

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1. Verzekerde (verzekeringnemer)

De op het polisblad vermelde in Nederland woonachtige natuurlijke persoon (werknemer of zelfstandig ondernemer) die op de ingangsdatum van deze verzekering niet ouder is dan 59 jaar of jonger dan 18 jaar.

2. Zelfstandig ondernemer

De persoon die anders dan in dienstbetrekking alleen of met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of anders dan in dienstbetrekking alleen of met anderen een beroep uitoefent; of als directeur/(groot)jaandeelhouder door het UWV niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

3. Begunstigde

De verzekerde, echtgen(o)ot(e) of partner van de verzekerde indien hij hiermee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan, de erfgenamen van de verzekerde.

4. Verzekeraar

De N.V. Schadeverzekering-Maatschappij Bovemij, Takenhofplein 2 te Nijmegen, 6538 SZ Nijmegen, Postbus 7110, 6503 GP Nijmegen, NL.

5. Verzekerd maandbedrag

Het op het polisblad als zodanig genoemde bedrag op basis waarvan de uitkering wordt vastgesteld.

6. Inkomensderving

De ten gevolge van arbeidsongeschiktheid of werkloosheid veroorzaakte teruggang in het inkomen van verzekerde ten opzichte van het inkomen direct vóór het intreden van diens arbeidsongeschiktheid of werkloosheid.

7. UWV

Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

8. WERKbedrijf

Onderdeel van UWV waar onder andere WW-uitkeringen worden aangevraagd en ontslagvergunningen behandeld.

9. W.W.

Werkloosheidswet.

10. W.I.A.

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

11. Bruto maandlasten

De aantoonbare financiële maandlasten verbonden aan het bezit van een woning, waaronder kosten van hypotheek, verzekeringspremies, beleggings- en kapitaalverzekeringen ten behoeve van de eigen woning. Daarnaast vallen energiekosten en servicekosten ten behoeve van de eigen woning ook binnen deze definitie.

12. Optierecht

Het recht om het verzekerde maandbedrag te verhogen zonder nieuwe gezondheidswaarborgen. De eerste optiedatum bij polissen tegen maandbetaling is precies 60 maanden na de ingangsdatum. De optiedatum wordt daarna elke 60 maanden automatisch vernieuwd. De eerste optiedatum bij polissen tegen koopsombetaling is aan het einde van de eerste periode waarover premie is verschuldigd en welke met de koopsom is voldaan. De

optiedatum wordt daarna elke 60 maanden automatisch vernieuwd.

13. Arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis

Van arbeidsongeschiktheid is sprake indien er - in relatie tot ziekte of ongeval vast te stellen - stoornissen bestaan waardoor de verzekerde is beperkt in de uitoefening van zijn werkzaamheden.

14. Eigen risico periode in geval van arbeidsongeschiktheid

De op het polisblad als zodanig vermelde periode, te rekenen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, waarvoor geen uitkering wordt verstrekt.

15. Eerste dag van arbeidsongeschiktheid

De dag waarop verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een arts heeft gesteld.

16. Werkloosheid

Het aan verzekerde niet te verwijten onvrijwillige verlies van de volledige dienstbetrekking die uit hoofde van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor tenminste 16 uur per kalenderweek in Nederland werd vervuld. Er is sprake van voortdurende werkloosheid zolang verzekerde niet geheel of gedeeltelijk een nieuwe dienstbetrekking aanvaardt.

17. Eerste dag van werkloosheid

Als eerste dag van werkloosheid wordt aangemerkt:

- de dag dat, op grond van een door het UWV WERKbedrijf of degene die ingevolge wettelijke bepaling zijn bevoegdheid overneemt verleende vergunning en met inachtneming van de wettelijke opzegtermijn, ontslag is verleend
- de dag waartegen de Kantonrechter op een daartoe strekkend verzoek van de werkgever, als bedoeld in artikel 7:685 BW de arbeidsovereenkomst heeft ontbonden, vermeerderd met de "fictieve" opzegtermijn zoals bedoeld in artikel 16 lid 3 van de Werkloosheidswet
- de dag dat de aanstelling door het bevoegde gezag met inachtneming van de van kracht zijnde rechtspositieregelingen is beëindigd.

18. Eigen risico periode in geval van werkloosheid

De op het polisblad als zodanig vermelde periode, te rekenen vanaf de eerste dag van werkloosheid, waarvoor geen uitkering krachtens deze verzekering wordt verstrekt.

Artikel 2 Omschrijving van de dekking

1. Strekking van de verzekering

De verzekering voorziet in het verlenen van een tijdelijke uitkering om - mits er sprake is van inkomensderving - in geval van arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of overlijden ten gevolge van een ongeval, de verzekerde woonlasten te compenseren.

2. Grondslag van de verzekering

- De rechten en verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst blijken uit het polisblad en deze voorwaarden.
- De door verzekerde verstrekte inlichtingen en (gezondheids)verklaringen vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.
- Indien de hierboven bedoelde inlichtingen en verklaringen in enig opzicht onjuist of onwaarachtig blijken

te zijn en de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen. Geen uitkering is verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

3. Maximum uitkering

- a. Het verzekerd bedrag bedraagt maximaal 125% van de bruto maandlasten van de verzekerde met een maximum van € 2.500,- per maand.
- b. Indien het verzekerd maandbedrag hoger is dan 125% van de bruto maandlasten bij aanvang van de verzekering, behoudt verzekeraar zich het recht om bij een eventuele uitkering het verzekerd maandbedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de "78 methode" worden terugbetaald.
- c. De dekking bij werkloosheid mag alleen worden gesloten in combinatie met een dekking bij arbeidsongeschiktheid, waarbij het verzekerd bedrag voor de werkloosheidsdekking niet hoger mag zijn dan bij arbeidsongeschiktheid.

Artikel 3 Uitsluitingen

1. Algemene uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering krachtens deze verzekering indien het verzekerd voorval het gevolg is van:

- a. opzet of grove schuld van verzekerde, dan wel door een bij de uitkering belanghebbende
 - b. bovenmatig gebruik van alcohol of gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, stimulerende of verdovende middelen, anders dan op medisch voorschrift
 - c. een verkeersongeval veroorzaakt door verzekerde als bestuurder van een voertuig en verzekerde daarbij het wettelijk toegestane alcohol promillage heeft overschreden
 - d. gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiten. Deze vormen van molest, alsmede de definities ervan, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Rechtbank 's-Gravenhage is gedeponereerd
 - e. atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een toegepaste medische behandeling
 - f. ongevallen, de verzekerde overkomen als deelnemer aan een gevaarlijke sport, waaronder ondermeer te verstaan het deelnemen aan of trainen voor snelheids- of behendigheidswedstrijden met motorvoer- of vaartuigen, alsmede het rijden op circuits, bergbeklimmen, parachutespringen, abseilen, deltavliegen en diepzeeduiken. Een sport dient als gevaarlijk te worden aangemerkt, indien deze naar maatschappelijke normen als zodanig wordt beschouwd.
- Ten slotte bestaat er geen recht op uitkering gedurende de tijd dat verzekerde is gedetineerd. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en terbeschikkingstelling, en geldt zowel voor detentie binnen als buiten Nederland.

2. Uitsluitingen van het recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

Onverminderd de algemene uitsluitingen bestaat er geen recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan:

- a. voor ingangsdatum van de polis

- b. bevorderd of verergerd door de op het polisblad vermelde uitgesloten aandoening, letsel of ziekte.

Artikel 4 Premie

1. Premiebetaling

De gekozen premiebetaalwijze, alsmede indien van toepassing de periode waarvoor de koopsompremie verschuldigd is, blijkt uit het polisblad.

- a. Indien deze verzekering op basis van koopsompremie is aangegaan dient deze bij vooruitbetaling bij het aangaan van deze overeenkomst eenmalig te worden betaald.
- b. Indien deze verzekering tegen maandpremiebetaling is gesloten dient deze bij vooruitbetaling te worden voldaan door middel van een door verzekerde afgegeven incassomachtiging.
- c. De verplichting tot premiebetaling is niet van toepassing tijdens de periode van uitkering.
- d. In geval van koopsompremiebetaling gevolgd door automatische voortzetting met maandpremiebetaling geldt aanvullend op hetgeen bepaald in lid a en b van dit artikel. De koopsompremiebetaling is uitsluitend van toepassing op de eerste premieperiode. De duur van de eerste premieperiode is minimaal vijf jaar.
- e. Indien de maandelijks verschuldigde premie niet binnen 30 dagen wordt voldaan, heeft verzekeraar het recht om, na het stellen van een termijn van tenminste veertien dagen waarbinnen verzekerde alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking van deze verzekering op te schorten.
- f. Gedurende de schorsing van de verzekering is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen.
- g. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag volgend op de dag waarop de premie is ontvangen.

2. Premierestitutie

- a. Restitutie van premie die als koopsom is voldaan vindt uitsluitend plaats indien er geen uitkering of voorschot op grond van deze verzekering door verzekeraar verricht is en alleen in geval van beëindiging van de verzekering op grond van het bepaalde in artikel 5 en artikel 10. De restitutie wordt berekend aan de hand van de "78-methode".
- b. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de betaalde koopsom te vermenvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T)(N-T+1)/(N(N+1))$, waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie.
- c. In geval van annulering binnen 30 dagen zal de volledige premie worden terug betaald.
- d. Restitutie van de maandelijke premiebetaling vindt alleen plaats indien deze is betaald na de datum waarop de verzekeraar in kennis is gesteld van de beëindiging, tenzij tegen een latere datum wordt opgezegd.

Artikel 5 Wijziging van de verzekering

1. Wijziging van premie en voorwaarden

- a. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen. Een aanpassing van de eenmalige koopsompremie is niet mogelijk.
- b. Een herziening treedt in werking 60 dagen na schriftelijke mededeling van de herziening aan verzekerde.

c. Verzekerde heeft het recht de wijziging, indien deze leidt tot een hogere premie en/of beperking van de voorwaarden, schriftelijk te weigeren binnen 60 dagen nadat hem/haar hiervan mededeling is gedaan. In dat geval eindigt de verzekering op de dag na ontvangst van de schriftelijke kennisgeving door verzekeraar.

d. Indien op de dag van inwerkingtreding van de herziening onder de oude voorwaarden een recht op een uitkering is erkend, treedt de herziening ten aanzien van die verzekerde en met betrekking tot dat voorval pas in werking op het moment dat het recht op uitkering is geëindigd.

2. Risicowijzigingen

De verzekerde is verplicht de verzekeraar direct in kennis te stellen wanneer de verzekerde:

a. voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

b. minder dan 16 uur per week betaald en actief zijn beroep gaat uitoefenen.

In bovengenoemde gevallen behoudt verzekeraar zich het recht voor de verzekering onder aangepaste voorwaarden voort te zetten, dan wel te beëindigen.

3. Verandering van werknemer naar zelfstandig ondernemer

Indien gedurende de looptijd van de verzekering de verzekerde zelfstandig ondernemer wordt en er gekozen is voor dekking in geval van werkloosheid zal deze werkloosheidsdekking vervallen.

4. Verandering uitoefening beroep zelfstandig ondernemer

Indien gedurende de looptijd van de verzekering er een wijziging optreedt van de beroepswerkzaamheden van een zelfstandig ondernemer dient de verzekeraar hiervan op de hoogte worden gesteld. De verzekeraar behoudt zich het recht voor de verzekering onder aangepaste voorwaarden voort te zetten, dan wel te beëindigen.

5. Optierecht

Verzekerde heeft het recht om verzekeraar uiterlijk twee maanden voor de optiedatum schriftelijk te verzoeken om zonder nieuwe gezondheidswaarborgen het op dat moment van toepassing zijnde verzekerd maandbedrag te verhogen met maximaal 15%. Na ontvangst van het door verzekeringnemer ondertekende schriftelijke verzoek hiertoe, stelt verzekeraar de voorwaarden en de premieverhoging vast aan de hand van de geldende acceptatieregels.

Voor verhoging van het verzekerde maandbedrag gelden verder de volgende voorwaarden:

- a. verzekerde is op de optiedatum jonger dan 51 jaar, en;
- b. verzekerde is op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de 180 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt en verzekerde neemt actief en betaald deel aan het arbeidsproces, en;
- c. het verzekerde maandbedrag voldoet aan artikel 2.3 van deze voorwaarden.

Artikel 6 Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

1. Uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

a. De verzekering voorziet in geval van arbeidsongeschiktheid in een uitkering ter grootte van het

aantal aaneengesloten perioden van een maand na het verstrijken van de eigen risico periode.

b. Het recht op uitkering gaat in na een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van tenminste een maand met terugwerkende kracht tot de eerste dag volgend op de eigen risico periode.

c. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld.

d. Er kan alleen aanspraak worden gemaakt op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig was en voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling in Nederland werkzaam was of als zelfstandige ondernemer voor tenminste 16 uur per week betaald en actief een beroep uitoefende.

2. Uitkeringshoogte

a. Het verzekerd maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 80 tot 100%.

b. Het verzekerd maandbedrag wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, waarbij voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd maandbedrag het op het polisblad vermelde verzekerd maandbedrag wordt vermenigvuldigd met het percentage in de hieronder vermelde tabel.

De uitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid:

van 35% tot 45% 40% van de verzekerde rente
van 45% tot 55% 50% van de verzekerde rente
van 55% tot 65% 60% van de verzekerde rente
van 65% tot 80% 75% van de verzekerde rente
van 80% tot 100% 100% van de verzekerde rente.

c. Indien er sprake is van een mate van arbeidsongeschiktheid van minder dan 35%, wordt geen uitkering verstrekt.

d. Indien door verzekerde gekozen is voor de variant waarbij 35%-volledig wordt uitgekeerd, dan wordt, in afwijking van hetgeen in lid 2.b. van dit artikel is bepaald, bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80% een uitkering verstrekt van 100% van het verzekerde maandbedrag.

3. Uitkeringsduur in geval van arbeidsongeschiktheid

a. enige uitkering geschiedt maximaal tot de einddatum welke is vermeld op het polisblad

b. het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt, behoudens ingeval de verkoop van de woning voortvloeit uit de arbeidsongeschiktheid.

4. Mededelingen

Verzekeraar doet ten spoedigste mededeling van een vaststelling na ontvangst van de relevante gegevens. Indien tegen de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet binnen 60 dagen schriftelijk bezwaar wordt gemaakt, geldt de vaststelling als aanvaard.

5. Vaststelling arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste twee jaar

5.1 Indien gekozen is voor gangbare of passende arbeid wordt de eerste twee jaar het criterium passende arbeid gehanteerd.

a. Vaststelling arbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste twee ziektejaren is sprake, indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde

beperkt is voor werkzaamheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd.

2. De mate van arbeidsongeschiktheid, alsmede de periode waarvoor deze geldt, wordt door verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens van, door verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen, zoals een arbodienst, de werkgever of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.

3. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals genoemd in lid 5.1.a.1 van dit artikel, beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

b. Urencriterium

Gedurende de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde (in het kader van re-integratie, al dan niet aangepaste) werkzaamheden verricht af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte.

c. Arbeid zonder loonwaarde

Werkzaamheden die op basis van arbeid zonder loonwaarde (arbeidstherapeutische basis) worden verricht blijven bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing.

5.2 Indien gekozen is voor beroepsarbeid wordt gedurende de eerste twee jaar het criterium beroepsarbeid gehanteerd.

a. Criterium beroepsarbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid is de eerste twee jaar sprake, indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in het uitvoeren van de eigen werkzaamheden, zoals dat (voor het op het polisblad vermelde beroep) in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden, alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, respectievelijk bij de eigen werkgever, worden daarbij betrokken.

2. De mate van arbeidsongeschiktheid, alsmede de periode waarvoor deze zal gelden, zal door verzekeraar worden vastgesteld aan de hand van gegevens van, door verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen, zoals een arbodienst, de werkgever of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.

3. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 5.2.a.1 beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

b. Urencriterium

Gedurende de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate hiervan worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde werkzaamheden kan verrichten, af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte.

6. Arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar

a. Arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar wordt door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens

van door haar aangewezen medische en andere deskundigen.

b. Vaststelling ongeschiktheid voor gangbare arbeid

1. Van arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar is sprake, als verzekerde door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht.

2. Vanaf het derde jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze geldt worden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee, in het kader van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving belaste instantie afgegeven beschikking.

c. Vaststelling ongeschiktheid voor passende arbeid

1. Van arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar is uitsluitend sprake indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.

2. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 6.c.1 beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

3. Alleen functies die hoogstens één (ARBI-) niveau lager liggen dan de oorspronkelijke functie worden als passend beschouwd.

d. Vaststelling bij beroepsarbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar is sprake, indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in het uitvoeren van de eigen werkzaamheden, zoals dat (voor het op het polisblad vermelde beroep) in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden, alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, respectievelijk bij de eigen werkgever, worden daarbij betrokken.

2. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 6.d.1 beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

7. Betalingen in geval van arbeidsongeschiktheid

De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering geschiedt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de informatie die voor het beoordelen van het recht op uitkering door verzekeraar noodzakelijk worden geacht. Indien het recht op uitkering nog niet definitief kan worden bepaald, kan de verzekeraar maandelijks een voorschot op de definitieve uitkering verstrekken.

Artikel 7 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

Verzekerde is in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht:

1. zich direct onder behandeling van een arts te stellen en al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en

al datgene na te laten wat herstel kan vertragen of verhinderen

2. om verzekeraar na 3 maanden van voortdurende arbeidsongeschiktheid hiervan in kennis te stellen; indien er sprake is van een eigen risico van 90 dagen om na 1 maand van voortdurende arbeidsongeschiktheid verzekeraar hiervan in kennis te stellen. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de verzekeraar het recht de eigen risicotermijn te verlengen met het aantal dagen dat de schademeldingperiode is overschreden

3. zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 30 dagen na het verstrijken van de eigen risico periode, in geval van arbeidsongeschiktheid schriftelijk mededeling daarvan te doen aan verzekeraar. Verzekeraar zal aan verzekerde een formulier ter beschikking stellen waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Dit formulier dient binnen 2 weken nadat het door verzekeraar is verzonden door verzekerde aan verzekeraar te zijn geretourneerd

4. zich - desgevraagd - op kosten van verzekeraar medisch te laten onderzoeken. De verzekeraar wijst hiervoor de arts of medische instelling aan

5. alle door of namens verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken, en zo nodig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden arbeidsongeschiktheid

6. zich na intreden van arbeidsongeschiktheid te onthouden van alles waardoor de belangen van verzekeraar worden of zouden kunnen worden geschaad

7. verzekeraar terstond op de hoogte te stellen van zijn/haar geheel of gedeeltelijk herstel of wanneer hij/zij andere betaalde arbeid heeft aanvaard.

Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit deze voorwaarden, kan leiden tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.

Artikel 8 Bepalingen in geval van werkloosheid

1. Uitkeringsduur in geval van werkloosheid

De maximale uitkeringsduur per schadegeval bedraagt 12 maanden.

2. Uitkering in geval van werkloosheid

a. De verzekering in geval van werkloosheid kan alleen worden ingeroepen indien de werkloosheid in Nederland ontstaat en verzekerde in de 6 maanden direct voorafgaand aan de werkloosheid voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor bepaalde of onbepaalde tijd in Nederland werkzaam was en volledig arbeidsgeschikt is.

b. De verzekering voorziet in geval van werkloosheid in een uitkering ter grootte van het aantal maanden dat, na het verstrijken van de eigen risico periode in geval van werkloosheid, de werkloosheid heeft voortgeduurd tot maximaal de uitkeringsduur in geval van werkloosheid, vermenigvuldigd met het verzekerd maandbedrag.

c. Verzekerde kan tijdens de looptijd van de verzekering in geval van werkloosheid opnieuw aanspraak op een uitkering maken indien hij/zij gedurende een periode van tenminste 6 maanden voorafgaand aan de opnieuw opgetreden werkloosheid een dienstbetrekking of aanstelling in de zin van deze voorwaarden heeft vervuld en verder voldoet aan de vereisten die deze voorwaarden aan het recht op uitkering in geval van werkloosheid stellen. De na deze periode opnieuw opgetreden werkloosheid wordt in dat geval als een nieuwe schade aangemerkt. Indien de hernieuwde werkloosheid binnen 6 maanden na het einde van werkloosheid waarvoor een

uitkering werd verleend optreedt, wordt dit als een voortzetting van de eerdere werkloosheid aangemerkt.

d. Verzekeraar doet ten spoedigste mededeling van een vaststelling aan verzekerde. Indien niet binnen 60 dagen na verzending tegen een vaststelling bezwaar is gemaakt, geldt de vaststelling als aanvaard.

e. Het recht op uitkering vervalt op de dag waarop een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur wegens niet-verlenging op de einddatum zou zijn geëindigd, indien deze uitkering het gevolg was van het niet te verwijten onvrijwillige verlies van de volledige dienstbetrekking zoals bepaald in artikel 1 lid 12.

f. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.

3. Uitsluitingen van het recht op uitkering in geval van werkloosheid

a. Onverminderd de algemene uitsluitingen bestaat er geen recht op uitkering indien de werkloosheid het gevolg is van:

1. het verstrijken van de overeengekomen duur van een arbeidsovereenkomst of een aanstelling voor bepaalde tijd
2. opzegging door de werkgever op grond van dringende aan de werknemer onverwijld medegedeelde redenen. Als dringende redenen worden beschouwd zodanige daden, eigenschappen of gedragingen van de werknemer die tengevolge hebben dat van de werkgever redelijkerwijs niet verlangd kan worden de dienstbetrekking te laten voortduren
3. ontbinding van de arbeidsovereenkomst wegens gewichtige redenen, voor zover als gewichtige redenen worden beschouwd de dringende redenen als bedoeld in de voorgaande zin
4. een terugkerend feit of seizoensgebonden werkvermindering, zoals bijv. seizoenarbeid, dan wel een feit dat tot de aard van het werk of de functie behoort, zoals bijv. vorstverlet
5. een op de ingangsdatum van deze verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid ongeacht de mate waar in deze bestond.

b. Er bestaat geen recht op uitkering indien:

1. verzekerde niet kan aantonen dat hij een loongereleerde uitkering ontvangt in verband met zijn werkloosheid, alsmede gedurende de periode dat deze laatst genoemde uitkering door de daarmee belaste instantie wordt gekort als gevolg van het niet naleven van de daaraan gestelde regels of omdat verzekerde niet langer volledig werkloos wordt geacht,
2. verzekerde voor het sluiten van de verzekering al op de hoogte was van het naderende ontslag,
3. de werkloosheid in de eerste 180 dagen volgend op de ingangsdatum van deze verzekering ontstaat.

c. Er bestaat geen recht op uitkering indien de verzekerde die krachtens aanstelling in openbare dienst werkzaam is, ontslagen wordt op grond van:

1. onherroepelijk geworden veroordeling tot vrijheidsstraf wegens misdrijf
2. het bij of in verband met indiensttreding en/of keuring verstrekken van onjuiste of onvolledige inlichtingen, zonder welke handelwijze niet tot indienstneming of goedkeuring zou zijn overgegaan
3. weigering van een voor hem/haar passend geoordeelde vervangende betrekking.

d. Indien en voor zover verzekerde recht heeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst heeft verzekerde geen recht op een uitkering in geval van werkloosheid.

4. Verplichtingen in geval van werkloosheid

Verzekerde is in geval van werkloosheid verplicht:

- a. zich te houden aan de voorschriften en de instructies van de instanties belast met de uitvoering van de WW of de toepasselijke wachtgeldregeling
- b. zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 30 dagen na de eerste dag van werkloosheid schriftelijk aan verzekeraar daar van mededeling te doen. Verzekeraar zal aan verzekerde een formulier ter beschikking stellen waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Dit formulier dient binnen 2 weken nadat het door verzekeraar is verzonden door verzekerde aan de verzekeraar te zijn geretourneerd
- c. alle door of namens verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken en zo nodig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden werkloosheid
- d. zich na het intreden van werkloosheid te onthouden van alle handelingen waardoor belangen van de verzekeraar worden of kunnen worden geschaad
- e. ten genoegen van de verzekeraar aan de te tonen dat hij/zij een uitkering op grond van de WW of de toepasselijke wachtgeldregeling ontvangt door periodiek afschriften van de ter zake gedane mededelingen van de instanties belast met de uitvoering van die regeling, te overleggen
- f. verzekeraar machtiging te verlenen om bij voornoemde instanties inlichtingen in te winnen in verband met de uitkering die verzekerde geniet
- g. tijdig met de verzekeraar te overleggen bij vertrek naar het buitenland voor een periode langer dan 30 dagen
- h. verzekeraar terstond op de hoogte te stellen wanneer hij/zij een nieuw dienstverband is aangegaan of andere betaalde arbeid heeft aanvaard. Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit deze voorwaarden, leidt tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.

5. Betalingen in geval van werkloosheid

De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering geschiedt zo spoedig mogelijk na afloop van de werkloosheidsperiode en zo spoedig mogelijk na ontvangst van de bescheiden welke voor het beoordelen van het recht op uitkering door verzekeraar noodzakelijk wordt geacht. Verzekeraar is bevoegd voorschotten op de uitkering te verlenen.

Artikel 9 Bepalingen voor de extra uitkering

1. Uitkering in geval van overlijden door ongeval

- a. Indien verzekerde binnen 730 dagen na het ongeval aan de gevolgen van dat ongeval overlijdt, wordt een eenmalige uitkering gedaan van vierentwintig maal de op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag bij arbeidsongeschiktheid.
- b. Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf komend onvrijwillig op het lichaam inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen letsel tot gevolg heeft.

2. Begunstigde van de uitkering

De uitkering geschiedt aan de echtgen(o)ot(e) of partner van de verzekerde indien hij hiermee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van de verzekerde. De begunstigde voor de extra dekking is verplicht bij overlijden tengevolge van

ongeval ten minste 48 uur voor de begrafenis of crematie de verzekeraar op de hoogte te stellen en desgevraagd alle medewerking te verlenen bij het vaststellen van de doodsoorzaak.

3. Uitsluitingen

Naast de algemene uitsluitingen geldt dat er geen recht is op extra uitkering bij overlijden als het overlijden het rechtstreeks gevolg is van:

- a. vechtpartijen of waagstukken anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of goederen
- b. het plegen van of de deelneming aan een misdrijf of een poging daartoe
- c. deelneming aan beroepssport
- d. deelneming aan luchtvaart anders dan als passagier die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt.

Artikel 10 Duur en einde van de verzekering

1. Ingang en einde van de verzekering

Deze verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum.

2. Ingang bij koopsom/koopsompriemebetaling

Indien deze verzekering tegen betaling van een koopsom premie is aangegaan dan is de ingangsdatum gelijk aan de datum waarop de verschuldigde koopsom door verzekeraar wordt ontvangen mits deze betaling binnen zes maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan plaatsvindt en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert.

3. Ingang bij maandpremie

Indien deze verzekering tegen maandpremie is gesloten dan is de ingangsdatum gelijk aan de op het aanvraagformulier vermelde gewenste ingangsdatum, mits de gewenste ingangsdatum binnen 6 maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan is gelegen en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert. De eerste premie incasso dient binnen dertig dagen na de ingangsdatum te slagen. Indien de eerste premie-incasso niet binnen dertig dagen slaagt wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen.

4. Annuleringstermijn

Verzekerde heeft het recht om deze verzekering schriftelijk binnen 30 dagen na de ingangsdatum te annuleren.

5. Voorlopige dekking

Gedurende een periode van maximaal 3 maanden, te rekenen vanaf de datum dat de aanvraag medisch is geaccepteerd, is de verzekerde voorlopig gedekt. Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor de aangevraagde verzekering.

6. Einde van de verzekering

Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald omtrent opzegging en/of beëindiging van de verzekering, eindigt deze:

- a. op de einddatum van de verzekering
- b. op de dag waarop verzekerde overlijdt
- c. op de dag waarop verzekerde gebruik maakt van een VUT-regeling of met (pre-)pensioen gaat

- d. op de dag waarop verzekerde 65 jaar wordt
- e. op de dag dat verzekerde gedurende vier jaar geen hypothecaire geldlening heeft gehad.

In geval de verzekering tegen koopsom is gesloten geldt dat verzekerde gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, kan opzeggen per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven. Verzekerde dient hierbij een opzegtermijn van 2 maanden in acht te nemen. Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekerde heeft opgezegd zal enkel kunnen leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de eerstkomende vijfjaarlijkse contractsvervaldatum. Indien de verzekering tegen maandpremie is gesloten geldt dat de verzekering maandelijks per premievervaldatum kan worden opgezegd. Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekerde heeft opgezegd zal enkel kunnen leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de nieuwe einddatum.

7. Algemene verplichtingen

Indien één van de beëindiginggronden, zoals beschreven in lid 5 van dit artikel zich voordoet, dient de verzekerde, of ingeval van overlijden zijn of haar nabestaande(n), zich te wenden tot de tussenpersoon door wiens bemiddeling de verzekering tot stand is gekomen ter verkrijging van een beëindigingformulier.

Artikel 11 Vervaltermijnen

1. Indien verzekeraar weigert een uitkering of betaling te doen, dient verzekerde binnen één jaar na de datum van weigering een geschil aanhangig te maken bij de bevoegde rechter op straffe van verval van rechten ontleend aan de verzekeringsovereenkomst.
2. Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald vervallen alle vorderingen op verzekeraar uit hoofde van of in verband met de verzekering na verloop van drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop een aanspraak uit hoofde van of in verband met de verzekering ontstond.

Artikel 12 Klachten en geschillen

1. Klachten naar aanleiding van deze verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk worden ingediend bij de directie van de verzekeraar. Een samenvatting van de bij verzekeraar gehanteerde klachtenprocedure is op aanvraag beschikbaar.
2. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor de verzekeringnemer niet bevredigend is, kan de verzekeringnemer, mits in particuliere hoedanigheid, zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KlIFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, NL. Binnen dit instituut zijn de Ombudsman en de Geschillencommissie werkzaam.
3. Indien er sprake is van een geschil naar aanleiding van deze verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeringnemer enerzijds en de verzekeraar anderzijds, dat niet in gemeenschappelijk overleg geregeld kan worden, kan de verzekeringnemer dit geschil voorleggen aan de bevoegde Nederlandse rechter.

Artikel 13 Adressering en kennisgeving

Kennisgevingen door of namens verzekeraar aan

verzekerde geschieden rechtsgeldig aan het diens laatste, bij verzekeraar bekende adres. Kennisgevingen door verzekerde aan verzekeraar geschieden rechtsgeldig indien zij zijn gericht aan verzekeraar.

Artikel 14 Registratie persoonsgegevens

De op het polisblad opgenomen persoonsgegevens en de eventueel nader door verzekerde te verstrekken persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de verzekeraar beheerde verzekerdenregistratie. Deze registratie is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) te 's-Gravenhage.

Artikel 15 Begrenzing dekking Terrorisemeschade

Naast de specifieke uitsluitingen als nader in de voorwaarden van de verzekerde productmodule(s) omschreven, alsmede de uitsluitingen als omschreven in deze algemene voorwaarden is voor elke productmodule de dekking voor het terrorismesico begrensd.

1. Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

- a. Terrorisme: gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
- b. Kwaadwillige besmetting: het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
- c. Preventieve maatregelen: van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.
- d. Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT): een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in dit artikel onder lid a, b en c omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

e. Verzekeringsovereenkomsten:

1. overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
2. overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
3. overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

f. In Nederland toegelaten verzekeraars: Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen;

2. Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

a. Indien en voor zover, met inachtneming van de in dit artikel onder lid 1.a, 1.b en 1.c gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

1. terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen;
2. handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

b. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

c. In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

1. schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
2. gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in dit artikel onder lid 1.f tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen. Voor de toepassing van dit

artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3. Uitkeringsprotocol NHT

a. Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

b. De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

c. Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in dit artikel onder lid 3.a bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

d. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van deze voorwaarden wordt beschouwd.