



Algemene verzekeringsvoorwaarden TAF Zelfstandigenplan

Het TAF Zelfstandigenplan biedt u zekerheid en een goed alternatief voor een traditionele arbeidsongeschiktheidsverzekering. U verzekert op eenvoudige wijze uw vaste maandlasten voor het geval u geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt door ziekte of een ongeval. Dat geeft u alle tijd om te herstellen.

Uw TAF Zelfstandigenplan is een overeenkomst tussen de verzekeraar en u. Bij deze overeenkomst horen verzekeringsvoorwaarden ofwel polisvoorwaarden. In de polisvoorwaarden leest u wat u precies verzekert en wat de rechten en verplichtingen van zowel de verzekeraar als uzelf zijn. De polisvoorwaarden maken onderdeel uit van de polis die de verzekeraar afgeeft.



eenvoudig transparant

1. Definities

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aanvraagformulier:

Het document dat door de verzekeringnemer is ondertekend en dat tot de polis heeft geleid.

Administrateur:

TAF BV
Postbus 4562
5601 EN EINDHOVEN
Telefoon: 040-707 38 90
E-mail: info@taf.nl
Internet: www.taf.nl
KvK nummer 28081869
AFM registratienummer 12019919

Arbeidsongeschiktheid:

De tijdelijke of blijvende onmogelijkheid van verzekerde om de eigen arbeid, dan wel de in deze algemene voorwaarden vermelde passende arbeid in het voor het recht op uitkering in deze algemene voorwaarden relevante percentage te kunnen verrichten als gevolg van ziekte en/of ongeval. Onder ziekte wordt verstaan hetgeen in deze begripsomschrijvingen als ziekte is gedefinieerd. Onder ongeval wordt verstaan hetgeen in deze begripsomschrijvingen als ongeval is gedefinieerd.

Arts:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister of het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde is.

Inkomen:

- Voor de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep:
De belastbare winst uit onderneming en het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het gaat om de winst vóór ondernemersaftrek en MKB vrijstelling en vermeerderd met fiscale toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.
- Voor de directeur-grotaandeelhouder:
Het belastbare loon van de directeur-grotaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/verminderd met het

aan de directeur-grotaandeelhouder toe te rekenen deel van de belastbare winst of het verlies van de BV. De belastbare winst of het verlies van de BV wordt vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.

- Inkomsten uit loondienst die vóór, of gelijktijdig met, het ondernemerschap werden verdiend. Inkomsten uit loondienst blijken uit de jaaropgave(n).

Klachten / klachtenpatroon:

Redenen waarvoor verzekerde zich wendt of heeft gewend tot een arts of een paramedicus omdat hij zich niet goed voelt en/of beperkingen in zijn functioneren ervaart en/of vreest.

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een medisch vaststelbaar, herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Bij de beoordeling hiervan laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs, welke staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV).

Ziektes, aandoeningen, klachtenbeelden en syndromen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen, zijn:

- Chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten daarvan;
- Fibromyalgie en equivalenten daarvan;
- Postviraal syndroom;
- Aspecifieke RSI;
- Whiplash en het post-whiplashsyndroom;
- Post-commotioneel syndroom;
- Bekkeninstabiliteit;
- Chronisch pijnsyndroom zonder onderliggende medisch te objectiveren afwijking;
- Orgaanneurose, Da Costa syndroom;
- Environmental Distress Syndrome (EDS) en equivalenten daarvan.



eenvoudig transparant

Ongeval:

Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf en ongewild op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken zijn overlijden of een geneeskundig vast te stellen letsel tot gevolg heeft. Onder ongeval wordt ook verstaan:

- a. Verdrinking, verstikking, verbranding, zonnesteek, warmtestuwing, inwerking van bijtende stoffen, bevroering, blikseminslag of andere elektrische ontlading;
- b. Verstuing, verrekking, ontwrichting en verscheuring van spier- en peesweefsel;
- c. Acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen of stoffen;
- d. Wondinfectie of bloedvergiftiging, beide ontstaan in verband met een ongeval;
- e. Letsel, het overlijden of een aantasting van de gezondheid opzettelijk en tegen de wil van de verzekerde door een ander veroorzaakt;
- f. Besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen, ten gevolge van een onvrijwillige aanraking met water of een andere stof;
- g. Ontberingen door de verzekerde, geleden ten gevolge van een onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
- h. Complicaties en verergeringen optredende bij, ten gevolge van een ongeval noodzakelijk geworden, eerste hulpverlening en/of behandelingen, die door of op voorschrift van een arts zijn verricht;
- i. Miltvuur, schurft, ringworm, koepokken, mond- en klauwzeer en de ziekte van Bang.

Polis:

Het polisblad, de algemene voorwaarden, de van toepassing verklaarde bijzondere voorwaarden, de van toepassing verklaarde clausules en de polisaanhangsels.

Psycholoog:

Een in Nederland gevestigde psycholoog die staat ingeschreven in het BIG register en die niet zelf de verzekerde of verzekeringnemer is.

Verzekeraar:

Quantum Leben AG, statutair gevestigd te Vaduz, Liechtenstein, in Nederland vertegenwoordigd door de administrateur.

Verzekerde:

De in de polis genoemde natuurlijke persoon bij wiens overlijden en/of arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend voor zover daar, krachtens deze voorwaarden, recht op bestaat en die zelfstandig ondernemer is in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting. Deze persoon woont gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland en staat ingeschreven in het GBA register.

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerd maandbedrag met een minimum van € 100,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde per polis.

Verzekeringnemer:

De natuurlijke- of rechtspersoon die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Wachttijd:

De periode waarover de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De wachttijd is van toepassing op elke claim en gaat in op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De wachttijd is van toepassing op elke nieuwe claim.

Ziekte:

Een aandoening van de verzekerde, welke medisch objectiveerbaar is en waarvoor verzekerde zich onder medische behandeling van een bevoegd arts heeft gesteld.

2. Strekking van de verzekering

2.1 Uitkering bij overlijden

Deze verzekering heeft ten doel aanspraak te verlenen op een maandelijkse uitkering, welke gebaseerd is op het verzekerd maandbedrag in het geval de verzekerde overlijdt.

2.2 Uitkering bij arbeidsongeschiktheid

Deze verzekering heeft voorts tot doel een uitkering te verlenen aan de verzekerde ten gevolge van zijn of haar arbeidsongeschiktheid.



eenvoudig transparant

3. Grondslag van de verzekering

- 3.1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), keuringsrapporten en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de verzekeraar vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.
- 3.2 Ingeval voornoemde inlichtingen en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging, als bedoeld in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, heeft de verzekeraar het recht zich overeenkomstig dit wetsartikel op de nietigheid van de overeenkomst te beroepen.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld, met inachtneming van de bepalingen in artikel 18.
- 4.2 De verzekeringnemer heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van de polis de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad, per aangetekend schrijven, te retourneren aan de administrateur. De verzekeraar zal in dat geval de al geïncasseerde premiebedragen terugstorten.

- 4.3 De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
- a. Op de einddatum van de verzekering zoals vermeld op het polisblad;
 - b. Op de datum van het overlijden van de verzekerde;
 - c. Op de datum dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en als zodanig niet meer is ingeschreven in het GBA register;
 - d. Op de datum dat de verzekeraar € 600.000,- heeft uitgekeerd op deze polis;
 - e. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
 - f. Indien de verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;
 - g. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet en dit niet het gevolg is van zijn of haar arbeidsongeschiktheid;
 - h. Indien de verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.
- 4.4 Voor deze verzekering geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens één jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen.
- 4.5 Een claim ontstaat uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat de verzekeringnemer heeft opgezegd, doch voor de aangegeven beëindigingdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering voor die periode tot aan de aangegeven beëindigingdatum.



eenvoudig transparant

4.6 Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

5. Uitkering bij overlijden

5.1 Voor de dekking bij overlijden zijn de algemene voorwaarden QL ZSPMLB NB 01-2010 van toepassing. De polisvoorwaarden zijn te downloaden via www.taf.nl/polisvoorwaarden.

6. Arbeidsongeschiktheid

6.1 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid is arbeidsongeschiktheid aanwezig indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, conform de gekozen uitkeringsdrempel, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Onder arbeidsongeschiktheid in deze voorwaarden wordt ook toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.

6.2 Van arbeidsongeschiktheid is tevens sprake indien verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, conform de gekozen uitkeringsdrempel, indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische aandoening met een GAF-score van 1 tot en met 50 zoals gespecificeerd binnen de laatste bekende DSM-classificatie. Deze psychiatrische aandoening dient definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de laatste bekende DSM-classificatie door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater en de oorzaak van de psychiatrische aandoening dient in de periode na de ingangsdatum van deze verzekering te liggen.

6.3 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid overgaat tot het staken, opheffen (tevens faillissement) of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid.

6.4 Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid: De dag waarop de verzekerde, conform de gekozen uitkeringsdrempel, zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en de lichamelijke ziekte en/of ongeval op basis van objectief te meten medische gronden door een bevoegd arts is vastgesteld. Aanvullend geldt dat alvorens tot uitkering kan worden overgegaan bij arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld van een psycholoog of psychiater en dat de psychiatrische aandoening definitief gediagnosticeerd dient te zijn door een door de verzekeraar aan te wijzen psycholoog of psychiater.

6.5 Beroepsarbeidsongeschiktheid: In aanvulling op het in artikel 6.1 en 6.2 bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kan worden verlangd. Aanpassing van de werkzaamheden en werkomstandigheden, evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken.

6.6 De verzekerde dient direct voorafgaand aan de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat.



eenvoudig transparant

6.7 Beoordeling na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt plaats op basis van de dekkingkeuze van verzekerde. Er zijn drie dekkingkeuzes mogelijk: beroepsarbeidsongeschiktheid, passende arbeid of gangbare arbeid. De dekkingkeuze staat vermeld op het polisblad.

6.8 Beroepsarbeidsongeschiktheid:
Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kan worden verlangd. Aanpassing van de werkzaamheden en werkomstandigheden, evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken.

6.9 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid:
Arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van passende werkzaamheden. Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden in redelijkheid en volgens deskundigen zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen van hem kunnen worden verlangd. Bij het op die manier vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid.

6.10 Arbeidsongeschiktheid voor gangbare arbeid:
Arbeidsongeschiktheid op basis van gangbare arbeid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van gangbare werkzaamheden. Onder gangbare werkzaamheden wordt verstaan alle algemeen geaccepteerde werkzaamheden waartoe de verzekerde gezien zijn beperkingen met zijn krachten en bekwaamheden toe in staat is. Hierbij wordt geen rekening gehouden met opleiding, achtergrond en werkervaring. Bij het op die manier vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid.

6.11 Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dan zal verzekeraar vaststellen of en in hoeverre deze wijziging acceptabel is en de polis daaraan aanpassen. De vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zal dan conform de aangepaste polis plaatsvinden.

7. Uitkeringsdrempel

7.1 Het recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid is afhankelijk van de gekozen uitkeringsdrempel. De keuze staat vermeld op het polisblad. Er zijn twee uitkeringsdrempels.

7.2 Uitkeringsdrempel 25% of meer:
Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage 25% of meer bedraagt, met aftrek van de gekozen wachttijd.

7.3 Uitkeringsdrempel 80% of meer:
Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage 80% of meer bedraagt, met aftrek van de gekozen wachttijd.

8. Uitkeringsduur

8.1 De maximale uitkeringsduur per claim is afhankelijk van de gekozen dekkingkeuze. De dekkingkeuze staat vermeld op het polisblad.

8.2 Dekkingkeuze Kort:
De uitkeringsduur is maximaal twee jaar (24 maanden) per claim, gerekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

8.3 Dekkingkeuze Basis:
De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim, gerekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

8.4 Dekkingkeuze Verlengd:
De uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim, gerekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.



eenvoudig transparant

9. Vaststelling van de uitkering

- 9.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Arbeidsongeschiktheid welke het directe of indirecte gevolg is van een gebrek of de invloed van het gebrek op de arbeidsongeschiktheid zullen bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing gelaten worden.
- 9.2 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevendende uitkering, die per dag wordt bepaald. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden uitkering geschiedt achteraf, telkens na afloop van een kalendermaand.

10. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 10.1 De uitkering bedraagt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
- 25 - 35% : 30% van het verzekerde maandbedrag;
 - 35 - 45% : 40% van het verzekerde maandbedrag;
 - 45 - 55% : 50% van het verzekerde maandbedrag;
 - 55 - 65% : 60% van het verzekerde maandbedrag;
 - 65 - 80% : 75% van het verzekerde maandbedrag;
 - 80 - 100% : 100% van het verzekerde maandbedrag.
- 10.2 Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 85% van het gemiddelde inkomen van de verzekerde van de laatste 3 kalenderjaren. Ook mag het verzekerde maandbedrag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van verzekerde.
- 10.3 Een aantoonbare, vaste maandelijkse last is een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt. De aantoonbare, vaste maandelijkse last is ten behoeve van het verblijf van de verzekerde in Nederland en is in Nederland verschuldigd. Onder aantoonbare vaste lasten kan o.a. worden verstaan: bruto hypotheeklasten, huur, gas, water, licht, kredietlasten, verzekeringpremies, leasekosten. Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder aantoonbare vaste lasten zijn: elke vorm van belasting, reclamekosten, brandstofkosten, onderhoudskosten, kosten voor persoonlijk onderhoud.
- 10.4 De aantoonbare vaste maandelijkse lasten mogen maximaal met € 750,- worden verhoogd voor persoonlijke, niet aantoonbare maandelijkse lasten.
- 10.5 In het geval dat binnen 5 jaar na afsluiten van de verzekering blijkt dat het verzekerde maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto aantoonbare maandlasten van de verzekerde (rekening houdend met de niet aantoonbare vaste maandelijkse last van maximaal € 750,-) of hoger is dan 85% van het gemiddelde inkomen van verzekerde van de laatste 3 kalenderjaren, dan heeft de verzekeraar het recht, op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering, om het verzekerde maandbedrag te verlagen tot het maximaal verzekerde maandbedrag en de uitkering te matigen op basis van het maximale verzekerde maandbedrag. Voor de berekening van het maximaal verzekerde maandbedrag wordt dan het gemiddelde inkomen berekend als het gemiddelde inkomen over de afgelopen 3 kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Er bestaat geen recht op restitutie van de premie over het achteraf te hoog verzekerde maandbedrag.
- 10.6 In het geval het verzekerde maandbedrag gedurende de looptijd van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto aantoonbare maandlasten van de verzekerde (rekening houdend met de niet aantoonbare vaste maandelijkse last van maximaal € 750,-) of hoger is dan 85% van het gemiddelde inkomen van verzekerde van de laatste 3 kalenderjaren, dan zal de verzekeraar, op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering, het verzekerde maandbedrag niet matigen.



eenvoudig transparant

10.7 Indexering:

De polis vermeldt of de verzekering wordt geïndexeerd. Indien de verzekering indexering kent, wordt zowel het verzekerde maandbedrag als een eventuele uitkering jaarlijks achteraf geïndexeerd met het vaste percentage als vermeld op het polisblad, voor het eerst na 1 jaar vanaf de ingangsdatum van deze verzekering. Het verzekerde maandbedrag en/of een eventuele uitkering wordt geïndexeerd tot maximaal de hoogte van het maximum verzekerd maandbedrag van € 5.000,- per polis.

10.8 Het is niet toegestaan dat een verzekerde zich verzekert op basis van meer dan één polis bij de verzekeraar.

11. Vergoeding reïntegratiekosten

11.1 Deze verzekering heeft tot doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces. Eventuele reïntegratiekosten worden door de verzekeraar geheel of gedeeltelijk vergoed. Onder reïntegratiekosten wordt onder andere verstaan: arbeidsdeskundige hulp en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. Deze kan onderzoek, advisering en begeleiding bij aanpassing van de beroepswerkzaamheden en de bedrijfsvoering omvatten, die het herstel bevorderen en/of de arbeidsongeschiktheid verminderen. Ook kosten van herplaatsing, aanpassingen, revalidatie en her-/omscholing die buiten de normale kosten van geneeskundige behandeling vallen, kunnen voor vergoeding in aanmerking komen.

11.2 Voor het vergoeden van deze reïntegratiekosten gelden de volgende regels:

- a. Het gaat om redelijke kosten die noodzakelijkerwijs gemaakt moeten worden om arbeidsongeschiktheid te verminderen en het terugkeren in het arbeidsproces te bevorderen;
- b. De kosten zijn gemaakt na voorafgaande beoordeling en goedkeuring door de verzekeraar;
- c. Er bestaat niet uit andere hoofde recht op vergoeding van deze kosten;
- d. De kosten behoren niet tot de normale kosten van een geneeskundige behandeling.

12. Zwangerschap/bevalling

12.1 Voor de vrouwelijke verzekerde voorziet deze verzekering in een periodieke zwangerschaps- /bevallingsuitkering gebaseerd op 100% van het verzekerde maandbedrag, gedurende een periode van 4 maanden.

12.2 Op de uitkering bestaat alleen recht indien:
a. De vermoedelijke bevallingsdatum minimaal 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt;
b. De zwangerschap minimaal 26 weken heeft geduurd;

12.3 De verzekerde dient de uitkering minimaal 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen door een verklaring van de arts of verloskundige die de zwangerschap begeleidt te overleggen, waarin de vermoedelijke bevallingsdatum wordt vermeld.

12.4 Dit recht op uitkering gaat in 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of wanneer de bevalling eerder plaatsvindt op de dag van de bevalling. Indien op enig moment op grond van deze verzekering zowel recht zou bestaan op een arbeidsongeschiktheidsuitkering als op een zwangerschaps-/bevallingsuitkering zal de periodieke uitkering gedurende deze periode gebaseerd worden op maximaal 100% van het verzekerde maandbedrag.



eenvoudig transparant

12.5 In geval van medisch objectiveerbare complicaties bij zwangerschap bestaat er recht op uitkering conform de mate van arbeidsongeschiktheid.

13. Algemene uitsluitingen

13.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid of het klachtenpatroon, de ziekte en/of letsel die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft, is aangevangen binnen 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval. Dit artikel is niet van toepassing indien de verzekering wordt gesloten als voortzetting van een eerder bij TAF gesloten verzekering tegen het risico van arbeidsongeschiktheid waarbij geldt dat de ingangsdatum van de eerder gesloten verzekering minimaal één jaar vóór de ingangsdatum van de nieuwe verzekering ligt;
- b. Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte en/of letsel welke zich voor de ingangsdatum van deze verzekering al heeft geopenbaard of waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Verzekerde wordt geacht op de hoogte te zijn van zijn ziekte indien hij klachten ervaart en/of zich tot een arts en/of een paramedicus heeft gewend;
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
- d. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens het gebruik van en/of (mede) het gevolg is van het gebruik van alcohol, en/of van verdovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen;
- e. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;

- f. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van deelname van de verzekerde aan of diens training voor vechtsport, onderwatersport, bergbeklimming of enige andere klimsport, alle deelname aan snelheidswedstrijden anders dan te voet, alsmede alle vormen van verplaatsing door de lucht anders dan als betalend passagier van een commerciële luchtvaartmaatschappij; onder laatstgenoemde activiteit wordt tevens verstaan parachutespringen, para-gliding en vergelijkbare sportactiviteiten;
- g. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- h. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- i. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect - een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gededoneerd onder nummer 136/1981;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- k. Gedurende de periode dat de verzekerde in Nederland of in het buitenland in voorlopige hechtenis is genomen, Ter Beschikking Stelling opgelegd heeft gekregen en/of gevangenisstraf uitzit of de ziekte of arbeidsongeschiktheid tijdens deze periode is ontstaan.



eenvoudig transparant

14. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 14.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de wachttijd of, indien de wachttijd langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de verzekeraar het recht de wachttijd te verlengen met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden. Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 14.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.
- 14.3 De verzekerde is, op straffe van verval van het recht op uitkering verplicht:
- Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende artsen en/of medisch adviseur van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel, werkherleving of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkherleving of re-integratie kan verhinderen of vertragen;
 - Iedere door de verzekeraar aan te wijzen huisarts, specialist, psycholoog, psychiater en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
- Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
 - Indien de eerste dag van arbeidsongeschiktheid ligt binnen 5 jaar, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, is verzekerde verplicht om inkomensbescheiden te overleggen van de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekering;
 - Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan de verzekeraar te verstrekken die voor de vaststelling van de aantoonbare vaste maandlasten noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld, maar uitdrukkelijk niet daartoe beperkt, rekeningafschriften. Ook is verzekerde verplicht om op verzoek van de verzekeraar een opgave te doen van het inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren en de benodigde financiële stukken ter inzage te geven;
 - De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkherleving;
 - Alle medewerking te verlenen aan re-integratie en alle medewerking te verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om door middel van aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuiving binnen het eigen bedrijf weer werkzaamheden te verrichten;
 - Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;
 - Vooraf overleg te plegen met de verzekeraar bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden;



eenvoudig transparant

j. Alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de verzekeraar het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid, dan wel de uitkering te beëindigen.

14.4 Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

15. Einde van de uitkering

15.1 Een uitkering eindigt:

- a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsdrempel arbeidsgeschikt is in de zin van deze polis;
- b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 van deze voorwaarden;
- c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 8, is verstreken;
- d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 14 niet of niet tijdig is nagekomen. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

16. Wijziging verzekerd maandbedrag en/of dekking

16.1 De verzekerde kan schriftelijk een verzoek indienen om het verzekerde maandbedrag en/of de dekking te wijzigen. De maximaal toegestane verlaging van het verzekerde maandbedrag is 25% per jaar. Het maandbedrag mag maximaal verhoogd worden tot € 5.000,-. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert, ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad.

16.2 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde maandbedrag of een uitbreiding van de dekking betreft, zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging of de uitbreiding, waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag of de uitbreiding van de dekking uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in artikel 13 lid a en b genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum. Tevens geldt dat er geen recht op uitkering bestaat op het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat binnen 180 dagen na de wijzigingsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

16.3 Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag of de uitbreiding van de dekking geldt dat de verhoging of uitbreiding niet van toepassing is voor een claim van deze verzekerde die de administrateur op de datum van de verzochte wijziging in behandeling heeft of indien verzekerde op de datum van de verzochte wijziging op de hoogte is of redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn van een claim.

17. Fiscaliteit en betaling van de uitkering

17.1 Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerde maandbedrag maandelijks en achteraf. De verzekeraar verstrekt geen voorschotten op een uitkering.

17.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerde maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de wachttijd heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot op de in eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.



eenvoudig transparant

18. Premiebetaling

- 18.1 De premie is maandelijks of jaarlijks bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer. De premie wordt rond de premievervaldag afgeschreven. De premie en de kosten dienen uiterlijk de 14e dag nadat deze verschuldigd zijn, te zijn voldaan.
- 18.2 De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is.
- 18.3 Indien de verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na premievervaldag is voldaan, dan wordt, na het stellen van een termijn van 14 dagen waarbinnen de verzekeringnemer alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking vanaf de ingangsdatum geschorst totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de verzekering.
- 18.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen en de mogelijk verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.
- 18.5 Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is geschorst en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt.
- 18.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen.

- 18.7 Premievrijstelling:
Zolang de verzekerde een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangt na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, zal de verzekeraar vanaf de 366e dag van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verlenen voor de periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid naar evenredigheid van het uitkeringspercentage. De verrekening inzake premierestitutie zal maandelijks, achteraf plaatsvinden.
- 18.8 Einddatum premiebetaling:
Afhankelijk van de gekozen wachttijd eindigt de premiebetaling voor het einde van de looptijd van de verzekering.
- a. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 90 dagen eindigt de premiebetaling 3 maanden voor de einddatum van de verzekering;
- b. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 365 dagen eindigt de premiebetaling 12 maanden voor de einddatum van de verzekering;
- c. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 730 dagen eindigt de premiebetaling 24 maanden voor de einddatum van de verzekering.

19. Terugvordering

- 19.1 De verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen terug te vorderen.

20. Verhaal van kosten en belasting

- 20.1 Belastingen op premies en/of uitkeringen krachtens deze verzekering, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voort kunnen vloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan komen voor rekening van de verzekeringnemer.



eenvoudig transparant

21. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden

- 21.1 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dit noodzakelijk maakt, of indien zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen die een tariefwijziging noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende tarieven en/of voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijs te herzien. Onder verzekeringsvoorschrift wordt verstaan: hetgeen bij of krachtens wet is bepaald, alsmede een besluit van een toezichthouder. Onder uitzonderlijke omstandigheden worden verstaan: ontwikkelingen in het schadeverloop van de arbeidsongeschiktheidsportefeuille van de verzekeraar die aantoonbaar een zodanige verslechtering van de financiële positie van de verzekeraar tot gevolg hebben, dat een voortdurende ongewijzigde dekking van het risico niet van de verzekeraar kan worden verlangd.
- 21.2 De verzekeraar doet van de voorgenomen wijziging individueel mededeling, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk verschijnend dagblad.
- 21.3 Een dergelijke wijziging gaat in op een door de verzekeraar vastgestelde datum. Deze datum zal niet eerder zijn dan 30 dagen na verzending van de in artikel 21.2 bedoelde mededeling, tenzij ingevolge een verzekeringsvoorschrift een eerdere datum is voorgeschreven.
- 21.4 De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren, indien deze aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking. Geen recht van weigering bestaat indien het een verplichte wijziging betreft, die het rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van een verzekeringsvoorschrift.
- 21.5 Indien de verzekeringnemer van het in artikel 21.4 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, na de in artikel 21.2 bedoelde mededeling, schriftelijk in kennis stellen. In dat geval wordt de verzekering met ingang van de in artikel 21.3 bedoelde datum waarop de wijziging ingaat, geacht te zijn beëindigd.

- 21.6 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in artikel 21.4 omschreven recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

22. Overdracht van rechten, verval van rechten en verjaring

- 22.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van drie jaren nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze drie jaren het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.
- 22.2 Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.
- 22.3 De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, afgekocht, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

23. Adres en privacy

- 23.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer(s), verzekerde(n) en begunstigde(n) zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.
- 23.2 De verzekeringnemer is verplicht de administrateur binnen 30 dagen, schriftelijk of per e-mail, kennis te geven van elke adreswijziging van zowel de verzekeringnemer als de verzekerde.
- 23.3 Mededelingen door de administrateur aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij de administrateur bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling deze verzekering loopt. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt en de verzekeringnemer wordt geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en).



eenvoudig transparant

23.4 De te verstrekken en reeds verstrekte persoonsgegevens worden verwerkt ter beoordeling van het te verzekeren risico en ter uitvoering van de tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst, overeenkomstig hetgeen is bepaald in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Financiële Instellingen. De volledige tekst van de gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl of op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

g. De verzekerde in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;

h. De verzekerde op de hoogte is van het feit dat het bedrijf waar de verzekerde als zelfstandig ondernemer in (of voor) werkt, surséance van betaling aanvraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard, dan wel de Wet Persoonlijke Schuldsanering op hem van toepassing is;

i. De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat.

24. Meldingsplicht

24.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermeld over meldingsplicht zijn de verzekeringnemer, de verzekerde en nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar direct te melden wanneer:

a. de verzekerde zijn of haar beroep, als in de polis vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden bezigheden een verandering ondergaan. Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de verzekeraar de hiervoor bedoelde risicowijziging:

- geen risicoverzaring inhoudt;
- wel risicoverzaring inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie;

b. De verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

c. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;

d. De verzekerde komt te overlijden;

e. De verzekerde minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;

f. De verzekerde geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;

24.2 Als de verzekerde nalaat om de verzekeraar direct te informeren als de verzekerde anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geheel heeft opgehouden een beroep uit te oefenen als zelfstandig ondernemer, als verzekerde niet meer in Nederland woont, als verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de WIA of als verzekerde geen verzekeraar belang meer heeft, wordt de verzekering beëindigd.

25. Klachtenbehandeling

25.1 Klachten over de aard of omvang van arbeidsongeschiktheid worden beslecht op de wijze zoals in artikel 26.1 van deze voorwaarden beschreven.



eenvoudig transparant

- 25.2 Voor alle overige klachten geldt de onderstaande procedure:
- a. Interne klachtenprocedure:
Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan de directie van de administrateur;
- b. Klachten- en geschillenprocedure KiFiD:
Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de administrateur voor een belanghebbende niet bevredigend is én belanghebbende een consument is in de zin van de reglementen van het KiFiD, kan belanghebbende zich - binnen 3 maanden na de datum waarop de administrateur dit standpunt heeft ingenomen - wenden tot:
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (“KiFiD”)
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)
www.kifid.nl
Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KiFiD.

- 25.3 Bevoegde rechter:
Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor | belanghebbende niet bevredigend is, kan de belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies.

26. Geschillen

- 26.1 Geschillen van uitsluitend medische aard en de omvang van de uitkering zullen worden voorgelegd aan een commissie van drie Nederlandse deskundigen, wier uitspraak door alle partijen als bindend zal worden aanvaard.
- 26.2 De verzekeringnemer en de verzekeraar zullen ieder één lid van deze commissie benoemen. Deze twee leden zullen dan samen een derde lid verkiezen, dat als voorzitter zal optreden.
- 26.3 De aan deze procedure verbonden kosten worden evenredig gedragen door de verzekeringnemer en de verzekeraar.
- 26.4 Indien partijen niet tot overeenstemming komen omtrent de samenstelling van de commissie, zal de verzekeraar de benoeming kunnen verzoeken aan de President van de Rechtbank te ‘s-Hertogenbosch.

27. Toepasselijk recht

- 27.1 Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Geschillen betreffende de overeenkomst zijn onderworpen aan de uitspraak van de in Nederland bevoegde rechter.

