

Allianz Inkomensverzekeringen

Ongevallen Plus Arbeids- ongeschiktheidsverzekering

Verzekeringsvoorwaarden OAOV 09

Inhoudsopgave

Begripsomschrijvingen

- Artikel 1 Begripsomschrijvingen
- Artikel 2 Arbeidsongeschiktheid
- Artikel 3 Ongeval

Omvang van de dekking

- Artikel 4 Mededelingsplicht
- Artikel 5 Doel van de verzekering
- Artikel 6 Verzekerd bedrag
- Artikel 7 Vergoeding re-integratiekosten
- Artikel 8 Hulpverlening buitenland
- Artikel 9 Kosten rechtshulp
- Artikel 10 Eigen risicoperiode
- Artikel 11 Uitsluitingen

Arbeidsongeschiktheid en uitkering

- Artikel 12 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
- Artikel 13 Uitkering
- Artikel 14 Betaling van de uitkering
- Artikel 15 Einde uitkering
- Artikel 16 Verval van recht

Premie

- Artikel 17 Premiebetaling

Wijziging van de verzekering

- Artikel 18 Wijziging premie en voorwaarden
- Artikel 19 Risicowijzigingen
- Artikel 20 Omzetting naar Allianz AOV, Interval AOV of Essentie AOV
- Artikel 21 Verhogings- en verlagingsrecht

Slotbepalingen

- Artikel 22 Begin en einde verzekering
- Artikel 23 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering
- Artikel 24 Adres
- Artikel 25 Klachten
- Artikel 26 Geschillen
- Artikel 27 Privacybescherming

Bijzondere Voorwaarden Critical Illness

Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan en die als zodanig in de polis is vermeld.
- 1.2 Maatschappij
Allianz Nederland Schadeverzekering N.V., statutair gevestigd te Rotterdam.
- 1.3 Polis
De polis, de algemene voorwaarden, de van toepassing verklaarde bijzondere voorwaarden, de van toepassing verklaarde clausules en de polisaanhangsels.
- 1.4 Verzekerde
De in de polis genoemde persoon bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend voor zover daar, krachtens deze voorwaarden, recht op bestaat en die zelfstandig ondernemer of DGA is in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting.
- 1.5 Eerstejaarsrisico
Indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 2 betreft het eerstejaarsrisico een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van 365 dagen vanaf de dag waarop de arbeidsongeschiktheid is ontstaan.
- 1.6 Na-eerstejaarsrisico
Indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 2 betreft het na-eerstejaarsrisico de periode dat de verzekerde, vanaf de dag volgend op de periode zoals omschreven in artikel 1.5 nog arbeidsongeschikt is.
- 1.7 Inkomen
 - 1.7.1 Voor de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep: de belastbare winst uit onderneming en het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het gaat om de belastbare winst vóór ondernemersaftrek en MKB winstvrijstelling.
 - 1.7.2 Voor de directeur-groootaandeelhouder: het belastbare loon van de directeur-groootaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/verminderd met het aan de directeur-groootaandeelhouder toe te rekenen deel van de belastbare winst of het verlies van de BV.
- 1.8 Verzekerd bedrag
Het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld.
- 1.9 Eigen risicoperiode
De overeengekomen periode van arbeidsongeschiktheid waarover geen recht op een uitkering bestaat.
- 1.10 Wet WIA
Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.
- 1.11 Geldigheidsduur
De periode vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot het einde van de verzekering.

Artikel 2 Arbeidsongeschiktheid

- 2.1 Begrip Arbeidsongeschiktheid
Gedurende het eerste jaar is er sprake van arbeidsongeschiktheid als verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van zijn werkzaamheden door een rechtstreeks en op medische gronden vast te stellen, en naar objectief te meten gevolgen van een in de reguliere geneeskunde algemeen erkende ziekte en/of ongeval conform de gekozen uitkeringsdrempel, maar voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van zijn werkzaamheden. Onder arbeidsongeschiktheid in deze voorwaarden wordt ook toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 2.2 Beoordeling gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt altijd plaats op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid kan de keuze gemaakt worden voor beroepsarbeidsongeschiktheid of arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid. Dit kan bij het aangaan van de verzekering worden aangegeven en wordt op de polis vermeld.

- 2.3 Beroepsarbeidsongeschiktheid
In aanvulling op het in artikel 2.1 bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op de polis vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd.
- 2.3.1 Na het eerste jaar worden aanpassingen van de werkzaamheden en werkomstandigheden, evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf daarbij betrokken. Als de verzekerde binnen twee jaar na aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid zonder overleg met, en zonder schriftelijke toestemming van, de maatschappij zijn beroep of bedrijf beëindigt of zijn (aandeel in het) bedrijf verkoopt, wordt vanaf de datum van beëindiging of verkoop de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld op basis van passende arbeid.
- 2.4 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid
Onder passende arbeid wordt verstaan beroepswerkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Bij het op die manier vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid.
- 2.5 Perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, worden samengeteld. Bij de vaststelling van die periode van 4 weken en de periode van 365 dagen (zoals bedoeld in de artikelen 1.5 en 1.6) tellen perioden niet mee, waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling op grond van deze verzekering wordt genoten. De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de op de polis vermelde eigen risicoperiode.

Artikel 3 Begrip ongeval

- 3.1 Begrip ongeval
Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf en ongewild op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, dat rechtstreeks en zonder meewerking van andere oorzaken zijn overlijden of een geneeskundig vast te stellen letsel tot gevolg heeft.
- 3.2 Uitbreiding van het begrip ongeval
Onder ongeval wordt ook verstaan:
- 3.2.1 verdrinking, verstikking, verbranding, zonnesteek, warmtestuwing, inwerking van bijtende stoffen, bevroering, blikseminslag of andere elektrische ontlading;
- 3.2.2 verstuiking, verrekking, ontwrichting en verscheuring van spier- en peesweefsel;
- 3.2.3 acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen of stoffen;
- 3.2.4 wondinfectie of bloedvergiftiging, beide ontstaan in verband met een ongeval;
- 3.2.5 letsel, het overlijden of een aantasting van de gezondheid opzettelijk en tegen de wil van de verzekerde door een ander veroorzaakt;
- 3.2.6 besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen, ten gevolge van een onvrijwillige aanraking met water of een andere stof;
- 3.2.7 ontberingen door de verzekerde, geleden ten gevolge van een onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
- 3.2.8 complicaties en verergeringen optredende bij ten gevolge van een ongeval noodzakelijk geworden eerst hulpverlening en/of behandelingen, die door of op voorschrift van een arts zijn verricht;
- 3.2.9 miltvuur, schurft, ringworm, koepokken, mond- en klauwzeer en de ziekte van Bang.

Omvang van de dekking

Artikel 4 Mededelingsplicht

- 4.1 De verzekeringnemer en de verzekerde zijn altijd verplicht de door de maatschappij gestelde vragen en vragen van derden namens de maatschappij, onder meer in aanvraagformulieren, gezondheidsverklaringen en keuringsformulieren volledig en naar waarheid te beantwoorden.

- 4.2 Indien niet wordt voldaan aan bovengenoemde mededelingsplicht, kan de uitkering worden beperkt. Als de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gehandeld met opzet de maatschappij te misleiden of de maatschappij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten, dan kan de maatschappij de verzekering opzeggen. De maatschappij kan hierop een beroep doen, als zij daar de verzekeringnemer en/of de verzekerde binnen 6 maanden na de ontdekking op wijst.

Artikel 5 Doel van de verzekering

- 5.1 Deze verzekering heeft tot doel bij derving van inkomen aanspraak te verlenen op een periodieke uitkering, mits de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een bij het sluiten van de verzekering onzekere gebeurtenis in de zin van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek. Voor deze verzekering geldt dat er een keuzemogelijkheid is tussen het verzekeren van het eerstejaars en na-eerstejaarsrisico, of alleen het na-eerstejaarsrisico te verzekeren.
- 5.2 Indien gedurende de arbeidsongeschiktheid volgens het eerste- of na-eerstejaarsrisico inkomen wordt verkregen doordat buiten het eigen bedrijf een ander beroep dan het verzekerde beroep wordt uitgeoefend, wordt dit inkomen geheel of gedeeltelijk in mindering gebracht op de uitkering uit hoofde van deze verzekering totdat een inkomensniveau is bereikt dat gelijk is aan 80% van het gemiddelde inkomen van de verzekerde berekend over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Het buiten het bedrijf uitoefenen van een ander beroep dan het verzekerde beroep kan alleen plaatsvinden met schriftelijke toestemming van de maatschappij en mag de mate van arbeidsongeschiktheid in het verzekerde beroep niet verergeren en de mogelijkheden tot herstel of re-integratie binnen het eigen bedrijf niet belemmeren.

Artikel 6 Verzekerd bedrag

- 6.1 Het verzekerd bedrag voor het eerstejaarsrisico niet meer bedragen dan maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren, en niet meer zijn dan het op de polis vermeld maximum verzekerd bedrag, rekening houdend met elders lopende verzekeringen.
- 6.2 Indien op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering blijkt dat het verzekerde bedrag de hierboven omschreven maximale dekking overschrijft, heeft de maatschappij het recht om het verzekerd bedrag te verlagen tot deze maximale dekking. Indien de maatschappij van dit recht gebruik maakt, bestaat geen recht van restitutie van premie over een achteraf te hoog verzekerd bedrag.

Artikel 7 Vergoeding re-integratiekosten

- 7.1 Deze verzekering heeft tot doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces. Eventuele kosten worden door de maatschappij geheel of gedeeltelijk vergoed.
- 7.2 Voor het vergoeden van deze kosten gelden de volgende regels:
- Het gaat om redelijke kosten die noodzakelijkerwijs gemaakt moeten worden om arbeidsongeschiktheid te verminderen en het terugkeren in het arbeidsproces te bevorderen;
 - De kosten zijn gemaakt na voorafgaande beoordeling en goedkeuring door de maatschappij;
 - Er bestaat niet uit andere hoofde recht op vergoeding;
 - De kosten behoren niet tot de normale kosten van een geneeskundige behandeling.

Artikel 8 Hulpverlening in het buitenland

- 8.1 Indien de verzekerde in het buitenland arbeidsongeschikt wordt en hierdoor niet zelf in staat is naar Nederland terug te keren, vergoedt de maatschappij de kosten van noodzakelijk vervoer naar zijn woonplaats, en de kosten van noodzakelijke medische begeleiding. De noodzakelijkheid moet worden aangetoond door een schriftelijke verklaring van de behandelend arts, waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van te verwachten arbeidsongeschiktheid of invaliditeit ten doel heeft.

8.2 De repariëeringskosten worden niet vergoed indien blijkt dat de door deze verzekering gedekte kosten eveneens op (een) andere verzekering(en) zijn gedekt. Dan dekt de onderhavige verzekering uitsluitend het verschil in voorwaarden en uitkering met deze andere verzekering(en).

Artikel 9 Kosten rechtshulp

- 9.1 De verzekering voorziet in een vergoeding voor kosten van rechtshulp en de proceskosten.
- 9.2 Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:
- 9.2.1 Nadat de verzekeringnemer € 250 kosten van rechtsbijstand en/of gerechtelijke procedure heeft betaald, vergoedt de maatschappij 100% van de kosten tot een maximum van € 7.500 per gebeurtenis met inachtneming van het bepaalde in dit artikel;
- 9.2.2 De kosten welke voor vergoeding in aanmerking komen, zijn die kosten die direct verband houden met het verhalen van schade op een derde, met uitzondering van de maatschappij, die in direct verband staat met het veroorzaken van arbeidsongeschiktheid jegens de verzekerde, op grond van een onrechtmatige daad en daardoor tot schadevergoeding is verplicht;
- 9.2.3 Zodra zich een gebeurtenis heeft voorgedaan die aanleiding zou kunnen geven tot het aanspreken van een aansprakelijke derde, dient de verzekerde hiervan binnen 14 dagen na de gebeurtenis melding te doen aan de maatschappij.
- 9.3 Onder kosten van rechtsbijstand en gerechtelijke procedure wordt verstaan: declaraties van advocaten en procureurs, scheidslieden, deurwaarders, verkeers- en andere deskundigen, de gerechtskosten en de liquidatiekosten. Geliquideerde kosten tot vergoeding waarvan een derde jegens de verzekerde wordt veroordeeld, komen aan de maatschappij toe, voor zover door haar betaald.
- 9.4 De maatschappij is te allen tijde gerechtigd eerst zelf te proberen in der minne een voor de verzekerde bevredigend resultaat te bereiken. De maatschappij kan de vergoeding weigeren indien:
- 9.4.1 Zij of een door de maatschappij ingeschakelde advocaat van mening is dat een procedure geen enkele redelijke kans op succes biedt of dat door een procedure geen gunstiger resultaat kan worden bereikt dan in der minne mogelijk is gebleken;
- 9.4.2 Een aansprakelijke derde insolvent is gebleken;
- 9.4.3 Zij of een door de maatschappij ingeschakelde advocaat van mening is dat hoger beroep of cassatie niet tot een beter resultaat kan leiden. Indien achteraf blijkt dat toch een beter financieel resultaat wordt bereikt en de verzekerde de kosten daarvan zelf heeft gedragen, alsmede het bedrag waartoe de derde is veroordeeld ook van hem kan worden geïncasseerd, zal de maatschappij die kosten alsnog vergoeden.
- 9.5 Deze dekking geldt niet:
- 9.5.1 Indien blijkt dat de door deze verzekering gedekte kosten eveneens op (een) andere verzekering(en) is gedekt of daarop zou zijn gedekt indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan. Dan geldt dat er uitsluitend aanspraak gemaakt kan worden op een aanvullende uitkering ten opzichte van de uitkering van deze andere verzekering tot een maximum van € 7.500.
- 9.5.2 De wettelijk aansprakelijke derde woonachtig is in het buitenland.

Artikel 10 Eigen risicoperiode

De eigen risicoperiode is de periode dat de verzekerde arbeidsongeschikt is, maar waarover geen recht op uitkering bestaat. Deze eigen risicoperiode is vermeld op de polis en gaat in op de dag volgend op de dag, waarop door een erkend arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De eigen risicoperiode wordt slechts eenmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken. De eigen risicoperiode is uitsluitend van toepassing op het eerstejaarsrisico.

Artikel 11 Uitsluitingen

11.1 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien deze veroorzaakt of verergerd is door opzet of roekeloosheid van de verzekerde, de verzekeringnemer, dan wel door een bij de uitkering belanghebbende.

- 11.2 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien deze veroorzaakt of verergerd is door een ongeval dat de verzekerde is overkomen, terwijl hij een bloedalcoholgehalte van 0,8 promille of hoger had of een adem-alcoholgehalte van 350 microgram of hoger; dan wel door de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de maatschappij op grond van de toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van een verzekerde toerekenbaar overmatig alcoholgebruik.
- 11.3 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien deze veroorzaakt of verergerd is door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, anders dan op medisch voorschrift.
- 11.4 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien deze veroorzaakt of verergerd is door ongevallen die de verzekerde beneden de leeftijd van 24 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijtuig met een cilinderinhoud van 24 Kw of meer.
- 11.5 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt of verergerd is door molest. Onder molest wordt verstaan:
- Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt ook verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
 - Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van de staat betrokken is;
 - Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat gericht op het openbaar gezag;
 - Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - Mouterij: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Deze omschrijvingen vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponneerd onder nummer 136/1981 of eventuele vervanging daarvan.

- 11.6 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt of verergerd is door, opgetreden bij, of voortvloeit uit atoomkernreacties onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor arbeidsongeschiktheid veroorzaakt of verergerd 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 een door de bevoegde 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), evenals een kerninstallatie aan boord van een schip;
- 11.7 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien deze veroorzaakt of verergerd is door sportbeoefening, anders dan als amateur.
- 11.8 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid indien deze veroorzaakt of verergerd is gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

Arbeidsongeschiktheid en uitkering

Artikel 12 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 12.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, 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.
- 12.2 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de eigen risicoperiode of, indien deze termijn langer is dan 4 weken, binnen 4 weken aan de maatschappij mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de maatschappij het recht de eigen risicoperiode te verlengen met het aantal dagen dat de schademeldingstermijn is overschreden. Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 12.3 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aangewezen arts te doen onderzoeken, respectievelijk zich voor onderzoek te doen opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken.
- 12.4 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, alle door de maatschappij benodigde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Tevens is de verzekerde verplicht geen feiten of omstandigheden te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn.
- 12.5 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, de maatschappij onmiddellijk op de hoogte te brengen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid.
- 12.6 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, tijdig vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij vertrek naar het buitenland voor langer dan twee maanden. De maatschappij kan bij een verhoogd (medisch) risico en/of een afwijzend advies van een medisch adviseur/deskundige besluiten geen dekking te verlenen tijdens het verblijf in het buitenland. Dit betekent dat ook de toename van arbeidsongeschiktheid tijdens het verblijf in het buitenland niet gedekt is, ook niet bij terugkeer naar Nederland.
- 12.7 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad.
- 12.8 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden.
- 12.9 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de maatschappij het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid, dan wel de uitkering te beëindigen conform artikel 15.4;
- 12.10 De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid op verzoek van de maatschappij een opgave te doen van het inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren en de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.
- 12.11 Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde de verplichtingen uit deze verzekering niet nakomt, heeft de maatschappij het recht de verzekering aan te passen, dan wel te beëindigen indien haar belangen zijn geschaad of geschaad kunnen worden.

Artikel 13 Uitkering

- 13.1 Vaststelling van de uitkering
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 gegevens van de door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaren kenbaar heeft gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.
- 13.2 Omvang van de uitkering
Met inachtneming van de geldende indexering, bedraagt de uitkering bij arbeidsongeschiktheid van:
0 tot 45%: 0% van het verzekerd bedrag per jaar;
45 tot 55%: 50% van het verzekerd bedrag per jaar;
55 tot 65%: 60% van het verzekerd bedrag per jaar;
65 tot 80%: 75% van het verzekerd bedrag per jaar;
80 tot 100%: 100% van het verzekerd bedrag per jaar.
- 13.3 Duur van de uitkering
De periodieke uitkering wordt verstrekt gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid na het verstrijken van de eigen risicoperiode, behoudens de overige bepalingen in deze voorwaarden.
- 13.4 Toename arbeidsongeschiktheid
Indien de arbeidsongeschiktheid gedurende de uitkeringsperiode toeneemt ten gevolge van dezelfde ongevals oorzaak, wordt de uitkering berekend op basis van de eventueel reeds ingegane indexering.
- 13.5 Uitkeringsdrempel
De verzekeringnemer heeft de keuze uit een uitkeringsdrempel van respectievelijk 45%, 55%, 65% en 80%. Deze uitkeringsdrempels zijn voor de eerste- en na-eerstejaarsdekking onafhankelijk van elkaar te kiezen.
- 13.6 Indexering
De polis vermeldt of en op welke wijze de verzekering wordt geïndexeerd. Indien de uitkering wordt geïndexeerd, geldt dit uitsluitend voor de reeds ingegane uitkering. Het verzekerd bedrag blijft onveranderd. De uitkering wordt geïndexeerd tot maximaal de hoogte van het maximum verzekerd bedrag dat op de polis staat vermeld.

Artikel 14 Betaling van de uitkering

Verzekerd is een van dag tot dag te verkrijgen periodieke uitkering, die per dag – bij volledige arbeidsongeschiktheid – 1/365 gedeelte van het verzekerd bedrag per jaar bedraagt. De uitbetaling vindt telkens in maandelijkse periodes achteraf plaats. 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. De uitkering wordt altijd gedaan aan verzekeringnemer.

Artikel 15 Einde uitkering

De uitkering eindigt in de navolgende gevallen:

- 15.1 per de eerste dag dat de verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsdrempel arbeidsgeschikt is;
- 15.2 per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
- 15.3 op de datum van overlijden van de verzekerde met dien verstande dat na het overlijden de reeds ingegane uitkering nog gedurende drie maanden wordt uitbetaald, indien de verzekerde op de dag van overlijden gehuwd was of duurzaam samenwoonde. De uitkering geschiedt aan de echtgeno(o)t(e) of de partner van de verzekerde;
- 15.4 wanneer de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering (onder meer artikel 4 en 12) niet nakomt en daardoor de belangen van de verzekeraar schaadt.

Artikel 16 Verval van recht

- 16.1 Indien de verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, bij arbeidsongeschiktheid of zwangerschap onjuiste of misleidende gegevens verstrekt of laat verstrekken met het opzet de maatschappij te misleiden, vervalt elk recht uit hoofde van deze verzekering, tenzij de misleiding het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt.
- 16.2 Indien de verzekeringnemer niet binnen 1 jaar na de datum waarop zijn aanspraak is afgewezen, een rechtsvordering heeft ingesteld tegen deze schriftelijke mededeling van de maatschappij dat zij geen verplichtingen uit hoofde van de arbeidsongeschiktheid of zwangerschap van de verzekerde (meer) heeft, bestaat geen recht meer op enige aanspraak ten opzichte van de maatschappij met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid of zwangerschap van de verzekerde waarop de vordering was gegrond.
- 16.3 Ieder recht op uitkering krachtens deze verzekering vervalt indien de arbeidsongeschiktheid of zwangerschap niet binnen 3 jaar na het ontstaan is gemeld.

Premie

Artikel 17 Premiebetaling

- 17.1 Premiebetaling
De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen, maar uiterlijk op de 30e dag nadat zij verschuldigd worden.
- 17.2 Niet (tijdige) betaling
 - 17.2.1 Indien de verzekeringnemer de eerste termijnpremie niet binnen de betalingstermijn van 30 dagen voldoet of de incasso niet binnen die termijn slaagt, wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen.
 - 17.2.2 Indien de verzekeringnemer het verschuldigde premiebedrag niet volledig betaalt of weigert te betalen binnen de betalingstermijn van 30 dagen, zal de maatschappij de dekking opschorten met ingang van de 15e dag na dagtekening van de eerste herinnering. Gevallen van arbeidsongeschiktheid ontstaan op of na de dag waarop de dekking is opgeschort, blijven uitgesloten van de dekking. De verzekeringnemer dient het verschuldigde bedrag alsnog te allen tijde te betalen. Een gedeeltelijke betaling wordt niet beschouwd als betaling. De dekking gaat weer in op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag door de maatschappij is ontvangen en is aanvaard, mits geen arbeidsongeschiktheid bij de verzekeringnemer bekend is geworden in de periode na de premievervaldag en de dag waarop de dekking weer ingaat. De maatschappij behoudt het recht om tijdens de periode dat de dekking niet van kracht is de verzekering op te zeggen, indien de verzekeringnemer ook na een ingebrekestelling nalaat de premie te voldoen.
- 17.3 Incassokosten
Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten die door de maatschappij worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premie en de daarop betrekking hebbende wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer.
- 17.4 Terugbetaling premie
Bij tussentijdse beëindiging wordt de lopende premie naar billijkheid verminderd en aan de verzekeringnemer terugbetaald, behalve bij beëindiging van de verzekering wegens opzet van de verzekeringnemer de maatschappij te misleiden.
- 17.5 Verrekening
De maatschappij heeft het recht om de openstaande premies te verrekenen met de door de maatschappij verschuldigde uitkering na het verlopen van de genoemde termijn van 30 dagen.
- 17.6 Premievrijstelling
Zolang de verzekerde een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangt krachtens het na-eerstejaarsrisico, zal de maatschappij vanaf de 366e dag van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verlenen voor zowel het eerste als het na-eerstejaarsrisico naar evenredigheid van het uitkeringspercentage.
- 17.7 Over het jaar voordat de verzekerde de eindleeftijd heeft bereikt is uit hoofde van deze verzekering geen premie meer verschuldigd.

Wijziging van de verzekering

Artikel 18 Wijziging premie en voorwaarden

- 18.1 Indien de maatschappij haar premie en/of voorwaarden voor soortgelijke (groepen van) verzekeringen herziet, mag zij voorstellen dat ook deze verzekering aan de gewijzigde premie en/of voorwaarden wordt aangepast met ingang van de eerste premievervaldag na invoering daarvan. De maatschappij dient dit voorstel vóór die premievervaldag aan de verzekeringnemer te doen.
- 18.2 De verzekeringnemer wordt van wijzigingen in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij de aanpassing schriftelijk weigert binnen de in de kennisgeving genoemde termijn. Indien de verzekeringnemer schriftelijk aangeeft de wijzigingen te weigeren, dan eindigt de verzekering op de datum die in de kennisgeving door de maatschappij is genoemd. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering geldt niet indien:
 - de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
 - de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet-hogere premie inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijds grens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld.

Artikel 19 Risicowijzigingen

- 19.1 Verplichtingen bij wijziging van het beroep evenals van de daaraan verbonden werkzaamheden. De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de maatschappij direct op de hoogte te stellen, wanneer de verzekerde zijn beroep wijzigt of wanneer de daaraan verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden een verandering ondergaan. De verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, is tevens verplicht de maatschappij direct op de hoogte te stellen, wanneer hij in staat van faillissement wordt verklaard of surseance van betaling wordt verleend. De maatschappij heeft in deze gevallen het recht andere voorwaarden te stellen (waaronder wijziging van de premie of verlaging van het verzekerd bedrag) dan wel de verzekering te beëindigen. Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met deze andere voorwaarden, heeft hij het recht, binnen één maand na de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering wordt dan beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling van de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen. Als de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden niet is doorgegeven, blijft het recht op een uitkering bestaan als naar het oordeel van de maatschappij de hiervoor bedoelde risicowijziging:
 - 19.1.1 geen risicoverzwaren inhoudt;
 - 19.1.2 wel risicoverzwaren inhoudt, maar dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden:
 - met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of;
 - in verhouding van de voor de betreffende verzekering betaalde premie tot de premie die voor het nieuwe beroep verschuldigd zou zijn.
Als de risicowijziging van dien aard is dat de maatschappij de verzekering niet zou hebben voortgezet bij kennis van de ware stand van zaken, bestaat geen recht op uitkering.
- 19.2 Verplichtingen bij andere risicowijziging(en)
De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij direct op de hoogte te stellen, wanneer:
 - 19.2.1 de verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
 - 19.2.2 de verzekerde, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;
 - 19.2.3 de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de WIA of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;

- 19.2.4 de verzekerde onder een regeling als bedoeld in de 'Wet verplichte beroepspensioenregeling' of een soortgelijke regeling ter zake van derving van arbeidsinkomsten komt te vallen;
- 19.2.5 de verzekerde na het ingaan van deze verzekering in loondienst treedt;
- 19.2.6 de verzekeringnemer geen of minder verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van de artikel 5.
- 19.3 De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de maatschappij desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt. In al deze gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen (waaronder wijziging van de premie of verlaging van het verzekerd bedrag) dan wel de verzekering te beëindigen. Indien de verzekeringnemer met deze wijziging niet akkoord gaat, heeft hij het recht, conform artikel 22.3.2 binnen één maand na de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering wordt in dit geval beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling van de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Artikel 20 Omzetting naar Allianz AOV, Interval AOV of Essentie AOV

- 20.1 Op de 3e hoofdpremievaliddag na het ingaan van de verzekering heeft verzekeringnemer het recht om de Ongevallen Plus Arbeidsongeschiktheidsverzekering zonder medische waarborgen om te zetten in de Interval Arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Allianz Arbeidsongeschiktheidsverzekering of de Essentie Arbeidsongeschiktheidsverzekering, rekening houdend met de voor die verzekering geldende criteria.
- 20.2 Drie maanden voorafgaand aan deze hoofdpremievaliddag verzoekt de maatschappij de verzekeringnemer schriftelijk of hij hier gebruik van wenst te maken. Het recht vervalt uiterlijk nadat de hoofdpremievaliddag is verstreken en indien de verzekeringnemer op dat moment niet kenbaar heeft gemaakt hier gebruik van te willen maken.
- 20.3 Ten aanzien van het omzettingsrecht gelden de volgende voorwaarden:
- 20.3.1 De oorspronkelijke ingangsdatum blijft gehandhaafd;
- 20.3.2 Na omzetting is er een nieuwe contractstermijn van toepassing;
- 20.3.3 Zodra de verzekering is omgezet in de Allianz, de Interval, of de Essentie Arbeidsongeschiktheidsverzekering, geldt voor wat betreft de zwangerschapsdekking dat er niet opnieuw een periode van een jaar tussen de vermoedelijke bevallingsdatum en de omzettingsdatum moet liggen om recht te hebben op een uitkering.
- 20.4 Het hier genoemde omzettingsrecht is niet van toepassing indien:
- de verzekerde op het moment van de omzetting arbeidsongeschikt is of in de 6 maanden voorafgaande aan de omzetting arbeidsongeschikt is geweest;
 - de verzekerde op het moment van de omzetting 50 jaar en ouder is in geval van omzetting naar de Allianz Arbeidsongeschiktheidsverzekering of de Essentie Arbeidsongeschiktheidsverzekering;
 - de verzekerde op het moment van de omzetting 45 jaar en ouder is in geval van omzetting naar de Interval Arbeidsongeschiktheidsverzekering;
 - de verzekeringnemer de verzekerde bedragen, eindleeftijd, eigen risicoperiode, indexering en/of uitkeringsdrempel dusdanig wenst bij te stellen dat dit als risicoverzwaren door de maatschappij wordt aangemerkt.

Artikel 21 Verhogings- en verlagingrecht

- 21.1 Op iedere hoofdpremievaliddag na de ingangsdatum van de verzekering kunnen de verzekerde bedragen worden aangepast aan het gemiddeld jaarinkomen van de verzekerde over de drie voorgaande kalenderjaren.
- 21.2 De verzekeringnemer heeft jaarlijks het recht zonder geneeskundige waarborgen de verzekerde bedragen te verhogen met maximaal 10%. Dit vindt plaats op de hoofdpremievaliddag tegen de dan geldende premietarieven en voorwaarden. Als de verzekeringnemer gedurende 3 aaneengesloten jaren geen gebruik maakt van het verhogingsrecht en hij alsnog een verhoging aanvraagt, dan kan hij pas aanspraak maken op de hogere uitkering als arbeidsongeschiktheid optreedt na een periode van 6 maanden volgend op de verhogingsaanvraag. Indien tijdens die 6 maanden de maatschappij een uitkering doet vanwege arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, heeft de maatschappij het recht om de verhoging te laten vervallen met terugwerkende kracht per hoofdpremievaliddatum.

- 21.3 De verzekeringnemer heeft jaarlijks het recht zonder opgaaf van redenen de verzekerde bedragen met maximaal 10% te verlagen. Dit vindt plaats op de hoofdpremievaliddag. De verzekeringnemer dient uiterlijk 30 dagen voor de hoofdpremievaliddag zijn verzoek tot verlaging schriftelijk kenbaar te maken aan de maatschappij
- 21.4 Voor het verhogingsrecht gelden de volgende voorwaarden:
- de verzekerde is op dat moment en gedurende twee maanden voorafgaand aan de eerder genoemde hoofdpremievaliddag volledig arbeidsgeschikt;
 - de verzekerde is op dat moment en gedurende twee maanden voorafgaand aan de eerder genoemde hoofdpremievaliddag niet zwanger;
 - de verzekeringnemer respectievelijk verzekerde is verplicht een opgave te doen van het inkomen van de verzekerde over de afgelopen drie kalenderjaren en, indien de maatschappij daarom verzoekt, de benodigde financiële stukken ter inzage te verstrekken;
 - de verzekeringnemer dient uiterlijk 30 dagen voor de hoofdpremievaliddag zijn verzoek tot verhoging schriftelijk kenbaar te maken aan de maatschappij.
- 21.5 Het genoemde recht van verhoging/verlaging vervalt:
- per de hoofdpremievaliddag waarop de verzekerde de 55-jarige leeftijd heeft bereikt;
 - bij niet tijdige premiebetaling.
- 21.6 De maatschappij kan de bedoelde verhogingen geheel of gedeeltelijk weigeren indien door toepassing van deze verhoging de maximaal verzekerde bedragen zouden worden overschreden. Het maximum verzekerd bedrag wordt op de polis vermeld.

Slotbepalingen

Artikel 22 Begin en einde verzekering

- 22.1 De verzekering vangt aan op de in de polis genoemde ingangsdatum.
- 22.2 De verzekering wordt aangegaan voor de in de polis genoemde contractduur en wordt, indien er geen opzegging, zoals bedoeld in dit artikel, plaatsvindt door een van de partijen, telkens stilzwijgend verlengd met de in de polis genoemde contracttermijn. De verzekering eindigt in ieder geval op de overeengekomen en in de polis vermelde eindleeftijd en bij overlijden van de verzekerde.
- 22.3 Opzegging door de verzekeringnemer
- 22.3.1 Vanaf 1 jaar na de in de polis vermelde ingangsdatum kan de verzekeringnemer de verzekering dagelijks schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van 1 maand.
- 22.3.2 De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen als de verzekeringnemer aanpassing van de verzekering aan de gewijzigde premie en voorwaarden conform artikel 18 of 19 weigert. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van de maatschappij ingaat, maar niet eerder dan 30 dagen na de datum van dagtekening van de bedoelde mededeling van de maatschappij.
- 22.3.3 De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 2 maanden, nadat de maatschappij hem schriftelijk heeft medegedeeld dat de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden bij het aangaan van de verzekering. De verzekering eindigt op de door de verzekeringnemer genoemde datum of, indien geen datum genoemd wordt, op de datum van opzegging.
- 22.4 Opzegging door de maatschappij
- 22.4.1 De maatschappij kan de verzekering schriftelijk opzeggen als de verzekeringnemer of verzekerde zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering niet nakomt en daardoor de belangen van de maatschappij schaadt of zou kunnen schaden.
- 22.5 De maatschappij en de verzekeringnemer kunnen de verzekering schriftelijk opzeggen tegen de datum dat de verzekerde zijn woonplaats buiten Nederland heeft.
- 22.6 Behalve de in de artikelen 4, 12, 17, 19 en 22.4 van deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de maatschappij.

Artikel 23 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Indien de verzekering wordt beëindigd, hetzij door de verzekeringnemer hetzij door de maatschappij, overeenkomstig het in de artikelen 19 en 22 (uitgezonderd 22.4) bepaalde, gebeurt dit met inachtneming van de rechten op een reeds ingegane uitkering. Beëindiging van de verzekering om de in de artikelen 4 en 17 genoemde redenen, zal ook leiden tot einde van de uitkering.

Bij toename van de arbeidsongeschiktheid na beëindiging van de verzekering zal geen verhoging van het uitkeringspercentage plaatsvinden. Verlaging van het uitkeringspercentage bij vermindering van de arbeidsongeschiktheid zal wel worden doorgevoerd.

Artikel 24 Adres

Een adreswijziging van de verzekeringnemer moet zo snel mogelijk doorgegeven te worden aan de maatschappij. Kennisgevingen door de maatschappij worden geacht rechtsgeldig te worden gedaan, indien deze worden gedaan aan het laatst bij de maatschappij bekende adres van de verzekeringnemer of aan het adres van de bemiddelaar, door wiens bemiddeling de verzekering loopt.

Artikel 25 Klachten

Geschillen en/of klachten over de bemiddeling, de totstandkoming en de uitvoering van de verzekering kunnen worden voorgelegd aan de directie van de maatschappij. De geschillen en/of klachten zullen zoveel mogelijk in overleg met de betrokkenen geprobeerd te worden opgelost. Als deze klachtenafhandeling niet leidt tot een voor de verzekeringnemer bevredigend resultaat, dan kan de klacht worden voorgelegd aan:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
www.kifid.nl

Artikel 26 Geschillen

Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen. De rechter in Rotterdam of Amsterdam is de bevoegde rechter om over eventuele geschillen uitspraak te doen.

Artikel 27 Privacybescherming

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar geregistreerd en verwerkt. De verzekeraar gebruikt deze gegevens voor de acceptatie en de uitvoering van deze overeenkomst, voor statische analyses, voor het voorkomen en bestrijden van fraude en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing alsmede de "Gedragscode verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen". In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kan worden opgevraagd bij:

Verbond van Verzekeraars
Postbus 93450
2509 AL Den Haag
www.verzekeraars.nl

BIJZONDERE VOORWAARDEN CRITICAL ILLNESS

Deze bijzondere voorwaarden zijn van toepassing indien dit uitdrukkelijk uit de polis blijkt en vormen één geheel met de algemene voorwaarden.

Inhoudsopgave

Aanvullende begripsomschrijvingen

Artikel 28 Critical Illness

Omvang van de dekking

Artikel 29 Periodieke uitkering bij Critical Illness

Artikel 30 Aanvullende bijzondere uitsluitingen

Artikel 31 Samenloop uitkeringen

Aanvullende begripsomschrijving

Artikel 28 Critical Illness

Onder Critical Illness worden uitsluitend de volgende aandoeningen verstaan:

28.1 Hartinfarct:

Het afsterven van een gedeelte van de hartspier als gevolg van ontoereikende bloedtoevoer naar het relevante gebied. De diagnose welke door een specialist moet zijn gesteld dient te voldoen aan alle hieronder staande criteria:

28.1.1 een voorgeschiedenis van kenmerkende pijn op de borst;

28.1.2 veranderingen op het electrocardiogram;

28.1.3 verhoging van infarct specifieke enzymen, Troponine of andere biochemische markers.

Niet onder hartinfarct wordt verstaan een Non-ST-segment verhoogd hartinfarct (NSTEMI) met verhoging van troponine I of T of andere acute coronair syndromen.

28.2 Beroerte:

Elk cerebrovasculair accident dat een neurologisch gevolg heeft dat langer dan 24 uur aanhoudt inclusief een infarct van hersenweefsel, bloeding en embolisatie vanuit een buiten de schedel gelegen bron. De diagnose moet bevestigd worden door zowel kenmerkende klinische symptomen als ook een CT-scan van de hersenen. Een beroerte moet resulteren in een neurologisch tekort met permanente en onomkeerbare ongeschiktheid van het leven van verzekerde. Bewijs van het vorenstaande moet van ten minste 3 maanden worden overgelegd.

Uitgesloten zijn:

- Transient ischemische attacks (TIA);
- Neurologische symptomen veroorzaakt door migraine;
- Hersenletsel (beschadiging) als gevolg van een ongeval.

28.3 Nierinsufficiëntie:

Terminale nierziekte zich openbarend als chronische onherroepelijk falen van beide nieren in functioneren, als gevolg waarvan of regelmatig nierdialyse (hemodialyse of peritoneale dialyse) is begonnen of niertransplantatie is uitgevoerd.

28.4 Kanker:

Een ziekte die zich kenmerkt door de aanwezigheid van een kwaadaardige tumor, gekarakteriseerd door een abnormale groei en verspreiding van kwaadaardige cellen en het zich verspreiden van weefsel. De ziekte moet vastgesteld zijn door middel van histologisch onderzoek. Het begrip kanker behelst ook leukemie en kwaadaardige ziekte van het lymfatisch systeem, zoals de ziekte van Hodgkin.

Uitgesloten zijn (niet onder kanker wordt verstaan):

- ieder stadium van CIN (cervicale intraepitheliale neoplasie);
- iedere premaligne tumor;
- iedere niet-invasieve kanker (kanker in-situ);
- prostaatcancer stadium 1 (T1a, 1b, 1c);
- alle vormen van huidkanker en het maligne melanoom stadium 1A (T1A, N0 M0);

- iedere kwaadaardige tumor in de aanwezigheid van elk type Humaan Immunodeficientie

Virus;

- de ziekte van Hodgkin en non-Hodgkin lymfoom volgens de Ann Arbor classificatie, stadium I;
- leukemie, anders dan chronisch lymfatische leukemie zodra gegeneraliseerde uitzaaiing van leukemiecellen in het bloedvormende beenmerg ontbreekt;
- chronische lymfatische leukemie met een lager stadium dan RAI stadium I of lager dan BINET stadium A-I.

28.5 Multiple Sclerose:

De ontegenzeggelijke diagnose van Multiple Sclerose is vastgesteld door een bevoegd neuroloog. De ziekte dient zowel te worden aangetoond door de kenmerkende symptomen van demyelinisatie en invaliditeit van motorische en sensibele functies als door kenmerkende MRI bevindingen. De verzekerde dient neurologische afwijkingen te vertonen, die tenminste aan één van onderstaande voorwaarden voldoen:

- De neurologische afwijkingen hebben bestaan gedurende een ononderbroken periode van tenminste 6 maanden;
- De neurologische afwijkingen hebben tenminste twee klinisch gedocumenteerde episoden gehad die tenminste een maand na elkaar zijn opgetreden;
- De neurologische afwijkingen hebben tenminste één klinisch gedocumenteerde episode gehad van tezamen met kenmerkende bevindingen in zowel de liquor (ruggenmergvocht) als ook specifiek cerebrale MRI laesie(s).

Omvang van de dekking

Artikel 29 Periodieke uitkering Critical Illness

29.1 Doel van deze dekking

Deze dekking heeft tot doel, met inachtneming van de algemene en van toepassing verklaarde bijzondere voorwaarden, aanspraak te verlenen op een periodieke uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een Critical Illness, voor zover deze Critical Illness is ontstaan na de ingangsdatum en gedurende de geldigheidsduur van de verzekering. Uitkering wordt verleend na het verstrijken van de eigen risicoperiode en overeenkomstig de mate van arbeidsongeschiktheid.

29.2 Uitkering

In aanvulling op de algemene voorwaarden geldt voor de periodieke uitkering dat een uitkering conform artikel 13 naar de mate van arbeidsongeschiktheid zal worden uitgekeerd, zodra bij verzekerde de diagnose van een Critical Illness wordt gesteld.

Artikel 30 Aanvullende bijzondere uitsluitingen

Geen recht op uitkering bestaat indien de verzekerde binnen 90 dagen na ingangsdatum van de verzekering getroffen wordt door een van de in de polis genoemde Critical Illnesses.

Artikel 31 Samenloop uitkeringen

Ingeval van samenloop van dekkingen geldt dat bij een Critical Illness die ook valt onder de definitie van een ongeval, de periodieke uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een Critical Illness vervalt.

