

Verzekeringen

Informatie en tips

voor personen met een chronische ziekte of aandoening en hun gezin



Hospitalisatieverzekering, schuldsaldoverzekering, verzekering gewaarborgd wonen,
verzekering voor motorrijtuigen, reisverzekering, gewaarborgd inkomen,
familiale verzekering, uitvaartverzekering

Verzekeringen

Informatie en tips
voor personen met een chronische ziekte of aandoening
en hun gezin

Inhoudstafel

Verzekeringen. Een financiële beveiliging voor iedereen?	1
Verzekeren als economische activiteit	2
Wat is een verzekering?	2
Problemen voor personen met een chronische ziekte of handicap?	3
Het standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform	3
Plichten, maar ook rechten	4
Welke informatie moet je meedelen en welke niet?	5
Je rechten in verband met medische vragenlijsten en medische onderzoeken.....	6
Soorten verzekeringen: informatie en tips	9
De kleine lettertjes!	9
De hospitalisatieverzekering	10
Vergelijken!	10
Belangrijke wetgeving voor personen met een chronische ziekte of handicap.....	11
Private verzekeraars	11
Ziekenfondsen	11
De individuele voortzetting van een private hospitalisatieverzekering.....	13
De gedragscode voor hospitalisatieverzekeringen.....	15
De schuldsaldoverzekering	16
Betere toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap.....	19
De verzekering gewaarborgd wonen	21
Verzekering gewaarborgd inkomen	22
Verzekeringen voor motorrijtuigen	23
De autoverzekering	23
Rijgeschiktheidsattest en autoverzekering	23
Medicijnen en rijgeschiktheid.....	23
Verzekering voor elektrische rolstoel	24
De reisverzekering	26
De familiale verzekering	27
Familiale verzekering voor personen met een psychische ziekte.....	28
Wat als de patiënt in een psychiatrische verzorgingsinstelling verblijft?	28
De uitvaartverzekering	29
Vragen? Klachten? Geweigerd? Nuttige adressen	30
Het Vlaams Patiëntenplatform vzw	31
Andere publicaties van het Vlaams Patiëntenplatform vzw	32

Verzekeringen. Een financiële beveiliging voor iedereen?

Stel je eens voor dat je zou moeten opdraaien voor alle kosten van een brand, een ziekte, een zwaar auto-ongeval,... Dat redt zo goed als niemand. Daarom is het heel belangrijk dat je goed ingedekt bent met de nodige verzekeringen. Zonder private verzekeringen is het leven niet meer denkbaar. Elke persoon, elk gezin, heeft behoefte aan een degelijke, aangepaste en betaalbare financiële beveiliging.

Maar met een chronische ziekte of een handicap is dat absoluut niet vanzelfsprekend. Jij – en je gezin – worden als een ‘hoger risico’ beschouwd. Je betaalt torenhoge bijpremies, je leest allerlei uitsluitingen in je contract of je wordt door de verzekeraar helemaal geweigerd. De communicatie schiet vaak tekort en bij problemen blijf je zitten met een heleboel vragen en klachten.

Deze brochure van het Vlaams Patiëntenplatform vzw wil patiënten met een chronische ziekte of handicap op weg helpen in deze moeilijke materie. Ze biedt de lezer op een begrijpelijke manier

- informatie over het verzekeren als economische activiteit;
- uitleg over de plichten én de rechten van een verzekeringsnemer;
- per soort verzekering een aantal tips om het beste contract te krijgen;
- een lijst met nuttige adressen voor klachten en problemen.

We hopen dat de brochure je kan helpen om de financiële beveiliging te vinden waar je recht op hebt. Alvast een gouden raad: kijk goed rond en vergelijk!

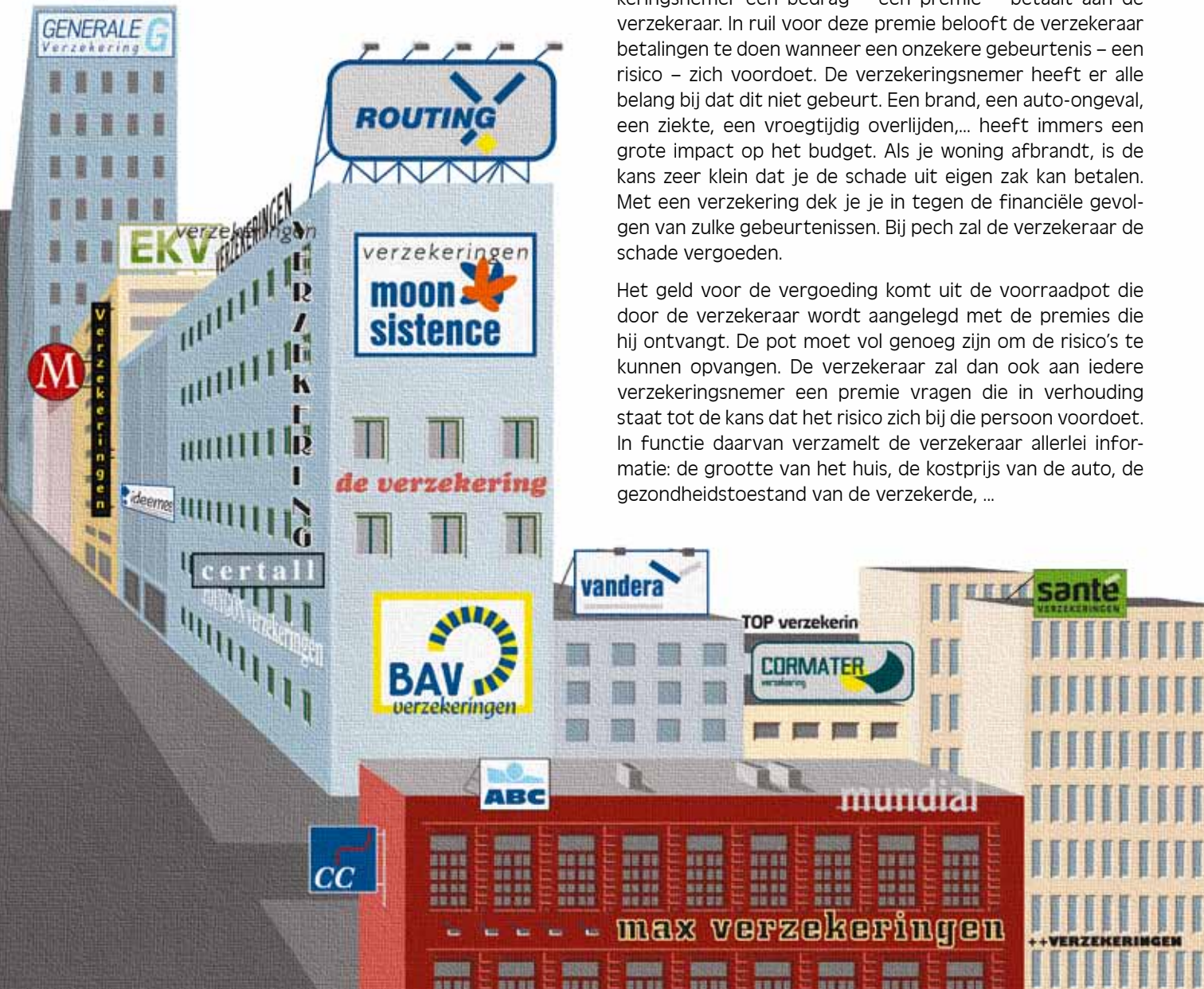


Verzekeren als economische activiteit

Wat is een verzekering?

Een verzekering is een overeenkomst waarbij de verzekeringsnemer een bedrag – een premie – betaalt aan de verzekeraar. In ruil voor deze premie belooft de verzekeraar betalingen te doen wanneer een onzekere gebeurtenis – een risico – zich voordoet. De verzekeringsnemer heeft er alle belang bij dat dit niet gebeurt. Een brand, een auto-ongeval, een ziekte, een vroegtijdig overlijden,... heeft immers een grote impact op het budget. Als je woning afbrandt, is de kans zeer klein dat je de schade uit eigen zak kan betalen. Met een verzekering dek je je in tegen de financiële gevolgen van zulke gebeurtenissen. Bij pech zal de verzekeraar de schade vergoeden.

Het geld voor de vergoeding komt uit de voorraadpot die door de verzekeraar wordt aangelegd met de premies die hij ontvangt. De pot moet vol genoeg zijn om de risico's te kunnen opvangen. De verzekeraar zal dan ook aan iedere verzekeringsnemer een premie vragen die in verhouding staat tot de kans dat het risico zich bij die persoon voordoet. In functie daarvan verzamelt de verzekeraar allerlei informatie: de grootte van het huis, de kostprijs van de auto, de gezondheidstoestand van de verzekerde, ...



Verzekeren als economische activiteit

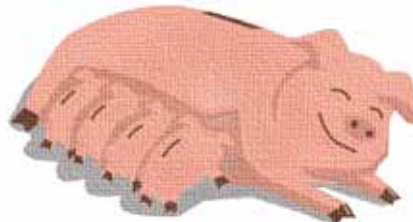
Waarom hebben personen met een chronische ziekte of handicap problemen om een verzekering af te sluiten?

Waarom moet ik omwille van mijn ziekte voor een schuldsaldoverzekering een hogere premie betalen dan iemand anders? Is dit geen discriminatie? (*Mark, ziekte van Crohn*)

Waarom krijg ik geen schuldsaldoverzekering? Kan de verzekeraar mij die zomaar weigeren? (*Nele, HIV-patiënt*)

In het huidige concept van de verzekeringsactiviteit worden de verzekeringsnemers onderverdeeld in groepen met een gelijkaardig risicoprofiel. Binnen elke groep betaalt iedereen hetzelfde bedrag. Met andere woorden: wie een gelijkaardig risico loopt, betaalt dezelfde premie. Voor een overlijdensverzekering betalen oudere mensen dus een hogere premie dan jongeren, want de kans om te sterven neemt toe met de leeftijd. Voor een autoverzekering betalen jongeren dan weer méér omdat ze minder rijervaring hebben. Zolang de verzekeraars zo'n onderscheid objectief en redelijk kunnen rechtvaardigen, is er geen discriminatie. Ze zijn dus wel verplicht een onderscheid of weigering te motiveren¹.

De onderverdeling in groepen met gelijkaardige risicoprofielen heeft voor gevolg dat sommige groepen, die volgens de verzekeraar een hoog risico lopen, zeer hoge premies betalen of simpelweg uitgesloten worden.



Het standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform: terug naar de solidariteit!

Het Vlaams Patiëntenplatform betreurt deze evolutie. De chronisch zieken en personen met een handicap zijn er immers de dupe van. Ze betalen torenhoge premies, worden uitgesloten of krijgen te maken met allerlei vervelende problemen.

Oorspronkelijk was verzekeren een zaak van solidariteit: geluksvogels betaalden voor pechvogels, in de wetenschap dat ze in het omgekeerde geval op hetzelfde konden rekenen. Het steeds verder opdelen van mensen in groepen met hetzelfde risicoprofiel ondergraaft de essentie van het verzekeren zelf. De verfijning leidt tot de absurde situatie dat verzekeraars op termijn geen risico's, maar zekerheden verzekeren.

We moeten terug naar de essentie van het verzekeren: de risico's verdelen over een zo groot mogelijke groep mensen en de premies berekenen op basis van de kenmerken van de hele markt. Solidariteit dus, en daar blijft het Vlaams Patiëntenplatform voor gaan.

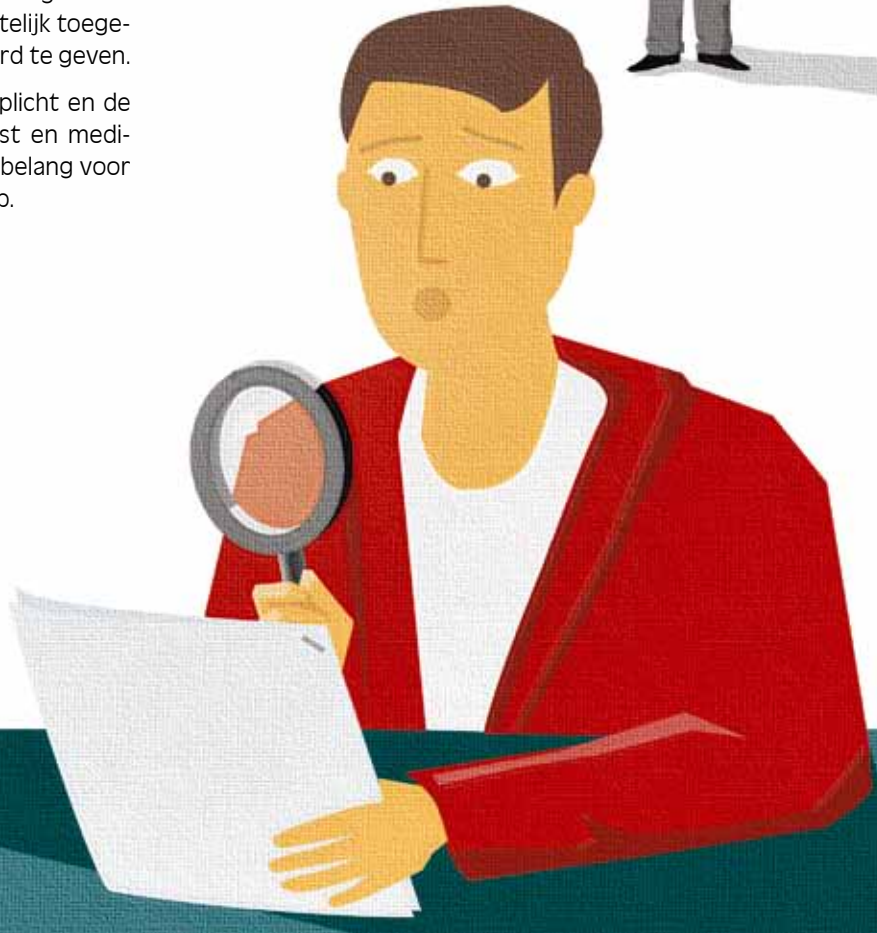
¹ Op basis van de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, waarover het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding waakt.

Plichten, maar ook rechten

Ieder verzekeringscontract vermeldt de plichten die een verzekerde moet vervullen om het contract te laten gelden. Zo moet hij bijvoorbeeld tijdig de premie betalen en eventuele schade melden binnen een afgesproken termijn. Het contract vermeldt ook de situaties waarin de verzekerde recht heeft op een schadevergoeding en bijkomende diensten.

Vele verzekerden lezen hun contract niet grondig na en kennen hun rechten niet goed. Ze gaan gemakkelijk in op alle vragen van de verzekeraar, uit schrik dat ze anders niet aan een verzekering geraken. Maar verzekeraars mogen niet zomaar alle vragen stellen. Op de vragen die wettelijk toegelaten zijn, ben je wel verplicht een eerlijk antwoord te geven.

In dit hoofdstuk gaan we in op de mededelingsplicht en de rechten in verband met de medische vragenlijst en medische onderzoeken. Deze informatie is van groot belang voor personen met een chronische ziekte of handicap.



Plichten, maar ook rechten

Welke informatie moet je meedelen en welke niet?

Moet ik aan de verzekeraar melden dat ik lijd aan een psychische aandoening? (*Kathleen, bipolaire stoornis*)

Vooraleer je een verzekering kan afsluiten, zal de verzekeraar informatie verzamelen om het risico in te schatten. Je bent verplicht om **spontaan** alle gegevens mee te delen die belangrijk zijn om het risico te beoordelen. Voor verschillende verzekeringen moet je een medische vragenlijst invullen waarin men je vraagt of je een chronische aandoening of handicap hebt. Als dat zo is, mag je dat dus niet verzwijgen.

Als de verzekeraar ontdekt dat je met opzet relevante gegevens achtergehouden hebt, kan hij de verzekering nietig verklaren. Hij mag de betaalde premies behouden en zal je bij een schadegeval niet vergoeden.

Opgelet! Wat als je onopzettelijk informatie verzwijgt?

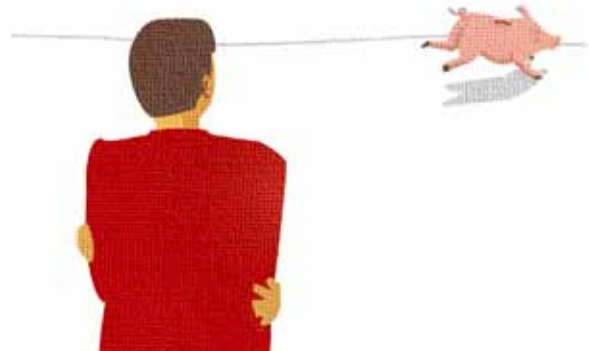
Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het opzettelijk en onopzettelijk verzwijgen van informatie. In het laatste geval wordt de verzekering niet nietig verklaard, maar kan de verzekeraar bijvoorbeeld de voorwaarden van het verzekeringscontract aanpassen aan het risico dat hij nu kent. In dat geval moet hij binnen de maand een nieuw contract voorstellen. Als hij kan bewijzen dat hij het verzwegen risico nooit verzekerd zou hebben, kan hij binnen de maand het contract opzeggen. Na deze termijn kan de verzekeraar het bestaande verzekeringscontract niet meer wijzigen.

Voorbeeld

Tim heeft in het verleden rugklachten gehad. Verschillende artsen kwamen niet tot een diagnose en bevestigden dat er niets ernstigs aan de hand was. Bij het invullen van de medische vragenlijst voor de verzekering was het voor Tim niet echt duidelijk of hij die vroegere rugklachten moest vermelden. Intussen heeft hij de diagnose van rugartrose gekregen. De verzekeraar achterhaalde dat Tim de vroegere onderzoeken in verband met zijn rugklachten niet had gemeld. Omdat de informatie niet opzettelijk werd verzwegen, wordt het verzekeringscontract van Tim niet vernietigd maar aangepast. Het verzekeringscontract sluit voortaan dekkingen voor rugartrose uit.

Wat als zich een schadegeval voordoet vooraleer het contract aangepast of opgezegd werd omwille van het onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van informatie?

- Indien er een schadegeval plaatsvindt, is de verzekeraar verplicht om je een vergoeding of uitkering uit te betalen. Hij kan het bedrag ervan wel beperken wanneer jij eigenlijk had moeten weten dat je de informatie moest meedelen.
- Als de verzekeraar kan aantonen dat hij het risico nooit verzekerd zou hebben, moet hij enkel de betaalde premies terugbetalen.



Je rechten in verband met medische vragenlijsten en medische onderzoeken

Voor een hospitalisatieverzekering, een verzekering gewaarborgd inkomen, een schuldsaldoverzekering, een uitvaartverzekering, ... moet je op voorhand een medische vragenlijst invullen. Op basis van deze vragenlijst bepaalt de verzekeraar onder welke voorwaarden en met welke premie hij de verzekering wil afsluiten. De arts van de verzekeraar bestudeert de medische vragenlijst. Wenst hij bijkomende informatie, dan kan hij die door de kandidaat-verzekerde laten opvragen bij de behandelend arts, of hem een medisch onderzoek laten ondergaan.

De *adviserend arts van de verzekeraar*² verzamelt de medische informatie. Hij rapporteert aan de verzekeraar enkel de medische gegevens die nuttig zijn in het kader van de afgesloten of af te sluiten overeenkomst. Deze arts handelt steeds in opdracht van de verzekeraar.



² Artsen die werken voor een verzekeringsmaatschappij krijgen verschillende benamingen: raadsgeneesheer van de verzekeringsmaatschappij, geneesheer-adviseur van de verzekeringsmaatschappij, raadgevend geneesheer van de verzekeringsmaatschappij, geneesheer-raadsheer van de verzekeringsmaatschappij, ...

Plichten, maar ook rechten

Medische vragenlijsten

Bart wil graag een overlijdensverzekering afsluiten. Bij het invullen van de medische vragenlijst schrikt hij bij de volgende vraag: "Kent u in uw familie of gezin gevallen van TBC, suikerziekte, epilepsie, hypertensie of hartkwalen?" Zijn vader en grootvader hebben immers te kampen met hartkwalen. Bart vraagt zich af of de verzekeraar deze vraag wel mag stellen. *(Bart, zoon van een persoon met hartkwalen)*

In een medische vragenlijst mag men enkel vragen stellen over je huidige gezondheidstoestand. Vragen over genetische gegevens zijn verboden. Men mag dus niet peilen naar ziekten die je nu nog niet hebt, maar in de toekomst zou kunnen ontwikkelen. Als je ooit een erfelijkheidsonderzoek hebt laten doen, moet je dit **niet** melden aan de verzekeringsmaatschappij. Pas als een ziekte zich gemanifesteerd heeft, moet je dat vertellen. Het verbod om genetische informatie op te vragen houdt ook in dat de verzekeraar niet mag vragen naar ziekten die zich voordoen in je familie. Hij mag dus niet informeren naar de gezondheidstoestand van je grootouders, ouders, broers, zussen,...



Als de adviserend arts van de verzekeraar bijkomende inlichtingen wenst, kan hij die via jou opvragen aan je behandelend arts. Je arts moet zich beperken tot een beschrijving van je gezondheidstoestand vandaag. Hij kan bijvoorbeeld een medisch attest afleveren dat aantoont dat je chronische ziekte stabiel is. Hij mag alleen informatie bezorgen aan de arts van de verzekeraar en enkel die informatie geven die noodzakelijk is voor het afsluiten van de overeenkomst.

Tip: Omdat een medische vragenlijst zeer gedetailleerd is, kan het interessant zijn om hem samen met je behandelend arts in te vullen. Foute informatie kan immers negatieve gevolgen hebben voor jou. Maak of vraag steeds een kopie van de ingevulde vragenlijst.

Opgelet!

Een medische vragenlijst moet je zorgvuldig en zelf invullen, eventueel geholpen door je behandelend arts. Laat de vragenlijst nooit invullen door je verzekeringsagent of -makelaar.

Tip: Soms kan je behandelend arts een attest opmaken dat aangeeft dat je aandoening stabiel is of zich gunstig ontwikkelt. Zo'n attest geeft je een goede basis om te onderhandelen over betere verzekeringsvoorwaarden.

Medische onderzoeken

Voor bepaalde verzekeringen vraagt men soms een medisch onderzoek, bijvoorbeeld wanneer je je wil verzekeren voor een hypothecaire lening met een hoog bedrag. De medische onderzoeken mogen niet steunen op technieken van genetisch onderzoek. Ze mogen dus enkel dienen om de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand na te gaan.

Ook wanneer je al een contract hebt, kan men je onderwerpen aan een medisch onderzoek. Dat dient bijvoorbeeld om het percentage arbeidsongeschiktheid te bepalen wanneer je een beroep doet op een inkomensverzekering bij invaliditeit.

Als zelfstandige werd ik getroffen door MS en moest ik mijn winkel opgeven. Gelukkig had ik een verzekering gewaarborgd inkomen afgesloten die mij een vervangingsinkomen garandeerde bij ziekte of ongeval. Na een medisch onderzoek in opdracht van de verzekeraar besliste deze mij slechts een arbeidsongeschiktheidspercentage van 50 % toe te kennen. Ik kan mij niet vinden in deze beslissing en wil ze dan ook aanvechten. Is het mogelijk om het verslag in te kijken van het medisch onderzoek waarop de verzekeraar zich baseert? (*Tine, MS-patiënt*)

Medische onderzoeken voor en tijdens het verzekeringscontract zijn onderworpen aan de Wet op de Patiëntenrechten. De persoon die het onderzoek ondergaat heeft dus recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, op informatie over de zaken die onderzocht of geanalyseerd worden, op inzage in het patiëntendossier, op een afschrift van het patiëntendossier en op bescherming van de persoonlijke levenssfeer.³

Worden je rechten niet nageleefd, dan kan je een klacht neerleggen bij de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt of de Ombudsman van de Verzekeringen.

Federale Ombudsdienst "Rechten van de patiënt"

Victor Hortaplein 40 bus 10
1060 Brussel

Tel. 02 524 85 20

e-mail: sylvie.gryson@health.fgov.be

Ombudsman van de Verzekeringen

De Meeûssquare 35
1000 Brussel

Tel. 02 547 58 71

e-mail: info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

³ Meer informatie over de Wet op de Patiëntenrechten staat in de brochure **Ken je rechten als patiënt** van het Vlaams Patiëntenplatform.

Soorten verzekeringen: informatie en tips

Voor mijn huidziekte is het goed dat ik enkele keren per jaar naar het Middellandse Zeegebied ga. Omdat ik een ziekte heb, vraagt mijn verzekeraar een hoge bijpremie voor een reisverzekering. Is deze bijpremie bij iedere verzekeraar hetzelfde? (*Frank, zeldzame huidziekte*)

Een gouden tip:

vergelijk en lees de kleine lettertjes!

Welke verzekering je ook wil afsluiten, kijk eerst goed rond en vergelijk grondig. Elke verzekeraar heeft immers een eigen beleid en specifieke producten. Zo vraagt de ene verzekeraar je misschien een gigantische bijpremie omwille van je chronische ziekte, terwijl dat bij een andere verzekeraar best meevalt. Sommige verzekeraars dekken ook meer schadegevallen dan andere. Controleer bij het vergelijken van verzekeringspolissen zeker de volgende elementen (en lees ook de kleine lettertjes!):

- Wat zegt het verzekeringscontract over voorafbestaande ziekten of handicaps (als dit van toepassing is voor het soort verzekering)?
- Welke uitsluitingen worden in het verzekeringscontract vermeld? Wanneer komt de verzekeraar met andere woorden niet tussen als het gedekte risico zich voordoet?

Wil je jezelf de tijd van het vergelijken besparen, doe dan een beroep op een makelaar. Deze tussenpersoon zoekt voor jou de meest voordelige verzekeraar op de markt. Let wel: de ene makelaar is de andere niet. Kies voor een makelaar die contacten heeft met een groot aantal verzekeringsmaatschappijen. Laat hem steeds duidelijk motiveren waarom hij een bepaald contract voor jou het meest geschikt vindt.

Sommige verzekeringen brengen ook fiscale voordelen mee. Informeer je hierover!

Als een verzekeraar je weigert, een bijpremie aanreket of onderwerpt aan bijzondere voorwaarden, dan moet hij zijn beslissing steeds objectief en redelijk kunnen motiveren. Krijg je geen motivering of is die niet redelijk en objectief, dan kan je een klacht neerleggen bij de **Ombudsman van de Verzekeringen** of bij het **Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding**. De adressen vind je achteraan in de brochure.

Verzekeringsagent

Een verzekeringsagent is een tussenpersoon die verzekeringen aanbiedt. Hij heeft als taak te bemiddelen tussen de aanbieder (de verzekeraar) en de vrager (de verzekeringsnemer). Een verzekeringsagent bemiddelt slechts voor één verzekeringsonderneming en is gebonden aan deze verzekeraar.

Verzekeringsmakelaar

Een verzekeringsmakelaar is een onafhankelijke tussenpersoon die voor zijn klant een verzekering op maat zoekt. Rekening houdend met de behoeften van de klant zal hij op de verzekeringsmarkt de verzekering zoeken met de beste prijs-kwaliteitverhouding. Een makelaar kan een keuze maken tussen verschillende verzekeringsondernemingen.

De hospitalisatieverzekering

Een opname in het ziekenhuis kan je duur komen te staan. Uit officiële cijfers blijkt dat de Belgen zo'n 28 %⁴ van de kosten van de gezondheidszorg uit eigen zak betalen (kamer, geneesmiddelen, honoraria, gebruik en onderhoud van medisch materiaal,...). Met een hospitalisatieverzekering kan je je indekken tegen de zware kosten bij een ziekenhuisopname en ernstige ziekten. Ze wordt aangeboden door private verzekeraars en mutualiteiten.

Vergelijken!

Vooraleer je een hospitalisatieverzekering afsluit, moet je zeker verschillende polissen of verzekeringsvoorwaarden van dichtbij bekijken. Dat geldt zowel voor het aanbod van mutualiteiten als voor dat van private verzekeraars. Het volgende lijstje helpt je op weg:

- **Waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten:** welke kosten worden vergoed voor de behandeling van een ernstige ziekte buiten een ziekenhuisopname? Tot welk bedrag worden deze kosten vergoed? Iedere verzekeraar en mutualiteit heeft een limitatieve lijst van ernstige ziekten die een beroep kunnen doen op deze extra waarborg. Kijk deze lijst zeker na!
- **Ziekenhuisdiensten waarvoor er een beperkte dekking geldt:** voor welke ziekenhuisdiensten wordt de tegemoetkoming via de hospitalisatieverzekering in bedrag of tijd beperkt? Bijvoorbeeld: geriatrie en revalidatie, palliatieve zorgen, diensten voor specifieke aandoeningen (locomotorisch, neurologisch, cardio-pulmonair, chronisch,...).
- **Opname in een psychiatrische dienst:** de vergoeding van de kosten van geestes- en zenuwziekten wordt meestal beperkt in de tijd en/of beperkt in bedrag. Iedere verzekeraar of mutualiteit hanteert hierbij eigen voorwaarden.
- **'Rooming in' (overnachting van partner, ouder, mantelzorg, ... in het ziekenhuis):** in hoeverre worden deze kosten vergoed? Voor welke personen is deze dekking van toepassing?
- **Derdebetalersysteem:** wordt de factuur van het ziekenhuis rechtstreeks betaald door de verzekeraar of de mutualiteit, zodat de patiënt het bedrag niet moet voorschieten?

Opgelet!

Kijk zeker ook naar het volgende:

- Bepaalde medische behandelingen worden niet of slechts gedeeltelijk vergoed wanneer je een eenpersoonskamer kiest.
- Bepaalde medische praktijken of geneesmiddelen die niet erkend zijn door het RIZIV, worden soms niet of slechts beperkt terugbetaald.
- Bij de vergelijking van hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten moet je ook rekening houden met eventuele aanvullende diensten. Misschien zijn ziekenhuisvervoer, homeopathie, kraamdienst, ... niet opgenomen in de hospitalisatieverzekering, maar kan je wel van deze diensten genieten via het aanvullend pakket van voordelen dat aangeboden wordt aan ieder lid van het ziekenfonds.
- Natuurlijk spelen ook de hoogte van de premie en de franchise – het gedeelte van de kosten dat men zelf moet betalen – een grote rol.



⁴ Bron: Wereldgezondheidsorganisatie, www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=bel&indicators=nha

De hospitalisatieverzekering

Belangrijke wetgeving voor personen met een chronische ziekte of handicap

In het voorjaar van 2007 werden enkele wetswijzigingen doorgevoerd om de toegang tot de hospitalisatieverzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap te verbeteren.

Private verzekeraars

Sinds de Wet van 20 juli 2007 heeft de verzekerde de garantie dat hij levenslang van zijn individuele hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden zal blijven genieten, ook als hij chronisch ziek of gehandicapt wordt. De verzekeraar kan de polis dus niet opzeggen of een hogere premie vragen omdat een chronische ziekte of handicap is ontstaan. Enkel de verzekerde zelf kan het verzekeringscontract jaarlijks opzeggen op de vervaldag van de premiebetaling. Deze wet bepaalt ook dat verzekeraars geen personen met een reeds bestaande chronische ziekte of handicap mogen weigeren voor ziektekostenverzekeringen. De aangerekende premie voor een persoon met een chronische ziekte of handicap moet gelijk zijn aan de premie van eenzelfde persoon zonder chronische ziekte of handicap.

Opgelet!

De verzekeraar mag alle kosten die verband houden met de reeds bestaande ziekte of handicap uitsluiten!

Tip: De uitsluiting van de kosten die betrekking hebben op de ziekte of handicap die je hebt vóór het sluiten van de hospitalisatieverzekering, moet in het verzekeringscontract beschreven worden. Laat die beschrijving door je arts nalezen. Zo kan je nagaan of de uitsluitingen wel enkel die kosten betreffen.

Tip: Voor een collectieve hospitalisatieverzekering via je werk of het werk van je partner is vaak geen medische vragenlijst vereist. Dat is bijvoorbeeld het geval in bedrijven of organisaties met een groot aantal werknemers. Tenzij het verzekeringscontract het anders bepaalt, is in deze situatie ook je voorafbestaande aandoening gedekt.

De wet van 20 juli 2007 bepaalt ook dat premiestijgingen van hospitalisatieverzekeringen voortaan gekoppeld zullen worden aan een medische index.

Meer informatie over de medische index vind je op de website van de Federale Overheidsdienst Economie: <http://statbel.fgov.be>. De medische index is niet van toepassing op beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen.

Ziekenfondsen

Sinds de Wet van 11 mei 2007 mogen ziekenfondsen geen enkel lid een hospitalisatieverzekering weigeren; dat recht geldt tot de leeftijd van 65 jaar. De hospitalisatieverzekering van de ziekenfondsen moet nu ook – zonder een hogere bijdrage – tussenkomen in de kosten bij een reeds bestaande aandoening. Er zijn nog twee soorten beperkingen toegelaten:

- beperking of uitsluitingen van de kosten van de supplementen in een eenpersoonskamer.

Een voorbeeld: Lien heeft hemofilie en wordt opgenomen in het ziekenhuis voor deze ziekte. De ziekte hemofilie bestond vóór het afsluiten van de hospitalisatieverzekering. Als zij kiest voor een twee- of meerpersoonskamer dekt de mutualiteit de kosten van de ziekenhuisopname voor hemofilie. Als Lien daarentegen zou kiezen voor een eenpersoonskamer komt de mutualiteit maar beperkt tussen.

- beperken van de tussenkomst voor de bestaande aandoening tot een vast bedrag. Dit vast bedrag noemt men de forfaitaire vergoeding. Deze forfaitaire vergoeding kan al dan niet in de tijd worden beperkt. De periode waarin men enkel tussenkomt met een forfaitaire vergoeding noemt men de forfaitperiode.

Een voorbeeld: Lien heeft hemofilie en wordt opgenomen in het ziekenhuis voor deze ziekte. Haar ziekte bestond al vóór de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering. De kosten van deze ziekenhuisopname worden slechts beperkt vergoed. Per dag in het ziekenhuis krijgt zij 25 euro. De periode dat zij enkel 25 euro per dag vergoed krijgt voor ziekenhuisopnames die te maken hebben met de ziekte hemofilie, duurt 4 jaar.

Ieder ziekenfonds biedt in zijn hospitalisatieverzekering dus een waarborg voor voorafbestaande aandoeningen. De dekking verschilt per mutualiteit. Bij het vergelijken kan je de volgende vragen als basis nemen:

- Beperkt de mutualiteit de kosten van een aandoening die bestond vóór de aansluiting tot de verzekering door het uitsluiten van de supplementen in een eenpersoonskamer? Of beperkt zij de vergoeding van de kosten van de reeds bestaande aandoening door een vast bedrag? Hoeveel bedraagt dit vast bedrag?
- Hoe lang duurt de periode dat de kosten van een reeds bestaande ziekte slechts beperkt worden gedekt?
- Heb je ooit recht op de “waarborg ambulante kosten” voor je ziekte die al bestond?

Indien je geen goede verzekeringsovereenkomst kan bekomen bij een private verzekeraar, dan kan het interessant zijn om een hospitalisatieverzekering bij een ziekenfonds af te sluiten. Daar is men immers verplicht om tussen te komen bij reeds bestaande aandoeningen. Een hospitalisatieverzekering bij een ziekenfonds is goedkoper dan bij een private verzekeraar, maar hou er rekening mee dat ze globaal ook minder dekt.

Je hebt steeds de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen. Als je bij je vorig ziekenfonds van een hospitalisatieverzekering genoot, kan je bij je nieuwe ziekenfonds onmiddellijk zonder wachtperiode van hun hospitalisatieverzekering genieten. Zat je bij je vorige nog in een wachttijd of forfaitperiode, dan wordt die door je nieuwe mutualiteit in vermindering gebracht.

Opgelet: Sluit tijdig een hospitalisatieverzekering af. Hoe ouder je bent op het moment dat je instapt, hoe duurder de premie zal zijn. Boven de 65 jaar kan je niet meer terecht bij een mutualiteit, en ook niet bij de meeste private verzekeraars.

Belangrijk om te weten: Zowel private verzekeraars als mutualiteiten kunnen tot twee jaar na de aansluiting moeilijk doen over symptomen van een ziekte of aandoening die vóór het contract reeds aanwezig geweest zouden zijn en binnen een periode van 24 maanden na een verzekeringscontract tot een diagnose leiden. Na de periode van twee jaar kan een private verzekeraar of mutualiteit niet meer moeilijk doen over een ziekte of aandoening die bij de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering niet was gekend en niet werd meegedeeld.

Opgelet: In het voorjaar van 2010 kwam er een wet⁵ tot stand waardoor de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten vanaf 1 juli 2011 niet langer verplicht zullen zijn om de kosten te dekken van aandoeningen die bestonden vóór de aansluiting tot deze verzekering. De ziekenfondsen kunnen beslissen om hun producten vóór 1 juli 2011 al aan te passen. Personen met een aandoening die in 2011 of later voor het eerst een hospitalisatieverzekering willen afsluiten bij hun mutualiteit, moeten dus nagaan of hun mutualiteit de kosten van reeds bestaande aandoeningen nog dekt.

⁵ Wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering.

De individuele voortzetting van een private hospitalisatieverzekering

Jos en Mieke hebben een hospitalisatieverzekering afgesloten voor het hele gezin. Eén van de kinderen, Joris, heeft mucoviscidose. De hospitalisatieverzekering dekt de kosten voor de behandeling van zijn ziekte. Mieke en Jos vragen zich af wat er gebeurt als Joris later alleen wil gaan wonen. Moet hij dan een nieuwe hospitalisatieverzekering afsluiten, met het risico dat zijn bestaande ziekte uitgesloten wordt?

1. De individuele hospitalisatieverzekering

In een vorige paragraaf hebben we vermeld dat elke verzekerde sinds 1 juli 2007 de garantie heeft dat hij levenslang en onder dezelfde voorwaarden van zijn individuele private hospitalisatieverzekering kan genieten, ook als hij chronisch ziek of gehandicapt wordt. Deze garantie geldt ook voor de partner en de kinderen die mee in de verzekering zijn opgenomen. De wet voorziet in een duidelijke procedure die de individuele voortzetting van de polis garandeert, bijvoorbeeld voor een ex-partner of een kind dat het ouderlijk huis verlaat. Wanneer zich bijvoorbeeld tijdens de looptijd van het contract bij het kind een chronische ziekte of handicap manifesteert, dan blijft deze gedekt wanneer het kind later de gezinspolis voortzet.

Opgelet: Voor hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten geldt deze regeling van individuele voortzetting niet. Vraag dus na bij je mutualiteit welke rechten er in dat verband zijn.

Opgelet: Laat je pasgeboren kind tijdig verzekeren. Een kind kan immers vanaf de geboorte levenslange dekking genieten van een hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden. Pasgeborenen worden immers zonder medische vragenlijst of onderzoek opgenomen in de hospitalisatiepolis van de ouders. Een pasgeboren kind met een chronische aandoening is onmiddellijk voor deze aandoening gedekt, zonder uitsluiting of wachtperiode. Voorwaarde is dat de ouders binnen een bepaalde periode na de geboorte (meestal 30 dagen) de verzekeraar op de hoogte brengen van de geboorte en de wens om het kind op te nemen in de polis. Deze regeling geldt enkel wanneer de ouders zelf lang genoeg aangesloten zijn bij de hospitalisatieverzekering. In het contract staat vermeld hoelang dat is.

De procedure voor de individuele voortzetting verloopt als volgt:

Stap 1 De verzekeringsnemer brengt de verzekeraar op de hoogte van het tijdstip waarop het verzekerde gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats. Dat kan schriftelijk of elektronisch.

Stap 2 De verzekeraar doet de verzekerde binnen de 30 dagen een aanbod voor een aanvullende ziekteverzekering onder dezelfde voorwaarden als de oorspronkelijke verzekering. Dat aanbod geldt ook voor de leden van het gezin van de verzekerde.

Stap 3 De verzekerde moet binnen de 60 dagen een voorstel aanvaarden, schriftelijk of elektronisch. Na verloop van die termijn verliest hij het voorrecht om de oorspronkelijke verzekering levenslang onder dezelfde voorwaarden verder te zetten.

Stap 4 Beslist de verzekerde het aanbod van de verzekeraar te aanvaarden, dan gaat het nieuwe verzekeringscontract in op de dag waarop hij het voordeel van de individuele polis verliest. Dat betekent dat de dekking tijdens de procedure verder loopt.

2. De beroepsgebonden collectieve hospitalisatieverzekering

Als je geniet van de dekking van een collectieve hospitalisatieverzekering via je werk, heb je recht op de individuele voortzetting bij (vrijwillig of gedwongen) ontslag, faillissement of vereffening van het bedrijf, verandering van werkgever, pensionering,... De verzekeraar mag geen nieuwe wachttermijn hanteren en ook geen bijpremie of beperktere dekkingsvoorwaarden opleggen wanneer je in de loop van de collectieve hospitalisatieverzekering ziek of gehandicapt bent geworden. Voorwaarde is wel dat je minstens twee jaar aangesloten bent bij de collectieve hospitalisatieverzekering van het werk.

Dit recht op individuele voortzetting geldt ook voor je partner en kinderen die meeverzekerd zijn. Ook wanneer die het voordeel van de groepsverzekering verliezen -bijvoorbeeld wanneer je uit de echt scheidt of wanneer je kinderen alleen gaan wonen - kunnen ze het recht op individuele voortzetting doen gelden.

De procedure voor de individuele voortzetting verloopt als volgt:

Stap 1 De werkgever (verzekeringnemer) brengt de gewezen werknemer (hoofdverzekerde) binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering op de hoogte van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Dat gebeurt schriftelijk of elektronisch.

Hij informeert de hoofdverzekerde over:

- het precieze tijdstip van het verlies van de collectieve dekking;
- de termijn waarbinnen het recht op individuele voortzetting moet worden uitgeoefend;
- het recht van de gezinsleden (bijverzekerden) op individuele voortzetting;
- de contactgegevens van de verzekeringsonderneming.

Stap 2 De hoofdverzekerde en/of de bijverzekerden geven binnen de 30 dagen de verzekeraar te kennen dat zij de collectieve hospitalisatieverzekering geheel of gedeeltelijk individueel wensen verder te zetten. Die mededeling moet schriftelijk of elektronisch gebeuren. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van de brief of e-mail van de werkgever bedoeld in stap 1.

De hoofdverzekerde en/of bijverzekerden hebben het recht die termijn met 30 dagen te verlengen, op voorwaarde dat de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte wordt gebracht.

Stap 3 De verzekeraar doet binnen de 15 dagen schriftelijk of elektronisch een verzekeringsvoorstel onder dezelfde voorwaarden als de collectieve verzekering aan de hoofdverzekerde en/of bijverzekerden. De verzekeraar vermeldt in het aanbod

- de dekkingsvoorwaarden (inclusief de gedekte prestaties), de uitsluitingen en de aangiftetermijnen;
- de termijn van 30 dagen waarbinnen het aanbod aanvaard kan worden.

Stap 4 De hoofdverzekerde en/of bijverzekerden aanvaarden het verzekeringsaanbod binnen de 30 dagen na ontvangst. De aanvaarding gebeurt schriftelijk of elektronisch. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

Stap 5 Wordt het aanbod van de verzekeraar aanvaard, dan gaat het nieuwe verzekeringscontract in op de dag waarop men het voordeel van de collectieve verzekeringsovereenkomst verliest. Ook tijdens de procedure wordt dus een continue dekking gegarandeerd.

De hospitalisatieverzekering

Opmerking: Verliest een gezinslid (bijverzekerde) het voordeel van de collectieve verzekering om een andere reden dan het feit dat hoofdverzekerde geen werknemer meer is (bijvoorbeeld omdat hijzelf het gezin verlaat), dan beschikt hij over een termijn van 105 dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van zijn wens om het contract individueel verder te zetten. De procedure verloopt verder identiek.

Opgelet! De premie van een hospitalisatieverzekering stijgt naarmate je ouder wordt. De prijs voor een individuele voortzetting van een beroepsgebonden collectieve hospitalisatieverzekering op latere leeftijd (bijvoorbeeld bij het op pensioen gaan) kan dus flink oplopen. Je kan echter met een bijkomende premie een individuele reserve aanleggen terwijl je werkt. Zo zal de premie op het moment van de individuele voortzetting goedkoper zijn. Let wel: wat er met deze reserve gebeurt wanneer je van werkgever verandert, is wettelijk niet vastgelegd.

De gedragscode voor hospitalisatieverzekeringen

Sinds 1 juli 2009 geldt er een gedragscode hospitalisatieverzekeringen voor private verzekeringsondernemingen. Deze gedragscode bepaalt dat verzekerden met een hospitalisatieverzekering die eenpersoonskamers dekt, het recht hebben om een alternatieve, goedkopere verzekering met minder dekking te vragen wanneer de verzekering te duur wordt. De verzekeraar zal in dat geval geen nieuwe medische formaliteiten vragen en ook geen nieuwe wachtperiode instellen.

De gedragscode is niet van toepassing op beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen.

Opgelet! In deze gedragscode staat niets over de inhoud van de alternatieve verzekering. Ga dus zeker na of deze goedkopere verzekering nog voldoende dekking biedt.



De schuldsaldoverzekering

Wat is het?

Wanneer je een lening aangaat voor een huis (kopen, bouwen of verbouwen) heb je meestal een schuldsaldoverzekering nodig. Die zorgt ervoor dat je hypothecaire lening bij de bank of de kredietinstelling wordt afgelost wanneer je voortijdig overlijdt. Je partner of nabestaanden hoeven dan geen afbetalingen meer te doen. Je kan een verzekering nemen voor het volledige leningsbedrag of een bepaald percentage ervan. De meeste kredietmaatschappijen stellen een schuldsaldoverzekering als voorwaarde voor een woonkrediet. Zo zijn ze zeker dat ze hun geld krijgen wanneer de kredietnemer overlijdt.

Je kan vrij kiezen bij welke verzekeraar je deze verzekering afsluit. Vele banken proberen je een schuldsaldoverzekering aan te bieden van hun eigen bankverzekeringsgroep, in ruil voor een korting op de rentevoet. Maar ook dan loont het de moeite even rond te neuzen bij andere verzekeraars om de meest voordelige formule te vinden. Vind je dat te ingewikkeld? Laat je dan bijstaan door een makelaar of immotheker.

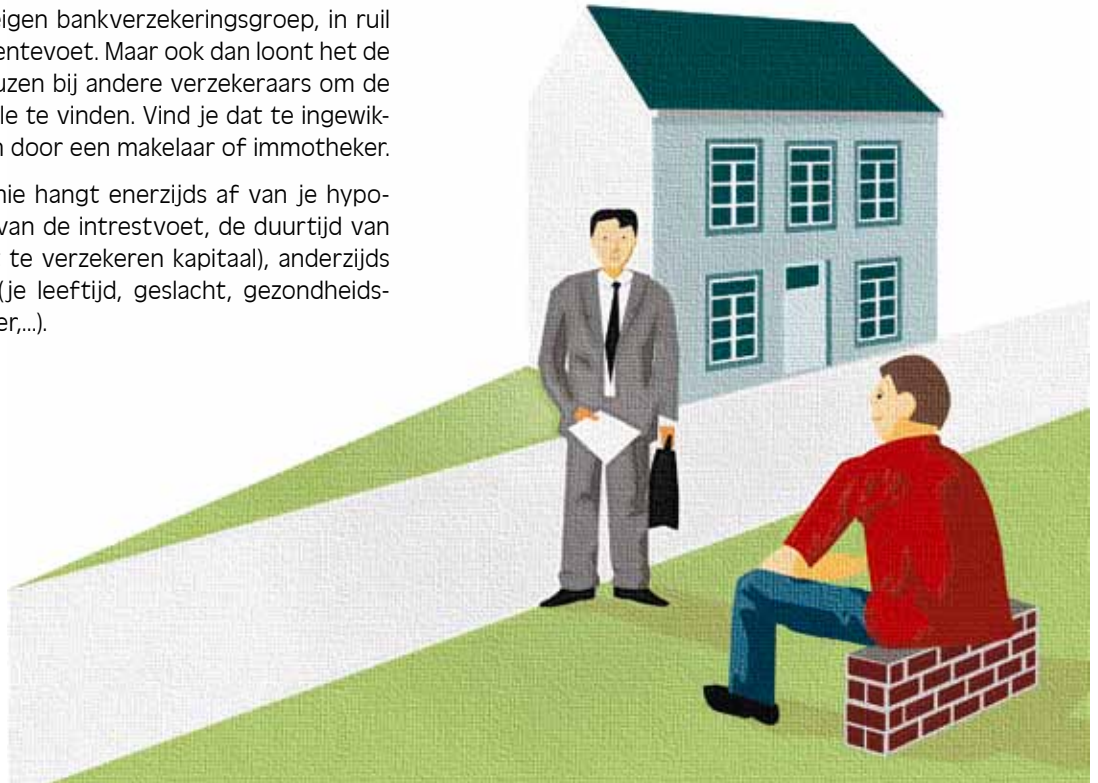
Het bedrag van de premie hangt enerzijds af van je hypotheeklening (de hoogte van de intrestvoet, de duurtijd van de hypotheeklening, het te verzekeren kapitaal), anderzijds van je overlijdensrisico (je leeftijd, geslacht, gezondheids-toestand, roker/niet-roker,...).

Wat kan het probleem zijn?

Bij het bepalen van de premie speelt de gezondheidstoestand een belangrijke rol. Wie een chronische ziekte of handicap heeft, moet vaak een bijpremie betalen of wordt zelfs geweigerd. Dat één verzekeraar je weigert, betekent echter niet automatisch dat anderen dat ook zullen doen. Ook de hoogte van de bijpremie varieert van maatschappij tot maatschappij.

Tip

Vraag je bank, verzekeraar of immotheker naar de fiscale voordelen van je schuldsaldoverzekering.



De schuldsaldoverzekering

Tips: Rekent men je een hoge bijpremie aan of word je geweigerd?

- Je kan je behandelend arts vragen om aan de adviserend arts van de verzekeraar een attest te bezorgen waarin staat dat je aandoening stabiel is of een gunstige ontwikkeling kent. Met dit attest kan je onderhandelen over betere voorwaarden.
- Stel de verzekeraar voor om een kleiner percentage van het kapitaal te verzekeren, bijvoorbeeld 50 % of 75 % in plaats van 100 %. Als je hiervoor kiest, moet je wel zeker zijn dat je partner de rest van de afbetaling kan dragen als jij eerder sterft.
- Sommige banken staan tóch een lening toe als je ouders, familie of vrienden een borg kunnen stellen (bijvoorbeeld een eigendom). Let wel op: een borgstelling is niet zonder risico en is meestal af te raden. Als jij vroegtijdig overlijdt en je borgsteller is niet kapitaalkrachtig, dan kan hij behoorlijk in de financiële problemen geraken.
- Heb je een groepsverzekering van het werk, probeer dan met de bank te onderhandelen. Eigenlijk bied je de kredietgever de overlijdensdekking van de groepsverzekering als waarborg. Het gebeurt dat de bank op basis daarvan onder bepaalde voorwaarden een lening toestaat. Andere verzekeringen waarin soms een overlijdensdekking opgenomen is, zijn bijvoorbeeld pensioenspaarverzekeringen, VAPZ, beleggingsverzekeringen, ... Ook effectenrekeningen kunnen in aanmerking komen.
- Vraag eventueel aan de verzekeraar om vast te leggen dat de hoogte van de bijpremie herzien kan worden wanneer je gezondheidstoestand verbeterd en stabiel is.
- Met een laag inkomen kan je misschien aanspraak maken op een sociale lening bij de **Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW)**, een **sociaal krediet vennootschap (SKV)** of het **Vlaams Woningfonds** (voor gezinnen met minimum 1 kind). Ook deze sociale kredietverstrekkers zullen je vragen om een schuldsaldoverzekering af te sluiten. Bij een weigering zoeken ze naar andere oplossingen, zodat ze je toch nog een lening kunnen toestaan. Elk dossier wordt afzonderlijk onderzocht. Een sociale lening aanvragen is geen garantie dat je er een krijgt, maar bij een sociale kredietinstelling spelen menselijke aspecten een grotere rol dan bij private banken. Hou er wel rekening mee dat het bedrag dat je bij een sociale kredietinstelling kan lenen, lager ligt dan bij private banken.

Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW) (hoofdzetel)

Koloniënstraat 40
1000 Brussel

Tel. 02 505 45 45
Fax 02 505 42 00
info@vmsw.be
www.vwmsw.be

Vlaams Woningfonds (hoofdzetel)

De MeeÛsquare 26-27
1000 Brussel

Tel. 02 548 91 11
Fax 02 514 18 16
info@vlaamswoningfonds.be
www.vlaamswoningfonds.be

Sociale kredietmaatschappijen

Gegevens van sociale kredietmaatschappijen in je buurt kan je terugvinden in de gouden gids of op www.sociaal-woonkrediet.be

Belangrijke nieuwe wetgeving!

Sinds 21 januari 2010 is er een wet⁶ die de toegang tot de schuldsaldoverzekering meer toegankelijk moet maken voor personen met een chronische ziekte of handicap. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw werkte actief mee aan het tot stand komen van deze wet en zal ook een rol spelen bij de invulling en evaluatie ervan.

We verwachten dat de wet eind 2010 van start kan gaan. Voor een stand van zaken kan je altijd contact opnemen met het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

Opgelet! De wet geldt enkel voor hypothecair krediet voor de enige en eigen woning.

De wet regelt verplichtingen voor de verzekeraar op vlak van transparantie, beroepsmogelijkheden en een solidariteitsmechanisme voor betaalbare schuldsaldoverzekeringen. Er komt ook een gedragscode schuldsaldoverzekeringen over onder andere de medische vragenlijst, medische onderzoeken en alternatieve waarborgen.

Meer transparantie

- Als de verzekeraar een hogere premie aanrekent omwille van je gezondheidstoestand, dan moet hij deze opsplitsen in een basispremie en een bijpremie zodat je beter kan vergelijken tussen aanbiedingen van verschillende verzekeraars.
- Als de verzekeraar een hoge bijpremie of een weigering of uitsluiting van bepaalde risico's voorstelt moet hij zijn beslissing schriftelijk motiveren en de contactgegevens van zijn adviserende arts meedelen.
- Als je een verzekering aanvraagt, moet je binnen de 15 werkdagen de beslissing van de verzekeraar ontvangen hebben.



⁶ Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft.

De schuldsaldoverzekering

Er wordt een Opvolgingsbureau voor tarifiering en een Compensatiekas opgericht

Een kandidaat-verzekerde met een chronische ziekte of handicap vraagt een schuldsaldoverzekering aan. De volgende situaties zijn denkbaar (*lees deze samen met het schema*):

- **Situatie A:** De verzekeraar biedt de kandidaat-verzekerde een verzekering aan zonder bijpremie of een verzekering met een redelijke en proportionele bijpremie. De kandidaat-verzekerde aanvaardt het aanbod.

Beroepsmogelijkheden

- **Situatie B:** De verzekeraar weigert de toegang, rekent een hoge bijpremie aan of sluit bepaalde verzekeringsrisico's in het contract uit. De kandidaat-verzekerde gaat niet akkoord met het aanbod van de verzekeraar.

Een kandidaat-verzekerde die geweigerd wordt, een hoge bijpremie moet betalen of geconfronteerd wordt met uitsluitingen van bepaalde risico's kan zich beroepen op:

- **Situatie B1:** herevaluatie door een herverzekeraar⁷
Een kandidaat-verzekerde heeft recht op een herevaluatie door een herverzekeraar. Wanneer de herverzekeraar tot een bijpremie besluit die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, dan dient het verzekeringsvoorstel aangepast te worden.
- **Situatie B2:** het Opvolgingsbureau voor tarifiering⁸
De consument kan rechtstreeks (of via de Ombudsman voor Verzekeringen) bij het Opvolgingsbureau vragen of de bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is. Indien het Opvolgingsbureau oordeelt van niet, dan is de verzekeraar verplicht zijn bijpremie aan te passen. De verzekeraar is verplicht om de consument te informeren over het bestaan van het opvolgingsbureau.

⁷ Door zich te herverzekeren voorkomt een verzekeraar dat mogelijke schadegevallen die hij moet uitkeren plotseling te groot worden voor zijn eigen financiën. Dit risico kan de verzekeraar zelf laten verzekeren door een herverzekeraar. Herverzekeraars zijn meestal internationale ondernemingen die o.a. beschikken over wereldwijde expertise inzake gezondheidsrisico's, premiebepalingen, schadebeheer, ...

⁸ Dit bureau bestaat enerzijds uit vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen en anderzijds uit vertegenwoordigers van consumenten en patiënten. Het bureau wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat.

Solidariteitsmechanisme

- **Situatie C:** De verzekeraar biedt een bijpremie aan die meer is dan het dubbel van de basispremie. De kandidaat-verzekerde komt in aanmerking voor een gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering.

De gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering kan rekenen op een solidariteitsmechanisme. Het Opvolgingsbureau voor tarifiering bepaalt de voorwaarden en premies voor deze verzekering. Je betaalt dus een premie en bijpremie, maar als de bijpremie voor de gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering een bepaalde limiet overschrijdt dan zal een Compensatiekas gedeeltelijk tussenkomen.

De gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering verzekert maximaal 200.000 EUR indien de kandidaat-verzekerde het hypothecaire krediet alleen aangaat. Indien er een mede-kredietnemer is, kan de kandidaat-verzekerde zich verzekeren tot hetzelfde bedrag, maar beperkt tot 50% van het ontleende kapitaal.

Aanvraag tot een schuldsaldoverzekering

Schriftelijk gemotiveerde beslissing van de verzekeraar binnen de 15 dagen

☒ Verzekering zonder bijpremie of met een redelijke bijpremie

☺ **Situatie A:** De kandidaat-verzekerde aanvaardt de verzekering.

☒ Verzekering met hoge bijpremie of weigering

☹ **Situatie B:** De kandidaat-verzekerde aanvaardt de verzekering niet.

☹ **Situatie B1:** Herevaluatie door herverzekeraar

☹ De herevaluatie is in het voordeel van de verzekeraar.
De verzekeraar blijft bij zijn verzekeringspremie.

☺ De herevaluatie is in het voordeel van de kandidaat-verzekerde.
De verzekeraar past zijn verzekeringspremie aan.

☹ **Situatie B2:** Beroep bij Opvolgingsbureau voor tarifiering

☹ Het Opvolgingsbureau bevestigt de beslissing van de verzekeraar.
De verzekeraar blijft bij zijn beslissing.

☺ Het Opvolgingsbureau bevestigt de beslissing van de verzekeraar niet.
De verzekeraar past zijn aanbod aan.

☹ **Situatie C:** De bijpremie is groter dan 200% van de basispremie.

☺ De kandidaat-verzekerde kan een gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering aanvragen.

☹ Indien de vooropgestelde limiet bereikt wordt.

☺ De compensatiekas betaalt een gedeelte van de bijpremie van de gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering.

De verzekering gewaarborgd wonen

Wanneer je een hypothecaire lening afsluit voor het kopen, bouwen of verbouwen van een woning, kan je in aanmerking komen voor de gratis **verzekering gewaarborgd wonen**. Deze verzekering voorziet in een dekking wanneer je door onvrijwillige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid je hypothecaire lening niet meer kan aflossen. De premies voor deze verzekering worden volledig betaald door de Vlaamse Overheid.

Meer informatie krijg je op het **ifonummer 1702** of via **www.verzekeringgewaarborgdwonen.be**.



Verzekering gewaarborgd inkomen

Wat is het?

Een **verzekering gewaarborgd inkomen** beschermt je tegen inkomensverlies als je werkonbekwaam wordt door een ongeval of een ziekte. Deze verzekering is vooral bedoeld voor zelfstandigen, bedrijfsleiders en beoefenaars van vrije beroepen. Deze groepen ontvangen in geval van werkonbekwaamheid immers slechts een bescheiden uitkering van de sociale zekerheid. Met de verzekering gewaarborgd inkomen krijgen ze een bedrag bovenop het vervangingsinkomen.

Wat kan het probleem zijn?

Een klacht die bij de verzekering gewaarborgd inkomen vaak terugkeert, heeft te maken met het percentage of de erkenning van de arbeidsongeschiktheid. Indien je niet akkoord gaat met het percentage arbeidsongeschiktheid dat de arts van de verzekeraar vaststelt of indien deze arts de arbeidsongeschiktheid niet erkent, dan kan je de beslissing van de verzekeraar betwisten. Eventueel volgt een procedure tot minnelijke schikking, waarbij zowel de verzekerde als de verzekeraar een eigen geneesheer moeten aanstellen. Belangrijk: kies voor de minnelijke schikking een arts die ervaring heeft met deze procedure! Komen de twee artsen niet tot een consensus, dan kunnen ze samen nog een derde expert aanstellen. Opgelet: als verzekerde betaal je zelf de vergoeding van de arts die jij hebt aangesteld, plus een deel van de vergoeding van een derde expert als die wordt ingeroepen.

Contactgegevens van geneesheren of centra die gespecialiseerd zijn in medische expertise voor verzekeringsgeneeskunde, kan je opvragen bij het **Vlaams Patiëntenplatform vzw**.

Tip voor zelfstandigen

Zelfstandigen kunnen zich ook via een **sociaal VAPZ (Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen)** indexeren tegen inkomensverlies bij tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid.

Het VAPZ is een aanvullende pensioenvoorziening die wordt aangeboden door een aantal sociale verzekeringskassen en private verzekeraars. Het is een voordelige spaarvorm om een bijkomend pensioen aan te leggen en vergelijkbaar met individueel pensioensparen. Je kan kiezen tussen een gewoon **VAPZ** en een **sociaal VAPZ**. Een sociaal VAPZ bevat een aantal solidaire waarborgen, die verschillend zijn per verzekeraar of sociale verzekeringskas: vervangingsinkomen bij arbeidsongeschiktheid, forfaitaire kostenvergoeding bij ernstige ziekte, overlijdensdekking, verdere pensioenfinanciering bij arbeidsongeschiktheid,... Deze solidaire waarborgen van het sociaal VAPZ hebben het voordeel dat er geen medische acceptatie en medische onderzoeken voor nodig zijn.



Verzekeringen voor motorrijtuigen

De autoverzekering

Wat is het?

In België moet je als eigenaar van een motorvoertuig je aansprakelijkheid verzekeren. De autoverzekering (of andere motorvoertuigverzekering) dekt de schade die je als bestuurder van het voertuig bij derden veroorzaakt.

Wat kan het probleem zijn?

Sommige personen met een chronische aandoening moeten beschikken over een rijgeschiktheidsattest en een aangepast rijbewijs. Om een geldig rijbewijs te krijgen en te behouden moet je immers voldoen aan de medische minimumnormen⁹. Afhankelijk van je chronische ziekte kan je voor dat attest terecht bij je behandelend arts/specialist of bij **CARA**, het **Centrum voor Rijgeschiktheid en voertuigaanpassing**.

Rijgeschiktheidsattest en autoverzekering

Voor de autoverzekering ben je verplicht de verzekeraar te informeren over je ziekte of aandoening indien deze van invloed is op je rijgeschiktheid. Je doet dat best schriftelijk; voeg er meteen ook een kopie bij van het rijgeschiktheidsattest dat je van je arts of van CARA kreeg. Ook wanneer je een chronische ziekte krijgt na het afsluiten van de verzekering of wanneer je medische toestand verergert, moet je dat melden aan je verzekeringsmaatschappij. Je kan dat doen door het opsturen van een fotokopie van het aangepaste rijbewijs of het rijgeschiktheidsattest. Vraag de verzekeringsmaatschappij om een schriftelijke reactie en voeg die aan je polis toe. Zo bewijs je dat je de informatie hebt doorgegeven. Misschien vraagt je maatschappij een bijpremie omwille van je bestaande of gewijzigde medische toestand, maar dat is zeker niet altijd het geval. Het rijgeschiktheidsattest betekent immers dat je net zo goed als iemand anders in staat bent om een voertuig te besturen.

⁹ Bijlage 6 van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs

Je chronische ziekte verzwijgen is absoluut geen goed idee: het maakt je verzekeringscontract ongeldig. Bij een ongeval trekt de verzekeraar zich terug en draai jij op voor alle kosten.

Opgelet! Wanneer je aanpassingen aan je motorvoertuig laat uitvoeren om het veilig te besturen, vergeet dan niet om ook deze aanpassingen te laten verzekeren!

Opgelet! Op een rijgeschiktheidsattest is het soms lang wachten geblazen omwille van de wachttijden bij CARA. Rijd je intussen rond zonder rijbewijs of met een ongeldig exemplaar, besef dan wel dat je verzekeraar bij een ongeval niet tussenkomt!

Medicijnen en rijgeschiktheid

Bepaalde medicijnen kunnen een invloed hebben op je rijgedrag. Het is aan de arts om te beoordelen of ook jouw medicijnen een dergelijke impact hebben. De arts moet ook aangeven hoelang zijn advies geldt. Vraag eventueel een attest waarin hij je rijgeschiktheid bevestigt.

Ook medicijnen die je vrij bij de apotheker kan kopen (hoestsiroop, pijnstillers, medicatie tegen reisziekte, ...) kunnen je rijvaardigheid ondermijnen. Daarvoor draag je natuurlijk zelf de verantwoordelijkheid. Onderschat de mogelijke effecten niet en lees dus aandachtig de bijsluiter!

Voor meer vragen over medische rijgeschiktheid en het rijgeschiktheidsattest kan je terecht bij CARA.

CARA

Haachtsesteenweg 1405
1130 Brussel

Tel. 02 244 15 52

Fax 02 244 15 92

E-mail: cara@bivv.be

www.bivv.be/main/Rijbewijs/Rijgeschiktheid.shtml

Verzekering voor elektrische rolstoel, elektrische scooter, elektrische driewieler, ...

Bestuurders van een elektrische rolstoel, een elektrische scooter of een elektrische driewieler zijn wettelijk verplicht om een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering af te sluiten om op de openbare weg te mogen rijden¹⁰. Dat geldt ook op terreinen die toegankelijk zijn voor het publiek of zelfs op plaatsen waar een klein aantal personen het recht heeft te komen. De groene kaart die je van de verzekeraar krijgt, moet je steeds op zak hebben wanneer je je op de openbare weg begeeft.

Gewone rolstoelen (niet elektrisch) mogen op de openbare weg zonder een verplichte burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering voor motorrijtuigen. Omdat de kans bestaat dat ze schade toebrengen aan derden, is het aan te raden een familiale verzekering af te sluiten. Informeer je verzekeringsagent, makelaar of maatschappij zeker over het feit dat je een rolstoel bezit en gebruikt. Zij kunnen ervoor zorgen dat mogelijke schade aan of door de rolstoel gedekt is.

Voor allerlei vragen in verband met de rolstoel in het verkeer kan je terecht bij het **Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid**.



Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid vzw

Haachtsesteenweg 1405
1130 Brussel

Tel. 02 244 15 11
Fax 02 1164342
E-mal: info@bivv.be
www.bivv.be

¹⁰ Wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen



De reisverzekering

Wat is het?

Met een reisverzekering verzekert je je tegen mogelijke schade tijdens een reis. De meest bekende formules zijn de annulatieverzekering en de reisbijstandsverzekering. Met een annulatieverzekering krijg je de annulatiekosten terugbetaald als je om bepaalde redenen niet kan vertrekken of vroeger moet terugkeren. Een reisbijstandsverzekering dekt de uitgaven voor ziekte, ongeval, overlijden en andere voorvallen tijdens de reis. Je kan een reisverzekering voor één bepaalde reis afsluiten of voor een heel jaar.

Wat kan het probleem zijn?

Reisverzekeringen gaan in reisbureaus vlot van de hand. Als persoon met een chronische ziekte is het belangrijk dat je goed naleest wat het contract vermeldt over bestaande ziekten. Doorgaans zijn er drie formules:

- de verzekeraar sluit aandoeningen die al bestaan uit;
- de verzekeraar verzekert een aandoening die al bestaat, als ze niet meer acuut behandeld wordt;
- de verzekeraar sluit aandoeningen die al bestaan niet uit. Deze contracten zijn meestal duurder.

Voor de verzekering van je bagage en je auto zou je medische toestand geen problemen mogen opleveren.

Tip: Controleer eerst of je niet al elders verzekerd bent:

- Zo bieden mutualiteiten aan hun leden reisbijstand aan via **EuroCross**. Vraag dus bij je mutualiteit na in hoeverre je gedekt bent op reis. Informeer je goed, want elke mutualiteit heeft een eigen beleid in verband met bestaande ziekten, repatriëring, franchises,...!
- Aan sommige **kredietkaarten** is een beperkte reisverzekering gekoppeld. Die voordelen kan je eventueel aanvullen met een kleinere reisverzekering.
- Sommige **hospitalisatieverzekeringen** dekken de kosten van een opname in het buitenland, repatriëring, enzovoort. Pluis dus zeker je polis nog eens uit wanneer je reisplannen hebt. Vraag als het nodig is extra informatie aan je verzekeraar.

Tip: Kijk verder dan het aanbod van je reisagent. Misschien is zijn aanbod beperkt. Eventueel kan je een beroep doen op een makelaar om de verzekering te vinden die jou de meeste voordelen biedt.

Tip: Hou bij de vergelijking van reisverzekeringen rekening met de dekking van repatriëring, uitsluiting van sportongevallen, uitsluiting van bepaalde landen/gebieden (territorialiteit), maximale duurtijd van de vakantie, kosten van een nabehandeling in België,...

De familiale verzekering

Wat is het?

De familiale verzekering – of **verzekering burgerlijke aansprakelijkheid gezin** – vergoedt de onvrijwillige schade die de gezinsleden tijdens hun privéleven bij derden¹¹ veroorzaken. Omdat dit iedereen kan overkomen, is het afsluiten van een familiale verzekering ten zeerste aanbevolen.

Tip: Soms is in je familiale verzekering een **dekking rechtsbijstand** opgenomen of wordt die als optie toegevoegd aan het verzekeringscontract. Deze dekking kan van pas komen wanneer je het slachtoffer wordt van medische schade en de betrokken zorgverlener of verzorgingsinstelling weigert je te vergoeden. In bepaalde situaties kan het dan interessant zijn om een gerechtelijke procedure aan te spannen. Met de dekking rechtsbijstand betaalt je verzekeringsmaatschappij dan onder andere de gerechtskosten, de kosten en erelonen van advocaten, technische of medische experts, ... Deze extra waarborg kan heel nuttig zijn. Vraag dus bij je verzekeringsagent of makelaar na in hoeverre je via je familiale verzekering gedekt bent voor gerechtelijke kosten bij medische schade.

Wat kan het probleem zijn?

Wanneer één van de gezinsleden een handicap heeft, kunnen gezinnen problemen ervaren, zeker in het geval van een mentale handicap. Soms worden ze zelfs geweigerd.

Tip: Probeer toch bij zoveel mogelijk verzekeringsmaatschappijen of je een familiale verzekering kan krijgen. Onderhandel eventueel over een bijpremie of uitsluitingen.



¹¹ In de regel worden inwonende familieleden door de verzekeraar niet als derden erkend.

Belangrijk: een familiale verzekering voor personen met een psychische ziekte

Personen met een psychische ziekte kunnen soms in een gemoedstoestand verkeren waarin ze (ernstige) onbedoelde schade veroorzaken. Zowel voor henzelf als voor hun gezin is de familiale verzekering daarom heel belangrijk.

Wat als de patiënt in een psychiatrische verzorgingsinstelling verblijft?

Bij het afsluiten van een familiale polis worden alle inwonenden (partner, kinderen, ...) verzekerd die hun vaste verblijfplaats hebben bij de verzekeringsnemer. Vele verzekeringsmaatschappijen – maar niet allemaal – beschouwen zieken die voor (zeer) lange tijd in een verzorgingsinstelling verblijven, ook nog als inwonend.

Concreet is de situatie bij een psychiatrische opname de volgende:

- Personen met een psychische ziekte die gedomicilieerd zijn bij de verzekeringsnemer maar in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, blijven meestal gedekt door de familiale verzekeringspolis van de verzekeringsnemer.
- Personen met een psychische ziekte die ingeschreven zijn op het adres van een instelling of op een ander adres dan dat van de verzekeringsnemer, vallen meestal niet meer onder de dekking van de polis van deze verzekeringsnemer. Willen zij toch verzekerd zijn, dan moeten ze zelf een familiale verzekering nemen.

Opgelet!

Sommige personen met een psychische ziekte – vooral wanneer ze alleen wonen – denken er niet aan zo'n verzekering af te sluiten of vergeten de premie regelmatig te betalen. In dat geval kunnen gezinsleden een familiale verzekering nemen op naam van én ter bescherming van de persoon met een psychische ziekte.



De uitvaartverzekering

Wat is het?

Bij een uitvaartverzekering betaal je maandelijks of eenmalig een premie. Bij je overlijden zal de verzekeringsmaatschappij ofwel een bedrag uitkeren dat kan dienen voor de begrafenis (kapitaalverzekering) ofwel bepaalde diensten voor de uitvaart regelen (dienstenverzekering).

Bij een kapitaalverzekering zal de verzekeringsmaatschappij een bepaald kapitaal uitkeren aan de nabestaanden. Zo weet je zeker dat je nabestaanden over de nodige middelen zullen beschikken om je uitvaart te bekostigen.

Bij een dienstenverzekering wordt bij je overlijden geen kapitaal uitbetaald, maar worden diensten zoals het bestellen van de kist, de teraardebestelling of crematie, administratieve formaliteiten,... door de verzekeraar geregeld.

Wat kan het probleem zijn?

Personen met een chronische ziekte of handicap die een verhoogd risico hebben om te overlijden, moeten soms een hogere premie betalen of een wachtperiode doorlopen vooraleer de polis in werking treedt.

Hoewel uitvaartverzekeringen in België aan populariteit winnen, zijn ze niet steeds voordelig. Heb je nog lange tijd te leven, dan krijgen je nabestaanden misschien minder uitgekeerd dan wat je aan premies hebt gestort. In tegenstelling tot een kapitaalverzekering, leveren dienstenverzekeringen bovendien geen enkel belastingvoordeel op.



Tips

Als je financiële toestand het toelaat, is het eenvoudigste dat je een bedrag stort op een bankrekening, hoog genoeg om de uitvaart te bekostigen. Wettelijk gezien mogen de kosten van een begrafenis en de grafzerk immers betaald worden met het geld van de overledene. Nadat je een bestek hebt laten opmaken bij een begrafenisondernemer naar keuze, kan je volgens jouw mogelijkheden en in jouw tempo een bedrag sparen op een daartoe bestemde bankrekening. Met deze formule voorkom je de wachttijd en bespaar je op administratieve kosten bij een verzekeraar. De intrest op de bankrekening compenseert de stijging van de begrafenis kosten en wordt eventueel nog bij de erfenis gevoegd.

Opteer je toch voor een uitvaartverzekering, denk dan aan het volgende:

- Sluit tijdig de verzekering af. De premie van een uitvaartverzekering stijgt immers met de leeftijd en er is vaak een maximumleeftijd (65-75 jaar).
- Ga na of de kosten van de repatriëring van het stofelijk overschot gedekt zijn en hoeveel die garantie van repatriëring kost.
- Bekijk welke doodsoorzaken uitgesloten worden.
- Overhandig je naaste familieleden een kopie van het verzekeringscontract, zodat ze op de hoogte zijn van het bestaan ervan.
- Ga na wat de afkooppremie van het contract is wanneer je de verzekering zou willen opzeggen of wanneer je wil overschakelen naar een andere verzekeraar.
- Controleer of je reeds over verzekeringen beschikt waarmee je je naasten een kapitaal kan nalaten: een verzekering voor aanvullend pensioen, een groepsverzekering via het werk,...

Vragen? Klachten? Geweigerd? Nuttige adressen

Voor vragen, advies en klachten kan je terecht bij de volgende organisaties en instanties:

Vlaams Patiëntenplatform vzw

Groenveldstraat 15
3001 Heverlee

tel. 016 23 05 26

fax 016 23 24 46

e-mail info@vlaamspatienentplatform.be

website www.vlaamspatienentplatform.be

Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) beantwoordt vragen of zal je gericht doorverwijzen. Het VPP onderneemt verschillende initiatieven om de knelpunten van verzekeringen structureel aan te pakken en op de politieke agenda te plaatsen. Door de registratie van vragen en klachten krijgt het platform een ruim inzicht in de verzekeringsproblematiek voor personen met een chronische ziekte of handicap. Het VPP doet niet aan individuele bemiddeling tussen een (ex-)patiënt en een verzekeringsmaatschappij.

Ombudsman van de Verzekeringen

De MeeÛsquare 35
1000 Brussel
Tel. 02 547 58 71
info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

Deze dienst beantwoordt vragen en kan bemiddelen tussen de verzekerde en verzekeraar.

Controledienst voor de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen

Sterrenkundelaan 1
1210 Brussel
Tel. 02 209 19 11
info@ocm-cdz.be
www.ocm-cdz.be

Deze dienst behandelt klachten in verband met hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten.

Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding

Koningsstraat 138
1000 Brussel
centrum@cntr.be
www.diversiteit.be
Tel. 0800 17364 (gratis)
Tel. 02 212 30 00

Wanneer een verzekeringsmaatschappij je om gezondheidsredenen niet wil verzekeren, kan je op basis van de antidiscriminatiewet een klacht indienen bij het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding. Het Centrum kan bij een individueel discriminatiegeval niet zelf naar de rechtbank stappen. De medewerkers geven je wel advies over hoe je de zaak best aanpakt en kunnen ook bemiddelen tussen de twee partijen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw

Deelnemen aan het gezondheidsbeleid

Het Vlaams Patiëntenplatform is een onafhankelijk platform van patiëntenverenigingen uit Vlaanderen. De vzw streeft naar toegankelijke zorg op maat van de patiënt en zijn omgeving. Om dat te bereiken is het nodig dat patiënten actief deelnemen aan de uitbouw van gezondheidsbeleid en gezondheidszorg. De projecten van het Vlaams Patiëntenplatform worden gedragen door ervaringsdeskundigen uit de patiëntenverenigingen. Patiëntenrechten, onafhankelijk klachtrecht voor patiënten, toegankelijkheid van zorg, gelijke kansen op het vlak van verzekeringen, werkgelegenheid, medicatie,... zijn belangrijke aandachtspunten in de werking.

De gemeenschappelijke noden aanpakken

Mensen met een chronische ziekte zitten vaak met vergelijkbare vragen en worstelen met dezelfde knelpunten. Het Vlaams Patiëntenplatform ziet het gezamenlijk aanpakken van gemeenschappelijke noden als een belangrijk werkkerrein.

De stem van patiënten ondersteunen

Er wordt zonder twijfel hard gewerkt aan de uitbouw van betaalbare kwaliteitszorg. Maar het perspectief van de patiënt is veel te weinig doorslaggevend. De stem van de gebruikers moet gehoord en gewaardeerd worden. Daadwerkelijke inspraak, vertegenwoordiging en participatie realiseren op basis van een gedeeld standpunt van de patiënt: dat is een opdracht voor het Vlaams Patiëntenplatform.



Vlaams Patiëntenplatform vzw

Groenveldstraat 15
3001 Heverlee

tel. 016 23 05 26

fax 016 23 24 46

e-mail info@vlaamspatientenplatform.be

website www.vlaamspatientenplatform.be

Andere brochures van het Vlaams Patiëntenplatform



Wil je graag meer informatie of een exemplaar van een brochure?

Neem contact op met

Vlaams Patiëntenplatform vzw

Groenveldstraat 15

3001 Heverlee

Tel. 016/23.05.26

Fax 016/23.24.46

e-mail: info@vlaamspatiëntenplatform.be

Prijs van de brochures

- **"Ken je rechten als patiënt"**: 3,5 euro inclusief verzendingskosten
- **"Wat nu (gedaan?) - Solliciteren met een chronische aandoening"**: 3,5 euro inclusief verzendingskosten
- **"Wie is wie? De expertise-artsen en hun opdracht"**: 3,5 euro inclusief verzendingskosten

Je kan de brochures ook downloaden via onze website www.vlaamspatiëntenplatform.be

Colofon

Editie september 2010

Oplage: 2000 exemplaren

Prijs: 3,50 euro incl. verzendkosten

Verantwoordelijke uitgever: Gemma Reynders-Broos, Winegemsteenweg 70 bus 5, 2970 's Gravenwezel

Tekstbewerking: Annemie Dewaele

Illustraties, lay-out, printmanagement: www.rein-art.be