



Arbeidsongeschiktheid, wat nu? **Werknemers/Zelfstandigen**

U heeft bij ons een uitkering aangevraagd in verband met uw arbeidsongeschiktheid. Dat noemen wij een schadeaanfite of claim. Uw schadeaanfite wordt behandeld door een team van deskundigen. In deze brochure leest u wat u precies kunt verwachten tijdens de behandeling van uw claim.



eenvoudig transparant



Schadeprocedure arbeidsongeschiktheid

Werknemers/Zelfstandigen

eenvoudig transparant

Ik heb een schadeaangifteformulier ingediend. Wat gebeurt er nu?

Als wij uw arbeidsongeschiktheidsmelding hebben ontvangen, bekijken wij eerst of er volgens de voor u geldende polisvoorwaarden aanspraak gemaakt kan worden op de verzekering. Hierbij houden wij onder andere rekening met de gekozen dekkingvorm, eventuele uitsluitingen en de eigen risicoperiode die van toepassing is. Deze gegevens vindt u op uw polisblad. De polisvoorwaarden heeft u bij het aangaan van de verzekering van uw verzekeringsadviseur ontvangen. U kunt de polisvoorwaarden ook vinden op onze website www.taf.nl.

Binnen één week na ontvangst van uw melding krijgt u van ons een ontvangstbevestiging en wordt u door uw schadebehandelaar gebeld voor een intakegesprek. We vernemen dan graag hoe het met u gaat. Daarnaast leggen wij u uit welke acties wij zullen ondernemen om uw melding te beoordelen. Ook kunt u eventuele vragen aan de schadebehandelaar stellen.

Wij beoordelen maandelijks of het recht op uitkering nog steeds geldt, door te kijken naar de mate waarin u arbeidsongeschikt bent, rekening houdend met de door u gekozen dekking.

Er zijn 3 dekkingkeuzes. U vindt de door u gekozen dekking op het polisblad. In de polisvoorwaarden staat uitgelegd wanneer welke dekkingkeuze van toepassing is.

Beroepsarbeidsongeschiktheid

Bij beroepsarbeidsongeschiktheid kijkt de verzekeraar of u uw eigen beroep nog kunt uitoefenen. Daarbij houdt hij meestal rekening met aanpassingen die u in uw werksituatie kunt doen om aan het werk te blijven. Misschien kunt u blijven werken door uw werk op een andere manier te doen of door de taken binnen uw bedrijf anders te verdelen. Als u ondanks dit soort aanpassingen uw eigen beroep niet meer kunt uitoefenen, dan heeft u recht op een uitkering.

Passende arbeid

Bij passende arbeid kijkt de verzekeraar of u nog werk kunt doen dat bij u past. De verzekeraar kijkt onder andere naar uw opleiding en werkervaring. Het maakt daarbij niet uit of u het passende werk ook daadwerkelijk gaat uitvoeren of dat er een concrete vacature is. Er wordt gekeken of u, ondanks uw klachten, in staat bent om passend werk te verrichten. Bij passende arbeid vindt de verzekeraar over het algemeen eerder dat u kunt werken dan bij beroepsarbeidsongeschiktheid.

Gangbare arbeid

Bij gangbare arbeid kijkt de verzekeraar alleen of u nog werk kunt doen. Het maakt niet uit wat voor werk. De verzekeraar let niet op uw oude beroep of werkervaring. Het maakt niet uit of u het gangbare werk ook daadwerkelijk gaat uitvoeren of dat er een concrete vacature is. Bij gangbare arbeid vindt de verzekeraar over het algemeen eerder dat u kunt werken dan bij beroepsarbeidsongeschiktheid of passende arbeid.

Wat is de rol van TAF in verhouding tot de verzekeraar?

TAF is een administratiekantoor en behandelt uw schadeaangifte namens de verzekeraar. Ook de uitkeringen worden verstrekt door TAF. Gedurende het schadebehandelingstraject zult u dus contact hebben met een schadebehandelaar van TAF. Waar in deze brochure gesproken wordt over 'de verzekeraar' wordt bedoeld: 'TAF namens de verzekeraar'.

Krijg ik altijd een medische beoordeling?

Dat hangt ervan af. Soms wordt al uit uw schadeaangifte duidelijk dat er volgens de polisvoorwaarden geen dekking is. Een medische beoordeling is dan niet meer nodig. Ook kan het zijn dat u alleen contact heeft met de schadebehandelaar, omdat de verwachting is dat u maar kort arbeidsongeschikt zult zijn.



Schadeprocedure arbeidsongeschiktheid

Werknemers/Zelfstandigen

eenvoudig transparant

Hoe gaat een medische beoordeling in zijn werk?

Het doel van de medische beoordeling is het verzamelen van informatie over uw gezondheidstoestand, die nodig is om te beoordelen of u recht heeft op een uitkering. Wij schakelen een onafhankelijk medisch adviesbureau in om de medische beoordeling uit te voeren. Indien nodig zal het medisch adviesbureau contact met u opnemen om nader te informeren naar uw gezondheidstoestand, de behandelingen die u krijgt en het werk dat u normaal gesproken doet.

Het is gebruikelijk dat er vervolgens informatie wordt opgevraagd bij uw behandelend(e) arts(en). Overigens mogen medische gegevens alleen maar bij derden worden opgevraagd als u daarvoor van tevoren schriftelijke toestemming heeft gegeven. U geeft hiervoor een machtiging af. Uit de machtiging moet blijken dat de verzekeraar u heeft geïnformeerd over het doel waarvoor de informatie wordt opgevraagd en de aard van de medische informatie die wordt opgevraagd. Na ontvangst van uw machtiging gaat het medisch adviesbureau informatie opvragen. U wordt op de hoogte gehouden van de voortgang zodat u precies weet wat de status is van uw schademelding.

Aan de hand van de binnengekomen informatie wordt door het medisch adviesbureau beoordeeld in welke mate er sprake is van arbeidsongeschiktheid. Eventueel wordt u opgeroepen voor een keuring door een onafhankelijke arts of een arbeidsdeskundige. Zo'n keuring kan zowel bij de eerste medische beoordeling plaatsvinden, als tijdens de gehele periode dat u arbeidsongeschikt bent.

Wanneer weet ik of mijn claim wordt toegekend?

Uiteindelijk brengt het medisch adviesbureau een advies uit aan de verzekeraar. De verzekeraar beslist vervolgens over de definitieve toekenning van uw claim. Wij streven ernaar om u binnen 2 weken na ontvangst van het medische advies, maar uiterlijk binnen 8 weken na ontvangst van uw schademelding, te informeren over het al dan niet toekennen van uw claim. De praktijk leert echter dat het erg lang kan duren voordat een behandelend arts informatie aan het medisch adviesbureau verstrekt, terwijl dit absoluut nodig is om een medisch advies te kunnen geven. U kunt dit proces versnellen door ook zelf uw behandelaar(s) te vragen om de opgevraagde informatie zo snel mogelijk te versturen naar het medisch adviesbureau.

Als uw verzoek tot uitkering wordt afgewezen, ontvangt u van de verzekeraar een brief waarin wordt uitgelegd waarom u geen aanspraak kunt maken op de verzekering.

Als uw schadeaanfite na medische beoordeling leidt tot een uitkering, starten we met uitkeren nadat de eigen risicoperiode verstreken is die voor u van toepassing is.

Het is van belang dat u uw arbeidsongeschiktheid zo snel mogelijk, binnen de eigen risicoperiode, meldt. Heeft u gekozen voor een eigen risicoperiode langer dan 3 maanden, dan moet u uw arbeidsongeschiktheid in ieder geval binnen 3 maanden melden. Bent u te laat met uw melding, dan verlengen wij de wachttijd voor uw uitkering met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden.

Welke informatie heeft de verzekeraar van mij nodig?

Als u een schadeaanfite bij ons indient omdat u arbeidsongeschikt bent geworden, gaan wij uw inkomen toetsen. De manier waarop wij toetsen is afhankelijk van de polisvoorwaarden die voor u van toepassing zijn. Kijkt u voor meer informatie in uw polisvoorwaarden.

Daarnaast mag het verzekerde maandbedrag in geen geval hoger zijn dan uw aantoonbare, vaste maandlasten. Om dit te toetsen vragen wij u om bankafschriften van de afgelopen drie maanden op te sturen waaruit blijkt dat u deze vaste lasten ook daadwerkelijk maandelijks betaalt. U heeft namelijk een lastenverzekering die u de mogelijkheid biedt uw vaste lasten te blijven voldoen op het moment dat u arbeidsongeschikt wordt.



Schadeprocedure arbeidsongeschiktheid

Werknemers/Zelfstandigen

eenvoudig transparant

Wie krijgt er verder nog informatie over mijn schademelding?

De verzekeraar zal regelmatig informatie over de status van uw schademelding verstrekken aan uw verzekeringsadviseur. Uw verzekeringsadviseur krijgt overigens geen medisch inhoudelijke informatie over u.

Word ik vaker medisch beoordeeld?

Meestal wil de verzekeraar uw mate van arbeidsongeschiktheid na een tijd opnieuw beoordelen. Of en hoe vaak de verzekeraar dat doet, verschilt per situatie. Vaak wil de medisch adviseur van de verzekeraar u opnieuw laten onderzoeken, omdat uw gezondheid is veranderd. De verzekeraar geeft altijd goed aan waarom dit nieuwe onderzoek nodig is en betaalt de onderzoekskosten.

Met welke mensen kan ik allemaal te maken krijgen als ik arbeidsongeschikt ben?

Om tot een goede beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid te komen, werkt de verzekeraar samen met één of meer deskundigen. Afhankelijk van uw situatie kunnen onderstaande deskundigen betrokken worden bij de beoordeling van uw arbeidsongeschiktheid.

Technisch schadebehandelaar

De technisch schadebehandelaar is in dienst van TAF namens de verzekeringsmaatschappij. Hij of zij is uw aanspreekpunt en onderhoudt, soms via uw verzekeringsadviseur, contact met u. Ook houdt de technisch schadebehandelaar contact met de deskundigen die betrokken zijn bij de beoordeling van uw arbeidsongeschiktheid. U kunt met al uw vragen terecht bij de technisch schadebehandelaar.

Medisch schadebehandelaar

De medisch schadebehandelaar is in dienst van het medisch adviesbureau. Hij of zij maakt deel uit van de medische staf; dat is de groep personen die onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur werkt. De medisch schadebehandelaar vraagt gegevens over uw gezondheid op en verwerkt deze zodat de medisch adviseur een advies kan uitbrengen. Ook zorgt de medisch schadebehandelaar ervoor dat u een oproep ontvangt voor een medisch onderzoek of een gesprek met een arbeidsdeskundige.

Medisch adviseur

Voor de beoordeling van uw gezondheidstoestand maken wij gebruik van een medisch adviseur, die in dienst is van het medisch adviesbureau. De medisch adviseur is een arts, maar kan het onderzoek naar uw gezondheid ook uitbesteden aan onafhankelijke controlerend artsen. Voor het medisch onderzoek (of onderzoeken) heeft u dus te maken met andere artsen dan uw eigen behandelend(e) arts(en).

Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige kijkt welke werkzaamheden u wel en niet meer kunt uitvoeren op basis van uw belastbaarheid. Het advies van de arbeidsdeskundige bepaalt mede de mate van uw arbeidsongeschiktheid en dus ook uw recht op uitkering. Indien noodzakelijk ontvangt een arbeidsdeskundige informatie over uw beperkingen en belastbaarheid van de medisch adviseur. Het gaat daarbij niet om de volledige informatie uit het medisch dossier, want deze blijft in handen van de medisch adviseur.

Om uw mate van arbeidsongeschiktheid goed te kunnen beoordelen, vraagt de arbeidsdeskundige vaak aanvullende informatie over uw bedrijf op. Het kan bijvoorbeeld gaan om informatie over machines en werkroutine of financiële informatie. De arbeidsdeskundige kijkt allereerst of u uw eigen werk geheel of gedeeltelijk kunt voortzetten door middel van aanpassingen. Dat kan bijvoorbeeld door aanpassingen van gereedschap of machines of door een wijziging in de organisatie van het bedrijf. Over deze aanpassingen adviseert de arbeidsdeskundige. Daarnaast kan een arbeidsdeskundige u adviseren over mogelijke andere werkzaamheden die u zou kunnen uitvoeren.



Schadeprocedure arbeidsongeschiktheid

Werknemers/Zelfstandigen

eenvoudig transparant

Controlerend arts

Een controlerend arts is een huisarts (niet uw eigen huisarts) of een arts werkzaam bij een arbodienst. Deze arts doet op verzoek van de verzekeraar een onafhankelijk medisch onderzoek en brengt daarover verslag uit aan de medisch adviseur.

Medisch specialist

Een medisch specialist is een onafhankelijk specialist. Deze medisch deskundige verricht op verzoek van de verzekeraar een uitgebreid medisch onderzoek en brengt daarover verslag uit aan de medisch adviseur. Deze krijgt op die manier een beter inzicht in uw medische situatie en dat stelt hem in staat de arbeidsdeskundige, de technisch schadebehandelaar en de verzekeraar van gerichte adviezen te voorzien.

Hoe gaat de verzekeraar om met mijn medische gegevens?

Rapporten van een controlerend arts, een gezondheidsverklaring, maar ook informatie van uw behandelaars worden opgenomen in het medisch dossier dat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur wordt bewaard bij het medisch adviesbureau. Overigens heeft u altijd de mogelijkheid om de daar bewaarde medische informatie in te zien. Zowel het medisch adviesbureau als de verzekeraar zorgen ervoor dat uw medische gegevens op zorgvuldige wijze worden bewaard, zodanig dat geheimhouding is verzekerd. Uw gegevens worden verwerkt volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen alsmede de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

De medisch adviseur en zijn medische staf mogen medische gegevens van verzekerden niet aan derden doorgeven op grond van de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De medisch adviseur brengt advies uit aan de technisch schadebehandelaar van de verzekeraar en op basis van dit advies moet de verzekeraar komen tot een beslissing bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De medisch adviseur vermeldt alleen die gegevens die volgens de medisch adviseur noodzakelijk zijn om te komen tot een beoordeling van het recht op uitkering. De technisch schadebehandelaar heeft een geheimhoudingsplicht op basis van de Wbp. De medische staf is de groep van personen die op directe wijze betrokken is bij het tot stand komen van het advies aan de verzekeraar. Zij vallen onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, ook als het gaat om de verwerking van medische gegevens.

Ik krijg een uitkering van mijn arbeidsongeschiktheidsverzekeraar.

Moet ik dan nog gewoon premie blijven betalen?

Dit is afhankelijk van de polisvoorwaarden die voor u van toepassing zijn. In sommige gevallen kan er na het eerste jaar van uitkeren sprake zijn van premievrijstelling. De mate van uw arbeidsongeschiktheid is van invloed op de hoogte van uw uitkering en de mate van premievrijstelling.

Hoe gaat de belastingdienst om met mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering?

Bij het afsluiten van uw verzekering heeft u de keuze om premies die u betaalt wel of niet aftrekbaar te maken. Als u uw premies fiscaal aftrekt, wordt de uitkering fiscaal belast. Met ingang van 1 januari 2011 is de verzekeraar verplicht om in dit geval op uw bruto uitkering als voorheffing op de inkomstenbelasting een loonheffing in te houden, net als de inkomensafhankelijke premie voor de Zorgverzekeringswet. Daarom hebben wij een ingevulde loonbelastingverklaring nodig als u een schadeclaim indient. Op deze verklaring geeft u aan of er wel of geen loonheffingskorting moet worden toegepast. Uw netto uitkering wordt aan u overgemaakt en de fiscale heffingen betalen wij rechtstreeks aan de fiscus. Uiteraard krijgt u een bruto-netto specificatie en een jaaropgave.

Als u de premies niet fiscaal aftrekt, mogen wij uw uitkering onbelast aan u uitbetalen. In dat geval ontvangt u ook maandelijks een uitkeringsoverzicht en een jaaropgave.



Schadeprocedure arbeidsongeschiktheid Werknemers/Zelfstandigen

eenvoudig transparant

Fraude

Wij vinden dat frauduleus handelen niet mag lonen. Daarom zijn wij alert op fraude en treden wij streng op tegen fraudeurs. In het belang van al onze eerlijke klanten, en in het belang van een integere verzekeringsbedrijfstak.

Ik heb een klacht over de verzekeraar. Waar kan ik terecht?

Bent u het niet eens met het standpunt van de verzekeraar over het wel of niet toekennen van een uitkering? Dan kunt u uw klacht, eventueel aangevuld met nieuwe (medische) informatie, richten aan de technisch schadebehandelaar.

U kunt uw klacht per e-mail sturen naar claim@taf.nl of per post naar het volgende adres:

TAF
Afdeling schadebehandeling
Postbus 4562
5601 EN EINDHOVEN

Na ontvangst van uw klacht bevestigen wij u dat we uw klacht in behandeling hebben genomen. Binnen 2 weken ontvangt u van ons schriftelijk een inhoudelijke reactie op uw klacht. Mocht het ons onverhoopt niet lukken om de klacht binnen deze termijn te beantwoorden, dan informeren wij u daarover tijdig en geven wij aan waarom niet en wanneer wij uw klacht wel kunnen beantwoorden.

Bent u hierna nog niet tevreden over de afhandeling van uw klacht? Dan kunt u uw klacht indienen bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD). Dat is een onafhankelijke instantie die oordeelt over klachten van consumenten over financiële dienstverleners. Dien uw klacht in binnen een jaar nadat de klacht aan ons is voorgelegd of binnen drie maanden na dagtekening van de brief of het bericht met ons definitieve standpunt over uw klacht. De langste van deze twee termijnen geldt. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de rechter.

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Postadres:

KiFiD
Postbus 93257
2509 AG DEN HAAG

Bezoekadres:

KiFiD
Kantoren Stichtage
Koningin Julianaplein 10
2595 AA DEN HAAG

Telefoonnummer: 070-333 89 99

Website: www.kifid.nl