

In deze bijzondere voorwaarden zijn per dekking de rechten en de plichten van de verzekerde en die van ons omschreven. Welke dekking(en) voor verzekerde van toepassing is/zijn staat op het polisblad vermeld.

Het onderdeel algemeen heeft betrekking op alle dekkingen. Verder kan iedere verzekerde aanspraak maken op de dekkingen: ongevallen, verhaalsbijstand, hulpverlening buitenland en wachtlijstbemiddeling.

Inhoudsopgave

Algemeen

- Art. 1 Begripsomschrijvingen
- Art. 2 Strekking van de verzekering
- Art. 3 Grondslag van de verzekering
- Art. 4 Verhogingsrecht verzekerd jaarbedrag en recht op wijziging eigen risicotermijn en eindleeftijd
- Art. 5 Variabele vormen van arbeidsongeschiktheid
- Art. 6 Wat moeten u en verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid?
- Art. 7 Vaststellen en uitbetalen van de uitkering
- Art. 8 Wanneer eindigt de uitkering?
- Art. 9 Wat is ook niet verzekerd?
- Art. 10 Wat zijn de verplichtingen van u en verzekerde bij risicowijziging?
- Art. 11 Overdracht van rechten
- Art. 12 Wijziging van premie en voorwaarden
- Art. 13 Onopzegbaarheid
- Art. 14 Einde van de verzekering
- Art. 15 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering
- Art. 16 Premievrij laatste jaar

Dekking ongevallen

- Art. 17 Begripsomschrijvingen
- Art. 18 Wat zijn de verzekerde bedragen?
- Art. 19 Wie zijn de begunstigden?
- Art. 20 Wat is ook niet verzekerd?
- Art. 21 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand
- Art. 22 Wat moeten u en de verzekerde doen na een ongeval?
- Art. 23 Duur en einde van de ongevallendeckking
- Art. 24 Uitkering bij overlijden
- Art. 25 Omschrijving van de dekking in geval van blijvende invaliditeit

Dekking verhaalsbijstand

- Art. 26 Begripsomschrijvingen
- Art. 27 Het uitvoeren van de verhaalsbijstand door SAR
- Art. 28 Wat is de omvang van de dekking?
- Art. 29 Het verlenen van verhaalsbijstand
- Art. 30 De kosten van verhaalsbijstand
- Art. 31 Het dekkinggebied
- Art. 32 De verplichtingen van verzekerde
- Art. 33 De uitsluitingen en de bijzondere beperkingen
- Art. 34 De geschillenregeling

Dekking hulpverlening buitenland

- Art. 35 Omvang van de hulpverlening
- Art. 36 Wederzijdse rechten en plichten

Dekking wachtlijstbemiddeling

- Art. 37 Wachtlijstbemiddeling

Dekking eerste jaarsrisico

- Art. 38 Wanneer is er sprake van arbeidsongeschiktheid tijdens het eerstejaarsrisico?
- Art. 39 Uitkering eerstejaarsrisico
- Art. 40 Eigen risicotermijn voor het eerstejaarsrisico
- Art. 41 Bevallingsuitkering
- Art. 42 Uitkering bij het verlenen van zorg aan de partner en inwonende kinderen
- Art. 43 Wat is de omvang van de uitkering?

Dekking na-eerste jaarsrisico

- Art. 44 Wanneer is er sprake van arbeidsongeschiktheid tijdens het na-eerstejaarsrisico?
- Art. 45 Uitkering na-eerstejaarsrisico
- Art. 46 Eigen risicotermijn voor het na-eerstejaarsrisico
- Art. 47 Wat is de omvang van de uitkering?
- Art. 48 Bijzondere aanspraken
- Art. 49 Vergoeding van de kosten van revalidatie en her- en omscholing
- Art. 50 Premievrijstelling in verband met arbeidsongeschiktheid

Art. 1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1. verzekerde degene bij wiens arbeidsongeschiktheid en/of ongeval een uitkering wordt verleend, voor zover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden recht bestaat en als zodanig op het polisblad staat vermeld.
2. aanvang van de arbeidsongeschiktheid de eerste dag waarop de verzekerde zich bij arbeidsongeschiktheid onder behandeling van een arts stelt.
3. arbeidsongeschiktheid in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen, waardoor de verzekerde voor tenminste 25, 55 resp. 80% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsactiviteiten in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid houden wij rekening met het aanpassen van werkzaamheden en werk-omstandigheden alsmede met taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf.
Wij stellen het bestaan van de stoornissen vast aan de hand van de rapportage van door ons aangewezen deskundigen.

Bij het aangaan van de verzekering heeft u kunnen kiezen vanaf welk percentage arbeidsongeschiktheid (25, 55 of 80%) de uitkering moet ingaan. Dit percentage staat op het polisblad vermeld.
4. verzekerd jaarbedrag het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld;
5. het eerstejaarsrisico het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid, gedurende een periode van 365 dagen
6. het na-eerstejaarsrisico de periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, voor zover deze arbeidsongeschiktheid voortduurt na de in lid 5 bedoelde periode van 365 dagen;

Art. 2 Strekking van de verzekering

A Doel

Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verstrekken bij derving van inkomen door verzekerde ten gevolge van arbeidsongeschiktheid.

B Inkomensgarantie

De hoogte van de periodieke uitkering die wij op grond van deze verzekering verstrekken komt overeen met het bedrag dat verzekerde ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid aan inkomen derft tot maximaal het verzekerd jaarbedrag. Bij volledige arbeidsongeschiktheid stellen wij de inkomensderving vast op tenminste € 12.000,- tenzij een lager jaarbedrag is verzekerd. In dat geval is de inkomensderving tenminste gelijk aan het verzekerd jaarbedrag. Bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid worden de hiervoor genoemde bedragen naar evenredigheid omgerekend.

Art. 3 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring, met de daarin door of namens u verstrekte mededelingen,

alsmede de eventuele gegevens vertrekt door of namens u, de verzekerde of de keuringsarts, vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel te vormen. Onjuiste mededelingen of gegevens kunnen er toe leiden dat wij op grond van de wet het recht hebben de uitkering te weigeren of te beperken of de verzekering op te zeggen.

Art. 4 Verhogingsrecht verzekerd jaarbedrag en recht op wijziging eigen risicotermijn en eindleeftijd

A Omschrijving van de rechten

1. U hebt het recht ons te verzoeken per eerste hoofdpremievalidatum drie jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens steeds drie jaar daarna het op dat moment verzekerd jaarbedrag voor de eerstejaars en na-eerstejaars dekking te verhogen met maximaal 15% zonder nieuwe gezondheidswaarborgen te overleggen.
2. U hebt tevens het recht ons te verzoeken per eerste hoofdpremievalidatum drie jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens per de hoofdpremievalidatum zes jaar na de ingangsdatum van de verzekering:
 - de eigen risicotermijn te wijzigen en/of
 - de eindleeftijd te wijzigen.
3. Een dergelijke hoofdpremievalidatum noemen wij 'optiedatum'. Wij stellen de voorwaarden voor de verhoging en/of wijziging vast aan de hand van alle reeds beschikbare gegevens en de algemeen geldende acceptatieregels die wij voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen hanteren.

B Voorwaarden voor uitoefening van dit recht

Voor de uitoefening van dit recht gelden de volgende voorwaarden:

1. verzekerde is op de optiedatum jonger dan vijfenvijftig jaar indien verhoging van het verzekerde jaarbedrag gewenst is;
2. verzekerde is op de optiedatum jonger dan vijftig jaar indien verkorting van de eigen risicotermijn en/of verhoging van de eindleeftijd gewenst is;
3. verzekerde is op het moment van ondertekening van het wijzigingsverzoek arbeidsgeschikt en gedurende honderd dagen daarvoor eveneens volledig arbeidsgeschikt geweest en in de vijf jaar voor de optiedatum minder dan één jaar al dan niet aaneengesloten arbeidsongeschikt geweest;
4. het verzekerde jaarbedrag mag samen met enig andere voorziening voor derving van inkomen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid maximaal 80% bedragen van het gemiddeld inkomen van verzekerde over de afgelopen drie kalenderjaren. Als wij daarom verzoeken overlegt verzekerde alle gevraagde inkomensgegevens en onderliggende bescheiden;
5. de eindleeftijd kan met maximaal vijf jaar worden verhoogd;
6. wij kunnen de verhoging, de eigen risicotermijn en de eindleeftijd maximeren op grond van bij ons geldende algemene acceptatieregels voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen;
7. indien meer arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor dezelfde verzekerde bij ons zijn ondergebracht, gelden de algemene acceptatieregels voor de hoogte van het verzekerde jaarbedrag voor alle verzekeringen tezamen. De optiedatum is dan voor alle polissen de optiedatum van de eerste verzekering. Wij zijn bevoegd de gewenste verhogingen op de door ons aan te wijzen polis aan te tekenen.

Art. 5 Variabele vormen van arbeidsongeschiktheid

Bij het aangaan of wijzigen van de verzekering heeft u onder andere kunnen kiezen voor een: gelijkblijvende-, een 3% klimmende arbeidsongeschiktheidsverzekering of een arbeidsongeschiktheidsverzekering op indexbasis. Op het polisblad staat uw keus vermeld. Deze keus omvat de volgende regeling:

1. **Gelijkblijvend**
Indien u voor een gelijkblijvende arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft gekozen wijzigt tijdens de verzekeringsduur het verzekerd jaarbedrag niet.
2. **3% klimming**
Indien u voor 3% klimming heeft gekozen, wordt jaarlijks per hoofdpremievalidatum het verzekerd jaarbedrag, en als gevolg daarvan de premie, met 3% verhoogd. Ook wanneer het verzekerd jaarbedrag tot uitkering komt, verhogen wij deze uitkering jaarlijks per de hoofdpremievalidatum met 3%.
3. **CBS index**
Indien u voor CBS index heeft gekozen geldt de volgende regeling:

- a. het verzekerd jaarbedrag, en als gevolg daarvan de premie, verhoogt op basis van het jaargemiddelde indexcijfer over het voorafgaande kalenderjaar. Onder indexcijfer wordt verstaan het door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) te Den Haag gepubliceerde indexcijfer van de "Regelingslonen van volwassen werknemers" (lonen per week en per maand, inclusief spaarloon, vakantietoeslag en andere uitkeringen). Als deze toename negatief is, verlagen wij het verzekerd jaarbedrag niet;
- b. wijziging van het verzekerd jaarbedrag door stijging van het indexcijfer vindt plaats ongeacht eventuele tijdens de duur van deze verzekering opgetreden ziekten, kwalen of gebreken;
- c. een wijziging van het verzekerd jaarbedrag op grond van stijging van het indexcijfer vindt evenwel niet langer plaats zodra een verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest in de zin van deze verzekering, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar met tussenpozen van minder dan één maand opvolgen, worden samengeteld. In deze gevallen vindt de indexwijziging eerst weer plaats na volledig herstel en na goedkeuring door onze medisch adviseur;
- d. u heeft het recht de toepassing van de wijziging van het verzekerd jaarbedrag op grond van deze bepaling eenmaal te weigeren. Indien u deze wijziging tweemaal weigert, vervalt de verdere indexering op basis van de CBS index en zetten wij de verzekering voort op basis van een gelijkblijvende arbeidsongeschiktheidsverzekering tegen een verzekerd jaarbedrag zoals dit was bij de tweede weigering.

Art. 6 Wat moeten u en verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid

A Verplichtingen verzekerde

Verzekerde is bij arbeidsongeschiktheid verplicht:

1. zich direct onder behandeling te stellen van een bevoegd arts, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
2. zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de eigen risicotermijn, of als deze termijn langer is dan een maand, binnen dertig dagen aan ons mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid;
3. als wij hierom verzoeken, zich op onze kosten door een door ons aangewezen arts te laten onderzoeken en aan deze arts alle gewenste informatie te verstrekken;
4. als wij hierom verzoeken, zich voor onderzoek te laten opnemen in een door ons aangewezen ziekenhuis of andere medische instelling;
5. ons alle gegevens die wij nodig achten te verstrekken of te laten verstrekken aan door ons aangewezen medische en andere deskundigen en de hiervoor benodigde toestemming te verlenen;
6. geen feiten of omstandigheden die belangrijk zijn voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid en/of de hoogte van de uitkering, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig mede te delen;
7. ons direct te berichten zodra er sprake is van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel als verzekerde zijn werkzaamheden geheel of gedeeltelijk gaat hervatten. Ook als er sprake is van het verrichten van werkzaamheden die niet tot het verzekerde beroep behoren moet verzekerde dit aan ons melden;
8. ons tijdens de arbeidsongeschiktheid het voornemen te melden van het wijzigen of staken van de bedrijfsactiviteiten;
9. alle medewerking te verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om al dan niet in een andere functie weer werkzaamheden binnen het eigen bedrijf te verrichten.

B Arbeidsongeschiktheid in het buitenland

Wanneer verzekerde bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in het buitenland is, is hij voorts verplicht:

1. op ons verzoek rapporten en/of verklaringen van bevoegde arts(en) te overleggen om de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan aan te tonen. De kosten hiervan zijn voor onze rekening;
2. zich bij terugkeer in Nederland op ons verzoek onmiddellijk te laten onderzoeken.

C Uw verplichtingen

U bent gehouden de onder lid A2 en A5 t/m A8 genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in uw vermogen ligt.

Art. 7 Vaststellen en uitbetalen van de uitkering**A Hoe wordt de uitkering vastgesteld?**

Wij stellen de mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering vast aan de hand van gegevens van door ons aangewezen medische en andere deskundigen. Wij delen u de mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid alsmede de omvang van de uitkering zo spoedig mogelijk mee, nadat wij alle hiervoor noodzakelijke gegevens hebben ontvangen. U geeft te kennen dit standpunt te aanvaarden indien u niet binnen één jaar na de dag waarop u onze beslissing hebt ontvangen uw bezwaren schriftelijk kenbaar maakt.

B Hoe wordt de uitkering berekend en wanneer uitgekeerd?

1. Indien sprake is van arbeidsongeschiktheid, is verzekerd een van dag tot dag verkregen periodieke uitkering, welke bij volledig arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste gedeelte van het verzekerd jaarbedrag bedraagt.
2. De berekening van de door ons uit te keren termijnen geschiedt telkens over de periode van één maand. De betaling geschiedt aan u en wel zo spoedig mogelijk na het verstrijken van deze termijn.

Art. 8 Wanneer eindigt de uitkering?

De uitkering eindigt:

1. op de dag waarop verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekering;
2. per de eerste dag van de eerste maand na die, waarin verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
3. in geval van overlijden van verzekerde: per de eerste dag van de derde maand volgend op de maand van overlijden. Indien u tevens de verzekerde bent, geschieden de uitkeringen na uw overlijden aan uw echtgeno(o)t(e) dan wel aan uw partner indien u daarmee duurzaam samenwoont, en bij het ontbreken hiervan aan uw erfgenamen, met uitzondering van de Staat der Nederlanden;
4. op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het in artikel 15 bepaalde;
5. indien wij een beroep doen op het bepaalde in artikel 4 lid A van de algemene voorwaarden.

Art. 9 Wat is ook niet verzekerd?

1. In aanvulling op het bepaalde in artikel 11 van de algemene voorwaarden bestaat ook geen recht op uitkering voor arbeidsongeschiktheid:
 - a. Die is ontstaan, verergerd of wordt bevorderd door overmatig gebruik van alcohol, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen en/of niet door een arts voorgeschreven geneesmiddelen.
 - b. Door een ongeval dat de verzekerde is overkomen, terwijl wij op grond van de toedracht in redelijkheid aannemelijk maken dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik, het gebruik van bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen en/of niet door een arts voorgeschreven middelen;
 - c. Die is ontstaan, verergerd of bevorderd door een ongeval de verzekerde overkomen terwijl het alcoholgehalte van het bloed van verzekerde hoger blijkt te zijn geweest dan 0,5 microgram alcohol per milliliter bloed, danwel het alcoholgehalte van de adem hoger blijkt te zijn geweest dan 220 microgram (μg) alcohol per liter uitgeademde lucht
 - d. Gedurende de tijd dat verzekerde is gedetineerd. Dit betekent dat in elk geval geen recht bestaat op uitkering tijdens (voorlopige) hechtenis, gevangenisstraf en terbeschikkingstelling door de Staat. Dit geldt voor zowel detentie in Nederland als in het buitenland.
2. Als er geen recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid is, is er ook geen recht op wachtlijstbemiddeling zoals vermeld in deze voorwaarden en op vergoeding van de kosten van revalidatie en her- en omscholing zoals vermeld in artikel 49 van deze bijzondere voorwaarden.

Art. 10 Wat zijn de verplichtingen van u en verzekerde bij risicowijziging?**A Mededelingsplicht**

U en/of verzekerde is verplicht ons per aangetekende brief, binnen dertig dagen na het bekend worden van de risicowijziging, in kennis te stellen van wijziging van het risico. Wijziging van risico is in ieder geval aanwezig indien:

1. zich een wijziging voordoet in de aard van de werkzaamheden in uw bedrijf;
2. zich een wijziging voordoet in de werkzaamheden van de verzekerde;
3. verzekerde voor langer dan een aaneengesloten periode

- van zestig dagen werkzaamheden buiten Nederland gaat verrichten;
4. verzekerde voor een periode van twee maanden of meer, meer dan zestig uren per week arbeid verricht;
5. verzekerde geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen, waaronder is begrepen het feitelijk niet verrichten van de werkzaamheden die verbonden zijn aan dat beroep;
6. verzekerde verplicht wordt deel te nemen, dan wel vrijwillig deelneemt, aan een regeling voor derving van inkomen bij ziekte en/of arbeidsongeschiktheid;
7. u of verzekerde dan wel zijn bedrijf failliet is verklaard, respectievelijk aan hem surséance van betaling is verleend dan wel een schuldsanering is aangevraagd;
8. u of verzekerde geen of minder verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van artikel 2 lid A van deze voorwaarden. In ieder geval is in het kader van deze verzekeringsovereenkomst geen verzekeraar belang aanwezig indien verzekerde anders dan ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid geen inkomsten heeft uit het op het polisblad vermelde beroep. U respectievelijk verzekerde is verplicht in deze gevallen ons desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt. Indien u of de verzekerde geen of minder belang heeft bij hetgeen verzekerd is wordt de premie, vanaf de dag waarop wij van de wijziging in kennis werden gesteld, verlaagd naar evenredigheid met de vermindering van het belang.

B Gevolgen risicowijziging

Wij hebben het recht om bij risicowijzigingen de verzekeringsvoorwaarden en/of de premie te wijzigen of de verzekering te beëindigen. Indien u met de verhoging van de premie en/of de ongunstiger verzekeringsvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft u het recht om binnen dertig dagen na de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. Indien u van dit recht gebruik maakt eindigt de verzekering per de datum waarop wij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden hebben ontvangen. Wanneer verzekerde ophoudt zijn beroep daadwerkelijk uit te oefenen, anders dan wegens een door ons erkende arbeidsongeschiktheid, hebben wij eveneens het recht de verzekering te beëindigen. Op verzoek van verzekerde kan de dekking gedurende maximaal één jaar worden opgeschort. Gedurende deze periode brengen wij u een sluimerpremie in rekening. De verzekering wordt weer van kracht zodra verzekerde voor het verstrijken van de termijn van één jaar zijn beroep weer gaat uitoefenen. Indien verzekerde bij het verstrijken van de termijn van één jaar zijn beroep niet opnieuw uitoefent hebben wij het recht de verzekering alsnog te beëindigen.

C Gevolgen niet tijdig doorgeven van een beroepswijziging

Wanneer u of verzekerde verzuimd heeft de risicowijziging door te geven, zullen wij, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaaringsinhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzwaaringsinhoudt blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Indien er wel sprake is van risicoverzwaaringsinhoudt die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, geschiedt de uitkering:

1. met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/of
2. in verhouding van de voor de desbetreffende dekking betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzwaaringsinhoudt zou zijn verschuldigd.

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

Art. 11 Overdracht van rechten

De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, afgekocht, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

Art. 12 Wijziging van premie en voorwaarden

In aanvulling op het bepaalde in artikel 6 lid D van de algemene voorwaarden, kunt u een wijziging eveneens niet weigeren:

1. als de wijziging voortvloeit uit een vooraf tussen u en ons overeengekomen verhoging van het verzekerd bedrag;
2. als de wijziging voortvloeit uit het feit dat de verzekerde in het voorafgaande jaar een leeftijdsgrens heeft overschreden.

Art. 13 Onopzegbaarheid

In afwijking van het bepaalde in artikel 7 lid D 1 van de

algemene voorwaarden kunnen wij deze verzekering niet tussentijds beëindigen in verband met de verslechterde gezondheidstoestand van verzekerde.

Art. 14 Einde van de verzekering

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

1. zodra de overeengekomen einddatum is bereikt;
2. op de datum van het overlijden van verzekerde;
3. indien u of verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Art. 15 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

1. Wanneer wij de verzekering beëindigen wegens wanbetaling, of wanneer de verzekering eindigt wegens het bepaalde in artikel 10 lid A.8 of artikel 14 van deze voorwaarden, vervallen alle rechten ter zake van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop deze verzekering eindigt.
2. In alle andere gevallen blijft bij beëindiging van de verzekering het recht op uitkering bestaan als de arbeidsongeschiktheid is ontstaan op of voor de dag waarop deze verzekering eindigt.
3. Bestaat er recht op uitkering na het beëindigen van de verzekering dan gelden de volgende aanvullende bepalingen:
 - a. het recht op uitkering geldt uitsluitend zolang de arbeidsongeschiktheid na het einde van de verzekering uit dezelfde oorzaak onafgebroken blijft bestaan;
 - b. als de arbeidsongeschiktheid toeneemt na de dag waarop deze verzekering is beëindigd, verhogen wij de uitkering niet;
 - c. als de arbeidsongeschiktheid afneemt na de dag waarop deze verzekering is beëindigd, verlagen wij de uitkering.

Art. 16 Premievrij laatste jaar

Indien zowel het eerste- als het na-eerstejaarsrisico is verzekerd en de verzekerde in de laatste twaalf jaar voorafgaande aan het laatste jaar van deze verzekering geen uitkering wegens arbeidsongeschiktheid heeft ontvangen, dan bent u over het laatste jaar van deze verzekering geen premie verschuldigd.

DEKKING ONGEVALLLEN

Art. 17 Begripsomschrijvingen

1. ongeval
Onder een ongeval wordt verstaan een plotselinge, van buiten komende, onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van de verzekerde, die rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel ten gevolge heeft.
2. uitbreiding begrip ongeval
Onder ongeval wordt tevens verstaan:
 - a. bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonne-
steek, blikseminslag en een andere elektrische ontlading;
 - b. het van buitenaf ongewild binnenkrijgen van stoffen of vreemde voorwerpen waardoor inwendig letsel wordt toegebracht;
 - c. acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vaste of vloeibare stoffen;
 - d. besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in enige vaste of vloeibare stof;
 - e. infectie en bloedvergiftiging als gevolg van een ongeval;
 - f. zonnebrand, uitputting, verhongering en verdorsting als gevolg van het onvrijwillig geïsoleerd raken zoals door schipbreuk, noodlanding, instorting, natuurramp, watersnood, insneeuwing, invriezing, aardbeving alsmede het dichtvallen van een kluisdeur;
 - g. verstuijing, ontwrichting en scheuring van spieren, banden en pezen als gevolg van een eigen plotselinge krachtsinspanning;
 - h. complicaties en verergeringen als gevolg van verleende eerste hulp bij een ongeval of van medische behandeling van door een ongeval veroorzaakt letsel.
3. geen ongeval
Onder ongeval wordt niet verstaan: ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, zweepslag (coup de fouet), periartitis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis) of golferarm (epicondylitis medialis);
4. blijvende invaliditeit
Onder blijvende invaliditeit wordt verstaan het rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geheel of

gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam van de verzekerde, als gevolg van het door een ongeval veroorzaakt letsel.

Art. 18 Wat zijn de verzekerde bedragen?

De verzekerde bedragen zijn: € 2.500,- bij overlijden en € 5.000,- bij blijvende algehele invaliditeit. Indien op het polisblad staat aangetekend dat een extra ongevallendekking is verzekerd gelden niet de in dit artikel vermelde bedragen maar de op het polisblad vermelde bedragen.

Art. 19 Wie zijn de begunstigden?

In geval van overlijden of blijvende invaliditeit van de verzekerde geschiedt de uitkering aan u. Indien u tevens de verzekerde bent, geschiedt de uitkering in geval van uw overlijden aan:

1. uw echtgeno(o)t(e) dan wel aan uw partner indien u daarmee duurzaam samenwoonde;
2. bij ontbreken van de in sub 1 genoemde personen worden als begunstigden beschouwd: de wettelijke erfgenamen, met uitzondering van de Staat der Nederlanden.

Art. 20 Wat is ook niet verzekerd?

In aanvulling op de uitsluitingen genoemd in algemene voorwaarden en in artikel 9 van deze bijzondere voorwaarden verstrekken wij ook geen uitkering indien het ongeval is ontstaan:

1. bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe;
2. tijdens vechtpartijen of tijdens het bewust op roekeloze wijze in gevaar brengen van leven of lichaam anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging of tot redding van personen of zaken;
3. tijdens het verblijf in een luchtvaartuig anders dan als passagier;
4. tijdens het beoefenen van enige sport anders dan als amateur;
5. tijdens gletsjer- en bergtochten tenzij deze tochten plaatsvinden op gebaande wegen of paden en onder begeleiding van een erkende gids.

Art. 21 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

A Bestaande toestand

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor het vaststellen van de uitkering(en) uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien verzekerde geheel valide en gezond zou zijn. Deze beperking is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval of eerdere arbeidsongeschiktheid, waarvoor wij reeds krachtens deze arbeidsongeschiktheidsverzekering een uitkering hebben verstrekt of nog moeten verstrekken.

B Toename bestaande ziekte door een ongeval

Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, verlenen wij hiervoor geen uitkering.

Art. 22 Wat moeten u en verzekerde doen na een ongeval?

A Extra verplichtingen na ongeval

In aanvulling op de verplichtingen in artikel 6 bent u, verzekerde of de begunstigde bij een ongeval eveneens verplicht:

1. ons direct te berichten in geval van overlijden, in ieder geval ten minste 48 uur voor de begrafenis of crematie;
2. ons direct te berichten in geval van blijvende invaliditeit, binnen drie maanden na het ongeval. Indien de aangifte later geschiedt, bestaat alleen recht op uitkering indien onze belangen niet zijn geschaad en kan worden aangevoerd dat de invaliditeit het uitsluitende gevolg is van het ongeval. Ieder recht op uitkering vervalt evenwel, indien de aangifte niet plaatsvindt binnen vijf jaar na het ongeval;
3. alle inlichtingen te verschaffen die wij voor de beoordeling van de aanspraken op uitkering verlangen;
4. toestemming of medewerking te verlenen tot alle maatregelen, die wij nodig oordelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

B Gevolgen niet nakomen verplichtingen

Indien u, de verzekerde of de begunstigde één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor onze belangen zijn geschaad, bestaat er geen recht op uitkering.

Art. 23 Duur en einde van de ongevallendekking

In aanvulling op de bepalingen over het einde van de verzekering eindigt de ongevallendekking eveneens aan

het einde van het verzekeringsjaar waarin ten aanzien van blijvende invaliditeit de invaliditeitsgraad is vastgesteld op 100%.

Art. 24 Uitkering bij overlijden

In geval van overlijden dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken als gevolg van het door een ongeval veroorzaakte letsel is ontstaan, keren wij het verzekerde bedrag bij overlijden uit. Op deze uitkering worden in mindering gebracht de bedragen die ter zake van hetzelfde ongeval zijn uitgekeerd wegens blijvende invaliditeit. Indien de uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is dan het voor overlijden verzekerde bedrag, dan vindt geen terugvordering plaats.

Art. 25 Omschrijving van de dekking in geval van blijvende invaliditeit

A Vaststellen van de blijvende invaliditeit

Wij stellen de aanwezigheid en de mate van de blijvende invaliditeit bij verzekerde vast op basis van de rapportage van door ons aangewezen medische en (eventueel) andere deskundigen. De bepaling van het percentage functieverlies geschiedt volgens objectieve maatstaven en wel zoveel mogelijk overeenkomstig de laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A) en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, tenzij het percentage van blijvende invaliditeit terug te vinden is in de hieronder in lid B vermelde gliedertaxe.

B Gliedertaxe

Bij volledig (functie-)verlies van	Uitkeringspercentage
Hoofd	
beide ogen	100
een oog	50
het gehele gehoorvermogen	60
het gehoorvermogen van een oor	25
een oorschelp	5
het spraakvermogen	50
de reuk of de smaak	10
de neus	10
een natuurlijk blijvend gebitelement	1
Inwendig orgaan	
de milt	10
een nier	20
een long	30
Ledematen	
beide armen	100
beide handen	100
beide benen	100
beide voeten	85
een arm of hand en een been of voet	100
arm in schoudergewricht	80
arm in ellebooggewricht	75
hand in polsgewricht	70
een duim	25
een wijsvinger	15
een middelvinger	12
een van de overige vingers	10
een been of een voet	70
een grote teen	10
één van de andere tenen	5

C Gedeeltelijk (functie-)verlies

Wanneer sprake is van een gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk onbruikbaarheid van één of meer van de in de hierboven vermelde gliedertaxe genoemde lichaamsdelen of organen, wordt het uitkeringspercentage naar evenredigheid met de hiervoor vermelde percentages vastgesteld.

D Meerdere lichaamsdelen

Bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van meerdere lichaamsdelen of organen worden de percentages opgeteld tot een maximum van 100%.

E Maximale uitkering

Voor blijvende invaliditeit ontstaan door één of meerdere ongevallen wordt nooit meer dan 100% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag uitgekeerd, tenzij er sprake is van een rentevergoeding overeenkomstig het bepaalde in lid K.

F Beroep verzekerde

Bij het vaststellen van de mate van invaliditeit wordt géén rekening gehouden met het beroep van verzekerde.

G Bestaande invaliditeit

Indien een reeds bestaande vorm van invaliditeit door een ongeval wordt verergerd, zal de vastgestelde mate van invaliditeit na het ongeval worden verminderd met de reeds voor het ongeval bestaande mate van invaliditeit.

H Psychische reactie op een ongeval

Bij het vaststellen van de mate van blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel.

I Eerder overlijden tengevolge van een ongeval

Mocht verzekerde voor het vaststellen van de invaliditeit als gevolg van het ongeval zijn overleden, dan zijn wij geen uitkering verschuldigd voor blijvende invaliditeit.

J Moment van vaststellen blijvende invaliditeit

Wij stellen de mate van blijvende invaliditeit vast zodra een onveranderlijke toestand is aangebroken, doch in ieder geval twee jaar na de ongevalsdatum. De hoogte van de uitkering wordt bepaald volgens de op grond van medische rapporten te verwachten definitieve graad van invaliditeit. Deze termijn van twee jaar kan naar keuze van verzekerde worden verlengd tot drie jaar, hetgeen verzekerde uiterlijk dertig dagen voor het verstrijken van die termijn schriftelijk aan ons dient te berichten.

K Wettelijke rente

Indien binnen één jaar na de ongevalsdatum nog geen blijvende invaliditeit is vastgesteld vergoeden wij de wettelijke rente over de uitkering verminderd met de eventuele voorschotuitkeringen. Deze rente wordt berekend vanaf de 366e dag na de ongevalsdatum. Wij keren de rente gelijktijdig met de uitkering wegens blijvende invaliditeit uit. Geen recht op wettelijke rente bestaat indien verzekerde kiest voor verlenging van de termijn omschreven in lid J gerekend vanaf de 731e dag na het ongeval.

L Land van keuring

Het vaststellen van de mate van invaliditeit vindt in Nederland plaats, ook al is een verzekerde na het ongeval naar het buitenland vertrokken, of ten tijde van het ongeval al in het buitenland verbleef. Een verzekerde dient in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug) te komen ter vaststelling van de definitieve mate van invaliditeit. Voldoet een verzekerde hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

DEKKING VERHAALSBIJSTAND

Art. 26 Begripsomschrijvingen

1. SAR

Stichting Achmea Rechtsbijstand, aan wie wij de uitvoering van de verhaalsbijstand hebben overgedragen:
Stichting Achmea Rechtsbijstand
Postbus 10100
5000 JC TILBURG
Tel. (013) 462 37 20

Wij garanderen de nakoming door SAR van de in de algemene voorwaarden en in deze bijzondere voorwaarden genoemde verplichtingen.;

2. verhaalsbijstand

de juridische belangenbehartiging bij het verhalen van schade op een derde;

3. derde

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

Art. 27 Het uitvoeren van de verhaalsbijstand door SAR

Wij hebben de uitvoering van de verhaalsbijstand overgedragen aan SAR. Wij garanderen de nakoming door SAR van de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen.

Art. 28 Wat is de omvang van de dekking?

SAR verleent verhaalsbijstand aan verzekerde, die op grond van deze verzekering ter zake van arbeidsongeschiktheid een uitkering ontvangt, of zou ontvangen wanneer er geen eigen risicotermijn van toepassing zou zijn.

Art. 29 Het verlenen van verhaalsbijstand

A Wanneer verhaalsbijstand

SAR verleent verhaalsbijstand als zij een redelijk kans op verhaal van schade aanwezig acht. SAR garandeert daarbij de inzet van alle in loondienst aan haar verbonden deskundigen, ongeacht de daarmee gemoeide kosten. SAR is echter gemachtigd om namens verzekerde de behandeling over te dragen aan een rechtens bevoegde deskundige.

- B Benoeming externe deskundige**
In geval van een opdracht aan een advocaat of rechtens bevoegde deskundige, zoals vermeld in artikel 60 en 61 Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf, volgt SAR de keuze van verzekerde. In andere gevallen of ingeval van een opdracht aan een andere externe deskundige bepaalt SAR de keuze.
- C Geen aansprakelijkheid voor externe deskundigen**
Wij en SAR zijn niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de behandeling door een advocaat of rechtens bevoegde deskundige.

Art. 30 De kosten van verhaalsbijstand

- A Maximale vergoeding voor externe deskundigen**
SAR vergoedt terzake van de verleende verhaalsbijstand tot maximaal € 5.000,- per gebeurtenis die tot de arbeidsongeschiktheid heeft geleid, de volgende kosten:
1. de honoraria en voorschotten, voor zover die in het algemeen als gebruikelijk worden beschouwd, van de externe deskundigen, die door SAR worden ingeschakeld;
 2. de kosten van getuigen voor zover door een rechter toegevoegd;
 3. de proceskosten die ten laste van verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
 4. de kosten die verbonden zijn aan het ten uitvoerleggen van een vonnis binnen vijf jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.
- B Niet vergoede kosten**
Niet voor vergoeding komen in aanmerking de externe kosten die op grond van een contractuele of wettelijke bepaling (bijvoorbeeld artikel 591 en 591a Wetboek van Strafvordering) verhaald, verrekend (bijvoorbeeld bij de BTW-afdracht) of door anderen vergoed kunnen worden (met uitzondering van aanspraken op grond van de Wet op de Rechtsbijstand). SAR schiet deze kosten voor.

Art. 31 Het dekkingsgebied

Verhaalsbijstand 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.

Art. 32 De verplichtingen van verzekerde

Een verzekerde die een beroep op verhaalsbijstand wil doen, meldt zijn verzoek zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de gebeurtenis, die tot de arbeidsongeschiktheid heeft geleid, aan bij SAR. Verzekerde is verplicht daarbij alle gegevens die op de toedracht en de omvang van zijn schade betrekking hebben te overleggen.

Art. 33 De uitsluitingen en de bijzondere beperkingen

SAR verleent geen (verdere) verhaalsbijstand:

1. als verzekerde handelt in strijd met de verzekeringsvoorwaarden en daardoor de belangen van SAR schaadt; daarvan is in ieder geval sprake als de zaak zó laat is aange meld dat SAR alleen maar met meer inspanningen of meer kosten verhaalsbijstand zou kunnen verlenen;
2. als het rechtsprobleem een gevolg is van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie, natuurrampen en atoomkernreacties;
3. als de behoefte aan verhaalsbijstand het beoogde of zekere gevolg is van het handelen of het nalaten van verzekerde of hij het ontstaan van deze behoefte wilens en wetens heeft geaccepteerd om enig voordeel te behouden of te behalen;
4. voor zover verzekerde aanspraak kan maken op uitkering op grond van enige andere verzekering - al dan niet van oudere datum - of op grond van enige wet of andere voorziening.

Art. 34 De geschillenregeling

Als verzekerde het oneens is met het oordeel van SAR over de haalbaarheid of de wijze van behandeling, dan kan verzekerde verzoeken dit verschil van mening voor te leggen aan een Nederlandse advocaat naar zijn keuze. SAR legt dit verschil van mening voor aan de aangewezen advocaat en verzoekt hem zijn oordeel te geven. Het oordeel van de advocaat is bindend voor SAR. De kosten zijn voor rekening van SAR. Als verzekerde zich niet met het oordeel van de advocaat kan verenigen, kan hij de behandeling van de zaak voor eigen rekening en risico voortzetten. Wordt hij daardoor alsnog in het gelijk gesteld dan betaalt SAR alsnog, tot ten hoogste het verzekerde kostenmaximum, de redelijk gemaakte kosten van verhaalsbijstand.

DEKKING HULPVERLENING BUITEN NEDERLAND

Art. 35 Omvang van de hulpverlening

- A Uitvoerder hulpverlening**
EuroCross International voert de hulpverlening uit. EuroCross International is vanuit het buitenland bereikbaar per:
- telefoon: +31 71 364 17 44
fax: +31 71 364 62 50
- B Dekking**
De verzekering omvat de kosten van de hulpverlening in verband met de volgende gebeurtenissen:
1. Overlijden van verzekerde
Het organiseren van het vervoer van het stoffelijk over schot naar een plaats in Nederland.
 2. Ziekte of ongeval van verzekerde
Het organiseren van het vervoer van de zieke of gewonde verzekerde naar een ziekenhuis in Nederland of naar zijn woonplaats in Nederland, alsmede de kosten van voorge schreven medische begeleiding tijdens het vervoer door een arts of een verpleegkundige. Voor het vervoer van de zieke of gewonde verzekerde is een schriftelijke verklaring vereist van de behandelend arts waaruit blijkt:
 - dat vervoer naar een ziekenhuis in Nederland of de woon plaats in Nederland medisch noodzakelijk is;
 - welke wijze van vervoer medisch noodzakelijk is;
 - of en in welke vorm medische begeleiding tijdens dat ver voer is voorgeschreven.
 3. Toezenden van medicijnen
Het organiseren van het toezenden aan verzekerde van medicijnen, kunst- en hulpmiddelen, die op doktersvoor schrift dringend noodzakelijk zijn en die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn. De kosten van aankoop, douaneheffingen en eventuele retourvracht komen voor rekening van ver zekerde, ook indien de toegezonden artikelen niet worden afgehaald. Annulering van de bestelling is niet mogelijk.
 4. Terugroepen
Het terugroepen bij het in levensgevaar verkeren of het overlijden van familieleden in de 1e of 2e graad, alsmede wegens schade aan eigendommen van verzekerde wegens brand, inbraak, explosie of natuurgeweld.
Het organiseren van de terugreis naar Nederland (exclusief de kosten van de terugreis).
 5. Overmaken van geld
De verzekering omvat de kosten van bemiddeling (inclu sief de daaraan verbonden kosten van overmaking door EuroCross International) bij het in noodgevallen overmaken van benodigd geld. Voorschotten of garanties worden niet op grond van deze verzekering verleend. Het overmaken van geld geschiedt uitsluitend indien voldoende garanties zijn verkregen.
 6. Overbrengen van berichten
EuroCross International belast zich met het doorgeven van dringende berichten, mits deze berichten betrekking heb ben op een verzekerde gebeurtenis.

Art. 36 Wederzijdse rechten en verplichtingen

- A Verplichting bij verzoek om hulp**
Indien hulp moet worden ingeroepen, is verzekerde ver plicht zich zonder uitstel per telefoon of fax met EuroCross International in verbinding te stellen onder opgave van de verzekeringsgegevens.
- B Uitvoering diensten door EuroCross International**
EuroCross International verleent haar diensten binnen redelijke termijn en in goed overleg met verzekerde, maar zal vrij zijn in de keuze van degene door wie zij zich bij die uitvoering van haar diensten terzijde laat staan.
- C Financiële garantie**
EuroCross International heeft het recht om ter zake van door haar aan te gane verbintenissen met derden, waarvan de kosten niet door de onderhavige verzekering zijn gedekt, van de verzekerde de nodige financiële garanties te ver langen in door EuroCross International te bepalen vorm en omvang. Wanneer verzekerde daar niet aan voldoet, vervallen zowel de verplichtingen van EuroCross International om de verlangde diensten te verlenen als de dekking voor de overige in dit artikel genoemde vormen van hulpverlening.
- D Verplichtingen verzekerde**
Verzekerde is verplicht de rekeningen van EuroCross International ter zake van diensten en/of kosten - hoe dan ook genaamd - waarvoor krachtens deze verzekering geen recht op vergoeding bestaat, binnen dertig dagen na date ring van die rekeningen, te voldoen. Bij het niet voldoen van de rekeningen kan zondermeer tot gerechtelijke invordering worden overgegaan. De daaraan verbonden kosten komen geheel voor rekening van verzekerde

DEKKING WACHTLIJSTBEMIDDELING

Art. 37 Wachtlijstbemiddeling

Wanneer de noodzakelijke medische behandeling van verzekerde vertraagt, omdat de behandelende zorgverlener of de zorginstelling waar de medische behandeling zal worden uitgevoerd een wachtlijst hanteert, kan verzekerde aanspraak maken op onze wachtlijstbemiddeling. Wij onderzoeken of bemiddeling mogelijk is en de resultaten van deze bemiddeling leggen wij verzekerde binnen vijf werkdagen voor, waarna verzekerde beslist. Als de bemiddeling een wisseling van de zorgverlener of de zorginstelling tot gevolg heeft, dan nemen wij contact op met de huisarts om een en ander te regelen/te melden.

DEKKING EERSTEJAARSRISICO

Art. 38 Wanneer is er sprake van arbeidsongeschiktheid tijdens het eerstejaarsrisico?

Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid is er sprake van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde voor tenminste 25%, respectievelijk tenminste 55% of tenminste 80% *) niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheid houden wij rekening met het aanpassen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede met taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf.

*) Bij het aangaan van de verzekering heeft u kunnen kiezen bij welk percentage (25, 55 of 80%) de uitkering moet ingaan. Dit percentage staat op het polisblad vermeld.

Art. 39 Uitkering eerstejaarsrisico

Mits verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 38 van deze bijzondere voorwaarden, voorziet deze verzekering in een uitkering gedurende een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van maximaal 365 dagen. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan één maand, samengeteld. Deze periode van 365 dagen geldt met inachtneming van de overeengekomen eigen risicotermijn.

Art. 40 Eigen risicotermijn voor het eerstejaarsrisico

De eigen risicotermijn is de periode waarover geen recht op uitkering bestaat. Deze termijn vangt aan op de dag volgend op de dag, waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De eigen risicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van (toegenomen) arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan één maand.

Art. 41 Bevallingsuitkering

1. Verzekerde heeft in verband met haar bevalling recht op een uitkering mits zij ten tijde van de vermoedelijke bevalingsdatum ten minste twee jaar voor zowel het eerstejaarsrisico als het na-eerstejaarsrisico bij ons verzekerd is. Onder bevalling in de zin van dit artikel beschouwen wij tevens een vroeggeboorte indien de foetus zesentwintig weken of ouder is.
2. De uitkering wordt verstrekt gedurende ten hoogste zestien aaneengesloten weken.
3. Indien een eigen risicotermijn voor het eerstejaarsrisico is overeengekomen, wordt deze termijn op de uitkeringsduur van zestien weken in mindering gebracht. Indien de eigen risicotermijn in de twee jaar voorafgaande aan de vermoedelijke bevalingsdatum is verkort, wordt uitgegaan van de overeengekomen eigen risicotermijn met de langste duur.
4. Verzekerde is verplicht in geval van zwangerschap ten spoedigste, maar in ieder geval drie maanden voor de vermoedelijke bevalingsdatum, hiervan aan ons kennis te geven, door middel van een verklaring van een geneeskundige of verloskundige waarin de vermoedelijke bevalingsdatum is aangegeven.
5. De hoogte van de uitkering per dag is gelijk aan 1/365ste deel van het verzekerd jaarbedrag voor het eerstejaarsrisico. Met dien verstande dat verhogingen die binnen twee jaar voor de vermoedelijke bevalingsdatum in de overeenkomst zijn opgenomen, in mindering worden gebracht op het verzekerd jaarbedrag.
6. De eigen risicotermijn gaat vier weken voor de vermoedelijke datum van de bevalling in, of zoveel eerder als de

werkelijke bevalling plaatsvindt.

7. Bij samenloop van een bevallingsuitkering met een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid wordt de bevallingsuitkering slecht uitgekeerd indien en voor zover deze het bedrag van de vastgestelde uitkering wegens arbeidsongeschiktheid overtreft.

Art. 42 Uitkering bij het verlenen van zorg aan de partner en inwonende kinderen

1. Bij een levensbedreigende- of een ongeneeslijke ziekte met terminaal lijden van de partner of één van de inwonende kinderen van de verzekerde die verzorging behoeven en hiervoor afhankelijk zijn van de feitelijke verzorging van de verzekerde bestaat recht op een uitkering.
2. De nadere voorwaarden voor deze uitkering zijn:
 - a. het verzekerd jaarbedrag voor het eerstejaarsrisico, doch maximaal het wettelijk minimumloon, is de basis voor deze uitkering;
 - b. het vaststellen van een levensbedreigende of een ongeneeslijke ziekte met terminaal lijden is ter beoordeling aan onze medisch adviseur en verzekerde is verplicht daartoe onze medisch adviseur alle informatie te verstrekken, dan wel onze medisch adviseur te machtigen deze informatie bij de behandelende artsen op te vragen;
 - c. de maximale uitkeringstermijn voor deze uitkering bedraagt twee maanden per gebeurtenis per jaar;
 - d. op deze uitkering is de eigen risicotermijn niet van toepassing;
 - e. het recht op uitkering bestaat alleen indien zowel het eerstejaarsrisico en het na-eerstejaarsrisico op deze polis is verzekerd;
 - f. geen recht op uitkering bestaat indien verzekerde bij het aanvragen van de uitkering voor het verlenen van zorg arbeidsongeschikt is.

Art. 43 Wat is de omvang van de uitkering?

A Omvang van de uitkering

Met inachtneming van het elders in deze polis bepaalde bedraagt de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

25 tot 35 % = 30 % van het verzekerd jaarbedrag;
35 tot 45 % = 40 % van het verzekerd jaarbedrag;
45 tot 55 % = 50 % van het verzekerd jaarbedrag;
55 tot 65 % = 60 % van het verzekerd jaarbedrag;
65 tot 80 % = 75 % van het verzekerd jaarbedrag;
80 t/m 100 % = 100 % van het verzekerd jaarbedrag.

Bij het aangaan van de verzekering heeft u kunnen kiezen vanaf welk percentage arbeidsongeschiktheid (25, 55 of 80%) de uitkering moet ingaan. Dit percentage staat op het polisblad vermeld.

B Toe- of afname van arbeidsongeschiktheid

Bij toe- of afname van de arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid verhogen respectievelijk verlagen wij de uitkering met ingang van de dag waarop volgens onze vaststelling de toe- of afname heeft plaatsgevonden.

DEKKING NA-EERSTEJAARSRISICO

Art. 44 Wanneer is er sprake van arbeidsongeschiktheid tijdens het na-eerstejaarsrisico?

Gedurende de periode van het na-eerstejaarsrisico is er sprake van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde voor tenminste 25%, resp. 55% of 80% *) niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheid houden wij rekening met het aanpassen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede met taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf.

*) Bij het aangaan van de verzekering heeft u kunnen kiezen vanaf welk percentage arbeidsongeschiktheid (25, 55 of 80%) de uitkering moet ingaan. Dit percentage staat op het polisblad vermeld.

Art 45 Uitkering na-eerstejaarsrisico

Mits verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 44 van deze bijzondere voorwaarden, gaat de uitkering in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan één maand,

samengeteld.

Art. 46 Eigen risicotermijn voor het na-eerstejaarsrisico

De eigen risicotermijn is de periode waarover geen recht op uitkering bestaat. Deze termijn gaat in op de dag dat verzekerde recht verkrijgt op een uitkering krachtens de dekking voor het na-eerstejaarsrisico. Voor het bepalen van de eigen risicotermijn worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan één maand, samengeteld.

Art. 47 Wat is de omvang van de uitkering?**A Hoogte van de uitkering**

Met inachtneming van het elders in deze polis bepaalde bedrag de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

25 tot 35 % = 30 % van het verzekerd jaarbedrag;
35 tot 45 % = 40 % van het verzekerd jaarbedrag;
45 tot 55 % = 50 % van het verzekerd jaarbedrag;
55 tot 65 % = 60 % van het verzekerd jaarbedrag;
65 tot 80 % = 75 % van het verzekerd jaarbedrag;
80 t/m 100 % = 100 % van het verzekerd jaarbedrag.

Bij het aangaan van de verzekering heeft u kunnen kiezen vanaf welk percentage arbeidsongeschiktheid (25, 55 of 80%) de uitkering moet ingaan. Dit percentage staat op het polisblad vermeld.

B Toe- of afname van arbeidsongeschiktheid

Bij toe- of afname van de arbeidsongeschiktheid tijdens de uitkeringsduur van de na-eerstejaarsperiode verhogen respectievelijk verlagen wij de uitkering met ingang van de dag waarop volgens onze vaststelling de toe- of afname heeft plaatsgevonden.

Art. 48 Bijzondere aanspraken

Verzekerde kan krachtens deze verzekering eveneens aanspraak maken op:

A Geneeskundig onderzoek

Wanneer verzekerde volledig arbeidsgeschikt is, zijn de kosten van een periodiek algeheel geneeskundig onderzoek meeverzekerd. Verzekerde heeft hierop voor het eerst recht in het kalenderjaar waarin de verzekering tenminste drie jaar van kracht is en vervolgens steeds na drie kalenderjaren. Dit onderzoek, waarvan de kosten geheel voor onze rekening komen, wordt verricht door een door ons aan te wijzen keuringsinstelling.

B Vaccinatie

Indien niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar van verzekerde, vergoeden wij maximaal 1 maal per jaar de kosten van vaccinatie van verzekerde tegen influenza (zgn. grieprik).

C Korting preventieve diensten

Om de drie jaar kan de verzekerde aanspraak maken op een bijdrage van € 75,- indien hij deelneemt aan een preventie cursus op het gebied van veilig werken en gezondheid, zoals: tilcursus, stoppen met roken, trainingen ter voorkoming van hart- en vaatziekten en burn-out.

D Meerdere verzekeringen

Indien bij ons voor dezelfde verzekerde meerdere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen zijn gesloten dan kan verzekerde voor alle verzekeringen tezamen éénmaal in de drie jaar aanspraak maken op een geneeskundig onderzoek en op korting voor preventieve diensten.

Art. 49 Vergoeding van de kosten van revalidatie en her- en omscholing

Wij vergoeden, boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk de kosten van revalidatie en de kosten van her- of omscholing die tot doel hebben (gedeeltelijk) herstel van arbeidsvermogen. De voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. u of verzekerde dient de vergoeding aan te vragen voordat er kosten zijn gemaakt dan wel voordat u of verzekerde hiervoor afspraken hebben gemaakt;
2. de te maken kosten dienen niet geacht te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling;
3. verzekerde geen aanspraken uit andere hoofde kan laten gelden.

Wanneer u aanspraak wilt maken op vergoeding van de kosten van revalidatie en her- en omscholing, dient u dit vooraf bij ons aan te vragen nog voordat u deze kosten heeft gemaakt of daarvoor afspraken heeft gemaakt.

Art. 50 Premievrijstelling in verband met arbeidsongeschik-**heid**

Wanneer u van ons een uitkering ontvangt voor het na-eerstejaarsrisico verlenen wij premievrijstelling zowel voor het na-eerstejaarsrisico als, indien meeverzekerd, premievrijstelling voor het eerstejaarsrisico, evenredig aan het uitkeringspercentage. Wanneer dit uitkeringspercentage tijdens de periode van premievrijstelling wijzigd verlenen wij een aanvullende premievrijstelling, dan wel brengen wij u een deel van de premie alsnog in rekening.