

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Werknemer:

degene die in dienst van verzekeringnemer op basis van een arbeids-overeenkomst arbeid verricht en op grond daarvan verzekerd is ingevolge de WIA, alsmede de ex-werknemer, die op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid in dienst was bij de verzekeringnemer en op grond daarvan was verzekerd ingevolge de WIA. Onder het werknemerbegrip vallen niet werknemers, die geen gezags-verhouding als bedoeld in het Burgerlijk Wetboek hebben, zoals Directeuren-Grootaandeelhouder.

Verzekerd bedrag:

het bedrag waarvoor verzekeringnemer in een verzekeringsjaar dekking wordt verleend. Het begrip verzekerd bedrag wordt op het polisblad nader omschreven.

Loonsom:

de loonsom is de optelling van het overeengekomen vaste loon in geld zonder aftrek van loonbelasting, sociale en overige premies per afgesproken tijdsperiode per werknemer (periodeloon), dat jaarlijks door verzekeringnemer wordt uitbetaald. Tot de loonsom wordt niet gerekend het loon betaald aan werknemers voor wie geen loondoor-betalingsplicht geldt.

Opslagpercentage:

het opslagpercentage is een procentuele verhoging van de loonsom. Met het opslagpercentage kan de loonsom worden verhoogd, zodat in de verzekerde loonsom rekening wordt gehouden met de vakantietoelage en, indien van toepassing, de dertiende maand en andere structurele verhogingen van het loon van werknemers. Indien de maatschappij daarom verzoekt dient een onderbouwing van de hoogte van het opslagpercentage te worden gegeven, waaruit blijkt dat het opslagpercentage in verhouding staat tot de loondoor-betalingsverplichting. Indien de onderbouwing niet tot genoegen van de maatschappij wordt gegeven, heeft de maatschappij het recht het opslagpercentage niet te accepteren.

Verzekerde loonsom:

de loonsom waarvoor verzekeringnemer in een verzekeringsjaar dekking wordt verleend. De verzekerde loonsom is gelijk aan de loonsom verhoogd met de door verzekeringnemer aangegeven opslagpercentages. De uitwerking van het begrip loonsom staat op het polisblad. Bij de bepaling van de verzekerde loonsom wordt per werknemer uitsluitend het periodeloon inclusief opslagpercentages tot € 100.000,- in aanmerking genomen.

Ongeschiktheid tot werken:

ongeschiktheid tot werken is aanwezig indien de werknemer door ziekte of ongeval niet in staat is de tussen hem en de werkgever overeengekomen arbeid te verrichten.

Premiepercentage:

de premie per € 100,- verzekerde loonsom.

Arbodienst:

de gecertificeerde deskundige dienst(en) als bedoeld in de Arbeids-omstandighedenwet.

Accountant:

een registeraccountant (RA) of een Accountant-Administratie-consultant (AA).

UWV:

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

Loondoorbetalingsplicht:

de verplichting tot doorbetaling van het loon bij ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek en hetgeen daaromtrent in de arbeidsovereen-

komst is bepaald, met inbegrip van de verplichting tot loondoorbetaling aan nagelaten betrekkingen van de werknemer. Voor de toepassing van deze polis wordt de loondoorbetalingsplicht geacht betrekking te hebben op het verzekerde loon zoals op het polisblad onder verzekerd bedrag vermeld staat.

Eigen risicoperiode:

de op het polisblad vermelde periode waarover de verzekeringnemer geen recht heeft op een uitkering uit hoofde van deze verzekering.

Arbo-arts:

de arts, die bij de Arbodienst, waarmee de verzekeringnemer een contract heeft afgesloten, is belast met de medische begeleiding van de werknemer, die ongeschikt tot werken is.

Arbeidsdeskundige:

de geregistreerde deskundige die beoordeelt welke functies een werknemer, gegeven bepaalde medische beperkingen, nog kan verrichten.

Wet REA:

Wet op (re)integratie arbeidsgehandicapten.

WIA:

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

WGA:

Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten.

IVA:

Regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten.

Click & Claim:

de internettoepassing, waardoor verzekeringnemer de voor de uitvoering van deze verzekering relevante werknemersgegevens beschikbaar stelt aan de maatschappij en waardoor verzekeringnemer meldingen en uploads aan de maatschappij en andere door verzekeringnemer aangewezen partijen, waaronder de Arbodienst, verstrekt.

Capability:

Capability bv de organisatie die samen met de maatschappij het VerzuimHerstelPlan uitvoert en daarbij verantwoordelijk is voor de Arbodienstverlening en de verzuimbegeleiding.

Artikel 2 Strekking van de verzekering

De verzekering heeft tot doel de verzekeringnemer schadeloos te stellen voor de loondoorbetaling bij ongeschiktheid tot werken aan zijn werknemers, één en ander met inachtneming van het in deze Bijzondere Voorwaarden en op het polisblad bepaalde.

Artikel 3 Eigen risicoperiode per ziektegeval

De eigen risicoperiode per ziektegeval is de periode gedurende welke de loondoorbetaling niet krachtens deze verzekering is gedekt. Deze periode vangt aan op de eerste dag van ongeschiktheid tot werken. De duur van de eigen risicoperiode per ziektegeval wordt uitgedrukt in kalenderdagen en staat op het polisblad vermeld. Voor het bepalen van deze periode worden perioden van ongeschiktheid tot werken, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen, samengeteld.

Indien de melding aan de Arbodienst niet binnen een dag is gedaan, dan zal de dag van melding als eerste dag van ongeschiktheid tot werken worden aangehouden.

Artikel 4 Uitsluitingen

1. Aan de werknemer gerelateerde uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering indien de werknemer:

- recht kan doen gelden op een uitkering krachtens de IVA;
- aanspraak kan maken op een uitkering krachtens de Ziektewet;
- aanspraak kan maken op een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling krachtens de Wet Arbeid en Zorg, ook indien deze uitkering is gemaximeerd, dan wel gedurende een periode van verlof uit hoofde van de Wet Arbeid en Zorg;
- de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt;
- voor een periode van langer dan een maand in het buitenland te werk is gesteld en de eerste dag van ongeschiktheid tot werken in de periode valt, waarin de werknemer in het buitenland verblijft;
- niet bereid is de overeengekomen arbeid te verrichten, waartoe hij door de Arbo-arts/arbeidsdeskundige in staat wordt geacht;
- rechtens van zijn vrijheid is beroofd.

2. Aan de verzekeringnemer gerelateerde uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering indien de verzekeringnemer:

- de adviezen van de Arbodienst niet opvolgt en zich niet strikt houdt aan de wettelijke verplichtingen;
- niet verplicht is tot het doen van een loondoorbetaling;
- met betrekking tot de ongeschiktheid tot werken van de werknemer en/of de loondoorbetaling opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet;
- nalaat de werknemer passende arbeid aan te bieden, terwijl dit in redelijkheid van hem verlangd kon en mocht worden;
- de werknemer niet in staat stelt de overeengekomen arbeid, waartoe hij door de Arbo-arts/ arbeidsdeskundige in staat wordt geacht, te verrichten.

3. Algemene uitsluitingen

Naast de algemene uitsluitingen genoemd in de Algemene Voorwaarden wordt geen uitkering verleend, indien de oorzaak van de schade is ontstaan, bevorderd, of verergerd door opzet of roekeloosheid van de verzekeringnemer, verzekerde of een bij de uitkering belanghebbende.

De uitsluiting in de Algemene Voorwaarden dat geen uitkering wordt verleend indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit atoomkernreacties, geldt niet ingeval de schade voortvloeit uit een onjuiste medische behandeling van de werknemer met radioactieve straling.

4. Aansprakelijke derde

Geen recht op uitkering bestaat voor loondoorbetaling waarvan de daaraan ten grondslag liggende ongeschiktheid tot werken is veroorzaakt door een wettelijk aansprakelijke derde, die jegens verzekeringnemer uitsluitend op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht.

De maatschappij zal een voorschot betalen aan verzekeringnemer dat gelijk is aan de uitkering waarop recht zou bestaan, wanneer er geen aansprakelijke derde zou zijn. Zodra vaststaat welk bedrag is verhaald, dan wel de verhaalsactie om andere redenen is afgerond, wordt de definitieve vergoeding vastgesteld en verrekend met het verstrekte voorschot.

5. Inloopriscico

Geen uitkering wordt verleend ten aanzien van gevallen van ongeschiktheid tot werken, welke reeds bestaan ten tijde van het ingaan van de verzekering en/of bij aanvang van het dienstverband.

6. Einde van de uitkering

De uitkering per werknemer eindigt:

- als de op het polisblad omschreven uitkeringsduur is verstreken, maar uiterlijk na 104 weken;
- op de dag waarop de werknemer niet meer ongeschikt tot werken is;
- op de dag waarop een arbeidscontract voor bepaalde tijd eindigt, met inachtneming van de maximale uitkeringsduur;
- op de dag waarop het dienstverband van de werknemer bij verzekeringnemer wordt beëindigd;
- op de eerste dag van de maand waarin de werknemer de 65-jarige leeftijd bereikt;
- op de dag waarop de werknemer vrijwillig toetreedt tot een (deeltijd) VUT- of pre-pensioenregeling;

- op het moment dat de werknemer recht kan doen gelden op een uitkering krachtens de IVA. Ingeval van een partiële uitkering uit hoofde van de WGA kan een aanvullende uitkering worden verstrekt;
- op de dag van overlijden van de werknemer;
- op het moment dat de verzekering wordt beëindigd, met inachtneming van het gestelde in artikel 5 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden.

Bij overlijden van de werknemer wordt een uitkering gedaan ter grootte van 30 kalenderdagen waarbij geen rekening wordt gehouden met de eigen risicoperiode.

Artikel 5 Duur en einde van de verzekering

In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden en deze Bijzondere Voorwaarden gelden de volgende bepalingen:

1. Beëindiging van de verzekering:

- de verzekering wordt op verzoek van verzekeringnemer beëindigd indien de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger te kennen heeft gegeven de verzekering na fusie of bedrijfsovername van het bedrijf van verzekeringnemer niet te willen voortzetten per de datum van fusie of overname. De fusie of overname dient schriftelijk te worden aangetoond;
- de verzekering wordt op verzoek van de maatschappij beëindigd indien de maatschappij de verzekering met onmiddellijke ingang opzegt, omdat de verzekeringnemer met betrekking tot de ongeschiktheid tot werken van een werknemer opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft en/of een onware opgave doet;
- verzekeringnemer en de maatschappij hebben het recht de verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen indien:
 - verzekeringnemer surséance van betaling aanvraagt;
 - verzekeringnemer in staat van faillissement wordt gesteld;
 - verzekeringnemer faillissement aanvraagt;
 - verzekeringnemer wordt ontbonden of haar rechtspersoonlijkheid verliest of wijzigt;
 - verzekeringnemer een beroep doet op de Wet op de Schuldsanering Natuurlijke Personen ofwel indien deze wet op hem van toepassing wordt verklaard;
 - het verzekerbaar belang van de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan door bedrijfsbeëindiging. De verzekering eindigt in dat geval per de datum van de bedrijfsbeëindiging. Van de bedrijfsbeëindiging dient een bewijs van uitschrijving door de Kamer van Koophandel te worden overlegd;
 - het verzekerbaar belang van de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan, omdat het bedrijf niet langer werknemers in dienst heeft. In dat geval eindigt de verzekering per de datum van ontslag van de laatste werknemer. Hiertoe dient een bewijs van afmelding bij UWV te worden overlegd. Indien de verzekeringnemer tijdelijk geen werknemers in dienst heeft, kan de verzekering worden opgeschort voor een periode van maximaal 6 maanden, zonder dat tussentijds het recht ontstaat op teruggave van de reeds betaalde voorschotpremie. Als binnen 6 maanden opnieuw werknemers worden aangenomen, dan wordt de dekking weer van kracht.

2. Uitloopriscico:

- beëindiging van de verzekering geschiedt onverminderd de rechten ter zake van voor beëindiging van de verzekering begonnen ongeschiktheid tot werken, tenzij:
 - het beëindigen door de maatschappij op grond van artikel 10 lid 2 van deze Bijzondere Voorwaarden betreft;
 - de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger verzoekt de verzekering te beëindigen omdat er sprake is van bedrijfsovername of fusie;
 - het beëindigen bij faillissement of betalingsonmacht betreft;
- indien de uitkering uit hoofde van dit artikel eindigt bij herstel van de betreffende werknemer, dan zal een eventuele hernieuwde periode van ongeschiktheid tot werken, ook indien deze binnen 4 weken na het herstel begint, niet leiden tot een uitkering uit hoofde van deze verzekering.

Artikel 6 Verplichtingen van de verzekeringnemer

1. Werknemersgegevens

De verzekeringnemer is verplicht om elke eerste werkdag van de maand een upload uit te voeren, zoals bedoeld in de Voorwaarden Click & Claim. De maatschappij behoudt zich het recht voor een verificatie van deze uploads te vragen aan verzekeringnemer.

2. Reïntegratie

De verzekeringnemer zal binnen het kader van zijn mogelijkheden al het nodige doen teneinde te bewerkstelligen dat een werknemer, voor wie de maatschappij een uitkering verricht, kan terugkeren in het arbeidsproces en ziet erop toe dat de werknemer alles nalaat wat zijn reïntegratie zou kunnen vertragen of verhinderen. Tevens zal de verzekeringnemer binnen het kader van zijn mogelijkheden al het nodige doen, teneinde te bewerkstelligen dat de werknemer medewerking verleent aan het reïntegratieproces.

3. Meldingen

De verzekeringnemer is verplicht de ongeschiktheid tot werken van een werknemer te melden op de eerste dag dat de ongeschiktheid tot werken zich voordoet. De melding vindt plaats conform het bepaalde in de Voorwaarden Click & Claim.

Indien de melding niet wordt gedaan op de eerste dag van ongeschiktheid tot werken, dan zal de eigen risicoperiode als bedoeld in artikel 3 van deze Bijzondere Voorwaarden ingaan op de dag van de daadwerkelijke melding.

Van de melding zal een verzekeringnemer een bevestiging ontvangen. Indien een melding niet door de maatschappij is ontvangen, zal toch de eerste dag van ongeschiktheid tot werken worden aangehouden indien verzekeringnemer de bevestiging van zijn melding kan tonen.

De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij onverwijld op de hoogte te stellen van het uitblijven van de bevestiging. In dit geval zal als eerste dag van ongeschiktheid tot werken de dag van melding van het uitblijven van de bevestiging worden aangehouden. Indien verzekeringnemer bij de bepaling van de hoogte van een uitkering uit hoofde van deze verzekering bekend wordt met het feit dat een melding niet is verwerkt, is hij verplicht dit onverwijld aan de maatschappij te melden.

4. Begeleiding door Capability

De verzekeringnemer en de werknemer zijn verplicht zich te houden aan alle wettelijke voorschriften (onder andere Wet Verbetering Poortwachter), voorschriften van de maatschappij en voorschriften van Capability ter zake van de ongeschiktheid tot werken in het algemeen en de ongeschiktheid tot werken van de betrokken werknemer in het bijzonder.

5. Kennisgevingen

De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij onverwijld, maar in ieder geval binnen 2 maanden in kennis te stellen van:

- het aanvragen van surséance van betaling, het verkeren in staat van faillissement of het anderszins verkeren in een staat waarin hij niet meer aan zijn verplichtingen in het kader van de loondoorbetaling bij ziekte, zoals omschreven in het Burgerlijk Wetboek, voldoet of kan voldoen;
- het beëindigen van het contract met Capability dan wel het aangaan van een contract met een andere Arbodienst. Indien het contract met Capability wordt beëindigd, zal de maatschappij deze verzekering omzetten in een Verzuimverzekering met C&C.

6. Risicowijzigingen

De verzekeringnemer is verplicht om zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk aan de maatschappij schriftelijk melding te doen, indien de verzekeringnemer andere bedrijfsactiviteiten gaat voeren met een duidelijk verhoogd risico op ziekteverzuim. In deze gevallen heeft de maatschappij het recht het premiepercentage en/of voorwaarden te herzien dan wel de verzekering te beëindigen. Indien de verzekeringnemer met deze wijziging niet

akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen één maand na de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen.

De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de wijziging van de omstandigheden heeft plaatsgevonden.

7. Niet doorgeven risicowijziging

Indien verzekeringnemer een risicowijziging niet aan de maatschappij heeft gemeld, zal de maatschappij, wanneer verzekeringnemer een schademelding doet, eveneens beoordelen of de risicowijziging een risicoverzwaren inhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzwaren blijft het recht op uitkering gehandhaafd.

Indien er wel sprake is van een risicoverzwaren die ertoe leidt dat de verzekering slechts tegen een verhoogd premiepercentage zou worden voortgezet, geschiedt de uitkering in verhouding van de betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzwaren is verschuldigd.

Indien een niet tijdig gemelde risicoverzwaren naar het oordeel van de maatschappij van dien aard is, dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op uitkering.

8. Medewerking

Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in lid 1 t/m 6 genoemde verplichtingen.

De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer deze verplichtingen niet nakomt en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad, geen uitkering te verlenen.

Artikel 7 Ondersteuning bij reïntegratie

De maatschappij en Capability bieden voor de gevallen van ongeschiktheid tot werken, die onder de dekking van deze verzekering vallen, ondersteuning aan verzekeringnemer.

De ondersteuning kan op de volgende manieren worden gegeven.

1. Informatie en advies

Verzekeringnemer en diens werknemer kunnen informatie en advies krijgen over onderwerpen, die verband houden met verzuimbeheersing en reïntegratie.

2. Bijdragen in de kosten van de reïntegratieactiviteit

In de Voorwaarden Reïntegratievergoedingen is bepaald welke vergoeding uit hoofde van deze verzekering wordt gegeven bij de uitvoering van reïntegratieactiviteiten.

Indien de financiering van de kosten van een urgente reïntegratieactiviteit voor verzekeringnemer op onoverkomelijke financiële bezwaren stuit, kan de maatschappij een voorschot op grond van de te verwachten financiële tegemoetkoming op grond van de Wet REA verstrekken aan verzekeringnemer.

Dit voorschot wordt verrekend op het moment dat UWV de financiële tegemoetkoming op grond van de Wet REA daadwerkelijk heeft verstrekt.

Artikel 8 Uitkeringen

1. Betaling van de uitkering

De vaststelling van de door de maatschappij te verlenen uitkering uit hoofde van deze verzekering zal eens per maand plaatsvinden. De betaling van de uitkering vindt zo spoedig mogelijk na de vaststelling plaats.

2. Vaststelling van de hoogte van de uitkering

De hoogte van de uitkering wordt per werknemer vastgesteld voor iedere kalenderdag, gelegen na de eigen risicoperiode, waarover de verzekeringnemer op grond van de loondoorbetalingsplicht loon heeft betaald, op basis van het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerd loon per kalenderdag.

Als eerste ziekte­dag wordt de dag genomen, waarop de werknemer ongeschikt tot werken is geworden en de werknemer daadwerkelijk zijn werkzaamheden op grond van zijn arbeidsovereenkomst had moeten uitvoeren.

Bij de berekening van het tijdvak waarover maximaal een uitkering wordt verstrekt, worden periodes van ongeschiktheid tot werken samengeteld, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen.

Bij het vaststellen van de hoogte van de uitkering gelden in de volgende situaties de volgende bepalingen:

- loon dat meer bedraagt dan hetgeen op het polisblad staat vermeld als maximaal dekkingsbedrag per werknemer per jaar blijft buiten beschouwing bij de bepaling van de uitkering;
- de uitkering wordt verminderd met de bedragen die de verzekeringnemer op het doorbetaalde loon mocht inhouden vanwege aan de werknemer toekomende uitkeringen of inkomsten uit arbeid;
- over dagen waarop slechts gedeeltelijk loon is doorbetaald dan wel dat er sprake is van gedeeltelijke ongeschiktheid tot werken, wordt de uitkering naar rato vastgesteld;
- indien en voor zover er sprake is van (gedeeltelijke) werkhervatting op therapeutische basis, dan wordt in ieder geval na 4 weken, te rekenen vanaf de datum van (gedeeltelijke) werkhervatting geen uitkering meer gegeven voor de loondoorbetaling voor het deel van de dag waarop therapeutisch wordt gewerkt.

3. Verplichtingen

De verzekeringnemer is verplicht met Click & Claim binnen een dag te melden dat een werknemer ongeschikt tot werken is geworden en niet in staat is de tussen hem en de werkgever overeengekomen arbeid te verrichten. Tevens dienen met Click & Claim bijzonderheden van het geval van ongeschiktheid tot werken te worden aangegeven, zoals de mate van ongeschiktheid tot werken, eventueel rekening houdend met therapeutische werkhervatting, verhaalsmogelijkheden en aanspraken uit wettelijk regelingen. Van iedere wijziging in de mate van ongeschiktheid tot werken dient met Click & Claim op de dag van de wijziging te worden gemeld.

Indien de maatschappij daarom verzoekt dient een nadere specificatie van de loonsommen per werkgever alsmede nadere informatie over het geval van ongeschiktheid tot werken te worden verstrekt.

Nadere bepalingen met betrekking tot de administratieve verwerking met Click & Claim zijn opgenomen in de Voorwaarden Click & Claim.

Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van deze verplichtingen. De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer zijn verplichtingen niet nakomt en de maatschappij daardoor in een redelijk belang heeft geschaad, geen uitkering te verlenen.

4. Verjaringstermijn bij afwijzing van schade

Indien de maatschappij een aanspraak op vergoeding heeft afgewezen, dan kan de verzekeringnemer dit standpunt aanvechten binnen één jaar nadat hij hiervan in kennis is gesteld.

Na dit jaar verjaart dit recht ten opzichte van de maatschappij ter zake van de schade.

Artikel 9 Naverrekening en bijstelling van premie en premiepercentage

1. Voorschotpremie

De op het polisblad vermelde premie is een voorschotpremie. Aan het begin van ieder verzekeringsjaar zal de voorschotpremie worden berekend op basis van de definitieve loonsom over het afgelopen jaar en het premiepercentage voor het nieuwe verzekeringsjaar. Deze gegevens worden met Click & Claim aan de maatschappij beschikbaar gesteld. Zolang deze gegevens nog niet zijn ontvangen, zal een voorlopige voorschotpremie worden berekend. Op basis van de definitieve loonsom zal de definitieve premie over het afgelopen jaar worden vastgesteld. Het verschil tussen voorschotpremie en de definitieve premie over het afgelopen jaar wordt verrekend met de voorschotpremie voor het nieuwe verzekeringsjaar.

2. Verplichtingen

Op basis van de maandelijkse uploads van verzekeringnemer wordt via Click & Claim de loonsom over het afgelopen verzekeringsjaar herleid, welke wordt gebruikt in de naverrekeningsprocedure, die is omschreven in lid 1.

Indien de maatschappij daarom verzoekt dienen een door een accountant gewaarmerkte specificatie van de loonsommen per werknemer alsmede een specificatie van het bij ziekte doorbetaalde loon te worden verstrekt. De kosten verbonden aan deze opgaven zijn voor rekening van de verzekeringnemer.

Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van deze verplichtingen. De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer zijn verplichtingen niet nakomt en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad, de verzekering te beëindigen.

3. Vaststelling van het premiepercentage

Het premiepercentage wordt jaarlijks opnieuw vastgesteld op basis van de gerealiseerde schadecijfers over de afgelopen 3 kalenderjaren of, indien deze niet beschikbaar zijn, de beschikbare schadecijfers over de looptijd van de verzekering en de samenstelling van het personeelsbestand. De gerealiseerde schadecijfers worden voor zover beschikbaar herleid uit de maandelijkse uploads, die door verzekeringnemer met Click & Claim zijn doorgegeven.

Het nieuwe premiepercentage is met terugwerkende kracht van toepassing vanaf 1 januari van het betreffende kalenderjaar. Indien het premiepercentage ten opzichte van het afgelopen jaar met meer dan 25% toeneemt, heeft de verzekeringnemer het recht een dergelijke verhoging binnen een termijn van 30 dagen, nadat het gewijzigde premiepercentage aan hem is medegedeeld, schriftelijk te weigeren. In dat geval wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd op de eerste dag van de kalendermaand nadat de weigering van de premieverhoging door de maatschappij is ontvangen. In geval van weigering zal het premiepercentage voor de looptijd tussen 1 januari van het betreffende kalenderjaar en de datum van beëindiging worden vastgesteld op 125% van het laatst geldende premiepercentage.

4. Niet verstrekken van specificaties

Indien een op grond van dit artikel gevraagde specificatie niet binnen de in het verzoek van de maatschappij gestelde termijn wordt geleverd, dan behoudt de maatschappij zich het recht voor vanaf het moment dat de gestelde termijn is verstreken de dekking van de verzekering op te schorten, zolang de gegevens niet zijn verstrekt. De dekking wordt weer van kracht en de behandeling van eventuele schades wordt hervat de dag nadat alle gevraagde specificaties zijn ontvangen door de maatschappij.

Indien de gevraagde specificaties niet zijn verstrekt en de dekking gedurende een periode van 3 maanden is opgeschort, heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen. Voor tot beëindiging wordt overgegaan zal verzekeringnemer een mededeling ontvangen van de maatschappij waarin de datum van beëindiging is aangegeven.

Artikel 10 Premiebetaling

1. De verzekeringnemer dient de voorschotpremie en de kosten bij vooruitbetaling te voldoen uiterlijk op de 30ste dag nadat deze verschuldigd worden.
2. In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden ten aanzien van het betalen van de verschuldigde premie en de gevolgen van het niet of niet tijdig betalen van die premie geldt dat indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, geen dekking wordt verleend voor gevallen van arbeidsongeschiktheid ontstaan vanaf de eerste dag van de onbetaald gebleven verzekeringsperiode. De opschorting van de dekking is van kracht vanaf het moment dat de maatschappij de verzekeringnemer na de vervalddag schriftelijk heeft aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen en betaling is uitgebleven. De dekking wordt weer van kracht voor gevallen van arbeidsongeschiktheid, die zijn ontstaan op de dag volgende op de dag waarop de verschuldigde premie en kosten door de maatschappij zijn ontvangen. Verzekerden die tijdens de opschorting arbeidsongeschikt zijn geworden, zullen na ontvangst van de premie en kosten, opnieuw in de verzekering worden opgenomen zodra er sprake is van tenminste 4 weken volledig herstel en hervatting van de normale werkzaamheden.

- Uitsluitend bij tussentijdse opzegging van deze verzekeringsovereenkomst door de maatschappij of bij fusie of overname van het bedrijf van verzekeringnemer, wordt de premie van het lopende jaar naar billijkheid verminderd.
- Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de maatschappij worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen en de mogelijk verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer.
- De maatschappij heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen, indien de in lid 1 genoemde termijn is verstreken.

Artikel 11 Herziening van de premie en/of voorwaarden

Onverminderd het bepaalde in artikel 9 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden en aanvullend op het bepaalde in artikel 10 van de Algemene Voorwaarden geldt de mogelijkheid van opzegging door verzekeringnemer niet indien de wijziging voortvloeit uit een bepaling in deze Bijzondere Voorwaarden.

Voorwaarden Verhaalsbijstand

Op deze Voorwaarden Verhaalsbijstand zijn eveneens de door DAS gehanteerde Algemene Voorwaarden van toepassing, die op verzoek verkrijgbaar zijn.

Artikel 12 Begripsomschrijvingen

DAS:

DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

Verzekerde:

de verzekeringnemer in zijn hoedanigheid van werkgever.

Verhaalsbijstand:

rechtsbijstand bij het verhalen van schade op een derde.

Derde:

een ieder die jegens verzekerde op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is gehouden.

Artikel 13 Omvang van de dekking

- De verzekerde heeft aanspraak op verhaalsbijstand bij het verhalen van een door hem geleden schade, bestaande uit het verlies van inkomen door ziekte, op grond van een onrechtmatige daad gepleegd tegen die werknemer, in welke schadevordering de werkgever wettelijk is gesubrogeerd krachtens de door hem aan zijn werknemer gedane uitkering.
- De verzekerde heeft aanspraak op rechtsbijstand in geschillen met zijn werknemer over diens aanspraak op doorbetaling van loon bij ziekte, voorzover het geschil is gebaseerd op de wettelijke bepalingen over deze doorbetalingsplicht.
Als het geschil tussen verzekeringnemer en werknemer zich niet beperkt tot de wettelijke doorbetalingsplicht heeft verzekerde uitsluitend recht op een eenmalig juridisch advies.
- DAS verleent geen rechtsbijstand voorzover de verzekerde aanspraak kan maken op behartiging van zijn belangen krachtens een andere verzekering, al dan niet van oudere datum.

Artikel 14 Het verlenen van rechtsbijstand

- DAS verleent rechtsbijstand indien zij een redelijk kans op succes aanwezig acht bij de behandeling van de door verzekerde gemelde

zaak. Indien DAS geen redelijke kans op succes aanwezig acht, heeft verzekerde het recht éénmalig op kosten van DAS advies over de redelijke kans in te winnen bij een in overleg met DAS aan te wijzen advocaat of andere deskundige. Luidt het ingewonnen advies ten gunste van verzekerde, dan zal DAS alsnog tot (verdere) rechtsbijstand verlening overgaan. Wordt het oordeel van DAS daarentegen door het advies bevestigd, dan is DAS niet tot (verdere) rechtsbijstand verlening verplicht. Wanneer verzekerde in dat geval besluit naar eigen inzicht door te gaan met de behandeling van de zaak zal DAS de daarbij gemaakte kosten alsnog vergoeden mits de door verzekerde ingestelde actie het beoogde succes heeft gehad. Als voorwaarde voor een dergelijke vergoeding geldt, dat verzekerde zijn (rechts)actie is begonnen binnen één jaar na de definitieve beslissing inzake de redelijke kans.

- De behandeling van de zaak geschiedt door deskundigen in loondienst van DAS. DAS is echter gemachtigd om namens verzekerde opdracht tot behartiging van zijn belangen te geven aan een advocaat, een schade-expert of andere deskundigen. Wordt de behandeling van een zaak aan een advocaat toevertrouwd, dan heeft verzekerde het recht deze zelf te kiezen. DAS is niet aansprakelijk voor vorderingen die zouden kunnen voortvloeien uit de keuze van een advocaat of diens behandeling van de zaak.

Artikel 15 De kosten van rechtsbijstand

DAS vergoedt terzake van de verleende rechtsbijstand tot maximaal € 25.000,- per gebeurtenis, die tot schade heeft geleid, de volgende kosten:

- de honoraria en voorschotten, voor zover die in het algemeen als gebruikelijk worden beschouwd, van de deskundigen, die door DAS worden ingeschakeld;
- de kosten van getuigen voor zover door een rechter toegewezen;
- de proceskosten die ten laste van verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- de noodzakelijke, in overleg met DAS te maken, reis- en verblijfkosten als zijn persoonlijk verschijnen voor een buitenlandse rechter is bevolen of dringend gewenst wordt door de ingeschakelde advocaat;
- de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis binnen 5 jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.

Artikel 16 De franchise

De verzekerde kan alleen aanspraak maken op rechtsbijstand als het belang van zijn verzoek tenminste € 250,- belooft.

Artikel 17 Het rechtsbijstandgebied

Rechtsbijstand wordt verleend in Europa en de landen rondom de Middellandse Zee, mits de rechter van één van die landen bevoegd is en het recht van één van die landen van toepassing is.

Artikel 18 Verplichtingen van de verzekerde

Een verzekerde die een beroep op rechtsbijstand wil doen, meldt zijn verzoek zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de gebeurtenis, die tot de schade heeft geleid, aan bij DAS, waarbij verzekerde alle gegevens die op de toedracht en de omvang van zijn schade betrekking hebben, dient te overleggen.

Voorwaarden Reïntegratievergoedingen

Artikel 19 Begripsomschrijvingen

Reïntegratieactiviteit:

een activiteit, die wordt uitgevoerd door Capability of een door Capability aan te wijzen derde, die een bijdrage levert aan verkorting of voorkoming van ongeschiktheid tot werken.

Regelen van een reïntegratieactiviteit:

onder het regelen van een reïntegratieactiviteit wordt verstaan het bemiddelen en zo mogelijk organiseren en toezien op de uitvoering van een reïntegratieactiviteit.

Zorgverzekeraar:

de ziektekostenverzekeraar waar het ziektekostenrisico van de werknemer is ondergebracht.

Artikel 20 Strekking van de verzekering

Deze Voorwaarden Reïntegratievergoedingen hebben tot doel het regelen en indien van toepassing het vergoeden van de kosten van het inzetten van de in artikel 6 genoemde reïntegratieactiviteiten, die een bijdrage kunnen leveren aan het beperken van de duur van ongeschiktheid tot werken en het voorkomen van instroom in de WIA. Dit alles onder inachtneming van het bepaalde in deze Bijzondere Voorwaarden.

Artikel 21 Reïntegratieactiviteiten

1. Omvang van de dekking

De maatschappij vergoedt de voor de reïntegratieactiviteit gemaakte kosten met als maximum per werknemer een vergoeding van € 3.000,- per ziektegeval als gevolg van één oorzaak. De vergoedingen zijn exclusief BTW.

2. Aanvullende vergoeding

Indien de in het eerste lid genoemde vergoeding niet toereikend is, kan de maatschappij op grond van de te verwachten beperking van de duur van de ongeschiktheid tot werken een aanvullende vergoeding verstrekken.

3. Vereisten voor het regelen en vergoeden van reïntegratieactiviteiten

De maatschappij zal conform deze Bijzondere Voorwaarden uitsluitend reïntegratieactiviteiten vergoeden, die door Capability zijn geïnitieerd en uitgevoerd, voorzover verzekeringnemer, werknemer en de maatschappij het eens zijn over de wijze waarop de reïntegratieactiviteit wordt gefinancierd.

4. Wijze van inzetten van de reïntegratieactiviteiten

Capability doet het voorstel over de wijze waarop de reïntegratieactiviteit kan worden ingezet. Het voorstel van Capability wordt aan werkgever en werknemer voorgelegd.

Na het akkoord van werkgever en werknemer ten aanzien van de wijze van uitvoering en financiering van de in te zetten reïntegratieactiviteit, zal Capability zich inspannen om de reïntegratieactiviteit te regelen. Ten aanzien van het inzetten van reïntegratieactiviteiten heeft Capability een inspanningsverplichting.

Artikel 22 Specificatie van de reïntegratieactiviteiten

Naast de door Capability voorgestelde reïntegratieactiviteiten is het ook mogelijk een vergoeding te krijgen voor de onderstaande activiteiten:

1. Wachtlijstbemiddeling

De maatschappij bemiddelt bij een instelling of behandelaar, met als doel de wachttijd voor de voorgescreven medische behandeling van de verzekerde te verkorten. De eventuele (extra) kosten van deze behandeling, die niet voor vergoeding van de zorgverzekeraar komen zullen worden vergoed. Voor de kosten, die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen wordt geen vergoeding verstrekt.

Indien de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis, dat zich langs de kortst mogelijke route, op meer dan 40 kilometer van het woonadres van de werknemer bevindt, zullen de reiskosten met eigen vervoer tot € 0,25 per kilometer worden vergoed.

2. Hulp bij mobiliteitsproblemen

De maatschappij vergoedt op grond van een medische indicatie de taxikosten, c.q. betaalt aan een derde een kilometervergoeding van € 0,25 voor vervoer per auto van de werknemer van huis naar de vaste werkplek en omgekeerd.

Artikel 23 Verplichtingen van de verzekeringnemer

1. De verzekeringnemer is verplicht zorg te dragen voor het aanvragen van vergoedingen, die in het kader van de Wet REA worden verstrekt. Van deze aanvraag dient een afschrift naar de maatschappij worden verzonden. Ook van de beschikking, waarin de vergoeding uit hoofde van de Wet REA wordt toegekend of afgewezen dient een afschrift aan de maatschappij te worden verzonden. Bij toekenning van een vergoeding is de verzekeringnemer verplicht de helft van het uitbetaalde bedrag uit hoofde van de Wet REA aan de maatschappij af te dragen, met als maximum de door de maatschappij gedane vergoeding.
2. Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in lid 1 en artikel 21 van deze Bijzondere Voorwaarden neergelegde verplichtingen. De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer deze verplichtingen niet nakomt en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad geen uitkering te verlenen.

Artikel 24 Vaststelling en betaling van de uitkering

De vaststelling van de door de maatschappij te verlenen uitkering uit hoofde van deze verzekering gebeurt op grond van de door verzekeringnemer verstrekte nota's en met inachtneming van het bepaalde in deze Bijzondere Voorwaarden. Betaling van de vergoeding vindt zo spoedig mogelijk na de vaststelling plaats.

Voorwaarden Click & Claim

Artikel 25 Begripsomschrijvingen

Upload:

de maandelijkse beschikbaarstelling door verzekeringnemer via Click & Claim van de meest recente voor de uitvoering van de verzekering relevante werknemersgegevens.

Melding:

een samenhangende groep gegevens, gestructureerd volgens een overeengekomen standaard, die door of namens verzekeringnemer ten behoeve van het uitvoeren van de verzekering via Click & Claim wordt verzonden. Een melding is pas verricht indien verzekeringnemer een bevestiging heeft ontvangen.

Bevestiging:

onderdeel van de melding, die aan verzekeringnemer wordt verstuurd zodra hij een melding heeft gedaan via Click & Claim. De bevestiging bevat in ieder geval de datum waarop verzekeringnemer de melding via Click & Claim heeft gedaan.

Artikel 26 Upload en meldingen

1. Verzekeringnemer is conform artikel 6 lid 1 van deze Bijzondere Voorwaarden verplicht maandelijks een upload te doen. Een upload dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - namen werknemers;
 - geslacht werknemers;
 - sofi-nummer van werknemers;
 - periodelonen;
 - datum indiensttreding;
 - (indien van toepassing) datum uitdiensttreding.

2. Verzekeringnemer is conform artikel 8 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden verplicht binnen een dag een geval van ongeschiktheid tot werken, een verandering van de mate van ongeschiktheid tot werken, dan wel de beëindiging van een geval van ongeschiktheid tot werken aan de maatschappij te melden.

Een melding dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:

- naam betreffende werknemer;
- geslacht werknemer;
- sofi-nummer werknemer;
- telefoonnummer waarop werknemer bereikbaar is;
- eerste dag van ongeschiktheid tot werken;
- wijzigingen in de mate van ongeschiktheid tot werken;
- laatste dag van ongeschiktheid tot werken;
- (indien beschikbaar) redenen van ongeschiktheid tot werken.

Artikel 27 Werkwijze

1. De maatschappij verstrekt verzekeringnemer een individueel password en username, waarmee verzekeringnemer toegang heeft tot Click & Claim. De verzekeringnemer staat er voor in het password en username niet anders te gebruiken dan voor het doen van meldingen en uploads.

De maatschappij is niet aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van het onjuist of ongeautoriseerd gebruik van het password of username, al dan niet door een derde, tenzij deze schade is te wijten aan opzet of bewuste roekeloosheid van de maatschappij.

Bij onjuist of ongeautoriseerd gebruik is de maatschappij gerechtigd de verzekering te beëindigen.

2. De verzekeringnemer zal steeds alle aanwijzingen en instructies van de maatschappij inzake Click & Claim met betrekking tot meldingen en uploads in acht nemen. De maatschappij kan aanwijzingen en instructies wijzigen.
3. Indien Click & Claim om wat voor reden dan ook (tijdelijk) buiten gebruik is gesteld en het doen van een melding of upload niet mogelijk is, dient verzekeringnemer onverwijld contact op te nemen met de maatschappij.
4. De maatschappij kan Click & Claim (tijdelijk) buiten gebruik laten stellen, wanneer dit noodzakelijk is voor het doorvoeren van een aanpassing of in verband met onderhoud. De maatschappij zal, voor zover redelijkerwijs mogelijk, verzekeringnemer op de hoogte stellen van de tijdstippen en de duur van de buitengebruikstelling.
5. De verzekeringnemer staat ervoor in dat de door hem gedane uploads en meldingen juist, volledig en tijdig zijn. De maatschappij is niet verplicht hieromtrent enige controle te verrichten.
6. De verzekeringnemer staat er jegens de maatschappij voor in dat hij bevoegd is met Click & Claim aan de maatschappij meldingen en uploads te doen. In het bijzonder zal de verzekeringnemer de van toepassing zijnde regelgeving omtrent de bescherming van persoonsgegevens naleven.

Voorwaarden WIA Ondergrensverzekering

(uitsluitend van kracht voorzover in de polis van toepassing verklaard)

De Voorwaarden Reïntegratievergoeding en de Voorwaarden Verhaalservice zijn hierbij niet van toepassing.

Artikel 28 Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel de werkgever een periodieke uitkering gedurende maximaal één jaar te verstrekken bij derving van inkomen door de verzekerde indien deze direct aansluitend op het volbrengen van de wachttijd van 104 weken als bedoeld in de WIA geen recht heeft op een WIA-uitkering omdat hij meer dan 15% maar minder dan 35% arbeidsongeschikt is.

Artikel 29 Vaststelling van de omvang van de uitkering

1. Op grond van deze verzekering is er recht op een uitkering voor arbeidsongeschikte werknemers die reeds op de eerste ziektedag bij de verzekeringnemer in dienstbetrekking werkzaam waren.
2. Voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid volgt de maatschappij de WIA-beschikking van het UWV.
3. De maandelijkse uitkering wordt vastgesteld op 1/12e gedeelte van 20% van het jaarloon zoals dat gold op de eerste ziektedag.
4. De uitkering wordt verstrekt over een periode van maximaal één jaar. Bij het bepalen van deze maximale uitkeringsduur worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar met onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen, samengeteld.

Artikel 30 Betaling van de uitkering

De uitbetaling van de uitkering zal eens per maand plaatsvinden.

Artikel 31 Hernieuwd recht op uitkering

Als de maximale uitkering is verleend of er is sprake geweest van een volledig herstel, kan opnieuw aanspraak worden gemaakt op een uitkering voor dezelfde werknemer indien deze een nieuwe wachttijd van 104 weken voor de WIA heeft doorlopen.

Artikel 32 Einde uitkering

Naast de gevallen zoals genoemd in de Bijzondere Voorwaarden Verzuimverzekering eindigt de uitkering:

- a. zodra de verzekerde minder dan 15% of meer dan 35% arbeidsongeschikt is;
- b. zodra de maximale uitkeringsduur van één jaar is bereikt;
- c. zodra het dienstverband met verzekeringnemer wordt beëindigd.

Artikel 33 Geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bij aanvang van de verzekering

Geen recht op uitkering bestaat indien de 1e dag van de bij de WIA-uitkering in acht genomen wachttijd is gelegen voor de datum waarop deze verzekering is ingegaan.

Artikel 34 Geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bij einde van de verzekering

1. Indien deze verzekering hetzij door verzekeringnemer, hetzij door de maatschappij, wordt beëindigd, geschiedt zulks onverminderd de rechten van reeds ingegane uitkeringen krachtens deze verzekering.
2. Indien de verzekerde na beëindiging van deze verzekering niet meer arbeidsongeschikt is in zin van deze verzekering, vervalt iedere toekomstige recht op uitkering.

Artikel 35 Vaststelling premiepercentage

Het premiepercentage over de verzekerde loonsom wordt vastgesteld op dezelfde wijze als is bepaald in het artikel 9 Naverrekening en bijstelling van premie en premiepercentage van deze Bijzondere Voorwaarden.

