Wat nu te doen bij een verzekerde wiens situatie afwijkt van wat gebruikelijk is, afwijkt van wat opgegeven is in het aanvraagformulier en/of afwijkt van het bij aanvang van de verzekering opgestelde rapport na het risico inventariserende onderzoek?
Het is bij een onderzoek in het kader van de mate van arbeidsongeschiktheid algemeen gebruikelijk dat de door de verzekeraar ingeschakelde (arbeids)deskundige bij de beoordeling van het aantal uren een standaard hanteert waarbij de zwaarte van het werk, in combinatie met de leeftijd van de persoon, meegewogen wordt. Zo kan ook met de zogenaamde *involutiefactoren*, waaraan de ouder wordende mens nu eenmaal onvermijdelijk onderhevig is, rekening gehouden worden. Tevens wordt hiermee roofbouw en het werken ten koste van de eigen gezondheid, zowel fysiek als ook mentaal als gevolg van een bovenmatig aantal uren arbeid, voorkomen.

Door meerdere arbeidskundige bureaus en verzekeraars wordt deze visie en handelwijze onderschreven en gehanteerd. Het is algemeen gebruikelijk om in het kader van een beoordeling bij benadering de volgende richtlijnen aan te houden:

- Personen jonger dan 50 jaar werken in redelijkheid en billijkheid niet meer dan 60 uur per week. Indien het werk bovendien overwegend zware fysieke arbeid betreft, dient dit werk tot 55 à 50 uur per week beperkt te worden.
- Personen van 50 jaar en ouder werken, zonder dat dit ten koste gaat van de gezondheid, maximaal 50 uur per week. Indien het werk overwegend zware fysieke arbeid betreft, dient de arbeidsweek tot 45 uur beperkt te worden.
- Personen van 60 jaar en ouder kunnen in het verlengde van het bovenstaande tot 40 uur per week werken, ongeacht de aard van het werk.

Ten slotte is nog het volgende van belang.
Het is een algemeen geaccepteerd feit dat een jonge startende ondernemer de eerste jaren in zijn bedrijf méér dan 60 uur per week werkt. Werkweken tot 65, 70 of zelfs meer uren per week zijn niet ongebruikelijk. Dit kan echter van niemand langer dan twee tot drie jaar verlangd worden.
Maakt men op deze wijze toch langere werkweken dan de eerder geschetste, dan gaat dit primair ten koste van de gezondheid. Ongezond langere werkweken dan passend bij de leeftijd dienen derhalve niet alleen in het belang van de verzekerde en diens omgeving zelf, maar ook vanuit de gedachte van de maatschappelijke zorgplicht van de verzekeraar, als onwenselijk te worden beschouwd. Dit impliceert dat dergelijke werkweken noch gedurende langere tijd door de te verzekeren persoon aangehouden, noch door de verzekeraar verzekerd zouden moeten worden.

Literatuur

1 Verbond van Verzekeraars, Aanvraagformulier en Gezondheidsverklaring voor een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering, 01-04-2004, 2007.

Medisch Tuchtcollege Amsterdam, vonnis van 2 mei 1989

Mocht de medisch adviseur (MA) het arbeidsongeschiktheidspercentage doorgeven aan het Pensioenfonds?
Had hij lichamelijk onderzoek bij klager moeten verrichten?

Bij verzekeringsmaatschappij A is klager verzekerd tegen de geldelijke gevolgen van invaliditeit. Klager meldt dat hij arbeidsongeschikt is en ontvangt daarop een brief van de MA met het verzoek een medisch onderzoek te ondergaan. Deze brief is ondertekend door de MA in zijn hoedanigheid van secretaris/penningmeester van de verzekeringsmaatschappij, onder vermelding van het feit dat hij arts is. De MA heeft twee gesprekken met klager en bestudeert de informatie van behandelende artsen en van een externe deskundige, cardioloog.

Het bestuur van de verzekeringsmaatschappij besluit klager voor minder dan 25% arbeidsongeschikt te beschouwen in zijn beroep als gynaecoloog. Klager gaat van dit besluit in beroep bij de vaste arbitragecommissie van de verzekeraar. Ook meldt klager zich als arbeidsongeschikt aan bij het Pensioenfonds Medische Specialisten. Het Pensioenfonds vraagt aan de verzekeraar sinds wanneer en voor hoeveel procent klager arbeidsongeschikt is. Daarop schrijft de MA dat klager vanaf 8 mei 1986 voor minder dan 50% arbeidsongeschikt te beschouwen is als medicus.

De klacht houdt in dat de MA:

1. zonder voorafgaand onderzoek en
2. zonder toestemming van klager aan een derde mededelingen heeft gedaan over klagers arbeidsongeschiktheid.
3. Bovendien had hij moeten melden dat arbitrage was aangevraagd.

De MA betoogt dat hij niet schreef als arts, maar als secretarris/penningmeester namens het bestuur van A. Bovendien kan een arbeidsongeschiktheidspercentage niet beschouwd worden als medische informatie die niet zonder toestemming van klager aan derden ter kennis mag worden gebracht.

Het Medisch Tuchtcollege oordeelt dat het handelen van de MA onder de werking van de Medische Tuchtwet valt, omdat deze zich als arts heeft beziggehouden met de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van klager, door het voeren van twee gesprekken met hem, het bestuderen van gegevens van de behandelend artsen en het vragen van de opinie van een externe deskundige.

Het Pensioenfonds blijkt geen eigen MA te hebben, maar daarvoor gebruik te maken van de diensten van verzekeraar A, ook als een pensioengerechtigde daar geen verzekering heeft. Het doorgeven van een arbeidsongeschiktheidspercentage moet dan ook wel degelijk beschouwd worden als doorgeven van medische informatie. Het Medisch Tuchtcollege verbaast zich dat deze gang van zaken nog niet eerder tot klachten aanleiding heeft gegeven. Uiteraard had ook vermeld moeten worden dat de beslissing ter arbitrage was aangeboden.

Dat de MA lichamelijk onderzoek had moeten verrichten is niet juist. Het onderzoek van de MA is voldoende voor het vaststellen van het percentage arbeidsongeschiktheid ten behoeve van A.

Beslissing: waarschuwing.

JWB

Commissie Toetsing Gezondheidsgegevens

Invitational Conference

Verslag W.C. Appeldoorn

Woensdag 30 oktober vond in het gebouw van het Verbond van Verzekeraars te 's Gravenhage een vorm van een 'invitational conference' plaats van de Commissie Toetsing Gezondheidsgegevens en een vijfentwintigtal genodigden.
Geïnviteerd werden vooral fraudecoördinatoren van een aantal verzekeraars, terwijl via R.F.J.M. Kneepkens tevens een aantal medisch adviseurs van de Commissie Leven werden uitgenodigd.
De Toetsingscommissie bestaat uit de heer De Ruiter, voorzitter en afgevaardigde namens het Verbond, de heer Grobbée, namens het Breed Platform Verzekerden en Werk en de heer Wijers, van de zijde van de KNMG. Eerstgenoemden zijn jurist, laatstgenoemde is de arts in deze commissie.

Na een welkomstwoord gaf voorzitter De Ruiter een uitleg over de werkwijze van zijn Commissie. Deze Commissie is uiteindelijk in mei 2005 ingesteld in het kader van het in november 1999 gesloten Convenant tussen eerdergenoemde partijen alsmede de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Na ontvangst van een verzoek van een levensverzekeringsmaatschappij om toetsing van de destijds bij aangaan van de verzekering door een kandidaat-verzekerde verstrekte gezondheidsgegevens, wordt eerst de ontvankelijkheid van de aanvraag getoetst.

- Is een verzekerde overleden binnen 1 jaar na afsluiten verzekering, dan wordt de casus altijd ontvankelijk verklaard en in behandeling genomen. Dit op grond van het feit dat de Commissie sinds enige tijd een overlijden binnen een jaar na afsluiten van een verzekering steeds als een fraude-indicator beschouwt.
- Is een verzekerde overleden in de periode tussen 1 en 2 jaar na afsluiten van de overlijdensrisicoverzekering, dan acht de Commissie wel enig vermoeden op incorrecte opgave dan wel verzwijging noodzakelijk.
- Bij een overlijden na afloop van een periode van 2 jaar, moet er sprake zijn van een duidelijke grond voor vermoeden van incorrecte opgave c.q. verzwijging. Bij instellen van de commissie werden de diverse van belang zijnde fraude-indicatoren reeds vastgesteld.