

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Mij. N.V.

INSTAP-AOV (Arbeidsongeschiktheidsverzekering)

Polisvoorwaarden

Polismantel 453-98

Wegwijzer

zie artikel

Begripsomschrijvingen	1, 2	Optierecht	27
Omschrijving van de dekking		Herziening van tarieven en/of voorwaarden	28
● Algemeen	3, 4	Wijziging van het risico	
● Begrip Ongeval en Arbeidsongeschiktheid	5, 6	● Verplichtingen	29
● Bijzonderheden in de dekking	7 t/m 14	Extra dekkingen	
● Begrenzing van de dekking	15, 16	● Uitbreiding AOV-dekking	30 t/m 33
Schade		● Rechtsbijstanddekking	34 t/m 43
● Verplichtingen	17	Einde van de verzekering	44
● Vaststelling, omvang, betaling en einde van de uitkeringen	18 t/m 23	Slotbepaling	45
● Vervaltermijn	24		
Betaling en terugbetaling van premie	25, 26		

Hoofdstuk 1 Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Begrippen

1.1. Maatschappij

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.

1.2. Verzekeringnemer

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

1.3. Verzekerde

Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden recht bestaat.

1.4. Rubriek A:

Eerstejaarsrisico, arbeidsongeschiktheid gedurende de 52 weken, waarvoor geen recht op uitkering krachtens de WAZ bestaat;

1.5. Rubriek B:

Na-eerstejaarsrisico, arbeidsongeschiktheid voor zover deze voortduurt na het verstrijken van de onder 1.4. bedoelde 52 weken.

Artikel 2 Afkortingen

WAZ: Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen

WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering

Hoofdstuk 2 Omschrijving van de dekking

Artikel 3 Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft ten doel uitkering te verlenen bij derving van inkomen door verzekerde door zijn arbeidsongeschiktheid als gevolg van een hem overkomen ongeval.

Zie artikel 5 voor de omschrijving van een ongeval.

Artikel 4 Grondslag van de verzekering

De door verzekeringnemer en verzekerde aan de maatschappij verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging als bedoeld in artikel 251 Wetboek van Koophandel, heeft de maatschappij het recht zich overeenkomstig dit wetsartikel op de vernietigbaarheid van de overeenkomst te beroepen.

Artikel 5 Het begrip Ongeval

Onder een ongeval krachtens deze verzekering wordt verstaan een plotseling, onverwacht en van buitenaf op het lichaam van verzekerde rechtstreeks inwerkend geweld waaruit in een ogenblik een medisch vast te stellen lichamelijke letsel is ontstaan.

Ook wordt onder ongeval verstaan:

5.1. acute vergiftiging ten gevolge van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;

5.2. besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie indien deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van mensen, dieren of zaken;

5.3. het ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen waardoor inwendig letsel ontstaat, met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen of allergenen;

5.4. verstikking, verdrinking, bevrozing, zonnesteek, hitteberoerte;

5.5. uitputting, verhogering, verdorping en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;

5.6. wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel;

5.7. complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling.

Artikel 6 Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot een of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.

Indien verzekerde als gevolg van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis ophoudt zijn beroep/bedrijf uit te oefenen en in gezamenlijk overleg met de maatschappij begeleiding naar een ander beroep aanvaardt, zal de mate van arbeidsongeschiktheid -eveneens in onderling overleg- worden vastgesteld naar de bezigheden die bij het nieuwe beroep horen. Deze vaststelling zal plaatsvinden vanaf het moment dat verzekerde deze bezigheden daadwerkelijk uitvoert.

Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dan zal dit beroep indien voor de maatschappij acceptabel, opgenomen worden op de polis. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zal naar dit nieuwe beroep plaatsvinden.

Artikel 7 Uitkeringen (Rubriek A)

7.1. De verzekering voorziet in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 6 indien de verzekerde nog geen recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ, alsmede indien hij wegens toegenomen arbeidsongeschiktheid voor wat de toeneming betreft eerst na 52 weken recht kan doen gelden op een verhoogde uitkering krachtens deze wet.

7.2. Indien verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien deze uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd voorziet deze verzekering in een uitkering gedurende een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van 365 dagen waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, worden samengeteld.

7.3. De onder 7.1. en 7.2. genoemde termijnen gelden met inachtneming van een op het voorblad van de polis vermelde eigenrisicotermijn als bedoeld in artikel 8.

Artikel 8 Eigenrisicotermijn (Rubriek A)

De eigenrisicotermijn is de periode waarover verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze verzekering.

Deze termijn gaat in op de dag volgend op die waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De eigenrisicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken.

Artikel 9 Uitkeringen (Rubriek B)

9.1. Mits verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 6, voorziet de verzekering in een uitkering indien en zodra verzekerde recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ.

9.2. Indien verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien een uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, gaat de uitkering eerst in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, worden samengeteld.

9.3. De onder 9.1. en 9.2. genoemde termijnen gelden met inachtneming van een op het voorblad van de polis vermelde eigenrisicotermijn als bedoeld in artikel 10.

Artikel 10 Eigenrisicotermijn (Rubriek B)

De eigenrisicotermijn is de periode waarover verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze verzekering.

Deze termijn gaat in op de dag waarop verzekerde recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ conform artikel 9.1., respectievelijk de dag, als bedoeld in artikel 9.2.

Artikel 11 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering (Rubriek B)

Indien de verzekering wordt beëindigd, hetzij door verzekeringnemer hetzij door de maatschappij overeenkomstig het in artikel 25, 28 of 29 bepaalde, geschiedt zulks onverminderd de rechten op een reeds krachtens deze rubriek ingegane periodieke uitkering terzake van een tijdens de looptijd van de verzekering ontstaan ongeval.

In de hier bedoelde gevallen zal een verhoging van een uitkeringspercentage niet plaats kunnen vinden.

Artikel 12 Vergoeding van de kosten van revalidatie en her-of omscholing (Rubriek B)

De kosten verbonden aan revalidatie en her- of omscholing die niet geacht kunnen worden te horen tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden vergoed, voorzover niet uit andere hoofde aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten en mits met voorafgaande goedkeuring van de maatschappij.

Artikel 13 Kapitaaluitkering bij overlijden

Ingeval van overlijden van verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een bedrag uitgekeerd ter grootte van de op het moment van overlijden voor Rubriek A verzekerde jaarrente.

Indien op het moment van overlijden voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan een bedrag ter grootte van de op het moment van overlijden voor Rubriek B verzekerde jaarrente worden uitgekeerd.

Een uitkering wegens blijvende invaliditeit terzake van hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de voor overlijden verschuldigde uitkering.

Artikel 14 Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit

Ingeval van blijvende invaliditeit van verzekerde, als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een uitkering verleend die overeenkomstig het vermelde in artikel 22 wordt vastgesteld op een percentage van een kapitaal ter grootte van tweemaal de op het moment van het ongeval voor Rubriek A verzekerde jaarrente. Indien op het moment van het ongeval voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan worden uitgegaan van een kapitaal ter grootte van tweemaal de op het moment van het ongeval voor Rubriek B verzekerde jaarrente.

14.1. Als verzekerde vóór de vaststelling van het uitkeringspercentage – anders dan door een ongeval – overlijdt, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve graad van invaliditeit indien verzekerde niet zou zijn overleden.

14.2. De uitkering bij blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een stabiele toestand kan worden gesproken, doch in ieder geval binnen 2 jaar na de ongevalsdatum, tenzij tussen verzekeringnemer en de maatschappij anders wordt overeengekomen.

14.3. Indien een jaar nadat het ongeval heeft plaatsgevonden de uitkering voor blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, zal de maatschappij over het uit te keren bedrag een rente vergoeden, die als volgt zal worden vastgesteld en voldaan.

14.3.1. De rentevergoeding vindt plaats vanaf de 366e dag na het ongeval.

14.3.2. De rente zal worden berekend over het bedrag van de uitkering. Het rentepercentage is gelijk aan de wettelijke rente op het moment van de vaststelling van de blijvende invaliditeit.

14.3.3. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

14.4. Indien de in artikel 17.1.2. genoemde meldingstermijn van 3 maanden is overschreden en daardoor het uitkeringspercentage voor blijvende invaliditeit later kan worden vastgesteld dan bij tijdige melding het geval zou zijn geweest, wordt over de periode waaruit de vertraging bestaat geen rente uitgekeerd.

BEGRENZING VAN DE DEKKING

Artikel 15 Uitsluitingen

De maatschappij is niet tot enige uitkering verplicht terzake van:

15.1. vorderingen waarbij verzekeringnemer, verzekerde of uitkeringsgerechtigde een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan;

15.2. ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of een andere bij de uitkering belanghebbende;

15.3. ongevallen verband houdende met het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;

15.4. 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 poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

15.5. psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;

15.6. ongevallen mogelijk geworden door het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank. Van het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank is, in de zin van deze polis, in ieder geval sprake indien het bloed-alcoholgehalte op het moment van het ongeval 0,8 o/oo of hoger was dan wel indien het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was;

15.7. ongevallen waarbij de maatschappij op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;

15.8. ongevallen waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts

geschiedt en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;

15.9. ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi), peesschedeontsteking (tendovaginitis), spierverrekking, niet-totale spier/peesverscheuring, peri-arthritis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis), of golfersarm (epicondylitis medialis);

15.10. het binnendringen van ziektekiemen, bijvoorbeeld de verwekkers van malaria, in een insectenbeet of -steek;

15.11. de gevolgen van een door verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder de polis gedekt ongeval, dat deze behandeling noodzakelijk maakte;

15.12. ongevallen verzekerde overkomen als bestuurder van een motorrijtuig met een cilinderinhoud van 50 cc. of meer, indien hij de leeftijd van 23 jaar nog niet heeft bereikt;

15.13. ongevallen die het gevolg zijn van het verrichten van werkzaamheden met houtbewerkingsmachines, indien het verrichten van deze werkzaamheden het hoofdbestanddeel vormt van de beroepsbezigheden van verzekerde;

15.14. ongevallen die verband houden met het gebruik maken van een motorvliegtuig, anders dan als passagier;

15.15. ongevallen die het gevolg zijn van het

- maken van bergtochten over gletschers, tenzij onder leiding van een erkend gids;
- klettern;
- deelnemen aan en training voor wedstrijden met motorrijtuigen, motorboten en (brom)fietsen indien in die wedstrijden het snelheidselement overheerst;
- beoefenen van sport als nevenberoep;

15.16. ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door – hetzij direct, hetzij indirect – een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Voor de 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 Den Haag zijn gedeponeerd onder nummer 136/1981;

15.17. ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij, of voortvloeiende uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe de reactie is ontstaan. De uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade die is veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich, overeenkomstig hun bestemming, 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 (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

15.18. de periode waarin verzekerde gedetineerd is in een gevangenis of soortgelijke instelling.

Artikel 16 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

16.1. Indien de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen die het ongeval gehad zou hebben indien verzekerde geheel valide en gezond zou zijn geweest, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een vroeger ongeval waarvoor de maatschappij reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken. Het onder 16.1. bepaalde laat het onder 16.2. bepaalde onverminderd van kracht.

16.2. Voorzover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door de maatschappij geen uitkering verleend.

Hoofdstuk 3 Schade

Artikel 17 Verplichtingen bij een ongeval

17.1. Termijn van aanmelding

17.1.1. Ingeval van overlijden is verzekeringnemer of begunstigde verplicht de maatschappij tenminste 48 uur vóór de begrafenis of de crematie hiervan in kennis te stellen.

17.1.2. Ingeval van blijvende invaliditeit is verzekeringnemer verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen 3 maanden, kennis te geven van een ongeval waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan. Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits wordt aangetoond dat de maatschappij bij tijdige aanmelding tot uitkering verplicht zou zijn geweest.

17.2. Verplichting van de begunstigde(n) in geval van overlijden

Ingeval van overlijden van verzekerde ten gevolge van een ongeval is/zijn de begunstigde(n) verplicht desgevraagd zijn/hun medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

17.3. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid door een ongeval.

Verzekerde is verplicht:

17.3.1. zich direct onder behandeling van een arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;

17.3.2. zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigenrisicotermijn en indien deze termijn langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden aan de maatschappij mededeling te doen van zijn arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde aangifteformulier;

17.3.3. zich op verzoek van de maatschappij te laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling. De hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van de maatschappij;

17.3.4. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan de door haar aangewezen

deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verstrekken; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van het recht op uitkering van belang kunnen zijn;

17.3.5. de maatschappij terstond op de hoogte te brengen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel;

17.3.6. vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij vertrek naar het buitenland voor langer dan 2 maanden;

17.3.7. zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad.

17.4. Verzekeringnemer is verplicht zijn volledige medewerking te verlenen bij het nakomen van de in artikel 17.3. genoemde verplichtingen door verzekerde.

17.5. Sanctie-bepaling

De verzekering geeft geen dekking indien verzekerde of verzekeringnemer of in geval van overlijden de begunstigde(n) de in artikel 17.1.1., 17.2. en 17.3. genoemde verplichtingen niet is/zijn nagekomen.

17.6. Elk recht op schadevergoeding vervalt indien verzekerde of verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt.

17.7. Indien aanmelding van een omstandigheid waaruit voor de maatschappij een verplichting tot schadevergoeding kan voortvloeien niet plaatsvindt binnen 3 jaar na het ontstaan van deze omstandigheid, vervalt elk recht op schadevergoeding hiervoor.

Artikel 18 Vaststelling van de periodieke uitkering

Zolang verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van de gegevens van door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan verzekeringnemer mededeling worden gedaan.

Indien verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaar heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.

Artikel 19 Omvang van de periodieke uitkering

19.1. Terzake van arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevendende periodieke uitkering, die per dag – bij volledige arbeidsongeschiktheid – 1/365 gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt.

19.2. Met inachtneming van het bepaalde onder 19.2.1. en 19.2.2. bedraagt de uitkering voor Rubriek A en B bij een arbeidsongeschiktheid van:

25 – 35%: 30% van de verzekerde jaarrente;
35 – 45%: 40% van de verzekerde jaarrente;
45 – 55%: 50% van de verzekerde jaarrente;
55 – 65%: 60% van de verzekerde jaarrente;
65 – 80%: 75% van de verzekerde jaarrente;
80 – 100%: 100% van de verzekerde jaarrente.

19.2.1. Indien gedurende de uitkeringsperiode volgens de Rubriek B de arbeidsongeschiktheid toeneemt worden door de uitvoeringsinstellingen van de WAZ de volgende

wachttijden gehanteerd als voor de toename sprake was van een arbeidsongeschiktheid krachtens de WAZ van minder dan 45%:

- 4 weken als de toename voortkomt uit dezelfde aandoening
- 52 weken bij toename door andere ziekte-oorzaken of ongevallen.

Als verzekerde ingevolge die wet gedurende 52 weken nog geen recht op een verhoogde uitkering kan doen gelden wordt het uitkeringspercentage gedurende deze wachttijd gehandhaafd op het percentage dat bestond voor de toename van de arbeidsongeschiktheid en eerst verhoogd zodra verzekerde bedoeld wettelijk recht op een uitkering kan doen gelden.

Als echter sprake is van een arbeidsongeschiktheid krachtens de WAZ van 45% of meer dan wordt, indien door de maatschappij eveneens een toename van de arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld voor de toename door de maatschappij geen wachttijd aangehouden.

19.2.2. Indien Rubriek A is meeverzekerd bestaat gedurende de onder 19.2.1. genoemde wachttijd voor de mate waarin de arbeidsongeschiktheid is toegenomen wel recht op een uitkering volgens deze rubriek.

Van de verzekerde jaarrente krachtens Rubriek A wordt alsdan uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage volgens de in 19.2. genoemde tabel horende bij de nieuwe graad van arbeidsongeschiktheid en dat horende bij de oorspronkelijke graad van arbeidsongeschiktheid.

Voor zover hierboven in dit artikel wordt gesproken over arbeidsongeschiktheid geldt de omschrijving, zoals deze is gegeven in artikel 6.

Artikel 20 Betaling van de periodieke uitkering

De uitbetaling van de door de maatschappij verschuldigd geworden termijnen geschiedt telkens na één maand, met dien verstande, dat bij beëindiging van de arbeidsongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden zo spoedig mogelijk na de dag, waarop de beëindiging aan de maatschappij is bekend geworden, respectievelijk door haar aan verzekeringnemer is meegedeeld.

Artikel 21 Einde van de periodieke uitkering

De uitkering eindigt:

21.1. per de dag dat verzekerde niet meer tenminste 25% arbeidsongeschikt is;

21.2. per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;

21.3. per de dag waarop verzekerde overlijdt;

21.4. waar het een uitkering onder Rubriek A betreft: per de dag dat de verzekeringnemer de verzekering beëindigt. (N.B.: ingegane uitkeringen onder Rubriek B blijven bij opzegging gehandhaafd, zie artikel 11).

Artikel 22 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

22.1. De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld is afhankelijk van het gegeven welk

lichaamsdeel of orgaan door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

22.2. Bij volledig (functie-)verlies van de volgende organen/lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van de in artikel 14 bedoelde verzekerde som uitgekeerd:

het gezichtsvermogen van beide ogen	: 100%
het gezichtsvermogen van een oog	: 30%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog	: 70%
het gehoor van beide oren	: 60%
het gehoor van een oor	: 25%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens gehele doofheid aan het andere oor	: 35%
een arm (incl. onderarm, hand en vingers)	: 75%
een hand (incl. vingers)	: 60%
een duim	: 25%
een wijsvinger	: 15%
een middelvinger	: 12%
een ringvinger	: 10%
een pink	: 10%
een been (incl. onderbeen, voeten en tenen)	: 70%
een voet (incl. tenen)	: 50%
een grote teen	: 5%
een andere teen	: 3%
de milt	: 5%
de smaak en reuk samen	: 10%
een nier	: 10%

22.3. Wanneer er sprake is van gedeeltelijk (functie-)verlies van één of meer van de hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen wordt een evenredig deel uitgekeerd.

22.4. Bij volledig (functie-)verlies van meer dan één vinger van de hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies van de gehele hand.

22.5. Indien er sprake is van een whiplashsyndroom en/of postcommotioneel syndroom wordt maximaal 5% van de in artikel 14 bedoelde verzekerde som uitgekeerd.

22.6. De bepaling van het percentage (functie-)verlies geschiedt door middel van een medisch onderzoek in Nederland volgens objectieve maatstaven (beroepsbezigheden buiten beschouwing latend) en wel overeenkomstig de op het moment van de vaststellen van het (functie-)verlies laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A.), en/of aangevuld met de richtlijnen van Nederlandse Specialistenverenigingen. De bepaling van het percentage oogheelkundig (functie-)verlies geschiedt niet overeenkomstig de genoemde Guides, maar wel naar Nederlandse maatstaven en begrippen.

22.7. In gevallen die niet vallen onder artikel 22.2. en 22.5. wordt uitgekeerd het percentage van de verzekerde som dat gelijk is aan:

22.7.1. de mate van blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert of

22.7.2. de mate waarin verzekerde blijvend ongeschikt is om zijn beroep uit te oefenen. Is verzekerde beter geschikt een ander hem in redelijkheid op te dragen passend

beroep uit te oefenen, dan heeft de maatschappij het recht voor de mate van blijvende ongeschiktheid van dat hem passend beroep uit te gaan.

Het hoogste van de twee volgens artikel 22.7.1. en artikel 22.7.2. vastgestelde percentages wordt uitgekeerd.

22.8.1. De bepaling van de mate van blijvend functieverlies zoals bedoeld bij artikel 22.7.1. geschiedt zoals aangegeven bij artikel 22.6.

22.8.2. De bepaling van de mate van blijvende ongeschiktheid zoals bedoeld bij artikel 22.7.2. geschiedt in Nederland door middel van medisch onderzoek en zonodig onderzoek door andere deskundigen.

22.9. Invloed van kunst- en hulpmiddelen

Bij de bepaling van de mate van functieverlies (artikel 22.6. en artikel 22.8.1.) en blijvende ongeschiktheid (artikel 22.8.2.) wordt uitgegaan van de situatie zonder uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen, doch – indien geplaatst – met inwendige kunst- of hulpmiddelen.

22.10. Maximum uitkering

Voor blijvende invaliditeit ontstaan door één ongeval wordt nooit meer dan 100% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag uitgekeerd.

Artikel 23 Begunstiging

23.1. In geval van overlijden van verzekerde als gevolg van een ongeval zal de uitkering geschieden aan diens echtgeno(o)t(e) dan wel aan diens partner indien hij daarmee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken van deze aan de erfgenamen van verzekerde.

23.2. In alle overige gevallen geschiedt de uitkering aan verzekeringnemer.

23.3. De Staat der Nederlanden kan nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 24 Vervaltermijn

Heeft de maatschappij een (aanbod van) betaling gedaan bij wijze van finale afdoening of een schade definitief afgewezen, dan kan verzekeringnemer dit standpunt aanvechten binnen één jaar nadat hij hiervan op de hoogte is gesteld. Na dit jaar vervalt ieder recht ten opzichte van de maatschappij terzake van die periode van arbeidsongeschiktheid dan wel die gebeurtenis.

Hoofdstuk 4 Betaling en terugbetaling van premie

Artikel 25 Premiebetaling

25.1. Verzekeringnemer dient de premie en kosten vooruit te betalen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden. De verzekering is niet van kracht voor ongevallen die plaatsvinden en voor arbeidsongeschiktheid die is ontstaan of aan het licht getreden of toegenomen (verder te noemen: omstandigheden):

- na de premievervaldag indien de hierboven vermelde termijn van 30 dagen is verstreken zonder dat de premie en kosten zijn betaald;
- indien verzekeringnemer weigert de premie en kosten te voldoen.

Nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarbij niet nodig. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en kosten te voldoen.

De verzekering wordt weer van kracht voor omstandigheden die plaatsvinden na de dag waarop de premie en kosten door de maatschappij zijn ontvangen. Indien met de maatschappij premiebetaling in termijnen is overeengekomen wordt de verzekering weer van kracht voor omstandigheden die plaatsvinden na de dag waarop alle onbetaald gebleven premies over de reeds verstreken termijnen, inclusief kosten, door de maatschappij zijn ontvangen.

25.2. Terugbetaling

Bij beëindiging van de verzekering heeft verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over de periode waarvoor de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten.

Artikel 26 Restitutie van premie in verband met arbeidsongeschiktheid

Zolang verzekerde een periodieke uitkering ontvangt krachtens Rubriek B zal de over die periode betaalde premie voor Rubriek A en B naar evenredigheid van die uitkering worden gerestitueerd. De premierestitutie vindt achteraf op de hoofdpremievervaldag plaats.

Hoofdstuk 5 Optierecht

Artikel 27 Optie met betrekking tot omzetting in een uitgebreide Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Deze verzekering is aangegaan voor de periode als aangegeven op het polisblad. Indien verzekerde 3 jaar na de ingangsdatum gedurende 60 dagen onmiddellijk daaraan voorafgaand volledig geschikt was tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, kan de verzekering per die datum en voor dat beroep zonder gezondheidswaarborgen worden omgezet in een arbeidsongeschiktheidsverzekering met een uitkeringsduur, een eigenrisicotermijn en verzekerde jaarrentes overeenkomstig de op het polisblad vermelde gegevens, met dien verstande dat de verzekerde jaarrentes tezamen met enige andere voorziening terzake van arbeidsongeschiktheid alsdan niet meer dan 80% van het jaarinkomen mogen bedragen. (Onder jaarinkomen wordt verstaan de inkomsten van verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting).

Indien verzekerde 3 jaar na de ingangsdatum geen gebruik maakt van dit recht dan komt hem dit recht op omzetting 5 jaar na de ingangsdatum conform de hiervoor genoemde bepalingen nogmaals toe.

Bij een omzetting zal de premie worden gebaseerd op de leeftijd die verzekerde op het moment van omzetting heeft bereikt.

Hoofdstuk 6 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 28

28.1. Herziening

Indien de maatschappij haar tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van deze soort herziet, heeft zij het

recht deze verzekering aan die nieuwe tarieven en/of voorwaarden aan te passen. Voor die verzekeringen waarop een uitkering wordt gedaan, zal de herziening van de premie plaatsvinden op de door de maatschappij vastgestelde datum; de herziening van de voorwaarden zal echter pas van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.

De maatschappij zal die aanpassing vooraf aankondigen.

28.2. Recht van weigering

Verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren indien de aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking, tenzij deze wijzigingen voortvloeien uit een wettelijke regeling of bepaling.

Indien verzekeringnemer van dit recht gebruik wenst te maken, dient hij de maatschappij daarvan, voor het einde van een termijn van dagen na de aangekondigde datum van aanpassing, schriftelijk kennis te geven.

De verzekering eindigt dan op de aangekondigde datum van aanpassing of op het tijdstip van weigering indien de weigering na die datum plaatsvindt.

28.3. Voortzetting van de verzekering

Heeft verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van zijn in 28.2. bedoelde 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.

Hoofdstuk 7 Wijziging van het risico

Artikel 29 Verplichtingen bij risicowijziging

Verzekeringnemer, respectievelijk verzekerde, is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij terstond schriftelijk kennis te geven wanneer:

29.1.1. verzekerde zijn beroep, als op het polisblad 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 maatschappij de hiervoor bedoelde risicowijziging

- geen risicoverzwaren inhoudt;
- wel risicoverzwaren 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 in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie.

29.1.2. Als de risicowijziging van dien aard is, dat de maatschappij de verzekering niet zou hebben voortgezet indien zij van de ware stand van zaken kennis had gedragen, bestaat er geen recht op uitkering;

29.2. verzekerde voor langer dan 2 maanden naar het buitenland vertrekt;

29.3. verzekerde, anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;

29.4. verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerde wordt ingevolge de WAO (schriftelijk bewijs b.v. werkgeversverklaring dient overgelegd te worden);

29.5. verzekerde onder een regeling als bedoeld in de 'Wet betreffende de verplichte deelneming in een Beroepspensioenregeling' of een soortgelijke regeling terzake van derving van arbeidsinkomsten komt te vallen. In al deze gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen (waaronder wijziging van de premie of verlaging van het verzekerde bedrag) dan wel de verzekering te beëindigen. Indien verzekeringnemer met de wijziging niet akkoord gaat heeft hij het recht, binnen 1 maand na ontvangst van de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling van de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Hoofdstuk 8 Extra dekkingen

Artikel 30 Optie met betrekking tot verhoging verzekerde jaarrente

Verzekeringnemer heeft het recht (hierna te noemen 'optierecht') op de hoofdpremievalidag 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering de op dat moment verzekerde jaarrente voor Rubriek A en/of B tegen de dan geldende tarieven en voorwaarden, maar zonder gezondheidswaarborgen te verhogen met maximaal 15%. Dit optierecht komt verzekeringnemer nogmaals toe indien 5 jaar na de ingangsdatum gebruik wordt gemaakt van het recht op omzetting als omschreven in artikel 27.

Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:

30.1. De verzekerde jaarrente mag in combinatie met enige andere voorziening terzake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan 80% van het jaarinkomen.

Onder jaarinkomen wordt verstaan de inkomsten van verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting.

30.2. De verzekerde jaarrente per rubriek bedraagt maximaal € 90.756,- gelijkblijvend en € 68.067,- klimmend.

30.3. De verhogingspercentages per rubriek hoeven niet aan elkaar gelijk te zijn.

30.4. Op de desbetreffende optiedatum dient verzekerde:

30.4.1. nog niet de leeftijd van 50 jaar te hebben bereikt;

30.4.2. gedurende de 60 dagen onmiddellijk hieraan voorafgaand niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn geweest, noch een ongeval met als gevolg blijvend letsel te hebben gehad en gedurende deze tijd niet enigerlei uitkering terzake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid te hebben ontvangen.

30.5. Een maand voor de optiedatum vraagt de maatschappij aan verzekeringnemer of en zo ja, op welke wijze hij van het optierecht gebruik wenst te maken. Verzekeringnemer dient zijn standpunt hieromtrent binnen één maand na de optiedatum schriftelijk aan de maatschappij kenbaar te hebben gemaakt.

Artikel 31 Uitkering bij overlijden gezinslid

In geval van overlijden van de tot het gezin van verzekerde horende

- echtgeno(o)t(e) of partner;

- minderjarige kinderen, geadopteerde kinderen, pleeg- en/of stiefkinderen wordt een uitkering verleend van 7/365 maal de voor Rubriek A verzekerde jaarrente. Indien op het moment van overlijden van de genoemde gezinsleden voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan de uitkering worden gebaseerd op de voor Rubriek B verzekerde jaarrente.

Artikel 32 Uitkering bij gezinsuitbreiding.

In geval van gezinsuitbreiding door geboorte van een eigen kind van verzekerde of door adoptie wordt per kind een uitkering verleend van 7/365 maal de voor Rubriek A verzekerde jaarrente.

Indien op het moment van geboorte of adoptie van het gezinslid voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan de uitkering worden gebaseerd op de voor Rubriek B verzekerde jaarrente.

Artikel 33 Periodiek geneeskundig onderzoek

Verzekerd zijn de kosten van een periodiek geneeskundig onderzoek.

Na afloop van een aaneensluitende periode van 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens telkens na 3 jaar heeft verzekerde het recht zich op kosten van de maatschappij aan een algemeen geneeskundig onderzoek te onderwerpen.

Voor dit onderzoek zal de maatschappij een coupon ter beschikking stellen zodra er recht op een periodiek onderzoek is verregen.

Dit recht komt verzekerde nogmaals toe indien 5 jaar na de ingangsdatum gebruik wordt gemaakt van het recht op omzetting als omschreven in artikel 27.

Het resultaat van het onderzoek zal niet aan de maatschappij bekend worden gemaakt.

Rechtsbijstanddekking

Artikel 34 Overdracht

SRK : SRK Rechtsbijstand

De maatschappij heeft de uitvoering van deze rechtsbijstanddekking overgedragen aan: SRK Rechtsbijstand, verder te noemen het SRK (Stichting Schaderegelingskantoor voor Rechtsbijstandverzekering);
bezoekadres: Europaweg 151, Zoetermeer
postadres : Postbus 3020, 2700 LA ZOETERMEER
telefoon : 079-3448181
telefax : 079-3427990

De maatschappij garandeert nakoming door het SRK van de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen.

Artikel 35 Begrippen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

35.1. Gebeurtenis

Het feitelijke voorval of de reeks met elkaar verband houdende voorvallen die leiden tot een concreet te definiëren juridisch geschil waarbij verzekerde is betrokken en dat bij het tot stand komen van deze verzekering niet te verwachten of redelijkerwijs te voorzien is geweest; indien er sprake is van een reeks met elkaar verband houdende voorvallen, is het tijdstip van het eerste voorval in die reeks

bepalend voor de vaststelling van het tijdstip van de gebeurtenis.

35.2. Rechtens bevoegde deskundige

Een terzake kundige die, krachtens toepasselijke regel inzake procesbevoegdheid, in de gerechtelijke procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mag verlenen.

Artikel 36 Omvang van de dekking

Omschrijving van de dekking

36.1. Gedekt is het verhalen van de op geld waardeerbare gevolgen van schade ten gevolge van een ongeval op een derde, die in verband met het veroorzaken van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 6 jegens verzekerde uitsluitend op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht.

36.2. Kosten van rechtsbijstand

36.2.1. De kosten verbonden aan behandeling door het SRK zijn tot een onbeperkt bedrag gedekt.

36.2.2. Voor te maken externe kosten als genoemd onder 36.3., geldt een dekkingssom van maximaal € 6.807,- per gebeurtenis.

36.3. Vergoed worden:

36.3.1. de honoraria en de verschotten van de conform deze voorwaarden ingeschakelde advocaat, procureur, deurwaarder, andere rechtens bevoegde deskundige(n) en expert(s);

36.3.2. de proces- en gerechtskosten, de kosten van arbitrage of de kosten van bindend advies. Hieronder zijn niet begrepen afkoopsommen, boetes en ander bij wijze van straf opgelegde maatregelen;

36.3.3. de kosten van getuigen in een gerechtelijke procedure.

Indien verzekerde de BTW kan verrekenen met de door hem verschuldigde BTW-afdrachten, komt de BTW-toeslag niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 37 Belangenconflict

Als blijkt dat beide strijdende partijen zich als verzekerde tot het SRK wenden en beide aanspraak kunnen maken op het verlenen van rechtsbijstand zal het SRK hiervan mededeling doen aan beide verzekerden.

In dat geval heeft verzekerde het recht zijn belangen door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van vrije keuze, zoals geregeld in artikel 40.4. van deze voorwaarden, te laten behartigen.

Artikel 38 Uitsluitingen

Het SRK is niet tot het verlenen van rechtsbijstand verplicht, indien:

38.1. verzekerde handelt in strijd met de polisvoorwaarden en daardoor de belangen van de maatschappij en/of het SRK schaadt. Daarvan is in ieder geval sprake als de zaak zo laat is aangemeld dat het SRK slechts met extra kosten de rechtsbijstand zou kunnen verlenen;

38.2. bij de gebeurtenis een motorrijtuig of een (lucht) vaartuig is betrokken dat een verzekerde in eigendom heeft, bezit, houdt, bestuurt of gebruikt;

38.3. de gebeurtenis betreft, voortvloeit uit of verband houdt met een sociale verzekeringskwestie, ook niet als onderdeel van de dekking als omschreven in artikel 36.1.;

38.4. de schade (mede) uit overeenkomst voortvloeit;

38.5. de wettelijk aansprakelijke derde zijn domicilie heeft buiten de Europese Unie;

38.6. de wettelijk aansprakelijke derde insolvabel is;

38.7. verzekerde bij een beroep op deze polis een onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken heeft gegeven, waarvan hij redelijkerwijs had moeten begrijpen dat dit de behandeling van de zaak of de belangen van het SRK zou schaden;

38.8. verzekerde rechten kan ontlenen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand of het vergoeden van kosten van rechtsbijstand.

Artikel 39 Aanmelding van de zaak en verplichtingen van verzekerde

39.1. Indien een gebeurtenis plaatsvindt waarbij verzekerde rechten aan deze voorwaarden wil ontlenen, is hij verplicht de gebeurtenis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 6 weken nadat de gebeurtenis zich heeft voorgedaan te melden bij het SRK onder vermelding van alle gegevens, alle feiten en alle omstandigheden die tot de gebeurtenis hebben geleid. Dit teneinde het SRK in een zo vroeg mogelijk stadium in staat te stellen de noodzakelijke rechtsbijstand te verlenen.

39.2. Verzekerde die een beroep op deze voorwaarden doet, verleent alle medewerking die gevraagd wordt door het SRK of de door het SRK ingeschakelde externe deskundigen.

39.3. Verzekerde is verplicht het SRK op de hoogte te (blijven) houden van nieuwe ontwikkelingen in de zaak en volle medewerking te (blijven) verlenen bij de uitvoering van de polis.

39.4. Door de gebeurtenis aan te melden machtigt verzekerde het SRK, onder uitsluiting ieder ander, tot het -zowel in als buiten rechte- behartigen van zijn belangen.

Artikel 40 Verlenen van rechtsbijstand

40.1. Het SRK zal rechtsbijstand (blijven) verlenen voor zover naar de mening van het SRK een redelijke kans bestaat het beoogde resultaat te bereiken. Indien succes in redelijkheid niet te verwachten is, zal het SRK dit gemotiveerd meedelen aan verzekerde.

40.2. Het SRK behandelt de aangemelde zaken in principe zelf. Te allen tijde zal, voor zover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne worden nagestreefd.

40.3. Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden, zal het SRK, voor zover mogelijk, zelf de rechtsbijstand verlenen.

40.4. Indien het SRK niet zelf de rechtsbijstand kan verlenen, zal verzekerde worden bijgestaan door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van eigen keuze die in overleg met het SRK moet worden aangesteld. Alleen het SRK heeft bevoegdheid om namens verzekerde de opdracht aan de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige te geven. Indien een buitenlandse rechter bevoegd is, komen

uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die bij het desbetreffende buitenlandse gerecht staan ingeschreven of aldaar rechtens zijn toegelaten.

40.5. Indien het SRK van mening is dat het financieel belang van verzekerde de te maken kosten niet rechtvaardigt, is het SRK gerechtigd in plaats van (verdere) rechtsbijstand te verlenen, verzekerde een bedrag aan te bieden ter grootte van het financieel belang. De rechten die ter zake deze schade voor verzekerde voortvloeien uit deze voorwaarden, komen na de betaling van het bedrag te vervallen.

Artikel 41 Geschillenregeling

41.1. Gedragslijn bij verschil van mening tussen SRK en verzekerde over de regeling van het geschil waarvoor een beroep op deze verzekering is gedaan

Verzekerde kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat ingevolge artikel 40.1. van deze voorwaarden geen redelijke kans aanwezig is het beoogde resultaat te bereiken of als hij het niet eens is met de wijze van juridische aanpak van de zaak. Verzekerde dient in dat geval in een brief aan het SRK op basis van voor het SRK bekende feiten en omstandigheden te motiveren waarom hij het niet eens is met het SRK.

De geschillenregeling omzet het volgende:

41.1.1. het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat juridisch advies uit te brengen over de vraag of een verdere behandeling van de zaak een redelijke kans heeft het beoogde resultaat te bereiken, dan wel of de juridische aanpak van de zaak al dan niet de juiste is. De advocaat betreft hierbij de standpunten van zowel het SRK als de verzekerde;

41.1.2. verzekerde heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze.

Indien verzekerde geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met verzekerde welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen;

41.1.3. het SRK draagt zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde hem in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen;

41.1.4. het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies;

41.1.5. deelt de advocaat de mening van verzekerde, dan kan het SRK de advocaat opdracht geven de behandeling van de zaak voort te zetten. Het SRK verstrekt de advocaat daartoe schriftelijk goedkeuring;

41.1.6. deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan verzekerde de zaak tot zich trekken en op eigen kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak - die verzekerde verplicht is binnen een maand nadat uitspraak is gedaan aan het SRK te zenden - blijkt dat het beoogde resultaat geheel werd bereikt, zal het SRK alsnog de gemaakte kosten, zoals genoemd in artikel 36.2. en 36.3. van deze voorwaarden, vergoeden. Indien het beoogde resultaat slechts gedeeltelijk werd bereikt, zal het SRK deze kosten in verhouding tot het in de procedure behaalde resultaat vergoeden;

41.1.7. verzekerde kan geen beroep doen op de geschillenregeling als na overleg met verzekerde door het SRK reeds een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak.

41.2. Gedraglijn bij verschil van mening over het wel of niet verlenen van dekking

41.2.1. Verzekerde kan een rechtsvordering tegen de maatschappij/het SRK instellen indien het SRK meent dat de gebeurtenis geen aanleiding geeft om rechten aan deze Rechtsbijstanddekking te ontfemen.

41.2.2. Indien de rechter verzekerde in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, zoals genoemd in artikel 36.2. en 36.3. van deze voorwaarden, vergoeden.

Artikel 42 Vervaltermijn

Alle vorderingen, die een verzekerde wegens het niet verlenen van rechtsbijstand of het geven van adviezen tegen het SRK geldend wenst te maken, vervallen na één jaar, te rekenen vanaf de dag, waarop verzekerde van de weigering kennis kreeg.

Artikel 43 Adres

Na aanmelding van een zaak bij het SRK dient verzekerde zorg te dragen dat zijn juiste adres steeds bij het SRK bekend is.

Hoofdstuk 9 Einde van de verzekering

Artikel 44 Einde van de verzekering

Onverminderd het elders in deze voorwaarden omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering bepaalde, eindigt de verzekering:

44.1. bij het overlijden van verzekerde;

44.2. bij het bereiken van de op het polisblad genoemde einddatum;

44.3. op de dag dat verzekerde zich in het buitenland vestigt;

44.4. op de dag dat verzekeringnemer of verzekerde in staat van faillissement is verklaard;

44.5. op een door de maatschappij te bepalen tijdstip indien verzekeringnemer ondanks herhaalde pogingen in gebreke blijft de premie te voldoen;

44.6. zodra verzekerde met betrekking tot de melding en/of behandeling van een schade opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onwaarachtige opgave doet en de maatschappij op grond hiervan de verzekering opzegt.

Hoofdstuk 10 Slotbepaling

Artikel 45 Overdracht van rechten

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.

N.B. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.

Klachten naar aanleiding van deze verzekering kunnen schriftelijk worden ingediend bij de maatschappij en/of bij de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen Postbus 93560, 2509 AN Den Haag