

POLISVOORWAARDEN
TAF MAANDLASTBESCHERMER
TAF ZELFSTANDIGENPLAN



EENVOUDIG TRANSPARANT

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Voor een aantal begrippen uit deze voorwaarden volgt hieronder een korte beschrijving:

Administrateur

T@F B.V.
Postbus 110
3140 AG Maassluis
Telefoon: 010-599 33 55

Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Arbeidsongeschiktheid wordt in de eerste 2 jaren na het intreden ervan aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen in het geheel niet in staat is om de eigen werkzaamheden die de verzekerde uitoefende op het moment van intreden van de arbeidsongeschiktheid uit te oefenen. Vanaf het derde jaar wordt arbeidsongeschiktheid beoordeeld naar analogie van het criterium passende arbeid. Ook bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste 2 jaar na intreden ervan bestaat recht op een (pro rata-) uitkering.

Arbeidstherapie

Van arbeidstherapie is sprake als aansluitend op een periode van arbeidsongeschiktheid de verzekerde de eigen werkzaamheden die de verzekerde uitoefende op het moment van intreden van de arbeidsongeschiktheid gedeeltelijk kan hervatten, hetgeen kan worden getoetst aan de hand van een door de verzekeraar uit te voeren medische expertise. De arbeidstherapie heeft ten doel duidelijkheid te krijgen over de belastbaarheid van de arbeidsongeschikte verzekerde om te komen tot (uitbreiding van) werkherleving. Dit kan zijn voor eigen werkzaamheden of voor passende arbeid. Het oordeel of de verrichtte arbeid te beschouwen is als arbeidstherapie dan wel als hervatting van de eigen werkzaamheden ligt geheel bij de verzekeraar.

Bevoegd medisch advies

Medisch advies gegeven door een huisarts of specialist.

Claim

Een aanspraak op betaling van een uitkering onder de dekking van deze verzekering.

Eigen risico periode

De periode, ook wel wachttijd genoemd, waarin verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke nieuwe claim wegens arbeidsongeschiktheid.

Eigen werkzaamheden

De werkzaamheden, in al zijn facetten, die de verzekerde in het dagelijkse leven en bij goede gezondheid verricht en waaruit de verzekerde inkomen geniet.

Einddatum

De datum waarop de verzekering eindigt.

Huisarts

Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, als huisarts praktijk uitoefent, en die niet zelf de verzekerde is.

Kanker

De ongecontroleerde celdeling door bepaalde cellen in de lichaamsoefelsels en/of organen, dat een kwaadaardig gezwell tot gevolg heeft en/of kwaadaardige bloed- en beenmergziekten.

Kerninstallatie

Een installatie zoals gedefinieerd in de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979- 225), of een kerninstallatie aan boord van een schip.

Medische Controle

Doorlopende controle door een huisarts en/of specialist van een verzekerde met een medisch objectieveerbare aandoening die heeft geleid tot arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om een medische expertise te laten verrichten.

Medische Expertise

De verzekeraar kan, nadat zij de verzekerde daarvan schriftelijk en met redenen omkleed daarvan op de hoogte heeft gesteld, van de verzekerde vragen gedurende de periode van uitkering een medische expertise te ondergaan. De medische expertise kan uiteenlopen van vragen over de gezondheidstoestand van de verzekerde tot het ondergaan van een medische keuring. Indien de medische expertise wordt uitgevoerd zal deze schriftelijk worden vastgelegd door een onafhankelijk medisch expert, aangesteld door de verzekeraar.

Medisch Objectiveerbaar

Een door de verzekerde geclaimde ziekte, aandoening of letsel met arbeidsongeschiktheid tot gevolg moet medisch objectiveerbaar zijn. Of een geclaimde ziekte medisch objectiveerbaar is wordt vastgesteld volgens de door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst in Nederland gebruikelijke consensus.

Ongeval

Een gebeurtenis waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buiten komend, op de verzekerde inwerkend geweld waardoor in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht. Dit lichamelijke letsel dient medisch objectiveerbaar te zijn.

Overmatig alcoholgebruik

- in geval van een verkeersongeluk: alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed het wettelijke toegestane alcoholpercentage te boven gaat.
- in geval van alle andere ongevallen: alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed minstens 1,0 promille is.

Passende arbeid

Alle arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde is berekend, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijk, geestelijke en sociale aard niet van hem kan worden geveerd (naar analogie met artikel 7:658a lid 3 Burgerlijk Wetboek). Alleen functies die hoogstens één functieniveau (ARBI-niveau) verschilt van de oorspronkelijke eigen werkzaamheden kunnen als passend worden beschouwd. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om, door middel van een medische expertise, te bepalen of een functie voldoet aan de ARBI-criteria.

Polis

De verzekeringsovereenkomst tussen verzekerde en verzekeraar, vastgelegd in onder meer het polisblad, eventuele aanvullende clausebladen en/of de op het polisblad vermelde verzekeringsvoorwaarden.

Premievervaldag

De datum waarop premie verschuldigd is.

Specialist

Een in Nederland gevestigde arts die als specialist is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, en die niet zelf de verzekerde is.

Verzekeraar

Financial Insurance Company Limited, handelend onder de naam Genworth Financial, met bijkantoor in Nederland, Nieuwe Stationsstraat 10, 6811 KS te Arnhem
Telefoon: 026 - 355 9170

Verzekerd maandbedrag

Het op het polisblad als zodanig genoemde bedrag dat is verzekerd op grond van aantoonbare maandelijkse vaste lasten zoals huur, hypotheek, gas, water, licht, verzekeringen waarbij de eerste EUR 500,- van deze vaste lasten niet behoeven te worden aangetoond.

Verzekerde

De persoon, zijnde een zelfstandig ondernemer, die deze verzekering heeft gesloten en als zodanig op de polis staat vermeld.

Wachttijd

De periode, ook wel eigen risicoperiode genoemd, waarin de verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De wachttijd is van toepassing voor elke nieuwe claim wegens arbeidsongeschiktheid.

Zelfstandig ondernemer

Een persoon die niet in loondienst werkt of een uitkering van de Nederlandse Staat geniet en die door middel van eigen werkzaamheden zijn inkomen genereert.

2. INGANGSDATUM VAN DE VERZEKERING

De ingangsdatum van de verzekering is de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop de administrateur het compleet ingevulde en ondertekende aanvraagformulier heeft ontvangen.

3. STREKKING VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering heeft ten doel aan de verzekerde uitkering te verlenen, ter voldoening van zijn vaste lasten bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van arbeidsongeschiktheid.

4. DEKKING VAN DE VERZEKERING

4.1 Wachtijd

De verzekerde kan kiezen tussen een wachttijd (of eigen risico periode) van 90 of 365 dagen. De keuze van de verzekerde staat vermeld op het polisblad. Gedurende deze wachttijd heeft de verzekerde geen recht op een uitkering.

4.2 Recht op een uitkering

De verzekerde heeft recht op een uitkering als de claim aan de volgende voorwaarden voldoet:

- a. de verzekerde is zelfstandig ondernemer;
- b. de verzekerde is arbeidsongeschikt, hetgeen is beoordeeld door een onafhankelijke arts die is aangewezen door de verzekeraar;
- c. de verzekerde staat onder medische controle voor de geclaimde arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde een periode langer dan vijf jaar arbeidsongeschikt is, dan vervalt de voorwaarde dat de verzekerde onder medische controle moet staan om voor een uitkering in aanmerking te komen;
- d. de door de verzekerde geclaimde arbeidsongeschiktheid is medisch objectiveerbaar;
- e. de door de verzekerde geclaimde arbeidsongeschiktheid is aangevangen tijdens de looptijd van de verzekering;
- f. voordat de verzekerde arbeidsongeschikt werd, werkte de verzekerde minstens 16 uur per week als zelfstandig ondernemer;
- g. als de verzekerde op arbeidstherapeutische basis de eigen werkzaamheden deels hervat, blijft het recht op een uitkering bestaan zolang de verzekerde voor de geclaimde arbeidsongeschiktheid onder medische controle staat, waarbij de verzekeraar een medische expertise kan laten verrichten;
- h. zodra de verzekerde de eigen werkzaamheden volledig hervat vervalt het recht op uitkering;
- i. indien de verzekerde na een periode van twee jaar arbeidsongeschiktheid niet in staat is de eigen werkzaamheden geheel of gedeeltelijk te verrichten, wordt het recht op het behoud van een uitkering beoordeeld aan de hand van het criterium passende arbeid;
- j. bij de beoordeling van een claim uit arbeidsongeschiktheid kan de verzekeraar zich laten adviseren door een onafhankelijke arts;
- k. het beoordelen van de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde na twee jaar wordt, indien noodzakelijk, beoordeeld aan de hand van een medische expertise, voor het behoud van het recht op een uitkering blijft gelden dat de verzekerde voor de geclaimde arbeidsongeschiktheid onder medische controle is;
- l. per schadeclaim kan de verzekerde slechts voor één specifieke claim uit arbeidsongeschiktheid een beroep doen op deze verzekering;
- m. het recht op uitkering eindigt bij het bereiken van de uitkeringsduur van de verzekerde dekking zoals is vermeld op het polisblad; en
- n. het recht op uitkering vervalt in ieder geval indien uit de medische expertise blijkt dat de verzekerde zijn professionele activiteiten kan hervatten.

4.3 Maximale uitkeringsduur en hoogte bij arbeidsongeschiktheid

De maximale uitkeringsduur van een arbeidsongeschiktheidclaim en de hoogte van een uitkering bij arbeidsongeschiktheid hangen af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij het sluiten van deze verzekering.

Er zijn vier verschillende dekkingen mogelijk:

1. **BasisP80:** De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per arbeidsongeschiktheidsclaim. Na twee jaar arbeidsongeschiktheid blijft het recht op een volledige uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage 80% of hoger is op basis van passende arbeid.
2. **VerlengdP80:** De uitkeringsduur is langer dan vijf jaar tot maximaal einde looptijd van de verzekering per arbeidsongeschiktheidsclaim, met uitzondering van hetgeen beschreven is in artikel 6 (Maximale Uitkering). Na twee jaar arbeidsongeschiktheid blijft het recht op een volledige uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage 80% of hoger is op basis van passende arbeid.
3. **BasisP35:** De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per arbeidsongeschiktheidsclaim. Na twee jaar arbeidsongeschiktheid blijft het recht op een gedeeltelijke uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage tenminste 35% bedraagt op basis van passende arbeid. De hoogte van het uit te keren verzekerde maandbedrag is het op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met het vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een afkeuringpercentage van 80% of hoger.

4. **VerlengdP35:** De uitkeringsduur is langer dan vijf jaar tot maximaal einde looptijd van de verzekering per arbeidsongeschiktheidsclaim, met uitzondering van hetgeen beschreven is in artikel 6 (Maximale Uitkering). Na twee jaar arbeidsongeschiktheid blijft het recht op een gedeeltelijke uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage tenminste 35% is op basis van passende arbeid. De hoogte van het uit te keren verzekerde maandbedrag is het op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met het exact vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een afkeuringpercentage van 80% of hoger.

indien de verzekerde heeft gekozen voor de dekking VerlengdP35 of VerlengdP80 geldt in geval van kanker een inlooptermijn van 60 maanden.

4.4 Uitsluitingen

Voor deze verzekering bestaat geen recht op uitkering als het volgende het geval is:

- a. indien de verzekerde binnen 30 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering arbeidsongeschikt wordt;
- b. indien de verzekerde binnen 30 dagen voor de einddatum van deze verzekering arbeidsongeschikt wordt;
- c. voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) waarvoor de verzekerde in de periode van 12 maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering door een huisarts of specialist is behandeld of onder medische controle staat (de zogenaamde inlooptermijn);
- d. bij ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) van de verzekerde gedurende 24 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering en waarvoor verzekerde gedurende deze 24 maanden voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en /of letsel(s) (na)controles en/of (na)behandelingen heeft gehad of had moeten hebben;
- e. indien de verzekerde nalaat zich onder medische controle te stellen;
- f. het recht op uitkering vervalt in ieder geval indien uit de medische expertise blijkt dat de verzekerde zijn professionele activiteiten volledig kan hervatten;
- g. bij arbeidsongeschiktheid door chirurgische operaties en medische behandelingen, die uit medisch oogpunt niet vereist zijn, heeft de verzekerde alleen dan recht op een uitkering wanneer de chirurgische operaties en medische behandelingen die gericht zijn op het verminderen of verhelpen van een verminking door ziekte of een ongeval;
- h. bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van overmatig of chronisch alcoholmisbruik, bedwelmende, verdovende, opwekkende of geneesmiddelen, heeft de verzekerde alleen dan recht op een uitkering als deze stoffen zijn gebruikt op bevoegd medisch advies of onder toezicht van een huisarts voor een gesteldheid anders dan alcohol- of drugsverslaving;
- i. indien de verzekerde de genezing belemmert of vertraagt;
- j. indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat of verergert door opzet of grove schuld van de verzekerde;
- k. indien er bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een (verkeers)ongeval sprake is van overmatig alcoholgebruik door verzekerde, of waarbij verzekerde onder invloed was van bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen of geneesmiddelen;
- l. indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muerij. Deze zes genoemde vormen van molest en ook de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponneerd;
- m. indien de arbeidsongeschiktheid een gevolg is van atoomkernreacties, ongeacht hoe die zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucleïden, die zich overeenkomstig hun bestemming, of buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen;
- n. indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat door de hantering van explosieven;
- o. 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;
- p. indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan;
- q. bij arbeidsongeschiktheid voor psychiatrische aandoeningen, psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF-score van minimaal 50, zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden vindt uitkering alleen plaats indien deze psychiatrische aandoeningen definitief gediagnosticeerd zijn binnen de DSM-IV TR en hun oorzaak hebben in de periode na de ingangsdatum van deze verzekering;

- r. indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan door een aandoening aan de wervelkolom, met uitzondering van wervel-, discale en radicaire schades. De verzekerde dient deze laatste aandoeningen aan de wervelkolom aantoonbaar te maken door het overleggen van radiologisch bewijs van afwijking of door een chirurgische operatie die gevolgd moet zijn door minstens 24 aaneensluitende uren ziekenhuisopname;
- s. indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van ongevallen ten gevolge van een waagstuk waarbij 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 bij een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- t. bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van spit (lumbago), peri-artritis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis), golfersarm (epicondylitis medialis), postwhiplash syndroom, gewrichtsverstuikingen of post-traumatische reflexdystrofie;
- u. bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de volgende aandoeningen, letsel, klachtenbeelden en syndromen:
 - Chronisch vermoeidheidssyndroom;
 - Fibromyalgie en equivalenten daarvan;
 - Postviraal syndroom;
 - Aspecifieke RSI;
 - Whiplash en het post-whiplashsyndroom;
 - Post-commotioneel syndroom;
 - Bekkeninstabiliteit;
 - Chronisch pijnsyndroom;
 - Orgaanneurose, Da Costa syndroom;
 - Environmental Distress Syndrome (EDS).

4.5 Opervolgende claims

Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is niet toegewezen om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als:

- a. de verzekerde 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om dezelfde reden voor arbeidsongeschiktheid;
- b. de verzekerde 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere reden voor de arbeidsongeschiktheid.

5. VERZEKERD MAANDBEDRAG

Het verzekerde maandbedrag wordt op het polisblad vermeld en kan minimaal € 125,- en maximaal € 2.000,- per verzekerde bedragen.

5.1 Wijzigen van het verzekerde maandbedrag

De verzekerde kan alleen schriftelijk een verzoek indienen om het verzekerde maandbedrag te wijzigen, waarbij de verzekeraar zich het recht voorbehoudt om een medische expertise uit te voeren. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad.

Het verzekerde maandbedrag kan alleen verlaagd worden gedurende de looptijd van de polis. Bij een verhoging van het verzekerde maandbedrag dient een nieuwe polis te worden afgesloten.

Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is indien:

- a. de verzekerde binnen 30 dagen na de datum van wijziging ziek wordt;
- b. de verzekeraar op de datum van wijziging een claim in behandeling heeft.

De maandpremie worden aangepast aan het nieuwe verzekerde maandbedrag. De ingangsdatum waarop de aanpassing zal worden geëffectueerd is de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de verzekeraar of de administrateur het verzoek tot wijziging van de verzekerde heeft ontvangen.

6. MAXIMALE UITKERING

- 6.1 De maandelijkse uitkering bedraagt maximaal € 2.000,- per polis en € 8.000,- per verzekerde, ongeacht het aantal polissen dat de verzekerde heeft gesloten.
- 6.2 Een uitkering uit deze verzekering mag niet hoger zijn dan de maandelijkse vaste lasten van de verzekerde. De verzekeraar is gerechtigd deze maandelijkse vaste lasten te toetsen op het moment dat een uitkering wordt aangevraagd. Als blijkt dat de maandelijkse vaste lasten van de verzekerde lager zijn dan het verzekerde maandbedrag, dan zal de verzekeraar de hoogte van het verzekerde maandbedrag aanpassen. De hoogte van de maandelijkse uitkering zal in dat geval gelijk worden gesteld aan de werkelijke maandelijkse vaste lasten van de verzekerde.
- 6.3 Er kan maximaal € 168.000,- per polis worden uitgekeerd, ongeacht het aantal claims, maar maximaal € 750.000,- per verzekerde, ongeacht het aantal polissen dat de verzekerde heeft gesloten.
- 6.4 Een uitkering eindigt ook indien de verzekering wordt beëindigd volgens deze voorwaarden als beschreven in artikel 11 (beëindiging van de verzekering).

7. DUUR VAN DE VERZEKERING

- 7.1 De verzekering bestaat uit een reeks maandelijks stilziggend voort te zetten verzekeringspolissen waarvan de eerste de in de polis vermelde ingangsdatum heeft.
- 7.2 Uitkering vindt iedere maand plaats, mits de verzekerde die gehele maand, alle dagen arbeidsongeschikt is geweest.

8. PREMIE

De hoogte van de premie en wijzigingen in de hoogte daarvan worden bepaald aan de hand van de leeftijd van de verzekerde op het moment van aangaan van de polis, zoals aangegeven op het polisblad.

9. PREMIEBETALING

- 9.1 De premie wordt automatisch en rond het einde van iedere maand afgeschreven.
- 9.2 Betaling van de gehele premie is een voorwaarde voor dekking. De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso altijd mogelijk is. Indien automatische incasso niet mogelijk is, dan dient de verzekerde binnen 30 dagen na dagtekening van de aanmaning ervoor te zorgen dat incasso de eerstvolgende keer alsnog kan geschieden. Mogelijke kosten van premie-incasso komen voor rekening van de verzekerde.
- 9.3 Bij premieachterstand zal de dekking van de verzekering worden opgeschort. Een gebeurtenis tijdens de periode dat de verzekering is opgeschort en die leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering, is niet gedekt.
- 9.4 Wanneer de verzekerde een premieachterstand heeft opgelopen van 4 maandpremies wordt de verzekering automatisch beëindigd. De verzekerde blijft verplicht de nog verschuldigde premie te betalen.

10. HET OPZEGGEN VAN DE VERZEKERING EN PREMIERESTITUTIE

Voor het beëindigen van deze verzekering kan de verzekerde alleen schriftelijk een verzoek bij de verzekeraar indienen. Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd.

10.1 Opzegging van de verzekering

De verzekering kan zowel door de verzekeraar als de verzekerde worden opgezegd waarbij de verzekeraar de wettelijke bepalingen (dwingend recht) hieromtrent zal respecteren. Voor beiden geldt een opzegtermijn van twee maanden conform artikel 7:940 lid 3 Burgerlijk Wetboek. De polis wordt beëindigd per de eerste van de maand volgend op de maand dat de administrateur of de verzekeraar het verzoek tot beëindiging van de verzekerde heeft ontvangen. Bij beëindiging van de polis bestaat geen recht op premierestitutie.

11. BEËINDIGING VAN DE VERZEKERING

11.1 De verzekering en daarmee ook het recht op uitkering eindigt op de datum waarop:

- a. de verzekerde 65 jaar wordt;
- b. de verzekering door verzekerde wordt opgezegd. In dat geval is er dekking tot de beëindigingdatum van de polis;
- c. de verzekerde uit Nederland emigreert;
- d. de verzekerde is komen te overlijden;
- e. de verzekerde een premie achterstand heeft opgelopen van in 4 maandpremies;
- f. de verzekerde een premie achterstand heeft opgelopen van in totaal 4 maandpremies door gedeeltelijke betaling van de maandpremies.

11.2 De verzekering eindigt direct indien de verzekerde naar aanleiding van een gebeurtenis met opzet een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.

12. HET AANVRAGEN VAN EEN UITKERING

12.1 Om aanspraak te kunnen maken op de verzekering dient de verzekerde een volledig ingevuld schadeformulier in te sturen naar de verzekeraar.

12.2 Een claim dient de verzekerde binnen 120 dagen nadat de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden te melden bij de verzekeraar. Wordt de schade pas na 120 dagen door de verzekerde aan de verzekeraar gemeld, dan is de verzekeraar gerechtigd om een eventuele uitkering te weigeren als de verzekeraar door de late melding in haar redelijke belang is geschaad.

12.3 Een schade-uitkering wordt normaal gesproken aan het einde van een schadepriode betaald. De verzekeraar verleent doorgaans voorschotten. Om deze voorschotten te kunnen verlenen zal de verzekeraar voor elke periode van 30 dagen arbeidsongeschiktheid schadeformulieren toezenden. Aan de hand van deze schadeformulieren zal door de verzekeraar worden bepaald of het recht op een uitkering voortduurt. Deze schadeformulieren dient de verzekerde binnen 120 dagen nadat de verzekerde de laatste voorschotbetaling heeft gehad door de verzekeraar zijn ontvangen. Wordt het schadeformulier pas na 120 dagen door de verzekeraar ontvangen, dan is de

verzekeraar gerechtigd om een eventuele uitkering te weigeren als de verzekeraar door de late melding in haar redelijke belang is geschaad.

12.4 De uitkering zal maandelijks en achteraf plaatsvinden zolang de claim wegens arbeidsongeschiktheid aan de voorwaarden voor uitkering voldoet. Op het polisblad wordt aangetekend indien de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is gemaakt.

12.5 Daarnaast gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

- a. de verzekerde is verplicht alle relevante gegevens te verstrekken, die nodig zijn voor de verzekeraar, om de aanspraak op of de voortzetting van een uitkering te kunnen beoordelen;
- b. de verzekerde is verplicht alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. De verzekerde machtigt de verzekeraar deze gegevens te verzamelen;
- c. voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op een uitkering van belang zijn;
- d. de verzekerde is verplicht om desgevraagd mee te werken aan een medisch of psychisch onderzoek door een deskundige die de verzekeraar zal aanwijzen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar;
- e. de verzekerde is verplicht om desgevraagd mee te werken aan een onderzoek door een arbeidsdeskundige die de verzekeraar zal aanwijzen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar;
- f. de verzekerde dient de verzekeraar direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel bij gedeeltelijke of gehele werkhervatting.

12.6 Het recht op uitkering vervalt indien de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of heeft laten verstrekken.

13. EN BLOC WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

- 13.1 De verzekeraar is gerechtigd om de premie en/of de voorwaarden op een door de verzekeraar te bepalen datum en bloc te wijzigen. De verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of voorwaarden aan te passen met ingang van een door de verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal pas van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.
- 13.2 De verzekerde wordt van de wijzigingen schriftelijk in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen tenzij de verzekerde binnen 30 dagen na kennisgeving de verzekeraar schriftelijk laat weten niet akkoord te gaan met genoemde wijzigingen.
- 13.3 Indien de verzekerde dit aan de verzekeraar heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of voorwaarden.
- 13.4 De mogelijkheid van opzegging van de verzekering zoals genoemd geldt niet indien de wijziging van premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen en indien de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

14. MELDINGSVERPLICHTING

- 14.1 De verzekerde dient de verzekeraar per direct te informeren indien:
- de maandelijks vaste lasten lager worden dan het verzekerde maandbedrag;
 - de verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering.

15. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

- 15.1 De verzekeraar en de administrateur zullen de door de verzekerde verstrekte persoonsgegevens op het aanvraagformulier voor deze verzekering verwerken om uitvoering te geven aan de verzekeringsovereenkomst. Voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst is of kan het noodzakelijk zijn dat er gegevensverkeer van persoonsgegevens plaats vindt met andere landen, hierbij inbegrepen landen buiten de Europese Unie. Door deze verzekeringsovereenkomst aan te gaan geeft de verzekerde ondubbelzinnige toestemming voor het gegevensverkeer van persoonsgegevens met andere landen. De verzekeraar en de administrateur zullen ervoor zorgdragen dat de persoonsgegevens enkel worden verwerkt door bedrijven welke een passend verwerkingsniveau waarborgen.
- 15.2 De verwerking van persoonsgegevens zal in overeenstemming zijn met de Wet bescherming persoonsgegevens. Verder is op deze verwerking van persoonsgegevens de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van de Nederlandse Vereniging van Banken en het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kan de verzekerde eventueel opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, www.verzekeraars.nl

16. BEZWAAR EN KLACHTENPROCEDURE

- 16.1 Tegen een afwijzing van een schadeclaim kan de verzekerde binnen 12 maanden na afwijzing van de schadeclaim bezwaar aantekenen. Ieder recht van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar betreffende een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van drie jaar nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekerde binnen deze periode het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.
- 16.2 Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door de verzekeraar of de administrateur kunnen worden voorgelegd aan de verzekeraar onder vermelding van het polisnummer. De verzekeraar zal voorgelegde vragen of klachten zo spoedig mogelijk beantwoorden.
- 16.3 Indien de verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van vragen of klachten door de verzekeraar, dan kunnen deze worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KIFID), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag. De verzekeraar is bij de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening aangesloten. Alle geschillen in verband met of voortvloeiend uit deze overeenkomst, die niet op de hiervoor beschreven wijze kunnen worden opgelost, dienen ter beslechting te worden voorgelegd aan de burgerlijke rechter te Amsterdam.

17. TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.