagdatum ook niet arbeidsongeschikt zijn geweest.<sup>58</sup>

Als er over de verzekering problemen worden gemeld, heeft het meestal betrekking op die laatste voorwaarden. Zo ook in het kader van de campagne (98, 107).

Ook bij de Kankerlijn kregen we hier al vragen over. Zo is er ook deze getuigenis:

‘In de zomer van 2017 kon ik eindelijk mijn huis kopen, na een erg lange en moeilijke scheiding. Ik dacht daarbij ook te kunnen rekenen op de Vlaamse Verzekering Gewaarborgd Wonen. Nu (juli 2018, n.v.d.r.) heb ik van hen bericht gekregen dat ik niet in aanmerking kom omdat ik een jaar ziek was. Sinds oktober 2017 heb ik het werk hervat, ik doe hard mijn best om weer te integreren (dat is toch wat de regering wil) en nu word ik gestraft omdat ik een jaar thuis was terwijl ik daarvoor 28 jaar werkte! En dat nu opnieuw doe.’ (KL6)

De getuigenissen geven aan hoe pijnlijk de **weigering** van de verzekering kan zijn. Zoals we hierboven al aangaven, hebben ex-kankerpatiënten het sowieso al niet onder de markt met betrekking tot de toegang tot verzekeringen. Als zij dan ook nog worden geweigerd door een verzekering van de overheid is dit een zoveelste koude douche.

De Verzekering Gewaarborgd Wonen wordt door de Vlaamse overheid uitbesteed aan een private verzekeraar, waarna de overheid de premiebetaling voor haar rekening neemt. We begrijpen dat om budgettaire redenen niet zomaar iedereen kan worden toegelaten, zeker niet als er geen rechtstreekse kostprijs voor de verzekerde tegenover staat. Echter kan toch wel de vraag worden opgeworpen of de regels hier niet té streng zijn. De voorwaarde dat iemand in de voorgaande twaalf maanden niet arbeidsongeschikt mag zijn geweest, is immers niet min. Zeker als mensen op het moment van de verzekeringsaanvraag al terug aan het werk zijn, voelt het onrechtvaardig aan door de overheid te worden afgerekend op het feit dat je voordien arbeidsongeschikt was door kanker.

Opvallend is ook dat in Wallonië een gelijkaardige verzekering wordt aangeboden door de Waalse overheid waarbij die soepeler is met betrekking tot de voorwaarde van de arbeidsgeschiktheid. Daar wordt vereist dat je op het moment van ondertekening van de leningsakte een voltijdse of deeltijdse

---

<sup>58</sup> Arbeidsongeschiktheid wordt door deze regelgeving als volgt gedefinieerd: ‘elke toestand die aanleiding geeft tot het verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering en waarbij de persoon in kwestie geen andere belastbare beroepsinkomsten heeft, noch als werknemer, noch als zelfstandige. Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een arbeidsongeval of een beroepsziekte komt niet in aanmerking;’ Bron: art. 1, 8° Besluit van de Vlaamse Regering van 13 juni 2008 betreffende de verzekering gewaarborgd wonen, BS 30 maart 2009, 24725.

betrekking hebt in het kader van een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur<sup>59</sup>, dat je arbeidsgeschikt bent en dat je bij ondertekening van de leningsakte niet voor een periode van meer dan drie maanden arbeidsongeschikt bent.

Omdat de verschillende regio's vrij zijn een eigen regeling uit te werken, kan de Vlaamse polis uiteraard verschillen van de Waalse. De bepalingen in de **Waalse regeling** tonen echter wel aan dat het mogelijk is **soepeler** te zijn met de voorwaarde van de arbeidsgeschiktheid en toch de verzekeringsdekking aan te bieden.

Een **alternatief** voor het overnemen van de Waalse bepalingen kan ook zijn dat er voor een **tussenoplossing** wordt geopteerd. Dit zou kunnen inhouden dat mensen die nu worden uitgesloten op basis van de voorwaarde van de twaalf maanden arbeidsgeschiktheid wel kunnen toetreden tot de verzekering, maar dit tegen betaling van een **beperkte bijpremie**. Dit lijkt een manier waarbij een evenwicht kan worden gevonden tussen de toegankelijkheid voor de verzekerde en de betaalbaarheid voor de overheid.

## b. Aanbevelingen

### i. Voor de overheid

- Kom op tegen Kanker pleit voor een **toegankelijker Verzekering Gewaarborgd Wonen**. De strenge voorwaarden rond arbeidsgeschiktheid zorgen er momenteel voor dat de verzekering regelmatig wordt geweigerd aan ex-patiënten. De regeling zoals die van kracht is in **Wallonië** is soepeler met betrekking tot de voorwaarde van arbeidsgeschiktheid en kan **inspiratie** bieden. Een **alternatief** is dat mensen die nu worden geweigerd omdat zij de twaalf maanden voorafgaand aan de verzekeringsaanvraag niet constant arbeidsgeschikt zijn geweest wel kunnen toetreden tot de verzekering, mits betaling van een **beperkte bijpremie**.

### ii. Voor de verzekerde

- De gratis Verzekering Gewaarborgd Wonen is een interessante verzekering die zeer **waardevol** kan zijn. Omwille van de tussenkomst bij arbeidsongeschiktheid kan zij een (beperkt) **alternatief** vormen **voor de verzekering gewaarborgd inkomen** die, zoals eerder in dit onderzoeksrapport aangegeven, nog steeds zeer ontoegankelijk kan zijn. Daarom verdient het aanbeveling om wanneer mogelijk toe te treden tot deze gratis verzekering.

## 8. Ondernomen stappen/Ombudsman van de Verzekeringen

### a. Toelichting

We vroegen de respondenten ook of zij bepaalde stappen hadden ondernomen om de verzekeringsproblemen waarmee zij werden geconfronteerd aan te pakken. Uit de antwoorden op die vraag viel op dat verdere stappen **allerminst evident** zijn. Vaak wordt dit gezien als een extra

---

<sup>59</sup> Of een betrekking als vastbenoemd ambtenaar, of een tijdelijke betrekking in het onderwijs met vier jaar dienstanciënniteit of in hoofdberoep als zelfstandige werken; art. 4 Besluit van de Waalse Regering van 21 februari 2019 tot invoering van een verzekering tegen het risico van inkomensverlies wegens verlies van betrekking of arbeidsongeschiktheid.

administratieve last op momenten dat het energiepeil van de (kandidaat-)verzekerde, door de ziekte of de behandeling, al zeer laag is (22, 29, 75).

‘Nee. Welke kankerpatiënt vindt daar de fut nog voor?’ (22)

**Daarom is het van belang dat een toezichtsautoriteit als de FSMA zelf proactief blijft monitoren en onder meer door inspecties nagaat of verzekeraars hun wettelijke verplichtingen nakomen.**

Verschillende respondenten geven ook aan dat zij zich tot de **Ombudsman van de Verzekeringen** hebben gewend. Of dit als een positieve dan wel een negatieve ervaring wordt gezien, hangt vaak af van het oordeel van de Ombudsman. Dat de dienst effectief een verschil kan betekenen voor een (kandidaat-)verzekerde merken we ook in de meldingen die we ontvangen bij de Kankerlijn. Vaak zijn mensen over een bepaald aspect in een dispuut verwickeld met hun verzekeraar en dan is het aangewezen dat een onafhankelijke derde als de Ombudsman kan bemiddelen. Zo was er recent nog een dame die vijftien jaar na haar kankerbehandeling een aanvraag indiende voor een verzekering gewaarborgd inkomen en met een zeer ruim geformuleerde uitsluiting werd geconfronteerd. Zij contacteerde de Kankerlijn en nam op ons advies contact op met de Ombudsman. Na bemiddeling werd de uitsluiting beperkt waardoor dit voor de dame in kwestie aanvaardbaar was en zij de verzekering afsloot met de verzekeraar.

Het is van belang dat de Ombudsman van de Verzekeringen die rol kan blijven opnemen. Daarom is het nodig dat elke (kandidaat-)verzekerde zich bewust is van het bestaan en de functie van de Ombudsman van de Verzekeringen.

## b. Aanbevelingen

### i. Voor de overheid

- Het is van belang dat een **toezichtsautoriteit** als de **FSMA** zelf **proactief blijft monitoren** en onder meer door inspecties **nagaat** of **verzekeraars en verzekeringstussenpersonen hun wettelijke verplichtingen nakomen**. We merken immers dat het voor (kandidaat-)verzekerden met een gezondheidsproblematiek allerminst evident is zelf de nodige stappen te zetten bij een negatieve ervaring of beslissing op het vlak van verzekering.
- Het is belangrijk dat wordt geïnvesteerd in de **verdere bekendmaking** van het bestaan en de functie van de **Ombudsman van de Verzekeringen**.

## 9. Algemene conclusie

De resultaten van onze bevraging maken duidelijk dat **(ex-)kankerpatiënten nog te vaak met verzekeringsproblemen te maken** krijgen. De schuldsaldoverzekering en verzekering gewaarborgd inkomen zijn voor hen zeer moeilijk toegankelijk. Ze worden vaak geweigerd of er moet een hoge bijpremie worden betaald. De hospitalisatieverzekering biedt dan weer niet de ruime dekking die ervan wordt verwacht. Zo worden bijvoorbeeld de kosten van een preventieve borstamputatie niet standaard terugbetaald en is er ook vaak onduidelijkheid over welke kosten onder de waarborg ‘zware ziekten’ vallen.

De financiële problemen ten gevolge van kanker worden in de getuigenissen omschreven als **pijnlijk en onrechtvaardig**. Dit geldt niet alleen voor zij die onlangs de diagnose kregen, maar ook in de gevallen waarbij de kankerbehandeling zich al verder in het verleden situeert. Een

(kandidaat)verzekerde is namelijk al enige tijd 'genezen verklaard' door de arts, maar voor de verzekeraar lijkt dit niet te gelden.

**De situatie waarin mensen financieel te lijden hebben omwille van een ziekte waar zij niet voor hebben gekozen, is voor Kom op tegen Kanker onaanvaardbaar.** De vaststelling dat dit nog steeds de realiteit is, moet ons doen stilstaan bij het bredere plaatje. Het is gangbaar dat een verzekeraar vanuit verzekeringstechnisch standpunt door middel van segmentatie probeert zoveel mogelijk overeenstemming te vinden tussen de premie die hij aanreket en de kosten die hij bij een bepaalde verzekeringsovereenkomst verwacht. Een ongebreidelde toepassing van dit principe zorgt er echter voor dat bepaalde zaken die we in onze maatschappij als **absolute basisrechten** beschouwen (recht op een menswaardig leven, inclusief onder meer het 'recht op behoorlijke huisvesting' en 'recht op geneeskundige bijstand', zoals beide opgenomen in art. 23 Gw.) in het gedrang komen wanneer iemand de pech heeft met kanker te worden geconfronteerd.

Het is daarom van belang dat de **overheid bijstuurt** waar nodig op het gebied van privéverzekeringen. De overheid hoeft hierbij verzekeraars niet te verplichten om met een bepaalde kandidaat-verzekeringnemer een contract af te sluiten, het principe van de contractsvrijheid blijft immers gelden. Andere maatregelen kunnen eveneens doeltreffend zijn. In het verleden werd op die manier al ingegrepen via bijvoorbeeld de wet-Partyka en onlangs nog het 'recht om vergeten te worden'. De in dit onderzoeksrapport gedane aanbevelingen zijn een aanmoediging om die weg verder te bewandelen. Het concept van '**universele dienstverlening**' kan hierbij een leidraad vormen voor overheidsingrijpen. Dit concept, toegepast op de verzekeringssector, komt erop neer dat bepaalde verzekeringsdiensten of te verzekeren goederen zo essentieel zijn voor een behoorlijk maatschappelijk functioneren dat iedereen er tegen een betaalbare prijs toegang toe moet krijgen.<sup>60</sup> Het verhogen van de toegankelijkheid is dus essentieel.

Het nodige overheidsingrijpen beperkt zich echter niet louter tot het bijsturen in de verzekeringssector. De **overheid draagt namelijk ook zelf een enorme verantwoordelijkheid** om de benoemde **grondrechten te realiseren**. Hiervoor kan onder meer worden verwezen naar de aanbevelingen met betrekking tot de betaalbaarheid van de ziektekosten (p. 39 e.v.) en de noodzaak om vervangingsinkomens op te trekken tot minstens het niveau van het referentiebudget, dat aangeeft welk budget nodig is om volwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving. (p. 51 e.v.).

Kom op tegen Kanker wil absoluut zijn steentje bijdragen om de situatie op het vlak van verzekeringen in de praktijk te verbeteren. De vaststellingen en aanbevelingen die in dit onderzoeksrapport worden gedaan, moeten daarom worden beschouwd als een **uitnodiging naar verzekeraars en overheid om samen aan de slag te gaan en werk te maken van een betere financiële bescherming voor (ex-)kankerpatiënten**.

---

<sup>60</sup> W. DEVROE, "'Universele dienstverlening' als grens aan risicoselectie' in H. COUSY, H. CLAASSENS en C. VAN SCHOUBROECK (eds.), *Competitiviteit, ethiek en verzekering*, Antwerpen, Maklu, 1998, (279) 311.

## Bibliografie

### Wetgeving

Art. 12 Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten.

Art. 11 Europees Sociaal Handvest.

Art. 23 Grondwet.

Wet 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, *BS* 3 februari 2010, 5439.

Wetboek van economisch recht van 28 februari 2013, *BS* 29 maart 2013, 19975.

Wet 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014, 35487.

Koninklijk besluit van 20 december 2007 houdende oprichting van het bemiddelingsorgaan bedoeld in artikel 138bis -6, derde lid van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, *BS* 14 mei 2008, 25195.

Koninklijk besluit 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, *BS* 10 juni 2014, 43894.

Koninklijk besluit 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 14 juni 2019, 61154.

Besluit van de Vlaamse Regering van 13 juni 2008 betreffende de verzekering gewaarborgd wonen, *BS* 30 maart 2009, 24725.

Besluit van de Waalse Regering van 21 februari 2019 tot invoering van een verzekering tegen het risico van inkomensverlies wegens verlies van betrekking of arbeidsongeschiktheid, *BS* 2 april 2019, 32930.

Wetsvoorstel ter bestrijding van discriminatie en tot wijziging van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, *Parl.St.* Senaat 1998-1999, nr. 1-1341/1, 4.

Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, *Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, nr. 52K1977/001, 8-9.

### Rechtspraak

POIARES MADURO, conclusie van 31 januari 2008, voor H.v.J. 17 juli 2008, Coleman/Attridge Law, C-303/06.

GwH 10 november 2011, 166/2011.



## Literatuur

ASSURALIA, 'De nationale uitgaven in de gezondheidszorg – 13de editie' in *Assurinfo*, nr. 12, 23 p.

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN, *Evaluatieverslag van de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen I – C/2018/1*, [https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/advorg/2018/advice\\_c\\_2018\\_1.pdf](https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/advorg/2018/advice_c_2018_1.pdf), 2018, 58 p.

CORNELIS, C., "Het belang van genetische gegevens in het Belgische recht", *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 2017-2018, 295-309.

DE ROUCK, P., "Hospitalisatieverzekering voorkomt gepeperde ziekenhuisrekeningen", *De Tijd*, 20 oktober 2018, 19.

DEVOS, C., CORDON, A., LEFEVRE, M., OBYN, C., RENARD, F., BOUCKAERT, N., GERKENS, S., MAERTENS DE NOORDHOUT, C., DEVLEESSCHAUWER, B., HAELTERMAN, M., LEONARD, C. en MEEUS, P., *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019, 114 p.

DEVROE, W., "'Universele dienstverlening" als grens aan risicoselectie' in H. COUSY, H. CLAASSENS en C. VAN SCHOUBROECK (eds.), *Competitiviteit, ethiek en verzekering*, Antwerpen, Maklu, 1998, 279-337.

GALLE, C., 'Wat als... elke dokter zomaar in uw medisch dossier kan?', *De Morgen* 23 januari 2020, 8-9.

[GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHE DE LUXEMBURG en ASSOCIATION DES COMPAGNIES D'ASSURANCES ET DE REASSURANCES DUR GRAND-DUCHE DE LUXEMBURG, \*Convention « Droit à l'oubli »\*, <https://www.lalux.lu/media/157085/convention-droit-a-l-oubli-29102019.pdf>.](https://www.lalux.lu/media/157085/convention-droit-a-l-oubli-29102019.pdf)

HOEKSTRA, W.B., *Kamerbrief over verzekeringen ex-kankerpatiënten*, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/12/12/kamerbrief-over-verzekeringen-ex-kankerpatiënten>.

KOM OP TEGEN KANKER, *De kosten van implantaten en medisch materiaal, artsenhonoraria, bijvoeding, verzorgingsmateriaal en thuiszorg*, [https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/de\\_kosten\\_van\\_implantaten\\_def\\_pdf\\_0.pdf](https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/de_kosten_van_implantaten_def_pdf_0.pdf), 66 p.

KOM OP TEGEN KANKER, *Vijffjarenplan 2017-2021*, Brussel, 2017, 22 p.

MARCHAL, S. en CANTILLON, B., 'Hoofdstuk 6. Een analyse van de generositeit van de inkomensvervangingen voor personen met een handicap' in K. HERMANS, J-M DUBOIS en A. VANROOSE, (red.), *Armoede en handicap*, Brussel: POD Maatschappelijke Integratie & FOD Sociale Zekerheid, 2019, 175-194.

OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Tips 2013*, [https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier\\_general/tips\\_astuces\\_2013.pdf](https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier_general/tips_astuces_2013.pdf), 20 p.

OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2015*, [https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier\\_general/Jaarverslag\\_Ombudsman\\_2015.pdf](https://www.ombudsman.as/images/uploads/dossier_general/Jaarverslag_Ombudsman_2015.pdf), 40 p.

OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN, *Jaarverslag 2018*, [http://www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2018-ombudsman-verzekeringen-jaarverslag/pdf/Ombudsman-Verz-Jaarverslag2018\\_nl.pdf](http://www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2018-ombudsman-verzekeringen-jaarverslag/pdf/Ombudsman-Verz-Jaarverslag2018_nl.pdf), 49 p.

OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2015*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2015.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2015.pdf), 20 p.

OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2016*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2016.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2016.pdf), 21 p.

OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2017*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2017.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2017.pdf), 20 p.

OPVOLGINGSBUREAU VOOR DE TARIFERING, *Jaarverslag over de werking 2018*, [https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag\\_2018.pdf](https://www.opvolgingsbureau.be/images/docs/Jaarverslag_2018.pdf), 22 p.

PORTUGAELS, N., "Actuele problemen inzake de schuldsaldoverzekering: de eeuwige spanning tussen segmentatie en discriminatie", *Jura Falconis* 2012-2013, nr. 2, 373 - 415.

STICHTING KANKERREGISTER, *Invasieve tumoren (excl. non-melanoma huidkanker) bij minderjarigen (0 t.e.m. 17 jaar) en meerderjarigen (18 jaar en ouder) in België en Vlaanderen: Relatieve overleving, 2007-2016*, Brussel, 2019.

THIERY, Y., *Discriminatie en verzekeringen: Economische efficiëntie en actuariële fairness getoetst aan het juridisch gelijkheidsbeginsel*, onuitg. doctoraatsthesis Rechten KU Leuven, 2010, <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/119857>, 665 p.

VANSWEEVELT, T. en WEYTS, B., '§5. De invloed van de Antidiscriminatiewet', in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.), *Handboek Verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 49-54.

VANSWEEVELT, T. en WEYTS, B., "§3. Medische informatie" in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.), *Handboek Verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 412-437.

VELAERS, J., "'De objectieve en redelijke rechtvaardiging" als ultieme toetssteen van ongelijke behandeling in verzekeringszaken" in C. VAN SCHOU BROECK en H. COUSY (eds.), *Discriminatie en Verzekering - Discrimination et assurance*, Antwerpen-Apeldoorn/ Louvain-La-Neuve, Maklu/Academia-Bruylant, 2007, 85-112.

VERHOEVEN, D., "Afdeling 4. Maatregelen ter voorkoming en beperking van de schade" in VANSWEEVELT, T. en WEYTS, B. (eds.), *Handboek Verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 459-478.

VLAAMS PATIËNTENPLATFORM, *Medische expertise in het kader van verzekeringen*, [http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/2015\\_01\\_19\\_Medische\\_expertise.pdf](http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/2015_01_19_Medische_expertise.pdf), 21 p.

VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER, *Charter van de psychosociale rechten van de (ex-)kankerpatiënt*, Brussel, 2007, 18 p. Annex

## Vragenlijst

- Wat zijn je ervaringen met de schuldsaldoverzekering? Op welke knelpunten ben je gebotst? Heb je een oplossing gevonden? Zo ja, welke en wie of wat heeft je daarbij geholpen?
- Wat zijn je ervaringen met de hospitalisatieverzekering? Op welke knelpunten ben je gebotst? Heb je een oplossing gevonden? Zo ja, welke en wie of wat heeft je daarbij geholpen?
- Wat zijn je ervaringen met de verzekering gewaarborgd inkomen? Op welke knelpunten ben je gebotst? Heb je een oplossing gevonden? Zo ja, welke en wie of wat heeft je daarbij geholpen?
- Wat zijn je ervaringen met de reisannulatieverzekering? Op welke knelpunten ben je gebotst? Heb je een oplossing gevonden? Zo ja, welke en wie of wat heeft je daarbij geholpen?
- Heb je nog ervaringen met andere types van verzekeringen die je wenst te delen (vb. levensverzekering, verzekering gewaarborgd wonen ...)? Op welke knelpunten ben je gebotst? Heb je een oplossing gevonden? Zo ja, welke en wie of wat heeft je daarbij geholpen?
- Heb je stappen ondernomen om deze problemen aan te kaarten (vb. bij interne ombudsdienst/klachtendienst verzekeraar, Ombudsman van de verzekeringen, Opvolgingsbureau voor de tarifiering van de schuldsaldoverzekering, Unia, patiëntenorganisatie ...)? Zo ja, wat was het resultaat hiervan?
- Heb je zelf ideeën om de vastgestelde knelpunten aan te pakken? Zo ja, welke?