

2.3. Rol van de behandelend arts of de arts gekozen door de (kandidaat-)verzekerde bij het sluiten of het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst

laatste aanpassing 20/05/2025

De omstandigheden waarin een verzekeraar gezondheidsgegevens vraagt, lopen uiteen. De (kandidaat-) verzekerde zal soms een beroep moeten doen op een arts om hem te helpen bij het antwoorden.

Ten overstaan van zo'n verzoek gebeurt het vaak dat de arts zich afvraagt aan welke voorwaarden de mededeling van gezondheidsgegevens van een (kandidaat-) verzekerde moet voldoen.

1. De verzamelde gegevens door de verzekeraar

De verzekeringnemer is verplicht bij het sluiten van de overeenkomst alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar. Genetische gegevens mogen niet worden meegedeeld. Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico, is de verzekeringsovereenkomst nietig (art. 58, wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen).

De contractuele verplichting van de patiënt jegens de verzekeraar geeft een arts niet het recht om zonder toestemming van de patiënt te handelen. Het is uitsluitend aan de patiënt om te beslissen of hij al dan niet informatie over zijn gezondheid doorgeeft aan een verzekeringsmaatschappij. Voor de situatie waarin de verzekerde is overleden, zie punt 5 hieronder.

Het recht op vergetelheid heeft tot doel de verzekeraar te verplichten om, geheel of gedeeltelijk, gezondheidsproblemen die de verzekerde heeft gehad te "vergeten" om zo de toegang tot verzekeringen te vergemakkelijken. Dit recht staat de kandidaat-verzekerde echter niet toe om informatie achter te houden die de risicobeoordeling kan beïnvloeden (artikelen 61/1 tot 61/13 van de wet van 4 april 2014).

De gegevens die de verzekeraar vraagt moeten toereikend zijn, ter zake dienend en beperkt tot wat noodzakelijk is voor de beoordeling van het risico of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst (art. 5, c, AVG).

2. Rol van de behandelend arts en van de door de (kandidaat-) verzekerde gekozen arts

Bij het sluiten of het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst kan de (kandidaat-)verzekerde de hulp van een arts nodig hebben om de medische (door de patiënt in te vullen) informatieformulieren in te vullen.

Bovendien kan de (kandidaat-) verzekerde een medisch attest nodig hebben dat door de arts zelf is opgesteld en ondertekend. Deze attesten beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand.

Het medisch onderzoek dat noodzakelijk is voor het sluiten en uitvoeren van de overeenkomst, mag enkel gebaseerd zijn op de anamnese die de huidige gezondheidstoestand van de (kandidaat-)verzekerde vaststelt en niet op genetische analysetechnieken die zijn toekomstige

gezondheidstoestand kunnen bepalen.

De arts legt de (kandidaat-)verzekerde altijd de gezondheidsaspecten uit die de patiënt bekendmaakt via het medisch formulier of die hij in het getuigschrift vermeldt, zodat de (kandidaat-)verzekerde, volledig geïnformeerd, vrij kan beslissen over het gebruik ervan, met respect voor zijn autonomie.

Indien de (kandidaat-)verzekerde er bezwaar tegen heeft dat de arts bepaalde vermeldingen in het geneeskundig getuigschrift opneemt, weigert de arts het document op te stellen indien de gevraagde weglating afbreuk doet aan de oprechtheid van zijn verklaringen. Het opstellen van een medisch document brengt de verantwoordelijkheid van de arts met zich, die de beginselen van oprechtheid, objectiviteit, voorzichtigheid en discretie moet naleven.

Binnen de grenzen van zijn bekwaamheid en objectief ingaan op de rechtmatige verzoeken van de patiënt, die niet kunnen worden vervuld zonder de medewerking van de behandelend arts, is een deontologische plicht waaraan deze zich niet mag onttrekken zonder wettige reden (artikel 26 van de Code van medische deontologie).

3. Inzage in de gezondheidsgegevens

Een arts die door een (kandidaat-)verzekerde wordt benaderd in het kader van het sluiten of uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst en die daarvoor gezondheidsgegevens over de verzekerde nodig heeft die door andere beroepsbeoefenaars werden verzameld (bv. een ziekenhuisopnameverslag), moet deze informatie aan de (kandidaat-)verzekerde vragen.

Ter herinnering: de gezondheidsnetwerken (CoZo / Collaboratief Zorgplatform, Abrumet / Réseau Santé Bruxellois, RSW / Réseau Santé Wallon, VznkuL / Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven) mogen niet worden gebruikt in het kader van verzekeringsgeneeskunde (zie het reglement van deze netwerken; zie hierover ook artikel 3 van het koninklijk besluit van 5 december 2024 betreffende de toegang tot gezondheidsgegevens).

De (kandidaat-)verzekerde heeft recht op inzage in zijn gegevens via de gezondheidsnetwerken of door een afschrift te vragen aan de beroepsbeoefenaar die de gezondheidsgegevens bijhoudt overeenkomstig de wet betreffende de rechten van de patiënt (art. 9, §3, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt). Het staat de patiënt vrij zijn gegevens mee te delen aan de arts die hij kiest om hem te helpen bij het sluiten of uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst.

Als de (kandidaat-)verzekerde moeite heeft om zijn gegevens te verkrijgen (digitale kloof, onbegrip van de relevante elementen, enz.), kan hij de door hem gekozen arts machtigen om hem te helpen bij het invullen van de informatieaanvraag of het opstellen van een medisch attest om de relevante gegevens op te vragen bij degene die ze bijhoudt.

4. Mededeling van gezondheidsgegevens aan de adviserend arts van de verzekeraar

De arts bezorgt de (kandidaat-)verzekerde de medische documenten die nodig zijn voor het sluiten of uitvoeren van de overeenkomst, zodat de patiënt ze, indien hij dat wenst, kan meedelen aan de adviserend arts van de verzekeraar (art. 61 van de wet van 4 april 2014).

Hij houdt dit bij in het patiëntendossier.

5. Bij overlijden van de verzekerde

In geval van overlijden van de verzekerde en op voorwaarde dat de verzekeraar het voorafgaande akkoord van de verzekerde kan bewijzen, bezorgt de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een attest dat de doodsoorzaak vaststelt (art. 61, lid 4, van de wet van 4 april 2014).

De interpretatie van de voorwaarden en beperkingen die dit artikel oplegt aan de opheffing van het

medisch beroepsgeheim is punt van discussie. Het gaat er immers om de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van een overledene te verzoenen met de goede uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

In verband met het opheffen van het medisch beroepsgeheim dat wordt beschermd door artikel 458 van het Strafwetboek, is de nationale raad van mening dat het verstandig is dat artsen zich houden aan de bewoordingen van het voornoemde artikel 61, lid 4.

Voor gedetailleerde informatie over deze kwestie zie het advies van de nationale raad van 25 maart 2023, *Overleden patiënt - Informatie aan de verzekeringsmaatschappij*, a170008, <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/beroepsgeheim/overleden-pati%C3%ABnt-informatie-aan-de-verzekeringsmaatschappij>.

Bovendien kent de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt aan de nabestaanden van de overleden meerderjarige patiënt onrechtstreeks inzage in zijn dossier toe, via een andere gezondheidsberoepsbeoefenaar, tenzij de patiënt zich hiertegen heeft verzet tijdens zijn leven (artikel 9, § 4).

Dit recht op onrechtstreekse inzage laat niet toe een afschrift te verkrijgen van de gegevens in het medisch dossier. De aangeduide beroepsbeoefenaar mag evenwel een kort verslag opstellen en dit overhandigen aan de verzoekende nabestaanden (voor meer info in dit verband, zie FAQ 4.2. *Medisch dossier - Toegang tot het dossier van een overleden patiënt door zijn naaste*).

6. Erelonen van de arts

De arts moet zijn erelonen vorderen van de verzekeringsmaatschappij of van de (kandidaat-)verzekerde.

Het beleid voor de terugbetaling van de medische kosten van de arts die de (kandidaat-)verzekerde heeft gekozen om medische vragen in verband met een verzekeringsovereenkomst te beantwoorden, is specifiek voor elke verzekeringsmaatschappij. De maatschappij moet haar leden op een transparante manier informeren over dit beleid.

Overeenkomstig artikel 8, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en artikel 33 van de Code van medische deontologie moet de arts die door een (kandidaat-)verzekerde wordt benaderd om hulp te bieden bij het sluiten of het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst hem vooraf en op een duidelijke manier informeren over de manier waarop hij zijn erelonen bepaalt en moet hij zich gematigd opstellen.

Kosten die gemaakt worden voor medische diensten die tot doel hebben de (kandidaat-)verzekerde te helpen bij het sluiten van een levensverzekering kunnen niet worden aangerekend aan het RIZIV.