

Avéro Achmea
Postbus 909
8901 BS Leeuwarden
Telefoon (058) 297 97 97

Inhoudsopgave

- Art. 1 Begripsomschrijvingen
- Art. 2 Doel van de verzekering
- Art. 3 Grondslag van de verzekering
- Art. 4 Verhogingsrecht verzekerd jaarbedrag en recht op wijziging eigen risicotermijn en eindleeftijd
- Art. 5 Wanneer is er sprake van arbeidsongeschiktheid?
- Art. 6 Variabele vormen van arbeidsongeschiktheid
- Art. 7 Wat moeten u en verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid en/of een ongeval?
- Art. 8 Hoe wordt de uitkering vastgesteld?
- Art. 9 Betaling van de uitkering
- Art. 10 Wanneer eindigt de uitkering?
- Art. 11 Wat is niet verzekerd?
- Art. 12 Wat zijn uw en verzekerde zijn verplichtingen bij wijziging van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden?
- Art. 13 Verplichtingen bij andere wijzigingen
- Art. 14 Overdracht van rechten
- Art. 15 Onopzegbaarheid
- Art. 16 Einde van de verzekering
- Art. 17 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering
- Art. 18 Premievrij laatste jaar

Ongevallendekking

- Art. 19 Begripsomschrijvingen
- Art. 20 Wat zijn de verzekerde bedragen?
- Art. 21 Wie zijn de begunstigen?
- Art. 22 Wat is niet meeverzekerd?
- Art. 23 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand
- Art. 24 Wat moeten u en de verzekerde doen na een ongeval?
- Art. 25 Duur en einde van de verzekering
- Art. 26 Uitkering bij overlijden
- Art. 27 Omschrijving van de dekking in geval van blijvende invaliditeit

Verhaalsbijstand

- Art. 28 Begripsomschrijvingen
- Art. 29 Het verlenen van verhaalsbijstand door DAS
- Art. 30 Wat is de omvang van de dekking?
- Art. 31 Het verlenen van verhaalsbijstand
- Art. 32 De kosten van verhaalsbijstand
- Art. 33 Het dekkinggebied
- Art. 34 De verplichtingen van de verzekerde
- Art. 35 De uitsluitingen en de bijzondere beperkingen
- Art. 36 De geschillenregeling

Hulpverlening Buiten Nederland

- Art. 37 Omvang van de hulpverlening
- Art. 38 Wederzijdse rechten en plichten

Wachttijlbemiddeling

- Art. 39 Wachttijlbemiddeling

Art. 1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

- 1 verzekerde degene bij wiens arbeidsongeschiktheid en/of ongeval een uitkering wordt verleend.
- 2 WAZ Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen;
- 3 verzekerd jaarbedrag het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld;
- 4 het eerste jaarsrisico het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid, gedurende de periode van 52 weken waarover geen recht op uitkering bestaat krachtens de WAZ;
- 5 het na-eerste jaarsrisico de periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, voor zover deze arbeidsongeschiktheid voortduurt na het verstrijken van de in sub 4 bedoelde periode van 52 weken.

Art. 2 Doel van de verzekering

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

Art. 3 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring, met de daarin door u en verzekerde verstrekte mededelingen, al dan niet eigenhandig geschreven, alsmede eventuele schriftelijke gegevens afzonderlijk door u, verzekerde, of keuringsarts verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering. Zij worden geacht een geheel met de polis te vormen.

Indien de mededelingen op het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring en afzonderlijke schriftelijke mededelingen in strijd waren met de waarheid of als u omstandigheden die u overeenkomstig wettelijke bepalingen aan ons had moeten melden maar heeft verzwegen, hebben wij het recht ons op vernietigbaarheid van de overeenkomst te beroepen dan wel daarin wijzigingen aan te brengen.

Het is belangrijk om de vragen in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring en overige vragen juist en volledig te beantwoorden. Wanneer u of de verzekerde bij het sluiten of het wijzigen van de verzekering niet alle voor het beoordelen van het risico noodzakelijke informatie hebben verstrekt, hebben wij het recht de verzekering te beëindigen dan wel aan te passen.

Art. 4 Verhogingsrecht verzekerd jaarbedrag en recht op wijziging eigen risicotermijn en eindleeftijd
A Omschrijving van de rechten

U heeft het recht ons te verzoeken per eerste hoofdpremievalidatum drie jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens steeds drie jaar daarna:

- de op dat moment verzekerd jaarbedrag voor de eerste jaars en na-eerste jaars dekkingen te verhogen met maximaal 25% zonder nieuwe gezondheidswaarborgen te overleggen en/of
- de eigen risico termijn te wijzigen en/of
- de eindleeftijd te wijzigen.

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 bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

B Voorwaarden voor uitoefening van dit recht

Voor de uitoefening van dit recht gelden de volgende voorwaarden:

- 1 verzekerde op de optiedatum jonger is dan 55 jaar;
- 2 verzekerde op het moment van ondertekening van het wijzigingsverzoek gedurende 100 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt is en in de 5 jaar voor de optiedatum minder dan 1 jaar al dan niet aaneengesloten arbeidsongeschikt is geweest;
- 3 het verzekerd jaarbedrag mag samen met enig andere voorziening voor derving van inkomen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid maximaal 100% van het jaarinkomen van verzekerde bedragen. Als wij daarom verzoeken overlegt verzekerde alle gevraagde inkomensgegevens en onderliggende bescheiden;
- 4 wij kunnen de verhoging, de eigen risico termijn en de eindleeftijd maximeren op grond van bij ons geldende algemene acceptatieregels bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen;
- 5 indien meer arbeidsongeschiktheidsverzekeringen met dezelfde verzekerde bij ons zijn verzekerd, gelden de algemene acceptatieregels voor de hoogte van het verzekerd 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 Wanneer is er sprake van arbeidsongeschiktheid?

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, 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 de aanpassing van de werkzaamheden en werkomstandigheden 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.

Art. 6 Variabele vormen van arbeidsongeschiktheid

A Welke vormen en toelichting

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 hoofdpremievervaldatum het verzekerd jaarbedrag, en als gevolg daarvan de premie, met 3% verhoogd. Ook wanneer het verzekerd jaarbedrag tot uitkering komt, zal deze uitkering jaarlijks per hoofdpremievervaldatum worden verhoogd.

3 index

Indien u voor index heeft gekozen, wordt per hoofdpremievervaldatum het verzekerd jaarbedrag, en als gevolg daarvan de premie, verhoogd 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)

Wijziging van het verzekerd bedrag door stijging van het indexcijfer vindt plaats ongeacht eventuele tijdens de duur van deze verzekering opgetreden ziekten, kwalen of gebreken. Een wijziging van het verzekerd bedrag op grond van stijging of daling 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 vier weken opvolgen, worden samengeteld. In deze gevallen zal de indexwijziging eerst plaatsvinden na volledig herstel en na goedkeuring door onze medisch adviseur.

U bent gerechtigd de toepassing van de wijziging van het verzekerd bedrag op grond van deze bepaling eenmaal te weigeren. Indien u deze wijziging tweemaal weigert, vervalt de verdere indexering op basis van de CBS-loonindex en zetten wij de verzekering voort op basis van een gelijkblijvende arbeidsongeschiktheidsverzekering tegen een verzekerd jaarbedrag zoals deze was bij de tweede weigering.

B Gevolgen variabele vormen voor de WAZ-aanvulling

Heeft u voor één van deze variabele vormen van arbeidsongeschiktheid gekozen en tevens de WAZ-aanvulling meeverzekerd, dan geldt deze wijze van klimming of indexering niet voor de WAZ-aanvulling.

Art. 7 Wat moeten u en verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid en/of een ongeval?

A Verplichtingen verzekerde

Verzekerde is bij arbeidsongeschiktheid en of een ongeval 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 een maand aan ons mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;

- 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 nodige 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 dit aan ons worden gemeld;

- 8 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 Uw verplichtingen

U bent gehouden de onder lid A2 t/m 7 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. 8 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.

Art. 9 Betaling van de uitkering

Met inachtneming van het in deze verzekering bepaalde is terzake van arbeidsongeschiktheid verzekerde een van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering, die bij volledige arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste gedeelte van het verzekerd jaarbedrag bedraagt.

De berekening van de door ons uit te keren termijnen geschiedt telkens over een periode van vier weken. Wij verstrekken u de uitbetaling zo spoedig mogelijk na het verstrijken van deze periode.

Art. 10 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 de 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 17 bepaalde;

- 5 indien wij een beroep doen op het bepaalde in artikel 3 lid A van de algemene voorwaarden arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Art. 11 Wat is niet verzekerd?

A Uitsluitingen

Wij verstrekken geen uitkering voor arbeidsongeschiktheid en/of ongevalsgevolgen die zijn ontstaan, toegenomen of verergerd:

- 1 door opzet of roekeloosheid van verzekerde of van iemand anders die belang heeft bij de uitkering;

- 2 door een ongeval verzekerde overkomen, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,5 promille of hoger was, of het ademalcoholgehalte 220 microgram of hoger was per liter uitgeademde lucht;

- 3 door een ongeval de verzekerde overkomen, waarbij wij op

grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk kunnen maken dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik. Hiervan is in ieder geval sprake indien verzekerde bij verdenking dat hij heeft gehandeld in strijd met het bepaalde in art. 8 van de

- 4 door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
- 5 hetzij direct, hetzij indirect door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitiej. De zes genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponeerd onder nummer 136/1981.

B Detentie

Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd bestaat geen recht op uitkering. Dit betekent dat in elk geval geen recht bestaat op uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat. Dit geldt voor zowel detentie in Nederland als in het buitenland.

C Atoomkernreacties

Wij verlenen voorts geen uitkering indien de arbeidsongeschiktheid en/of ongevalsgevolgen zijn veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor arbeidsongeschiktheid en/of ongevalsgevolgen veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige te dezer zake bevoegde overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

Art. 12 Wat zijn uw en verzekerde zijn verplichtingen bij wijziging van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden?

A Mededelingsplicht

U respectievelijk de verzekerde is verplicht ons terstond kennis te geven, wanneer de verzekerde zijn beroep, als op het polisblad vermeld, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan.

B Beëindiging beroep en opschorten polis

Indien, anders dan ten gevolge van door ons erkende arbeidsongeschiktheid de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt zijn beroep, als op het polisblad vermeld, daadwerkelijk uit te oefenen, waaronder mede wordt verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit, hebben wij het recht de verzekering te beëindigen dan wel op verzoek van de verzekerde gedurende maximaal een jaar de dekking op te schorten en gedurende deze periode een sluimerpremie in rekening te brengen. In dit laatste geval wordt de dekking weer van kracht indien de verzekerde zijn beroep weer uitoefent. Indien de verzekerde voor afloop van deze periode zijn beroep niet opnieuw uitoefent, dan hebben wij het recht de verzekering alsnog te beëindigen.

De dekking geldt niet voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat tijdens de periode van opschorting.

C Wijziging beroep en/of werkzaamheden

Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aan dat beroep verbonden werkzaamheden verandering ondergaat, zullen wij beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzanding inhoudt. Indien dit het geval is hebben wij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of het verzekerd bedrag te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

D Gevolgen niet tijdig doorgeven van een beroepswijziging

Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden, zullen wij, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt,

eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzanding inhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzanding blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Indien er wel sprake is van risicoverzanding 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 risicoverzanding zou zijn verschuldigd.

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

Art. 13 Verplichtingen bij andere wijzigingen

A Verblif in het buitenland

U respectievelijk de verzekerde is verplicht ons op straffe van verlies van het recht op uitkering, tijdig vooraf te informeren, wanneer de verzekerde voor een periode van langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

B Overige wijzigingen

U respectievelijk de verzekerde is verplicht ons, op straffe van verlies van het recht op uitkering, onmiddellijk kennis te geven, wanneer:

- 1 de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de Ziektewet, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
- 2 u of verzekerde dan wel zijn bedrijf failliet is verklaard, respectievelijk aan hem of aan zijn bedrijf surséance van betaling is verleend;
- 3 u of verzekerde geen of minder verzekerbaar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van artikel 2. In ieder geval is in het kader van deze verzekeringsovereenkomst geen verzekerbaar belang aanwezig indien verzekerde anders dan ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid geen inkomsten heeft uit het op het polisblad vermelde beroep.

U resp. verzekerde is verplicht in deze gevallen ons desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt.

C Gevolgen van de wijziging

Bij de wijzigingen genoemd in de leden A en B hebben wij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of het verzekerd jaarbedrag te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen. Indien u met de verhoging van de premie en/ of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft u het recht binnen vier weken na ontvangst van de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop wij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden hebben ontvangen.

Art. 14 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. 15 Onopzegbaarheid

In afwijking van het bepaalde in artikel 6 lid C 1 en 2 van de algemene voorwaarden arbeidsongeschiktheidsverzekering kunnen wij deze verzekering niet tussentijds beëindigen in verband met de verslechterde gezondheids-toestand van verzekerde.

Art. 16 Einde van de verzekering

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

- 1 op de contractvervaldatum indien u uiterlijk twee maanden voor deze datum, per een aan ons of aan de verzekeringsadviseur gericht schrijven, de verzekering heeft opgezegd;
- 2 zodra de overeengekomen einddatum is bereikt;
- 3 op de datum van het overlijden van verzekerde;
- 4 indien u of verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Art. 17 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Indien de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 13 lid B sub 3 en artikel 16 de subs 2, 3 en 4 van deze voorwaarden en artikel 4 lid B algemene voorwaarden arbeidsongeschiktheidsverzekering, vervallen alle rechten terzake van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid

met ingang van de datum waarop deze verzekering eindigt. In alle andere gevallen geschiedt de beëindiging van de verzekering onverminderd de rechten ter zake van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. Een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die is vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt, wordt alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

Art. 18 Premievrij laatste jaar

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

Ongevallendekking

Art. 19 Begripsomschrijvingen

A 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.

B Uitbreiding begrip ongeval

Onder ongeval wordt tevens verstaan:

- 1 bevrizing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonne-
steek, bliksemingslag en een andere elektrische ontlading;
- 2 het van buitenaf ongewild binnenkrijgen van stoffen of vreem-
de voorwerpen waardoor inwendig letsel wordt toegebracht;
- 3 acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van
gassen, dampen, vaste of vloeibare stoffen;
- 4 besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in enige
vaste of vloeibare stof;
- 5 infectie en bloedvergiftiging als gevolg van een ongeval;
- 6 zonnebrand, uitputting, verhongering en verdorping als
gevolg van het onvrijwillig geïsoleerd raken zoals door
schipbreuk, noodlanding, instorting, natuurramp, waters-
nood, insneeuwing, invriezing, aardbeving alsmede het
dichtvallen van een kluisdeur;
- 7 verstuing, ontwrichting en scheuring van spieren, banden
en pezen als gevolg van een eigen plotselinge krachtsin-
spanning;
- 8 complicaties en verergeringen als gevolg van verleende
eerste hulp bij een ongeval of van medische behandeling
van door een ongeval veroorzaakt letsel.

C Geen ongeval

Onder ongeval wordt niet verstaan:

ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tus-
senwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende pees-
schede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrek-
kingen, zweepslag (coup de Fouet), periarthritis humerosca-
pularis, tennisarm (epicondylitis lateralis) of golferarm (epi-
condylitis medialis);

D 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. 20 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 ongevallendek-
king is verzekerd gelden niet de in dit artikel vermelde
bedragen maar de op het polisblad vermelde bedragen.

Art. 21 Wie zijn de begunstigen?

In geval van overlijden of blijvende invaliditeit van de ver-
zekerde 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 daar-
mede duurzaam samenwoonde;
- 2 bij ontbreken van de in sub 1 genoemde personen worden
als begunstigen beschouwd: de wettelijke erfgenamen,
met uitzondering van de Staat der Nederlanden.

Art. 22 Wat is niet verzekerd?

In aanvulling op de uitsluitingen genoemd in artikel 11 ver-
strekken wij ook geen uitkering indien het ongeval is ontstaan:
1 bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een

misdrif 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 perso-
nen 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 plaats-
vinden op gebaande wegen of paden en onder begelei-
ding van een erkende gids;

Art. 23 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

A Bestaande toestand eerder ongeval

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door
ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of
geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor de
vaststelling van de uitkering(en) uitgegaan van de gevol-
gen, 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, gebrekkig-
heid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van
verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval of eerde-
re arbeidsongeschiktheid, waarvoor wij reeds krachtens
deze arbeidsongeschiktheidsverzekering een uitkering heb-
ben verstrekt of nog zullen moeten verstrekken.

B Toename bestaande ziekte door een ongeval

Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een
ongeval is verergerd, wordt hiervoor door ons geen uitke-
ring verleend.

C Reeds aanwezige blijvende invaliditeit

Indien reeds vóór het ongeval een (functie-)verlies van het
betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitke-
ring voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

Art. 24 Wat moeten u en verzekerde doen na een ongeval?

A Extra verplichtingen na ongeval

In aanvulling op de verplichtingen in artikel 7 bent u, verze-
kerde 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 aange-
toond dat de invaliditeit het uitsluitende gevolg is van het
ongeval. Ieder recht op uitkering vervalt evenwel, indien de
aanmelding niet plaatsvindt binnen vijf jaar na het ongeval;
3 u, verzekerde of begunstigde zijn bovendien verplicht ons:
a alle inlichtingen te verschaffen die wij voor de beoordeling
van de aanspraken op uitkering verlangen;
b toestemming of medewerking te verlenen tot alle maatre-
gelen, 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. 25 Duur en einde van de verzekering

In aanvulling op het bepaalde in artikel 16 eindigt de dek-
king voor de ongevallendekking eveneens aan het einde
van het verzekeringsjaar waarin ten aanzien van blijvende
invaliditeit de invaliditeitsgraad is vastgesteld op 100%.

Art. 26 Uitkering bij overlijden

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

Art. 27 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 een verzekerde vast op basis van de rappor-
tage 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 richt-

lijnen 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
één oog	50
het gehele gehoorvermogen	60
het gehoorvermogen van één oor	25
één oorschelp	5
het spraakvermogen	50
de reuk of de smaak	5
de neus	10
een natuurlijk blijvend gebitselement	1
Inwendig orgaan:	
de milt	10
een nier	20
een long	30
Ledematen:	
beide armen	100
beide handen	100
beide benen	100
beide voeten	100
één arm of hand en één 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
één van de overige vingers	10
een been of 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

Terzake van een ongeval wordt bij blijvende invaliditeit in totaal maximaal het verzekerd bedrag uitgekeerd.

F Verlies van meerdere vingers

Bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van verschillende vingers van een hand wordt in totaal nooit meer uitgekeerd dan hetgeen op grond van deze verzekering uitgekeerd zou zijn bij verlies of een volledige blijvende functiebeperking van een hand.

G Whiplash

Ten aanzien van acceleratie/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het post-whiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5% van het verzekerd bedrag wordt uitgekeerd. Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of vestibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%.

H Beroep verzekerde

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

I 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.

J Psychische reactie op een ongeval

Bij de vaststelling van de mate van invaliditeit wordt nimmer rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval c.q. op het daardoor veroorzaakte lichamelijke letsel c.q. invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate invaliditeit tot gevolg kunnen hebben.

K 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 functionele invaliditeit.

L Moment van vaststellen blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld zodra van een onveranderlijke toestand kan worden gesproken, 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 de verzekerde worden verlengd tot drie jaar, hetgeen verzekerde uiterlijk 30 dagen voor het verstrijken van die termijn schriftelijk aan ons dient te berichten.

M 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 L gerekend vanaf de 731^e dag na het ongeval.

N Land van keuring

De vaststelling van de mate van invaliditeit zal in Nederland plaatsvinden, ook al is een verzekerde na het ongeval naar het buitenland vertrokken, of was deze ten tijde van het ongeval al in het buitenland. Een verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug) dienen 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.

Verhaalsbijstand

Art. 28 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

- 1 DAS
D.A.S Nederlandse Rechtsbijstand
Verzekeringmaatschappij N.V. (Postbus 23000, 1100 DM Amsterdam, telefoon 020 – 6 51 75 17);
- 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. 29 Het verlenen van verhaalsbijstand door DAS

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

Art. 30 Wat is de omvang van de dekking?

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

Art. 31 Het verlenen van verhaalsbijstand

A Wanneer verhaalsbijstand

DAS verleent verhaalsbijstand als zij een redelijk kans op verhaal van schade aanwezig acht. DAS garandeert daarbij de inzet van alle in loondienst aan haar verbonden deskundigen, ongeacht de daarmee gemoeide kosten. DAS is echter gemachtigd om namens de 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 DAS de keuze van de verzekerde. In andere gevallen of ingeval van een opdracht aan een andere externe deskundige bepaalt DAS de keuze.

C Geen aansprakelijkheid voor externe deskundigen

DAS is niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de behandeling door een advocaat of rechtens bevoegde deskundige.

Art. 32 De kosten van verhaalsbijstand

A Maximale vergoeding voor externe deskundigen

- DAS 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 verschotten, voor zover die in het algemeen als gebruikelijk worden beschouwd, van de externe deskundigen, die door DAS worden ingeschakeld;

- 2 de kosten van getuigen voor zover door een rechter toegevoerd;
- 3 de proceskosten die ten laste van de verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- 4 de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging 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); DAS schiet deze kosten voor.

Art. 33 Het dekkinggebied

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. 34 De verplichtingen van de 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 DAS. De verzekerde is verplicht daarbij alle gegevens die op de toedracht en de omvang van zijn schade betrekking hebben te overleggen.

Art. 35 De uitsluitingen en de bijzondere beperkingen

DAS verleent geen (verdere) verhaalsbijstand:

- 1 als de verzekerde handelt in strijd met de verzekeringsvoorwaarden en daardoor de belangen van DAS schaadt; daarvan is in ieder geval sprake als de zaak zó laat is aangemeld dat DAS 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 verzekerde handelen of nalaten of hij het ontstaan van deze behoefte willess 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. 36 De geschillenregeling

Als verzekerde het oneens is met het oordeel van DAS over de haalbaarheid of de wijze van behandeling, dan kan de verzekerde verzoeken dit verschil van mening voor te leggen aan een Nederlandse advocaat naar zijn keuze. DAS 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 DAS. De kosten zijn voor rekening van DAS. 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 DAS alsnog, tot ten hoogste het verzekerde kostenmaximum, de redelijke gemaakte kosten van verhaalsbijstand.

Hulpverlening Buiten Nederland

Art. 37 Omvang van de hulpverlening

A Uitvoerder hulpverlening

Eurocross International voert de hulpverlening uit. Eurocross International is vanuit buitenland bereikbaar per: telefoon: +31 71 364 62 00 fax: +31 71 364 13 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 overblijfsel 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 voorgescreven medische begeleiding tijdens het vervoer door een arts of een verpleegkundige.
Voor het vervoer van een zieke of gewonde verzekerde is

een schriftelijke verklaring vereist van de behandelend arts waaruit blijkt:

dat vervoer naar een ziekenhuis in Nederland of de woonplaats in Nederland medisch noodzakelijk is; welke wijze van vervoer medisch noodzakelijk is; of en in welke vorm medische begeleiding tijdens dat vervoer is voorgescreven.

3 Toezending van medicijnen

Het organiseren van het toezenden aan verzekerde van medicijnen, kunst- en hulpmiddelen, die op doktersvoorschrift dringend noodzakelijk zijn en die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn. De kosten van aankoop, douaneheffingen en eventuele retourvracht komen voor rekening van de verzekerde, ook indien de toegezonden artikelen niet worden afgehaald. Annulering van de bestelling is niet mogelijk.

4 Terugroeping

Terugroeping wegens het in levensgevaar verkeren van of overlijden van familieleden in de 1^o of 2^e graad, alsmede wegens schade aan eigendommen van verzekerde als gevolg van braak, inbraak, explosie of natuurgeweld. Het organiseren van de terugreis naar Nederland (exclusief de kosten van de terugreis).

5 Het overmaken van geld

De verzekering omvat de kosten van bemiddeling (inclusief 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. Overmaking van geld geschiedt uitsluitend indien voldoende garanties zijn verkregen.

6 Overbrengen van berichten

EuroCross International belast zich met het doorgeven van dringende berichten binnen het dekkinggebied, mits deze berichten betrekking hebben op een verzekerde gebeurtenis.

Art. 38 Wederzijdse rechten en verplichtingen

A Verplichting bij verzoek om hulp

Indien hulp moet worden ingeroepen, is de verzekerde verplicht zich zonder uitstel per telefoon, of telefax met EuroCross International in verbinding te stellen onder opgave van de verzekeringsgegevens.

B Uitvoering diensten door EuroCross International

EuroCross International zal zijn diensten verlenen binnen redelijke termijn en in goed overleg met de verzekerde, maar zal vrij zijn in de keuze van degene door wie hij zich bij die uitvoering van zijn diensten terzijde laat staan.

C Financiële garantie

EuroCross International heeft het recht om terzake van door hem aan te gane verbintenissen met derden, waarvan de kosten niet door de onderhavige verzekering zijn gedekt, van de verzekerde de nodige financiële garanties te verlangen in door EuroCross International te bepalen vorm en omvang.

Als daar niet aan voldaan wordt, vervallen zowel de verplichtingen van EuroCross International om de verlangde diensten te verlenen als de dekking die anders onder deze verzekering bestaan zou hebben.

D Verplichtingen verzekerde

Verzekerde is verplicht de rekeningen van de EuroCross International ter zake van diensten en/of kosten - hoe dan ook genaamd - waarvoor krachtens deze verzekering geen recht op vergoeding bestaat, binnen 30 dagen na datering van die rekeningen, te voldoen. Bij niet-voldoening kan zondermeer tot gerechtelijke invordering worden overgegaan. De daaraan verbonden kosten komen geheel voor rekening van verzekerde

Wachttijdbemiddeling

Art. 39 Wachttijdbemiddeling

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.