

De medische acceptatieprocedure en verzekeringskeuring bij elipsLife

Augustus 2024

Het aanleveren van gezondheidswaarborgen

Als u een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering wilt afsluiten bij elipsLife, willen wij in sommige gevallen informatie hebben over uw gezondheid. Deze informatie vragen wij uit door middel van een medisch onderzoek en/of een gezondheidsverklaring. Gezondheidsverklaringen of rapporten van medisch onderzoek noemen wij gezondheidswaarborgen. Het doel van deze verzekeringskeuring is het verzamelen van relevante informatie over de gezondheidstoestand van de kandidaat verzekerde, om een verantwoorde risico-inschatting te kunnen maken van het overlijdensrisico en/of het risico van arbeidsongeschiktheid.

Het beoordelen van de gezondheidswaarborgen

Het beoordelen van gezondheidswaarborgen heet medische acceptatie. De medisch adviseur of een medewerker van de medische dienst beoordeelt uw gezondheidswaarborgen. De verzekeraar bepaalt op grond van het medisch advies en de door haar gehanteerde richtlijnen of een verzekering kan worden gesloten en zo ja, op welke voorwaarden.

Soms wordt er op basis van de gezondheidswaorborg om aanvullende informatie gevraagd aan uw arts of behandelaar. Hiervoor zult u altijd uw arts of behandelaar moeten machtigen om informatie te verstrekken door middel van een medische machtiging. Wij mogen zonder medische machtiging geen informatie opvragen. De ervaring leert dat deze stap soms veel tijd in beslag kan nemen. Het helpt vaak als u zelf de arts op de hoogte brengt van ons informatieverzoek.

Het medisch advies

Na de beoordeling geeft de medisch adviseur een advies aan de verzekeraar. De verzekeraar beslist uiteindelijk over uw aanvraag. Dit advies gaat over de risico's die de verzekeraar loopt als u een verzekering afsluit. Heeft u een grotere kans om te overlijden dan verzekerden gemiddeld hebben? Of heeft u een grotere kans om arbeidsongeschikt te worden dan gemiddeld? Dan is dat een hoger risico voor de verzekeraar. De mogelijkheid bestaat dat u dan een hogere premie betaalt, of dat wij u geen verzekering kunnen aanbieden. In de meeste gevallen wordt er echter door ons zonder aanpassingen geaccepteerd.

Doorlooptijd procedure

elipsLife streeft ernaar alle openstaande acties binnen 3 werkdagen te verwerken. elipsLife heeft echter beperkt invloed op de snelheid van keuringsinstanties en externe artsen. Omdat wij artsen, hulpverleners en medisch specialisten niet onnodig veel willen belasten, rappelleren wij om de week op onze informatieverzoeken. Wij hanteren daarom de volgende termijntabel qua doorlooptijd:

Stap	Doorlooptijd (werkdagen, gemiddeld)	Afhankelijk van?
Gezondheidswaorborg aanleveren door kandidaat of keuringsinstantie	5	elipsLife is afhankelijk van terugsturen gezondheidsverklaring of ontvangen keuringsrapport.
Gezondheidswaorborg beoordelen door elipsLife	3	-
Aanvragen en ontvangen van externe informatie (optionele stap)	20	elipsLife is afhankelijk van huisartsen, behandelaars of medisch specialisten.
Medisch advies uitbrengen	2	-
Totale procedure	30	Bij een externe afhankelijkheid kan de doorlooptijd oplopen.

Bij een overschrijding van de laatstgenoemde termijn informeren wij u.

Vertrouwelijke informatie

Informatie over uw gezondheid is vertrouwelijk. Alleen de medisch adviseur en de medewerkers van de medische dienst mogen uw informatie zien, en mogelijk de medisch adviseur van een herverzekeringsmaatschappij. De medisch adviseur bewaart deze in een medisch dossier.

Stuurt u de gezondheidsverklaring of verzochte medische machtiging niet op? Of weigert u de keuring? Dat is uw goed recht, maar dan kunt u geen verzekering afsluiten en stopt de aanvraag.

Overige informatie kunt u vinden op onze website, op de website van het Verbond van Verzekeraars en via de onderstaande links:

[Protocol Verzekeringskeuringen \(verzekeraars.nl\)](#)

[Invullen van een gezondheidsverklaring \(verzekeraars.nl\)](#)

Wanneer gezondheidswaarborgen?

Voor verzekerde bedragen boven de vrije acceptatielimiet of voor spijtoptanten beoordeelt de verzekeraar het overlijdensrisico en arbeidsongeschiktheidsrisico, voordat acceptatie kan plaatsvinden, op basis van door de verzekeraar opgevraagde medische gegevens. Dit is een door betrokkene zelf in te vullen gezondheidsverklaring, telefonische intake, een huisartsenkeuring of een internistenkeuring. Hieronder staan de bedragen vermeld waarvoor een gezondheidsverklaring, telefonische intake, huisartsenkeuring dan wel internistenkeuring van toepassing is.

Overlijdensrisico:

Waarborgen	tot en met 54 jaar	vanaf 55 jaar
Gezondheidsverklaring	Tot € 300.000,00	Tot € 300.000,00
Huisartsenkeuring	Vanaf € 300.000,00 tot € 1.000.000,00	Vanaf € 300.000,00 tot € 500.000,00
Internistenkeuring	Vanaf € 1.000.000,00	Vanaf € 500.000,00

Overlijdensrisico's op basis van jaarrentes (bijvoorbeeld Anw-hiaat of nabestaandenpensioen) worden gekapitaliseerd. Dit wil zeggen dat het totale risicokapitaal wordt berekend over de gehele duur van de mogelijke uitkering.

Arbeidsongeschiktheidsrisico:

Waarborgen	tot en met 49 jaar	vanaf 50 jaar
Gezondheidsverklaring	Tot € 50.000,00	Tot € 50.000,00
Telefonische intake	€ 50.000,00 tot € 100.000,00	€ 50.000,00 tot € 75.000,00
Internistenkeuring	Vanaf € 100.000,00	Vanaf € 75.000,00

Als de acceptatie op basis van medische gegevens plaatsvindt, zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- de verzekeraar heeft het recht een aanvullend medisch onderzoek en/of inlichtingen bij de behandelend arts en/of specialist te vragen (met toestemming van de deelnemer), als de medisch adviseur van de verzekeraar dit voor een gefundeerde beoordeling van het risico noodzakelijk vindt;
- de verzekeraar is bevoegd op medische gronden een verhoogde premie in rekening te brengen, oorzaken van overlijden of arbeidsongeschiktheid van de dekking uit te sluiten, de duur van de dekking te bekorten of de acceptatie van de betrokkene te weigeren;
- de kosten verbonden aan een medische keuring en/of aanvullend medisch onderzoek, komen voor rekening van de verzekeringnemer.