

SAMENVATTING ONDERZOEKSRAPPORT

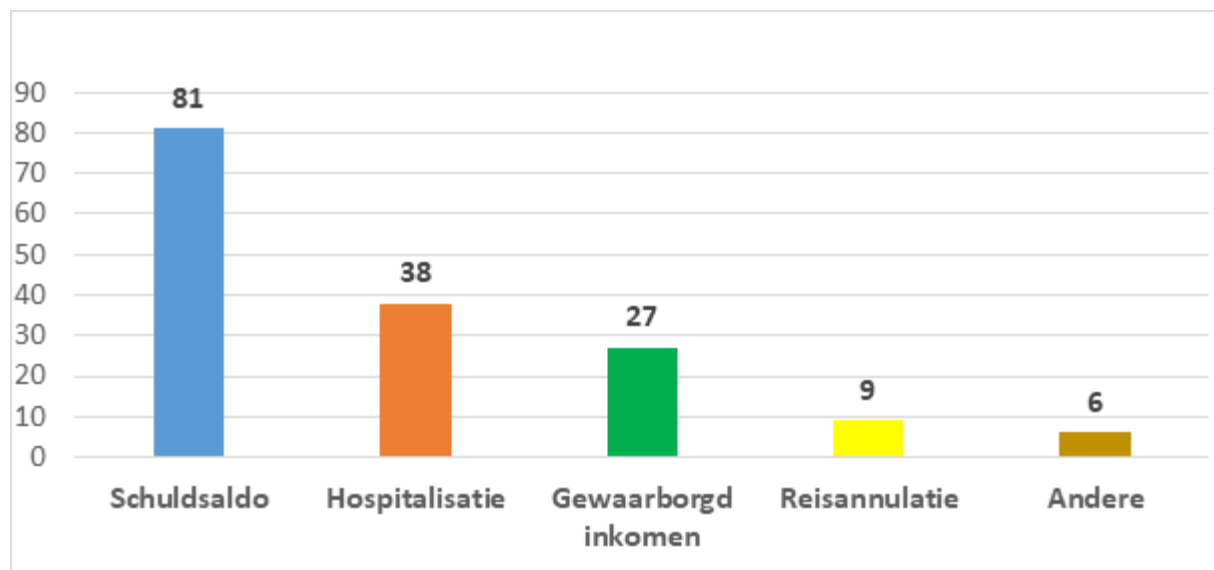
PRIVÉVERZEKERINGEN & KANKER

Campagne Kankerlijn

Augustus 2020

Kom op tegen Kanker voerde 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 die periode konden (ex-)kankerpatiënten en hun naasten door het invullen van een vragenlijst op [deelvandeoplossing.be](#) hun ervaringen met privéverzekeringen delen. **123 mensen reageerden op de campagne**. Het betrof 116 mensen met een kankerproblematiek en 7 mensen met een andere medische aandoening die een impact had op hun verzekeringen.



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 mensen die hun verhaal met ons deelden 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 % 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 door de kankerdiagnose.

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, worden vooraf bestaande aandoeningen vaak uitgesloten en is er ook regelmatig 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**. Dat geldt niet alleen voor zij die recent 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 dat niet te gelden.

De situatie waarin mensen financieel te lijden hebben door een ziekte waar zij niet voor hebben gekozen, is voor Kom op tegen Kanker onaanvaardbaar. De vaststelling dat dat 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 (d.w.z. het opdelen van te verzekeren risico's in risicogroepen) probeert zoveel mogelijk overeenstemming te vinden tussen de premie die hij aanrekenet en de kosten die hij bij een bepaalde verzekeringsovereenkomst verwacht. Een ongebreidelde toepassing van dat 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 van de Grondwet), 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 daarbij 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 recent nog het 'recht om vergeten te worden'. Beide initiatieven hadden als doel om de schuldsaldoverzekering toegankelijker te maken. De in ons onderzoeksrapport gedane aanbevelingen zijn een aanmoediging om die weg verder te bewandelen. Het concept van '**universele dienstverlening**' kan daarbij een leidraad vormen voor overheidsingrijpen. Dat concept, toegepast op de verzekeringssector, komt erop neer dat bepaalde verzekeringsdiensten of te verzekeren goederen zo essentieel zijn voor een normaal leven in onze maatschappij dat iedereen er tegen een betaalbare prijs toegang toe moet krijgen. 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**. Daarvoor kan onder meer worden verwezen naar de aanbevelingen met betrekking tot de betaalbaarheid van de ziektekosten 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.

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 het onderzoeksrapport en hieronder 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.**

Aanbevelingen

Op basis van de gemelde problemen doen we een heleboel aanbevelingen om de knelpunten weg te werken. Hieronder worden deze aanbevelingen gegroepeerd per type verzekering en per doelgroep waaraan ze gericht zijn.

Schuldsaldoverzekering

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 persoon die de lening is aangegaan overlijdt. Daardoor 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 dat 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. 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. Daarbij moet het grondwettelijk recht op behoorlijke huisvesting voor de kandidaat-verzekerde steeds in de afweging worden meegenomen. Zowel het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, waar de kandidaat-verzekerde terecht kan voor een herbeoordeling na een weigering of een aanrekening van een bijpremie van meer dan 75 % van de basispremie, als de bevoegde rechter dienen het belang van de verzekering in rekening te brengen bij hun beoordeling. Dat doen ze 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**'. Daardoor mag een verzekeraar tien jaar na het einde van de behandeling geen rekening meer houden met de kanker uit het verleden. Het is echter van groot belang dat de **effecten van de invoering** ervan op de verzekeraarbaarheid 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 vormen van kanker en andere aandoeningen. Dat rooster is echter voor verbetering vatbaar. In de nabije toekomst moeten daarom een aantal 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 verzekeringsstelsel zal leiden. Het is ook van belang dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over voldoende middelen beschikt om tweemaaljaarlijks de aandoeningen en termijnen opgenomen in het referentierooster te evalueren.

- Daarnaast 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** waar kandidaat-verzekerden terecht kunnen voor een herbeoordeling na een beslissing tot weigering van de schuldsaldoverzekering of na een beslissing tot het aanrekenen van een bijpremie van meer dan 75 % van de basispremie. 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 actuaaris (verzekeringswiskundige die risico's berekent en evalueert) 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 die problemen.**

ii. Voor de verzekeraar¹

- 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 bijhorende schuldsaldoverzekering **duidelijkheid bestaat over de verzekering vooraleer de leningsakte wordt ondertekend**. Dat voorkomt 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**

¹ De aanbevelingen die ook voor de verzekeringstussenpersonen zoals de verzekeringsagent (gebonden aan één of meer verzekeringsmaatschappijen) of –makelaar (onafhankelijk adviseur) relevant zijn worden hier mee onder de hoofding 'Voor de verzekeraar' opgenomen.

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 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.
- Wanneer de verzekerde al een schuldsaldoverzekering heeft, gekoppeld aan een oudere lening, kan het een optie zijn om 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 dat 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 dat meestal beperkt zal zijn tot overlijdens door plotse gebeurtenissen, zoals een verkeersongeval.

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.² In vele gevallen - bij een meerderheid van de Belgische werknemers - gebeurt de verzekering via de groeps polis van de werkgever.³

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

i. Voor de overheid

² Via de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOB's) van de verschillende landsbonden.

³ P. DE ROUCK, "Hospitalisatieverzekering voorkomt gepeperde ziekenhuisrekeningen", *De Tijd*, 20 oktober 2018, 19.

- 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 betaalbaar. Waar dat wel het geval is, biedt de verzekering nog niet voor iedereen de garantie op een voldoende bescherming tegen de financiële gevolgen van kanker omdat kanker bijv. is uitgesloten van de verzekeringsdekking of omdat slechts een deel van de kosten worden terugbetaald. De **verplichte ziekteverzekering moet daarom voldoende terugbetaling voorzien voor alle kosten van het meest aangewezen zorgtraject** voor een kankerbehandeling.
- Dat houdt onder meer in dat de **ereloonsupplementen verdwijnen**. In afwachting van een volledig wegwerken van die 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. Dat 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 oorspronkelijke toetreding tot de collectieve polis, moet kunnen worden **overgedragen** naar een andere collectieve hospitalisatieverzekering. Dat om te vermijden dat de verzekerde dat spaarpotje kwijtspeelt wanneer hij van verzekeraar verandert.
- 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 dat derdebetalerssysteem is dat de verzekerde steeds een zicht behoudt op wat precies 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. Die applicatie dient zo **laagdrempelig** mogelijk te worden gehouden. Het moet daarnaast mogelijk blijven om de kosten schriftelijk te laten indienen door verzekeringsnemers voor wie dat 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 van hun medewerkers**.
- 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 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.**

Verzekering gewaarborgd inkomen

Wanneer je als werknemer of zelfstandige door kanker wordt getroffen, gaat dat vaak gepaard met een periode van arbeidsongeschiktheid. Je valt dan terug op een ziekte-uitkering die beduidend lager 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 dat 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 dat 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.⁴

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 de ziekte-uitkering. Op die manier is het inkomen gewaarborgd, ook wanneer je door ziekte niet kunt werken. Gelet op de vaak lagere ziekte-uitkeringen is dat zeker voor zelfstandigen het overwegen waard.

⁴ <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>.

Op de vraag naar ervaringen met een verzekering gewaarborgd inkomen kwamen 29 antwoorden, waarvan 2 positieve reacties.

i. Voor de overheid

- De financiële terugval wanneer iemand door kanker is aangewezen op een **arbeidsongeschiktheidsuitkering** is te groot. Het is van belang dat die 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 dat 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 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 dat 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 behandelend 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 de eigen zelfstandige onderneming** worden toegelaten. Zo wordt vermeden dat de optie om de verzekering gewaarborgd inkomen via de onderneming aan te gaan wordt uitgesloten voor ex-kankerpatiënten, 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 **betere 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. Dat 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**. Dat 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 dat zonder medische vragenlijst en dus zonder uitsluitingen. Bij uitdiensttreding kan die verzekering individueel verdergezet worden, zoals dat ook bij de collectieve hospitalisatieverzekering het geval is.
- Indien de verzekerde **vragen** heeft bij de **behandeling door de raadgevend arts van de verzekeraar of de aangestelde arts-arbiter**, kan hij daarvoor 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**. Dat om voor de verzekerde onaangename verrassingen te vermijden bij het einde van de expertise.

Reisannulatieverzekering

De reisannulatieverzekering biedt de waarborg dat reiskosten worden terugbetaald wanneer een reis wordt geannuleerd vanwege een dringende reden. Door (ex-)patiënten wordt de 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.

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 om **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 dat niet zo is. Misleiding van de kandidaat-verzekerde is bij wet verboden en een strikte naleving van dat 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 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. Dat 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

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 mensen die hun verhaal met ons deelden. 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.⁵

Als er over de verzekering problemen worden gemeld, hebben die meestal betrekking op die laatste voorwaarden.

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. Door 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

We vroegen de respondenten ook of zij bepaalde stappen hadden ondernomen om de verzekeringsproblemen waarmee zij geconfronteerd werden aan te pakken. Uit de antwoorden op die vraag viel op dat verdere stappen allerm minst evident zijn.

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**.

⁵ 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.