



Normenkader

Thema-onderzoek Medische acceptatie

Stichting toetsing verzekeraars

Onderdelen

Het thema-onderzoek Medische acceptatie bestaat uit drie onderdelen. Ieder onderdeel weegt even zwaar.

- I. Beleid en praktijk
- II. Transparantie en communicatie
- III. Reactietermijnen

Ieder onderdeel begint met onze gedachtegang over het onderdeel; daarna volgt het normenkader met de eisen voor score 1 tot en met 5.

I. Beleid en praktijk

Medische acceptatie is voor de verzekeraar en zijn toekomstige klant een belangrijk proces. Immers, dit traject bepaalt of en onder welke voorwaarden de verzekeraar de toekomstige klant kan accepteren. De verzekeraar heeft een visie op hoe hij zijn toekomstige klant optimaal kan bedienen en hoe hij het belang van de klant centraal stelt. Hiervoor hanteert de verzekeraar een beleid dat ervoor zorgt dat zijn toekomstige klanten kunnen rekenen op een zorgvuldige, objectieve en consistente beoordeling van hun aanvraag. Acceptanten of medisch adviseurs nemen regie over het proces van aanvraag met betrokken afdelingen. Adequate dossiervorming draagt hieraan bij, ook in geval van dossieroverdracht bij afwezigheid. De klant weet daardoor altijd waar hij aan toe is. De verzekeraar gaat bovendien nog een stap verder. Met proactiviteit op impactvolle momenten maakt hij het verschil voor de klant. Bijvoorbeeld bij afwijzing of uitsluiting of als de klant wellicht andere verwachtingen had over de loop of duur van het totale acceptatieproces.

5

- Uit het beleid en uit de praktijk blijkt dat de verzekeraar regelmatig onderzoekt hoe hij het proces van medische acceptatie kan verbeteren (bijvoorbeeld met klanttevredenheidsonderzoek (KTO) of klantreizen).
- In de praktijk blijkt dat de verzekeraar de klant proactief op de hoogte houdt van de voortgang van zijn aanvraag, duidelijk communiceert over wie het aanspreekpunt is en welke resultaten de klant op welk moment kan verwachten.

4	<ul style="list-style-type: none"> • Automatisering van (processen rondom) medische acceptatie draagt niet alleen bij aan de efficiëntie van de organisatie, maar dient ook direct het belang van de klant. • De verzekeraar zet het klantbelang centraal in zijn beleid voor medische acceptatie. • De verzekeraar heeft in het beleid opgenomen dat hij de klant, waar relevant, alternatieven biedt als geen sprake kan zijn van 'schone' acceptatie (bijvoorbeeld met clausules, premieverhoging, een ander product). • De verzekeraar voert regie over het proces van acceptatie bij betrokken afdelingen en partijen. • De verzekeraar heeft in het beleid opgenomen dat hij de klant proactief informeert over de status tijdens het proces van medische acceptatie. • Uit de praktijk blijkt dat de verzekeraar zijn beleid heeft geïmplementeerd en naleeft. • De verzekeraar heeft zijn visie op medische acceptatie concreet uitgewerkt naar doelstellingen en zachte prestatie-indicatoren (zoals klantwaardering).
3	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar heeft zijn visie op medische acceptatie concreet uitgewerkt naar doelstellingen en harde prestatie-indicatoren (bijvoorbeeld tijd en geld). • De verzekeraar heeft gewaarborgd dat gelijke gevallen kunnen rekenen op gelijke behandeling. • De verzekeraar heeft de afspraken over doorlooptijden tussen de verschillende afdelingen vastgelegd. • De verzekeraar heeft de afspraken over doorlooptijden met externe adviseurs vastgelegd in servicelevel agreements.
2	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar hanteert werkinstructies voor medische acceptatie en deze werkinstructies zijn bij alle betrokkenen bekend. • Er is sprake van adequate dossiervorming: de verzekeraar legt alle processtappen (schriftelijk contact en telefoongesprekken) inhoudelijk vast, zodat het dossierverloop ook voor andere geautoriseerde collega's en auditors te volgen is. • De technische acceptant is continu op de hoogte van de doorlooptijd bij de (interne of externe) medisch adviseur.
1	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar toont onvoldoende aan dat in het beleid en/of de praktijk van het proces van medische acceptatie het belang van de klant centraal staat.

II Transparantie en communicatie

Duidelijke informatie en een positieve toon maken consumenten minder onzeker bij het invullen van een gezondheidsverklaring. Vaak begrijpen zij namelijk niet goed waarom ze zo'n verklaring moeten invullen en wat wel en niet relevant is. Communicatie met een positieve toon draagt bij aan meer begrip en zekerheid bij de klant. Een klant heeft duidelijke en gemakkelijk vindbare informatie nodig. Het gaat daarbij niet alleen over de wijze waarop hij zijn aanvraag kan indienen, maar ook over het gemak dat hij ervaart bij het invullen van de gezondheidsverklaring. Het gaat hierbij ook om hoe een verzekeraar met de klant communiceert. Verzekeraars communiceren altijd vriendelijk en empathisch met de klant.

5	<ul style="list-style-type: none"> • Bij elke brief over de medische acceptatie die mogelijk afwijkt van de verwachting van de klant, belt de verzekeraar met de klant om uitleg te geven. Of de verzekeraar biedt de klant in elke brief over medische acceptatie expliciet de mogelijkheid van een telefonische uitleg. • De verzekeraar informeert de klant bij een afwijzing over alternatieve mogelijkheden.
4	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar is duidelijk in zijn communicatie aan de klant en gebruikt zo min mogelijk medische begrippen, of legt deze helder uit. • Bij het invullen van de gezondheidsverklaring krijgt de klant expliciet de mogelijkheid om vragen te stellen, bijvoorbeeld via telefoon of chat.
3	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar beoordeelt iedere twee jaar de brieven over medische acceptatie die hij naar aspirant-verzekerden stuurt. • De verzekeraar toont in afwijzingsbrieven empathie naar de klant. • De verzekeraar wijst de klant in afwijzingsbrieven op de mogelijkheid van het indienen van bezwaar. • De verzekeraar heeft de relevante onderdelen uit de vernieuwde informatie van het Verbond over de gezondheidsverklaring opgenomen op de website en deze informatie is goed vindbaar voor de klant.
2	<ul style="list-style-type: none"> • De eigen informatie van de verzekeraar over het proces van medische acceptatie staat op de website en is goed vindbaar voor de klant. • De verzekeraar heeft de informatiebrochure van het Verbond over de medische keuring opgenomen op de website en deze is goed vindbaar voor de klant. • De verzekeraar beoordeelt incidenteel de tekst van de medische brieven die hij naar aspirant-verzekerden stuurt.
1	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar heeft op de website beperkte informatie staan over het proces van medische acceptatie.

III Reactietermijnen

Verzekeraars zijn via alle beschikbaar gestelde communicatiekanalen goed bereikbaar voor de klant en zijn transparant over de snelheid waarmee zij reageren. Dat betekent dat een verzekeraar op de website heldere informatie geeft over de bereikbaarheid bij een aanvraag (met medische acceptatie). Het gaat hierbij om bereikbaarheid per e-mail, brief, telefoon, of andere kanalen zoals WhatsApp.

5	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar doet gericht klanttevredenheidsonderzoek (KTO) naar de bereikbaarheid via de beschikbare kanalen. • De verzekeraar verbetert de bereikbaarheid op basis van KTO en klantsignalen.
---	---

4	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar zorgt ervoor dat de klant bij iedere stap die voor de klant relevant is op de hoogte is van de voortgang van de medische acceptatie. • De verzekeraar heeft een effectief en klantgericht rappellerings- of agenderingssysteem als het medische gegevens opvraagt bij huisarts of specialist. Hij attendeert de klant op zijn eigen mogelijke rol om dat traject te bespoedigen. • De verzekeraar voldoet voor minimaal 95% aan de beloofde reactietermijn. • De verzekeraar voldoet voor de specifieke telefoonnummers aantoonbaar aan de algemene belofte voor telefonische bereikbaarheid die hij publiceert op de website.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Als de verzekeraar de reactietermijn niet haalt, dan stuurt hij de klant altijd tijdig een overschrijdingsbericht met daarin een nieuwe datum. • De verzekeraar voldoet voor minimaal 90% aan de beloofde reactietermijn. • De verzekeraar vermeldt in de ontvangstbevestiging van de gezondheidsverklaring een rechtstreeks telefoonnummer voor de klant die vragen heeft.
2	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar informeert de klant op de website over de duur van het medische acceptatietraject (verwachtingsmanagement). Deze informatie is goed vindbaar voor de klant. • De verzekeraar heeft voor het proces van medische acceptatie inzicht in de eigen prestaties op reactiesnelheid, doorlooptijd en telefonische bereikbaarheid. • De verzekeraar stuurt de klant na ontvangst van zijn gezondheidsverklaring een bericht met ontvangstbevestiging, alsmede de aankondiging van de volgende stap en de termijn die daarvoor staat.
1	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekeraar informeert de klant op de website in algemene zin over zijn telefonische bereikbaarheid en reactietermijnen.