

POLISVOORWAARDEN TAF MAANDLASTBESCHERMER



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 B.V., Postbus 4562 5601 EN EINDHOVEN, tevens de vertegenwoordiger van de verzekeraar in Nederland.
Telefoon: 040-707 38 90 E-mail: info@taf.nl

Claim:

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

Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:

De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop de verzekerde zijn eigen werkzaamheden voor minimaal 35% heeft gestaakt en zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Aanvullend geldt dat de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, waarbij de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de dag is dat de verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld van een onafhankelijke psycholoog of psychiater.

Eigen risicoperiode:

De periode waarin de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. Deze periode vangt aan op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke (nieuwe) claim.

Eigen werkzaamheden:

De werkzaamheden, in al zijn facetten, die de verzekerde in het dagelijkse leven en bij goede gezondheid onmiddellijk voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid verricht voor minimaal 16 uur per week en gedurende minimaal 8 aaneengesloten weken en waaruit de verzekerde inkomen geniet. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van de verzekerde kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het bedrijf waar de verzekerde werkzaam is.

Einddatum:

De datum waarop de verzekering eindigt genoemd op het polisblad.

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.

Kerninstallatie:

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

Koopsom(premie):

De verzekeringspremie die de verzekerde vooraf en in één keer betaalt, ook wel eenmalige premie genoemd en die dus niet per maand wordt betaald.

Medische behandeling:

Voortdurende en doorlopende behandeling van een huisarts en/of specialist waarbij er een directe relatie moet zijn met de medisch objectiveerbare ziekte die aanleiding geeft tot arbeidsongeschiktheid. Met het begrip 'voortdurende en doorlopende behandeling' wordt niet bedoeld ziektes of aandoeningen die wel nog behandeld moeten worden, maar geen aanleiding geven tot relevante beperkingen voor arbeid. Preventieve behandelingen zijn uitgesloten van dekking.

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte, aandoening, letsel of klachtenpatroon is medisch objectiveerbaar als deze vanuit medisch oogpunt objectief vast te stellen is. Bij de beoordeling van een ziekte, aandoening of letsel laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs. Deze geneeskundige adviseurs staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV). Zij verrichten hun werkzaamheden met inachtneming van de door het GAV opgestelde beroepscode. Geneeskundige adviseurs hebben voor de uitvoering van deze opdrachten een zelfstandige professionele verantwoordelijkheid. Of een claim medisch objectiveerbaar is wordt vastgesteld volgens de in Nederland bij de medische beroepsverenigingen gebruikelijke consensus.

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

Ongeval:

Een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling, buiten de wil van de verzekerde, van buiten komend onvrijwillig op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken medisch objectiveerbaar vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvoor de verzekerde zich direct onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld.

Optiedatum:

De datum waarop het voor de verzekeringnemer mogelijk wordt om gebruik te maken van een verhoging van het verzekerde maandbedrag. De eerste optiedatum bij polissen tegen maandbetaling, is precies 60 maanden na de ingangsdatum. De eerste optiedatum bij polissen tegen koopsombetaling, is aan het einde van de eerste periode waarover premie is verschuldigd en welke met de koopsom is voldaan. De optiedatum wordt daarna elke 60 maanden automatisch vernieuwd.

Overmacht:

Abnormale en onvoorziene omstandigheden die onafhankelijk zijn van de wil van verzekeringnemer of verzekerde en waarvan de gevolgen ondanks alle voorzorgsmaatregelen niet konden worden vermeden.

Overmatig alcoholgebruik:

Alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed minstens 0,5 promille is. Bij beginnende bestuurders mag dit promillage de eerste vijf jaar na het ontvangen van het rijbewijs niet de 0,2 promille overschrijden. Van overmatig alcoholgebruik is tevens sprake indien de verzekerde weigert mee te werken aan de door de bevoegde autoriteiten verzochte adem- en/of bloedproef ter bepaling van het alcoholpromillage/bag. De verzekerde heeft het recht te bewijzen dat hij in geval van weigering van vorenbedoelde medewerking, onmiddellijk voorafgaande aan en tijdens de gebeurtenissen welke tot zijn arbeidsongeschiktheid hebben geleid, niet onder invloed van alcohol verkeerde.

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, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd. Alleen functies die hoogstens één ARBI-niveau (functieniveau) lager liggen dan de oorspronkelijke functie kunnen als passend worden beschouwd.

Polis(blad):

De door de verzekeraar afgegeven akte welke strekt tot het bewijs van bestaan van de verzekeringsovereenkomst en de daarop van toepassing zijnde voorwaarden.

Premievervaldag:

De datum waarop premie verschuldigd is.

Psycholoog/psychiater:

Een in Nederland gevestigde psycholoog/psychiater die staat ingeschreven in het NIP of BIG register en die niet zelf de verzekerde 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.

Tussenpersoon:

De rechtspersoon of natuurlijke persoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.

UWV:

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

Vaste aantoonbare maandelijkse last:

Een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt. De vaste aantoonbare maandelijkse last is ten behoeve van het verblijf van de verzekerde in Nederland en is in Nederland verschuldigd. Onder vaste aantoonbare lasten kan o.a. worden verstaan:

- bruto hypotheeklasten,
- huur,
- gas, water, licht,
- kredietlasten,
- verzekeringpremies,
- leasekosten.

Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder vaste aantoonbare lasten zijn:

- elke vorm van belasting,
- brandstofkosten,
- onderhoudskosten, kosten voor persoonlijk onderhoud.

Verzekeraar:

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

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 100,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde per polis. Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van de verzekerde, welke de verzekerde reeds op de ingangsdatum van de verzekering verschuldigd is. Indien het verzekerde maandbedrag bij het aangaan van de verzekering of tijdens de looptijd van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto aantoonbare maandlasten, zal de verzekeraar bij een eventuele schade uitkering het verzekerde bedrag verlagen. Er bestaat geen recht op premierestitutie.

Verzekerde:

De natuurlijke persoon op wiens lijf of leven de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woont en staat ingeschreven in het GBA register en als zodanig op de polis staat vermeld en die bij aanvang van de verzekering ouder was dan 18 jaar, respectievelijk jonger dan 60 jaar en voorts premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen.

Verzekeringnemer:

De persoon die via de administrateur met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Zelfstandig ondernemer:

Hieronder wordt verstaan de persoon die;

- anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, of
- anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent, of
- als directeur/(groot)aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als de verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

Ziekte, gebrek, letsel, aandoening of klachtenpatroon:

Een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van de verzekerde, welke medisch objectiveerbaar is, en die zich tijdens de looptijd van de verzekering openbaart en waarvoor de verzekerde zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld.

2. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 2.1 De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de administrateur verstrekte opgave en gedane verklaringen en mededelingen, het aanvraagformulier en eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de administrateur vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel te vormen;
- 2.2 Bij elke onjuistheid of onvolledigheid in de opgaven en/of verklaringen die van belang zijn voor de administrateur voor de beoordeling van de aanvraag van een verzekering heeft de verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen conform het bepaalde in artikel 7:930 lid 4 en 5 BW.

3. AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- 3.1 De verzekering is, met inachtneming van hetgeen bepaald in artikel 18, van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld;
- 3.2 De verzekeringnemer heeft het recht binnen 1 (zegge: één) maand na ontvangst van de polis de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad te retourneren aan de administrateur. De administrateur zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten;

- 3.3 De verzekering is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier de verzekering langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform lid 3.4. sub b van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met de tussenpersoon en de verzekeringnemer;
- 3.4 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:
- Op de einddatum van de verzekering, zoals vermeld op het polisblad;
 - Op de 1ste dag van de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt;
 - Op de datum dat de verzekerde overlijdt;
 - Op de datum dat de verzekerde emigreert;
 - Op de datum dat de verzekeraar € 600.000,- heeft uitgekeerd op deze polis;
 - Indien de verzekerde of de verzekeringnemer onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
 - Op de datum dat de verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;
 - Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid;
 - Indien de verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer.
- 3.5 Voor deze verzekering geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens 1 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen. Samen met het schrijven dient het originele polisblad of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden.
- 3.6 Een claim ontstaat uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat de verzekeringnemer heeft opgezegd, doch voor de aangegeven beëindigingsdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering voor die periode tot aan de aangegeven beëindigingsdatum;
- 3.7 Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekeringnemer worden beëindigd, behoudens lid 2 van dit artikel. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.
- 3.8 Het is verzekerde niet toegestaan om meerdere polissen af te sluiten. Indien verzekerde meerdere polissen heeft afgesloten, kan een eventuele claim slechts op één polis worden ingediend. De overige polissen worden op dat moment geroyeerd zonder het recht op teruggaaf van de premie.
- #### 4. UITKERING BIJ OVERLIJDEN
- 4.1 Voor de dekking bij overlijden zijn de algemene voorwaarden QL ZSP NB 01-2010 van toepassing.
- #### 5. DEKKING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID
- 5.1 Gedurende de looptijd van deze verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt de verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag dat:
- de verzekerde zijn eigen werkzaamheden voor tenminste 35% heeft gestaakt, en
 - de verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld.

5.2 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot een lichamelijke ziekte, letsel of ongeval medisch objectief vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde voor tenminste 35% ongeschikt is tot het verrichten van de eigen werkzaamheden. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke geneeskundig adviseur en/of arbeidsdeskundige. Alvorens tot uitkering te kunnen overgaan dient de ziekte of het letsel die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft definitief te zijn gediagnosticeerd door een door de verzekeraar aangewezen onafhankelijke geneeskundig adviseur;

5.3 indien op het polisblad bij de dekking arbeidsongeschiktheid 'inclusief psychische klachten' staat aangetekend, dan dekt de verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde als gevolg van psychiatrische aandoeningen, mentale inzinkingen, overspannenheid, stress of stressgerelateerde aandoeningen, wanneer en zolang er sprake is van een GAF-score van 1 tot 49 zoals gespecificeerd binnen de laatste bekende DSM-classificatie. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de laatst bekende DSM-classificatie door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater en dienen zich na de ingangsdatum van deze verzekering voor het eerst te hebben geopenbaard. Er bestaat alleen recht op een uitkering vanaf het moment dat verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld van een psycholoog of psychiater waarbij uitdrukkelijk wordt gesteld dat de intake niet wordt gezien als medische behandeling. Alvorens tot uitkering kan worden overgegaan bij arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een psychiatrische aandoening, dient de psychiatrische aandoening definitief te zijn gediagnosticeerd door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater;

5.4 De verzekerde dient direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 8 aaneengesloten weken betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat.

6. UITKERINGSDUUR

6.1 De maximale uitkeringsduur per claim hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad. Er zijn zes verschillende dekkingskeuzes mogelijk:

1. KortP80:
de uitkeringsduur is maximaal twee jaar (24 maanden) per claim;

2. BasisP80:
de uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim;

3. VerlengdP80:
de uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim;

4. KortP35:
de uitkeringsduur is maximaal twee jaar (24 maanden) per claim;

5. BasisP35:
de uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim;

6. VerlengdP35:
de uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim.

7. RECHT OP EEN UITKERING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

7.1 Indien er gekozen is voor de dekkingskeuze KortP80, BasisP80 en VerlengdP80 geldt dat er gedurende de eerste twee ziektejaren recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid, conform artikel 5, bestaat (de eigen risicoperiode van 30, 90 of 365 dagen daarin meegerekend) indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid waarbij de verzekerde door ziekte of een ongeval niet in staat is om voor tenminste 80% de eigen werkzaamheden te verrichten. Zodra de verzekerde deels (21% of meer) de eigen werkzaamheden hervat, vervalt het recht op een uitkering.

Indien er gekozen is voor de dekkingskeuze KortP35, BasisP35 en VerlengdP35 geldt dat er gedurende de eerste twee ziektejaren recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid, conform artikel 5, bestaat (de eigen risicoperiode van 30, 90 of 365 dagen daarin meegerekend) indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid waarbij de verzekerde door ziekte of een ongeval niet in staat is om voor tenminste 35% de eigen werkzaamheden te verrichten. Zolang de verzekerde niet in staat is om de eigen werkzaamheden volledig, dit wil zeggen 80% of meer, te hervatten behoudt de verzekerde het recht op uitkering. Zodra de verzekerde volledig (80% of meer) de eigen werkzaamheden hervat, vervalt het recht op een uitkering.

De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.

7.2 Zolang de verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen 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, zoals arbeidsdeskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Werkzaamheden die op arbeidstherapeutische basis worden verricht blijven bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing;

7.3 Indien er is gekozen voor de dekkingskeuze KortP35 of KortP80 geldt dat er geen recht op een vervolgitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat na het tweede ziektejaar.

7.4 Indien er gekozen is voor de dekkingskeuze BasisP35 of VerlengdP35 geldt dat er na keuring, na het tweede ziektejaar, recht bestaat op een vervolgitkering bij arbeidsongeschiktheid, conform artikel 5, bestaat, waarbij voor de verzekerde op het polisblad staat vermeld welke keuring van toepassing is.

1. UWV-keuring (Gangbare arbeid):

Er bestaat recht op een vervolgitkering nadat de verzekerde gekeurd is door het UWV en hierbij voor tenminste 35% arbeidsongeschikt is verklaard;

2. Maatschappijkeuring (passende arbeid):

Er bestaat recht op een vervolgitkering nadat verzekerde gekeurd is en hierbij voor tenminste 35% arbeidsongeschikt is verklaard voor het verrichten van passende werkzaamheden. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige/ (keurings)arts;

3. Maatschappijkeuring (beroeps AO):

Er bestaat recht op een vervolgitkering nadat de verzekerde gekeurd is en hierbij voor tenminste 35% arbeidsongeschikt is verklaard voor het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het aanvraagformulier vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige/(keurings)arts.

7.5 Indien er gekozen is voor de dekkingskeuze, BasisP80 of VerlengdP80 geldt dat er na keuring, na het tweede ziektejaar, recht bestaat op een vervolgitkering bij arbeidsongeschiktheid, conform artikel 5, bestaat, waarbij voor de verzekerde op het polisblad staat vermeld welke keuring van toepassing is.

1. UWV-keuring (Gangbare arbeid):

Er bestaat recht op een vervolgitkering nadat de verzekerde gekeurd is door het UWV en hierbij voor tenminste 80% arbeidsongeschikt is verklaard;

2. Maatschappijkeuring (passende arbeid):

Er bestaat recht op een vervolgitkering nadat verzekerde gekeurd is en hierbij voor tenminste 80% arbeidsongeschikt is verklaard voor het verrichten van passende werkzaamheden. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige/ (keurings)arts;

3. Maatschappijkeuring (beroeps AO):

Er bestaat recht op een vervolgitkering nadat de verzekerde gekeurd is en hierbij voor tenminste 80% arbeidsongeschikt is verklaard voor het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het aanvraagformulier vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige/ (keurings) arts.

8. HOOGTE UITKERING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

8.1 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevende uitkering, die per volledige dag van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald;

8.2 De hoogte van de verzekeringsuitkering is afhankelijk van de gekozen dekking;

a. De hoogte van de verzekeringsuitkering bij de dekkingen KortP80, BasisP80 en VerlengdP80 is het volledige verzekerde maandbedrag;

b. De hoogte van de verzekeringsuitkering bij de dekkingen KortP35, BasisP35 en VerlengdP35 wordt als volgt bepaald:

1. Indien op het polisblad bij de dekking 'volledige uitkering' staat aangetekend, dan wordt bij een arbeidsongeschiktheid van 35% en hoger, het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd;

2. Indien op het polisblad bij de dekking 'naar rato' staat aangetekend, dan wordt het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 80% en hoger. Het verzekerd maandbedrag wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%.

De hoogte van de verzekeringsuitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid van:

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.

9. UITSLUITINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat binnen 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval;
- b. Indien de ziekte of aandoening die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft is aangevangen binnen 90 dagen na de ingangsdatum;
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Met uitzondering:

Voor ziekte(n), klachtenpatro(o)n(en), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s) die zich vóór aanvang van de verzekering al geopenbaard hebben is enkel sprake van dekking, tenzij anders op het polisblad aangegeven, indien:

 1. uit het medisch dossier van de verzekerde blijkt dat de verzekerde volledig is hersteld van de ziekte(n), klachtenpatro(o)n(en), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s), en
 2. gedurende 60 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering er geen openbaring en/of recidive van deze ziekte(n), klachtenpatro(o)n(en), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) heeft plaatsgehad, en
 3. de verzekerde gedurende 60 maanden voor de ingangsdatum voor deze ziekte(n), klachtenpatro(o)n(en), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) geen enkele vorm van (na)controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben.
- d. Arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een huisarts of specialist heeft geraadpleegd is, ondanks bovengenoemde passage, in alle gevallen uitgesloten van dekking;
- e. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens het gebruik van en/of (mede) het gevolg is van het overmatig gebruik van:
 - alcohol
 - verdovende middelen
 - bedwelmende middelen
 - opwekkende middelen
 - soortgelijke middelen;
- f. Indien de arbeidsongeschiktheid mede het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na vermindering door een ongeval;
- g. Indien de arbeidsongeschiktheid mede het gevolg is of gerelateerd kan worden aan zwangerschap of de geboorte van een kind;
- h. 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,
 - 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;
- i. Indien de arbeidsongeschiktheid 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;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat door de hantering van explosieven;
- k. Indien de arbeidsongeschiktheid mede het gevolg is van pogingen tot zelfdoding, zelf toegebracht letsel en het betrokken zijn van de verzekerde bij misdrijven;
- l. Indien de arbeidsongeschiktheid mede het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;

- m. Indien een claim niet binnen de verplichte termijn van aanmelding conform artikel 10.1. wordt gemeld;
- n. 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, mouterij 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 gedeponereerd onder nummer 136/1981;
- o. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- p. 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 en/of arbeidsongeschiktheid tijdens deze periode zijn ontstaan;
- q. Indien de verzekerde bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;
- r. Indien de verzekerde na het ontstaan van arbeidsongeschiktheid niet volledig, en/of niet tijdig meewerkt en/of in het geheel niet meewerkt aan de vaststelling van de oorzaak en mate van zijn arbeidsongeschiktheid en/of de re-integratie;
- s. Indien de verzekerde na het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid de verplichtingen tot het verstrekken van informatie en/of het meewerken aan onderzoek(en) ter vaststelling van de oorzaak en mate van arbeidsongeschiktheid alsmede het volledig meewerken aan re-integratie niet is nagekomen.

10. VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 10.1 De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht de administrateur zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat hij met het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid of het ontstaan van zijn ziekte, letsel, gebrek of aandoening bekend was of redelijkerwijs behoorde te zijn, schriftelijk in kennis te stellen;
- 10.2 Na de eerste melding van de arbeidsongeschiktheid ontvangt de verzekerde en/of de verzekeringnemer een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden teruggestuurd aan de administrateur;
- 10.3 De verzekeraar wordt alleen dan niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de claim, indien aangetoond kan worden door verzekeringnemer of verzekerde, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde termijn, genoemd in artikel 10.1, kon worden gedaan. Wordt de claimmelding gedaan na de termijn genoemd zoals in artikel 10.1 en er was sprake van overmacht, dan bestaat er enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de administrateur het volledig ingevuld schadeformulier heeft ontvangen. Indien er geen sprake is van overmacht dan bestaat er geen recht op uitkering;
- 10.4 De verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
 - a. Zich onmiddellijk onder medische behandeling van een huisarts of specialist te stellen, onder deze medische behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende huisarts, specialist en/of medisch adviseur van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en alles na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen. Verzekerde is verplicht actief mee te werken aan zijn/haar herstel en er alles aan te doen om de schadelast voor de verzekeraar te beperken;

- b. 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;
- c. 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;
- d. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan de verzekeraar te verstrekken die voor de vaststelling van de aantoonbare vaste maandlasten noodzakelijk zijn, zoals rekeningafschriften;
- e. 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 werkhervatting;
- f. 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;
- g. De verzekeringnemer is gehouden de onder 10.4. sub a, b, c, d, e, en f genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen;
- h. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in deze voorwaarden niet nakomt of is nagekomen, - bestaat er geen recht (meer) op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

11. VOORLOPIGE DEKING

- 11.1 Gedurende een periode van maximaal 3 maanden, te rekenen vanaf de ondertekendatum van het aanvraagformulier, is de verzekerde voorlopig gedekt voor arbeidsongeschiktheid als het direct en uitsluitend gevolg van een ongeval;
- 11.2 Deze voorlopige dekking stopt in ieder geval op de ingangsdatum van de polis;
- 11.3 Er bestaat alleen recht op uitkering uit deze voorlopige dekking indien het aanvraagformulier door de administrateur wordt ontvangen en de premie voor de verzekering door de verzekeringnemer alsnog wordt voldaan conform artikel 18;
- 11.4 Op de voorlopige dekking zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing zoals die gelden voor de aangevraagde verzekering;
- 11.5 De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht om wijzigingen betreffende de in het aanvraagformulier vermelde omstandigheden waarvan de verzekerde en/of de verzekeringnemer behoren te weten dat deze voor de beoordeling van de administrateur of hij de verzekering aan wil gaan van belang zijn, welke zich voordoen in de periode van de voorlopige dekking, aan de administrateur door te geven.

12. EINDE VAN (HET RECHT OP) UITKERING

- 12.1 Een periodieke uitkering, onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over beëindiging van (het recht op) uitkering, eindigt:
 - a. Op de dag waarop de verzekerde niet meer tenminste:
 - 35% arbeidsongeschikt is bij dekkingskeuze P35 of,
 - 80% arbeidsongeschikt is bij dekkingskeuze P80.
 - b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 3.4. van deze voorwaarden;
 - c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 6, is verstreken;
 - d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 10 niet of niet tijdig is nagekomen, bestaat er geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

13. OPEENVOLGENDE CLAIMS

13.1 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is afgewezen of beëindigd, om welke reden dan ook anders dan het volledige herstel (80% of meer) van de verzekerde, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als de verzekerde minimaal 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt vanaf de datum dat de eerdere claim is afgewezen of is beëindigd;

13.2 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is beëindigd in verband met het volledige herstel (80% of meer) van de verzekerde en de verzekerde wordt als gevolg van een andere reden van arbeidsongeschiktheid hernieuwd voor minimaal 35% arbeidsongeschikt, dan kan de verzekerde alleen dan een claim indienen, indien de verzekerde minimaal 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt vanaf de datum dat de eerdere claim is beëindigd;

13.3 Indien de hernieuwde arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval zijn de artikelen 13.1. en 13.2. niet van toepassing.

14. WIJZIGING

14.1 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 15% per kalenderjaar. Het maandbedrag mag maximaal verhoogd worden tot € 5.000,-. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad;

14.2 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde kapitaal betreft zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging en waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in deze voorwaarden genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum;

14.3 Indien de wijziging een uitbreiding van de dekking betreft zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing waarbij uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in deze voorwaarden genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum;

14.4 Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is voor een claim van deze verzekerde die de administrateur op de datum van de verzochte wijziging in behandeling heeft;

14.5 De verzekeringnemer heeft het recht om de verzekeraar uiterlijk twee maanden voor de optiedatum schriftelijk te verzoeken om zonder nieuwe gezondheidswaarborgen het op dat moment van toepassing zijnde verzekerde maandbedrag te verhogen of te verlagen met maximaal 15%;

14.6 Na ontvangst door de verzekeraar, van het door de verzekeringnemer ondertekende schriftelijke verzoek hiertoe, stelt de verzekeraar de voorwaarden en de premieverhoging of premieverlaging vast aan de hand van de geldende acceptatieregels. Voor verhoging van het verzekerde maandbedrag en/of een uitbreiding van de dekking gelden verder de volgende voorwaarden:

1. Verzekerde is op de optiedatum jonger dan 51 jaar, en;

2. De verzekerde is op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de 180 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt en de verzekerde neemt actief en betaald deel aan het arbeidsproces;

15. BEGUNSTIGING

15.1 Enige uitkering krachtens deze verzekering zal geschieden aan de verzekeringnemer.

16. MAXIMALE UITKERING

16.1 Het maximaal uit te keren bedrag onder deze verzekering is € 600.000,-.

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, conform artikel 8, maandelijks en achteraf;

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 verzekerd maandbedrag, conform artikel 8, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag conform artikel 8) 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.

18. PREMIEBETALING

18.1 Koopsom

- a. In geval van koopsompremiebetaling dient de koopsompremie door de administrateur te zijn ontvangen binnen 14 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering;
- b. Indien de administrateur een lagere koopsompremie ontvangt dan vermeld op het door de administrateur afgegeven acceptatiebewijs, dan zal het aangevraagde verzekerd maandbedrag of kapitaal naar rato worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsompremie;
- c. Indien de koopsompremiebetaling, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na de ingangsdatum wordt 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 opgeschort totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de verzekering;
- d. 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;
- e. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt;

18.2 Maand- of jaarpremie

- a. In geval van jaar- of maandpremiebetaling is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt de premie automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer. De premie wordt voor het eerst geïncasseerd op de ingangsdatum van de polis;
- b. De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is;
- c. Er bestaat geen betalingsverplichting gedurende de periode dat begunstigde een schade-uitkering ontvangt krachtens deze verzekering;
- d. Indien de verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet binnen 30 dagen na premievervaldag wordt 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 opgeschort totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het opschorten van de verzekering;
- e. 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;
- f. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt;
- g. De verzekeringnemer is premieplichtig gedurende de gehele overeengekomen (restant) looptijd.

18.3 Combinatiebetaling (uitgesteld)

In geval van koopsompremiebetaling gevolgd door automatische voortzetting met maandpremiebetaling geldt dat de koopsompremiebetaling uitsluitend en alleen van toepassing is op de eerste premieperiode. De duur van de eerste premieperiode staat vermeld op het polisblad. De ingangsdatum van de tweede premieperiode, maandpremiebetaling, staat ook vermeld op het polisblad. Op de koopsompremiebetaling en maandpremiebetaling zijn alle specifieke voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor deze verzekering;

18.4 Combinatiebetaling (direct ingaand)

In geval van koopsompremiebetaling in combinatie met direct ingaande maandpremiebetaling geldt dat de koopsompremiebetaling uitsluitend en alleen van toepassing is op dat deel van het verzekerde maandbedrag waarvoor de koopsompremie verschuldigd is. De maandpremie is van toepassing op het overige deel van het verzekerde maandbedrag. Op de koopsompremiebetaling en maandpremiebetaling zijn alle specifieke voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor deze verzekering.

19. PREMIERESTITUTIE

19.1 Indien de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 3.4. lid c, d, g, h en i, artikel 3.5 of artikel 22.4, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie van de betreffende premieperiode;

19.2 De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie voor de betreffende premieperiode te vermenigvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T)(N-T+1) / N(N+1)$, waarbij N staat voor de duur van de premieperiode in jaren en T voor het aantal naar boven afgeronde volle jaren gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar beschikbaar en zal op verzoek worden verstrekt;

19.3 Bij beëindiging van een verzekering tegen jaar- of maandpremiebetaling bestaat geen recht op premierestitutie.

20. TERUGVORDERING

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

21. VERHAAL VAN KOSTEN EN BELASTING

21.1 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.

22. WIJZIGING VAN DE TARIEVEN EN/OF VOORWAARDEN

22.1 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dit noodzakelijk maakt, of indien zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen die een wijziging in arbeidsongeschiktheid tarieven noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende tarieven en/of voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijze 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. De bovengenoemde uitzonderlijke omstandigheden moet worden bevestigd door een onafhankelijke actuaaris;

22.2 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;

22.3 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 lid 2 bedoelde mededeling, tenzij ingevolge een verzekeringsvoorschrift een eerdere datum is voorgeschreven;

22.4 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;

22.5 Indien de verzekeringnemer van het in lid 4 omschreven recht gebruik maakt, moet hij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, na de in lid 3 bedoelde mededeling, schriftelijk in kennis stellen. In dat geval wordt de verzekering met ingang van de in lid 3 bedoelde datum waarop de wijziging ingaat, geacht te zijn beëindigd;

22.6 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in lid 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.

23. VERVAL VAN RECHTEN EN VERJARING

23.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 3 jaar nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze 3 jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt;

23.2 Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

24. ADRESWIJZIGING EN PRIVACY

24.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer(s), verzekerde(n) en begunstigde(n) zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.

24.2 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;

24.3 Mededelingen door de verzekeraar en/of administrateur aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij de verzekeraar of administrateur bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon. De verzekeringnemer wordt geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en);

24.4 De te verstrekken en reeds verstekte 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.

25. MELDINGSPLICHT

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

- a. De verzekerde voor langer dan één maand naar het buitenland vertrekt;
- b. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- c. De vaste aantoonbare maandlasten lager worden dan het verzekerde maandbedrag;
- 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 stopt met het beroep dat hij op het aanvraagformulier heeft ingevuld en een ander beroep gaat uitoefenen of wanneer de aard en/of omvang van de aan het opgegeven beroep verbonden werkzaamheden veranderen;
- g. De verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
- h. De verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer;
- i. De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling.

26. TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTENBEHANDELING

- 26.1 Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Geschillen betreffende de overeenkomst zijn onderworpen aan de uitspraak van de in Nederland bevoegde rechter;
- 26.2 Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door de verzekeraar of de administrateur kunnen worden voorgelegd aan de administrateur onder vermelding van het polisnummer. De administrateur zal voorgelegde vragen of klachten zo spoedig mogelijk beantwoorden. Indien de verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van vragen of klachten door de verzekeraar of de administrateur, dan kunnen deze worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag.