

Allianz Nederland Schadeverzekering

Arbeidsongeschiktheidsverzekering Verzekeringsvoorwaarden AOV 04

Algemene Voorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1 **Maatschappij**
Allianz Nederland Schadeverzekering N.V., statutair gevestigd te Rotterdam;
- 1.2 **Verzekeringnemer**
degene die bij de maatschappij een verzekering heeft gesloten als omschreven in deze polis;
- 1.3 **Verzekerde**
degene wiens arbeidsongeschiktheid verzekerd is;
- 1.4 **Eerstejaarsrisico (rubriek A)**
arbeidsongeschiktheid gedurende de 365 dagen waarover geen recht op uitkering krachtens de W.A.Z. bestaat;
- 1.5 **Na-eerstejaarsrisico (rubriek B)**
arbeidsongeschiktheid voor zover deze voortduurt na het verstrijken van de in 1.4 bedoelde 365 dagen;
- 1.6 **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 beperkt is in zijn functioneren. Onverminderd het hierboven bepaalde wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht, indien de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Aanpassing van de werkzaamheden en werkomstandigheden, alsmede taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken;
Indien verzekerde binnen twee jaar na aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid zonder overleg met en zonder schriftelijke toestemming van de maatschappij zijn beroep of bedrijf beëindigt of zijn (aandeel in het) bedrijf verkoopt, wordt vanaf de datum van beëindiging of verkoop de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld op basis van passende arbeid (artikel 1.7);
- 1.7 **Passende arbeid**
Onder passende arbeid wordt verstaan beroepswerkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van verzekerde zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Met het aldus vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid zal geen rekening worden gehouden met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid;
- 18 **W.A.Z.**
Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen;
- 1.9 **W.A.O.**
Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

1.10 **Verzekerde jaarrente**

Het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld.

1.11 **Inkomen**

Indien de verzekerde directeur-grootaandeelhouder of beroepsbeoefenaar is, wordt onder inkomen verstaan: bruto inkomsten uit tegenwoordige arbeid van de verzekerde.

Indien de verzekerde zelfstandige is, wordt onder inkomen verstaan: (het aandeel in) de nettowinst uit onderneming vóór belasting van de verzekerde.

1.12 **Hoofdpremievervaldatum**

De in het polisblad vermelde datum waarop een nieuwe verzekeringsjaar ingaat.

Artikel 2 Strekking van de verzekering

2.1 **Uitkering bij derving van inkomen**

De verzekering heeft ten doel uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid.

2.2 **Ondersteuning bij reïntegratie**

De verzekering heeft eveneens ten doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met inachtneming van het gestelde in artikel 4.2.3.

2.3 **Maximale omvang van de dekking**

De dekking van de verzekerde jaarrente(s) voor rubriek A en B omvat op enig moment maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren, onder aftrek van de maximale uitkering uit hoofde van de wettelijke arbeidsongeschiktheidsdekkingen en de elders lopende arbeidsongeschiktheidsdekkingen.

Indien op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering blijkt dat de verzekerde jaarrente de hierboven omschreven maximale dekking overschrijdt, heeft de maatschappij het recht om de verzekerde jaarrente te verlagen tot deze maximale dekking. Voor de berekening van de maximale dekking wordt dan het gemiddelde inkomen berekend als het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Indien de maatschappij van dit recht gebruik maakt, bestaat geen recht op restitutie van premie over de achteraf te hoog verzekerde jaarrente. Indien blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de hierboven omschreven maximale dekking, zal de maatschappij de verzekerde jaarrente niet wijzigen.

Artikel 3 Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de maatschappij verstrekte inlichtingen en gedane verklaringen onder meer in aanvraagformulier(en), gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

In geval voornoemde inlichtingen en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekerde en de verzekeringnemer bekende omstandigheden, als bedoeld in artikel 251 Wetboek van Koophandel, heeft de maatschappij het recht zich overeenkomstig dit wetsartikel op de vernietigbaarheid van de overeenkomst te beroepen.

Artikel 4 Omvang van de verzekering

4.1 Eerstejaarsrisico (rubriek A)

Mits de verzekerde arbeidsongeschikt is als bedoeld in artikel 1.6 voorziet de verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid indien de verzekerde nog geen recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de W.A.Z., alsmede indien hij wegens toegenomen arbeidsongeschiktheid voor wat de toename betreft eerst na 365 dagen recht kan doen gelden op een verhoogde uitkering krachtens deze wet. Indien de verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de W.A.Z. kan doen gelden of indien deze uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, voorziet de verzekering in een uitkering gedurende een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van 365 dagen, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid, welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen, worden samengeteld. Bij de vaststelling van de periode van 365 respectievelijk 30 dagen tellen perioden, waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling op grond van artikel 3:18, eerste lid of 3:19 van de Wet arbeid en zorg wordt genoten, niet mee.

De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van een op het polisblad vermelde eigen risicotermijn als bedoeld in 4.1.1.

4.1.1 Eigen risicotermijn

De eigen risicotermijn is de periode waarover de verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze rubriek.

Deze termijn gaat in op de dag volgend op die, waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.

De eigen risicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen.

4.2 Na-eerstejaarsrisico (rubriek B)

Mits de verzekerde arbeidsongeschikt is als bedoeld in artikel 1.6, voorziet de verzekering in een uitkering indien de verzekerde recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de W.A.Z.

Indien de verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de W.A.Z. kan doen gelden of indien uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, gaat de uitkering eerst in zodra de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid, welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen, worden samengeteld. Bij de vaststelling van de periode van 365 respectievelijk 30 dagen tellen perioden, waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling op grond van artikel 3:18, eerste lid of 3:19 van de Wet arbeid en zorg wordt genoten, niet mee.

De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van een op het polisblad vermelde eigen risicotermijn als bedoeld in 4.2.1. Indien gedurende de arbeidsongeschiktheid volgens rubriek A of B inkomen wordt verkregen doordat buiten het eigen bedrijf een ander beroep dan het verzekerde beroep wordt uitgeoefend, zal dit inkomen geheel of gedeeltelijk in mindering worden gebracht op de uitkering uit hoofde van de onderhavige verzekering totdat een inkomensniveau is bereikt dat gelijk is aan 80% van het gemiddelde inkomen van de verzekerde berekend over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Het buiten het bedrijf uitoefenen van een ander beroep dan het verzekerde beroep kan alleen plaatsvinden met schriftelijke toestemming van de maatschappij en mag de mate van arbeidsongeschiktheid in het verzekerde beroep niet verergeren en de mogelijkheden tot herstel of reïntegratie binnen het eigen bedrijf niet belemmeren.

4.2.1 Eigen risicotermijn

De eigen risicotermijn is de periode, waarover de verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze rubriek. Deze termijn gaat in op de dag dat de verzekerde recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de W.A.Z., dan wel in het geval als bedoeld in 4.2 tweede alinea vanaf de 366e dag.

4.2.2 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Indien de verzekering wordt beëindigd, hetzij door de verzekeringnemer hetzij door de maatschappij, overeenkomstig het in de artikelen 8, 15, 16 en 17.5 bepaalde, geschiedt zulks onverminderd de rechten op een reeds krachtens deze rubriek ingegane uitkering. Bij toeneming van de arbeidsongeschiktheid na beëindiging van de verzekering zal geen verhoging van het uitkeringspercentage plaatsvinden.

4.2.3 Vergoeding reïntegratiekosten

De met voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de maatschappij gemaakte kosten verbonden aan reïntegratie, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk worden vergoed, voor zover daarop niet uit anderen hoofde aanspraak bestaat.

Artikel 5 Uitsluitingen

- 5.1 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid verleend terzake van ongeval en/of arbeidsongeschiktheid, welke is ontstaan, bevorderd of verergerd:
 - 5.1.1 door opzet of grove schuld van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;
 - 5.1.2 door een ongeval verzekerde overkomen, terwijl zijn bloed-alcoholgehalte 0,8 promille of hoger was of het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was; dan wel door een verzekerde overkomen ongeval, waarbij de maatschappij op grond van de toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
 - 5.1.3 door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, anders dan op medisch voorschrift;

- 5.1.4 door ongevallen de verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel van een motorrijwiel waarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven;
- 5.1.5 hetzij direct, hetzij indirect door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of mouterij, zoals deze begrippen moeten worden opgevat volgens de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd onder nr. 136/1981;
- 5.1.6 door atoomkernreacties onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet: voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, met dien verstande dat de door de bevoegde overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Voor zover krachtens de wet of enig verdrag een derde voor de schade aansprakelijk is, blijft de uitsluiting onverkort van kracht. Onder 'wet' wordt verstaan de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen, zijnde de bijzondere wettelijke regeling van de aansprakelijkheid op het gebied van kernenergie. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van bedoelde wet, alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;
- 5.1.7 door sportbeoefening, anders dan als amateur.
- 5.2 Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd bestaat geen recht op uitkering. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

Artikel 6 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid en verval van rechten

- 6.1 **Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid**
De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:
- 6.1.1 zich direct onder behandeling van een arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
- 6.1.2 zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen de eigen risicotermijn of, indien deze termijn langer is dan 6 weken, binnen 6 weken aan de maatschappij mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de maatschappij het recht de eigen risicotermijn te verlengen met het aantal dagen dat de schade meldingstermijn is overschreden;
- 6.1.3 zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aangewezen arts te doen onderzoeken, respectievelijk zich voor onderzoek te doen opnemen in een door de maatschappij

aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling, en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken;

- 6.1.4 alle door de maatschappij benodigde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn;
- 6.1.5 de maatschappij terstond op de hoogte te brengen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid;
- 6.1.6 tijdig vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij vertrek naar het buitenland voor langer dan twee maanden;
- 6.1.7 zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad;
- 6.1.8 vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden;
- 6.1.9 alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de maatschappij het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid (artikel 1.7);
- 6.1.10 op verzoek van de maatschappij een opgave te doen van het inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren en de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.

6.2 Verval van rechten

- 6.2.1 Indien de verzekerde of de verzekeringnemer een of meer van de genoemde verplichtingen niet nakomt en daardoor de belangen van de maatschappij schaadt, vervalt elk recht uit hoofde van deze verzekering.
In ieder geval vervalt elk recht uit hoofde van deze verzekering, indien verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste of misleidende gegevens verstrekt of laat verstrekken, ongeacht of daardoor de belangen van de maatschappij zijn geschaad of niet.
- 6.2.2 Indien de aanmelding van arbeidsongeschiktheid niet plaatsvindt binnen 3 jaar na de gebeurtenis die voor de maatschappij tot een verplichting tot uitkering kan leiden, vervalt elk recht ter zake daarvan uit hoofde van deze verzekering, ongeacht of daardoor de belangen van de maatschappij zijn geschaad of niet.

Artikel 7 Uitkering

- 7.1 **Vaststelling van de uitkering**
De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van gegevens van de door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens ten spoedigste na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien de verzekeringnemer niet

binnen 30 dagen zijn bezwaren kenbaar heeft gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.

7.2 Omvang van de uitkering

Met inachtneming van het in 7.2.1 en 7.2.2 bepaalde, bedraagt de uitkering bij arbeidsongeschiktheid van

25 tot 35%: 30% van de verzekerde jaarrente;

35 tot 45%: 40% van de verzekerde jaarrente;

45 tot 55%: 50% van de verzekerde jaarrente;

55 tot 65%: 60% van de verzekerde jaarrente;

65 tot 80%: 75% van de verzekerde jaarrente;

80 tot 100%: 100% van de verzekerde jaarrente.

7.2.1 Indien de arbeidsongeschiktheid gedurende de uitkeringsperiode volgens rubriek B toeneemt en de verzekerde in verband met de wachttijd van 52 weken, als bedoeld in de W.A.Z., ingevolge die wet nog geen recht op een verhoogde uitkering kan doen gelden, wordt het uitkeringspercentage gehandhaafd op het percentage dat bestond voor de toename van de arbeidsongeschiktheid en eerst verhoogd zodra de verzekerde bedoeld wettelijk recht op een verhoogde uitkering kan doen gelden.

7.2.2 Indien rubriek A is medeverzekerd bestaat gedurende de in 7.2.1 genoemde W.A.Z.-wachttijd voor de mate waarin de arbeidsongeschiktheid is toegenomen wel recht op een uitkering volgens deze rubriek. Van de verzekerde jaarrente krachtens rubriek A wordt alsdan uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage volgens de in 7.2 genoemde tabel behorende bij de nieuwe graad van arbeidsongeschiktheid en dat behorende bij de oorspronkelijke graad van arbeidsongeschiktheid.

7.3 Betaling van de uitkering

Met inachtneming van het in deze polis bepaalde, is ter zake van arbeidsongeschiktheid verzekerd een van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering, welke per dag – bij volledige arbeidsongeschiktheid – 1/365e gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt.

De uitbetaling van de door de maatschappij verschuldigd geworden termijnen geschiedt telkens in maandelijkse periodes achteraf, met dien verstande, dat bij beëindiging van de arbeidsongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden, zo spoedig mogelijk na de dag waarop die beëindiging aan de maatschappij is bekend geworden, respectievelijk door haar aan de verzekeringnemer is meegedeeld. 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.

7.4 Einde van de uitkering

De uitkering eindigt:

7.4.1 per de dag dat de verzekerde niet meer tenminste 25% arbeidsongeschikt is;

7.4.2 per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;

7.4.3 op de datum van overlijden van de verzekerde, met dien verstande dat na het overlijden de reeds ingegane uitkering nog gedurende drie maanden wordt voortgezet, indien de verzekerde op de dag van overlijden gehuwd was of duurzaam samenwoonde. De uitkering geschiedt aan de echtgeno(o)t(e) of partner van verzekerde;

7.4.4 waar het een uitkering onder rubriek A betreft: op de dag dat de verzekeringnemer de verzekering beëindigt;

7.4.5 waar het een uitkering onder rubriek B betreft: op de dag waarop de verzekering eindigt, onverminderd het bepaalde in 4.2.2;

7.4.6 indien de maatschappij een beroep doet op het bepaalde in artikel 6.2.1.

7.5 Vervaltermijn

Alle uitkeringen, die niet binnen één jaar nadat zij betaalbaar zijn gesteld, zijn opgeëist, vervallen aan de maatschappij, tenzij de verzekeringnemer binnen dit jaar het standpunt van de maatschappij heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de maatschappij kenbaar heeft gemaakt.

Artikel 8 Risicowijziging

8.1 Verplichtingen bij wijziging van het beroep alsmede van de daaraan verbonden werkzaamheden

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de maatschappij terstond kennis te geven, wanneer de verzekerde zijn beroep wijzigt of wanneer de daaraan verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden een verandering ondergaan. De maatschappij heeft dan het recht andere voorwaarden te stellen (waaronder wijziging van de premie of verlaging van de verzekerde jaarrente) dan wel de verzekering te beëindigen.

Indien de verzekeringnemer niet akkoord gaat met deze andere voorwaarden, heeft hij het recht, binnen één maand na de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling van de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen. Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden, blijft het recht op een uitkering bestaan als naar het oordeel van de maatschappij de hiervoor bedoelde risicowijziging:

8.1.1 geen risicoverzwaren inhoudt;

8.1.2 wel risicoverzwaren inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden:

- met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of;
- in verhouding van de voor de betreffende rubriek betaalde premie tot de premie die voor het nieuwe beroep verschuldigd zou zijn.

Indien de risicowijziging van dien aard is dat de maatschappij de verzekering niet zou hebben voortgezet indien zij van de ware stand van zaken kennis had gedragen, bestaat geen recht op uitkering.

8.2 Verplichtingen bij andere risicowijziging(en)

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij terstond kennis te geven, wanneer:

8.2.1 de verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

8.2.2 de verzekerde, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen, waaronder mede wordt verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit;

- 8.2.3 de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de W.A.O. of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
- 8.2.4 de verzekerde onder een regeling als bedoeld in de „Wet betreffende verplichte deelneming in een Beroepspensioenregeling“ of een soortgelijke regeling ter zake van derving van arbeidsinkomsten komt te vallen;
- 8.2.5 de verzekerde na het ingaan van deze verzekering een arbeidscontract voor bepaalde of onbepaalde tijd is aangegaan;
- 8.2.6 de verzekeringnemer geen of minder verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van artikel 2.1 en 2.3.

De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de maatschappij desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt.

In al deze gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen (waaronder wijziging van de premie of verlaging van de verzekerde jaarrente) dan wel de verzekering te beëindigen.

Indien de verzekeringnemer met deze wijziging niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen één maand na de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling van de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Artikel 9 Verhoging jaarrente

- 9.1 De verzekeringnemer heeft het recht om jaarlijks op de hoofdpremie-vervaldatum zonder gezondheidswaarborgen de op dat moment in totaal verzekerde jaarrente voor de rubrieken A en/of B tegen de dan geldende premie en/of voorwaarden te verhogen.
- 9.2 Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:
 - 9.2.1 de verzekerde is op dat moment en gedurende 6 maanden hieraan voorafgaand volledig arbeidsgeschikt;
 - 9.2.2 de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht een opgave te doen van het inkomen van verzekerde over de afgelopen drie kalenderjaren en, indien de maatschappij daarom verzoekt, de benodigde financiële stukken ter inzage te verstrekken;
 - 9.2.3 de uit de inkomensstijging voortvloeiende verhoging van de rente(s) bedraagt maximaal 10% van de verzekerde jaarrente voor de verhoging, met een minimum van € 1.000,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde rubriek A en/of B;
 - 9.2.4 de maximale omvang van de dekking zoals omschreven in artikel 2.3 dient in acht te worden genomen;
 - 9.2.5 de verzekerde jaarrente bedraagt per rubriek maximaal € 75.000,-;
 - 9.2.6 de verzekering is op normale voorwaarden tot stand gekomen of – indien later verhogingen tot stand zijn gekomen – de laatste verhoging waarvoor gezondheidswaarborgen zijn overlegd, is op normale voorwaarden tot stand gekomen.
- 9.3 Het recht van verhoging vervalt:

- 9.3.1 indien de verzekeringnemer niet uiterlijk 30 dagen voor de hoofdpremie-vervaldatum kenbaar maakt hiervan gebruik te maken, alsmede wanneer van dit recht driemaal achtereenvolgend geen gebruik wordt gemaakt;
- 9.3.2 zodra de verzekerde de 50-jarige leeftijd heeft bereikt;
- 9.3.3 bij niet tijdige premiebetaling.

Artikel 10 Ongevallendekking

- 10.1 **In het algemeen**
Indien de verzekerde een ongeval overkomt, keert de maatschappij ten aanzien van de in de polis omschreven gevolgen daarvan ten hoogste de daarvoor verzekerde bedragen uit.
- 10.2 **Begrip ongeval**
Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buiten af en ongewild op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, dat zijn dood of een geneeskundig vast te stellen letsel tengevolge heeft.
- 10.3 **Uitbreiding van het begrip ongeval**
Onder ongeval wordt ook verstaan:
 - 10.3.1 verdrinking, verstikking, verbranding, zonnesteek, warmtestuwing, inwerking van bijtende stoffen, bevroering, blikseminslag of andere elektrische ontlading;
 - 10.3.2 verstuiking, verrekking, ontwrichting en verscheuring van spier- en peesweefsel;
 - 10.3.3 acute vergiftiging door gassen, dampen of stoffen;
 - 10.3.4 wondinfectie of bloedvergiftiging, beide ontstaan in verband met een ongeval;
 - 10.3.5 letsel, de dood of een aantasting van de gezondheid opzettelijk en tegen de wil van de verzekerde door een ander veroorzaakt;
 - 10.3.6 besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen, tengevolge van een onvrijwillige aanraking met water of een andere stof;
 - 10.3.7 ontberingen door de verzekerde, geleden tengevolge van een onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
 - 10.3.8 complicaties en verergeringen optredende bij ten gevolge van een ongeval noodzakelijk geworden:
 - eerst hulpverlening;
 - behandelingen, die door of op voorschrift van een arts zijn verricht;
 - 10.3.9 miltvuur, schurft, ringworm, koepokken, mond- en klauwzeer en de ziekte van Bang.
- 10.4 **Begunstigden**
De uitkeringen worden, tenzij anders overeengekomen, verleend:
 - 10.4.1 ten aanzien van een uitkering wegens overlijden aan de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde. Indien deze ontbreekt aan de kinderen van de verzekerde, ieder voor een gelijk deel. Indien deze ontbreken aan de gezamenlijke erfgenamen van de verzekerde;
 - 10.4.2 ten aanzien van een uitkering wegens blijvende invaliditeit aan de verzekerde.
- 10.5 **Uitkering bij overlijden**
Bij overlijden door een ongeval wordt één keer de verzekerde jaarrente van rubriek A uitgekeerd. Een voor het overlijden ter zake van hetzelfde ongeval verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit wordt op de uitkering wegens overlijden in mindering gebracht tot ten hoogste het beloop van de uitkering.

10.6 Uitkering bij blijvende invaliditeit

Bij blijvende invaliditeit door een ongeval wordt uitgekeerd:

10.6.1 indien deze volledig is het gehele verzekerde bedrag. Het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit bedraagt twee keer de verzekerde jaarrente van rubriek A. Als volledige invaliditeit worden onder andere beschouwd volledige en ongeneeslijke verlamming, ongeneeslijke krankzinnigheid en volledig onherstelbaar verlies van het gezichtsvermogen van beide ogen;

10.6.2 indien deze gedeeltelijk is, een gedeelte van het verzekerde bedrag overeenkomstig de volgende percentages.

Bij geheel verlies of geheel functieverlies van:

arm tot in het schoudergewricht	75%
arm tot in of boven het ellebooggewricht	70%
hand tot in of boven het polsgewricht	60%
duim	25%
wijsvinger	15%
middelvinger	12%
ringvinger of pink	10%
been tot in het heupgewricht	75%
been tot in op boven het kniegewricht	65%
voet tot in of boven het enkelgewricht	50%
grote teen	8%
één der andere tenen	4%
een oog	30%
het andere oog, indien krachtens deze verzekering reeds uitkering voor een oog is verleend	70%
het andere oog, indien reeds verlies van een oog bestond zonder uitkering	30%
gehoorvermogen van beide oren	60%
gehoorvermogen van een oor	25%

- bij gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk functieverlies in bovengenoemde gevallen een evenredig deel van deze percentages;
- bij geheel verlies of geheel functieverlies van vingers van één hand wordt niet meer uitgekeerd dan voor verlies of geheel functieverlies van die gehele hand.

10.6.3 In alle niet in 10.6.2 geregelde gevallen wordt, naar keuze van de verzekerde, het percentage der blijvende invaliditeit vastgesteld overeenkomstig de mate van die invaliditeit ongeacht het beroep van verzekerde.

10.6.4 Wordt door een ongeval een bestaande blijvende invaliditeit vergroot, dan wordt de uitkering naar evenredigheid verminderd.

10.6.5 Wegens blijvende invaliditeit door één of meer ongevallen ontstaan tijdens de duur der verzekering wordt nooit meer uitgekeerd dan het voor blijvende invaliditeit vermelde bedrag.

10.6.6 Het percentage van de blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, zodra redelijkerwijs kan worden aangenomen dat de toestand van de verzekerde door het ongeval vrijwel onveranderlijk is noch de dood tengevolge zal hebben, doch uiterlijk 3 jaar na het ongeval. Geen uitkering wegens blijvende invaliditeit is verschuldigd, indien de verzekerde binnen 1 jaar na het ongeval overlijdt, een reeds verleende uitkering wordt evenwel niet teruggevorderd. Bij overlijden, anders dan door het ongeval, later dan 1 jaar na het ongeval, keert de maatschappij het bedrag uit dat zij redelijkerwijs had uitgekeerd indien de verzekerde niet was overleden.

10.6.7 De maatschappij betaalt van de dag waarop 1 jaar na het ongeval is verstreken tot de dag waarop het percentage der blijvende invaliditeit wordt vastgesteld de wettelijke rente over het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag of zoveel minder als telkens overeenkomt met de mate van die invaliditeit. Deze rente wordt telkens na 4 weken vergoed en komt niet in mindering op de uitkeringen wegens blijvende invaliditeit.

10.7 Bij ongevallen tengevolge van beroepsmatige machinale bewerking van hout, steen en kunststof worden ten aanzien van overlijden en blijvende invaliditeit de verzekerde bedragen gesteld op 50% van de ten tijde van het ongeval verzekerde bedragen.

10.8 De verzekering geeft geen dekking indien:

10.8.1 het ongeval is ontstaan door bergbeklimmen, het deelnemen aan skiwedstrijden en snelheidswedstrijden, het deelnemen aan of beoefenen van parachutespringen, parasailing, snelheidswedstrijden met racefietsen;

10.8.2 het ongeval is veroorzaakt door een bij de verzekerde bestaande ziekte, ziekelijke toestand, afwijking of gebrek, behalve voor zover deze omstandigheid het gevolg is van een vroeger ongeval de verzekerde overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering. Indien die omstandigheid de gevolgen van een ongeval slechts vergroot, wordt niet meer uitgekeerd dan zou zijn uitgekeerd indien dat ongeval een normaal persoon zou zijn overkomen;

10.8.3 het ongeval is te wijten aan bewuste roekeloosheid van de verzekerde (zoals een vechtpartij), behalve bij:

- een redelijkerwijs noodzakelijke vervulling van zijn beroep;
- rechtmatige zelfverdediging;
- een poging zichzelf, anderen of zaken te redden.

Artikel 11 Zwangerschap/bevalling

11.1 Voor de vrouwelijke verzekerde voorziet deze verzekering in een periodieke zwangerschaps-/bevallingsuitkering gebaseerd op 100% van de voor rubriek A verzekerde jaarrente, gedurende een periode van 112 dagen met inachtneming van een op het polisblad vermelde eigen risicotermijn als bedoeld in artikel 4.1.1.

11.2 Op de uitkering bestaat alleen recht indien:

11.2.1 de vermoedelijke bevallingsdatum minimaal 2 jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt;

11.2.2 zowel rubriek A als rubriek B verzekerd zijn;

11.2.3 de zwangerschap minimaal 28 weken geduurd heeft.

11.3 De verzekerde dient de uitkering minimaal 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen door een verklaring van de huisarts of verloskundige die de zwangerschap begeleidt te overleggen, waarin de vermoedelijke bevallingsdatum wordt vermeld. Deze uitkering gaat in 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of wanneer de bevalling eerder plaatsvindt op de dag van de bevalling. Indien op enig moment op grond van deze verzekering zowel recht zou bestaan op een arbeidsongeschiktheidsuitkering als op een zwangerschaps-/bevallingsuitkering zal de periodieke uitkering gedurende deze periode gebaseerd worden op 100% van de verzekerde jaarrente. In geval van complicaties bij zwangerschap/bevalling bestaat uitsluitend recht op uitkering krachtens rubriek A bij volledige arbeidsongeschiktheid. De uitkering is gemaximeerd tot 100% van de voor rubriek A verzekerde jaarrente.

Artikel 12 Kosten van rechtshulp

- 12.1 De verzekering voorziet in een vergoeding voor kosten van rechtshulp en de proceskosten.
- 12.2 Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:
- 12.2.1 nadat verzekeringnemer € 900,- kosten van rechtsbijstand en/of proces heeft betaald, vergoedt de maatschappij 50% van de kosten tot een maximum van € 7.500,- per gebeurtenis;
- 12.2.2 de kosten welke voor vergoeding in aanmerking komen zijn die kosten die direct verband houden met het verhalen van schade op een derde, met uitzondering van de maatschappij, die in direct verband staat met het veroorzaken van arbeidsongeschiktheid jegens verzekerde op grond van een onrechtmatige daad en daardoor schadevergoeding is verplicht.
- 12.3 Onder kosten van rechtsbijstand en proces wordt verstaan: declaraties van advocaten en procureurs, scheidslieden, deurwaarders, verkeers- en andere deskundigen, de gerechtskosten en de liquidatiekosten.
- 12.4 Deze dekking geldt niet indien blijkt dat de door deze verzekering gedekte kosten eveneens op (een) andere verzekering(en) is gedekt of daarop zou zijn gedekt indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan, dan geldt de onderhavige verzekering uitsluitend als verschil in voorwaarden en uitkering met deze andere verzekering(en).

Artikel 13 Hulpverlening buitenland

- 13.1 Verzekerd is het recht op hulpverlening, direct ontstaan tengevolge van arbeidsongeschiktheid door ziekte of ongeval buiten Nederland.
- 13.2 Voor deze hulpverlening gelden de volgende voorwaarden:
- 13.2.1 noodzakelijke vervoerskosten inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding per ambulance, auto of vliegtuig naar een plaats in Nederland, waarbij de noodzakelijkheid dient te worden aangetoond door een schriftelijke verklaring van de behandelend arts, waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van te verwachten arbeidsongeschiktheid of invaliditeit ten doel heeft;
- 13.2.2 deze dekking geldt niet indien blijkt dat de door deze verzekering gedekte kosten eveneens op (een) andere verzekering(en) is gedekt of daarop zou zijn gedekt indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan, dan geldt de onderhavige verzekering uitsluitend als verschil in voorwaarden en uitkering met deze andere verzekering(en).

Artikel 14 Periodiek geneeskundig onderzoek

Verzekerd zijn de kosten van een periodiek geneeskundig onderzoek in het jaar waarin de verzekering 3 jaar van kracht is en vervolgens steeds om de 3 jaar. Het periodiek geneeskundig onderzoek kan worden verricht door elke in Nederland gevestigde arts (niet-specialist). Het resultaat van dit onderzoek komt niet ter kennis aan de maatschappij.

Artikel 15 Premiebetaling en terugbetaling van premie

- 15.1 **Premiebetaling in het algemeen**
De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen, doch uiterlijk op de 30e dag nadat zij verschuldigd worden.
- 15.2 **Niet (tijdige) betaling**
Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet betaalt binnen de

in 15.1 genoemde termijn van 30 dagen of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van nadien ontstane arbeidsongeschiktheid.

Een ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist.

Een gedeeltelijke betaling wordt beschouwd als niet betaling.

De verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

De dekking gaat weer in de dag volgend op de dag waarop het

verschuldigde bedrag door de maatschappij is ontvangen en aanvaard.

Gedurende de schorsing is de maatschappij bevoegd de verzekering, zonder inachtneming van een opzeggingstermijn, op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

15.3 Terugbetaling van premie

Behalve bij opzegging wegens opzet de maatschappij te misleiden, wordt bij tussentijdse beëindiging de lopende premie naar evenredigheid verminderd.

15.4 Restitutie van premie in verband met arbeidsongeschiktheid

Zolang de verzekerde een uitkering ontvangt krachtens rubriek B, zal de over die periode betaalde premie voor de rubrieken A en B naar evenredigheid van die uitkering worden gerestitueerd. De premierestitutie vindt achteraf op de hoofdpremieervaldatum plaats.

Artikel 16 Wijziging van premie en voorwaarden

Indien de maatschappij haar premie en/of voorwaarden voor soortgelijke (groepen van) verzekeringen herzielt, mag zij voorstellen dat ook deze verzekering aan de gewijzigde premie en/of voorwaarden wordt aangepast met ingang van de eerste premieervaldag na invoering daarvan.

De maatschappij dient dit voorstel vóór die premieervaldag aan

verzekeringnemer te doen. De verzekeringnemer mag de aanpassing

weigeren binnen 30 dagen na die premieervaldag, tenzij:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking zonder een hogere premie inhoudt;
- de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld;
- de wijziging van de premie direct voortvloeit uit de overeengekomen jaarlijkse klimming van verzekerde jaarrente en premie.

Doet hij dit, dan eindigt de verzekering op die premieervaldag of, bij weigering daarna, op het tijdstip van weigering. Heeft hij dit niet gedaan, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen.

Artikel 17 Einde van de verzekering

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

- 17.1 door opzegging door de verzekeringnemer aan de maatschappij tegen het einde van een verzekeringstermijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en daarbij een termijn van ten minste 3 maanden in acht wordt genomen;
- 17.2 met ingang van de in de polis vermelde einddatum;
- 17.3 op de datum van overlijden van de verzekerde;
- 17.4 op de datum dat de verzekerde zich buiten Nederland vestigt om daar te wonen;

- 17.5 op de datum dat de verzekeringnemer of verzekerde in staat van faillissement is verklaard;
- 17.6 indien wordt getracht door het verstrekken van onjuiste opgaven en inlichtingen de maatschappij te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat. De verzekering eindigt op de datum van opzegging door de maatschappij;
- 17.7 indien de maatschappij de verzekering opzegt wegens achterstalligheid in premiebetaling (artikel 15);
- 17.8 indien verzekeringnemer niet akkoord gaat met een herziening van de premie en/of voorwaarden (artikel 16);
- 17.9 indien de maatschappij de overeenkomst niet wenst voort te zetten vanwege een risicoverzwaren dan wel risicowijziging (artikel 8).

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de maatschappij.

Artikel 18 Adres

Kennisgevingen door de maatschappij worden geacht rechtsgeldig te zijn geschied aan de verzekeringnemer indien deze zijn gedaan aan diens laatst bij de maatschappij bekende adres of aan het adres van de verzekeringsadviseur, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk schriftelijk op de hoogte te brengen van zijn adreswijziging.

Artikel 19 Geschillen

Geschillen over deze verzekeringsovereenkomst zijn onderworpen aan het Nederlands recht, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen. De rechter in Rotterdam of Amsterdam is bevoegd over eventuele geschillen uitspraak te doen.

Artikel 20 Onafhankelijke klachtenbehandeling

Klachten over deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.
Adres: Stichting Klachteninstituut Verzekeringen,
Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 21 Privacybescherming

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, alsmede de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens verzekeringsbedrijf'. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven.

Specifieke voorwaarden

Rubriek C

Artikel 22 Aanvullende begripsomschrijvingen

In deze rubriek wordt verstaan onder:

- 22.1 **U.W.V.**
Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, de instelling die belast is met de uitvoering van de W.A.Z.;
- 22.2 **Minimumloon**
het wettelijk vastgesteld minimumloon op jaarbasis inclusief vakantietoeslag. De laatst verstrekte hoofdpremievalidatum van deze verzekering geldt hiervoor als uitgangspunt;
- 22.3 **Toekenningsbeschikking**
de beschikking verleend door de U.W.V. waarin aan verzekerde het recht op uitkering uit hoofde van de W.A.Z., alsmede de hoogte van de uitkering, kenbaar wordt gemaakt.

Artikel 23 Dekkingsomschrijving

Op grond van rubriek C wordt uitkering verleend, met inachtneming van hetgeen is bepaald in de algemene voorwaarden, als:

- 23.1 het arbeidsongeschiktheidpercentage bepaald door de UWV volgens de W.A.Z., op basis van het criterium gangbare arbeid, lager is dan de mate van arbeidsongeschiktheid die voor rubriek B op grond van artikel 1.6 werd vastgesteld (W.A.Z.-beoordelingshiaat);
- 23.2 de door de U.W.V. vastgestelde uitkering lager is dan de maximale W.A.Z.-uitkering omdat het fiscale winstinkomen van verzekerde lager is dan het minimumloon (W.A.Z.-uitkeringshiaat).

Artikel 24 Uitkering W.A.Z.-beoordelingshiaat

- 24.1 De maatschappij keert de maximale W.A.Z.-grondslag uit vermenigvuldigd met het verschil tussen het vastgestelde W.A.Z.-uitkeringspercentage door de U.W.V. en het W.A.Z.-uitkeringspercentage dat zou gelden indien het arbeidsongeschiktheidspercentage door de U.W.V. op basis van in artikel 1.6 zou zijn vastgesteld.
- 24.2 De maximale W.A.Z.-grondslag bedraagt 100% van het relevante minimumloon.
- 24.3 Indien de mate van arbeidsongeschiktheid zoals vastgesteld door de U.W.V. lager is dan 25%, dan zal voor de berekening van de aanspraak op een uitkering krachtens de rubriek C het uitkeringspercentage voor de W.A.Z. op 0% worden gesteld.

Artikel 25 Uitkering W.A.Z.-uitkeringshiaat

- 25.1 De maatschappij keert het verschil uit tussen de op het moment van verstrekken geldende maximale W.A.Z.-uitkering, behorende bij de door de UWV vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid en de door de U.W.V. verstrekte uitkering.
- 25.2 De maximale W.A.Z.-uitkering bedraagt 70% van het relevante minimumloon.

- 25.3 Eventuele rechten op aanvullende uitkeringen worden bij de W.A.Z.-uitkering opgeteld. Geen uitkering wordt verleend indien en voor zover een verlaging van de W.A.Z.-uitkering plaatsvindt vanwege rechten op enige andere wettelijke voorziening met betrekking tot inkomstenderving.

Artikel 26 Aanvullende verplichtingen in geval van arbeidsongeschiktheid

De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:

- 26.1 toekenningsbeschikkingen of afschriften daarvan direct na ontvangst aan de maatschappij toe te zenden;
- 26.2 de maatschappij terstond op de hoogte te brengen van wijzigingen in de mate van arbeidsongeschiktheid zoals die door de U.W.V. wordt vastgesteld;
- 26.3 de maatschappij desgewenst te machtigen om informatie over de mate van arbeidsongeschiktheid voor de W.A.Z. op te kunnen vragen bij de U.W.V.;
- 26.4 volledig mee te werken als de maatschappij namens verzekerde beroep wil instellen tegen een besluit van de U.W.V., onder meer door het verstrekken van de benodigde machtigingen en mee te werken aan daartoe noodzakelijk medisch of ander onderzoek.

Artikel 27 Jaarlijkse wijziging van premie

De verzekerde jaarrente is afhankelijk van het minimumloon. Onverminderd hetgeen verder is overeengekomen over aanpassing van de premie, wordt de premie voor rubriek C jaarlijks op de hoofdpremievaliddatum aangepast op basis van de wijziging van het minimumloon per 1 januari.

Artikel 28 Restitutie van premie in verband met arbeidsongeschiktheid

Zolang de verzekerde een uitkering ontvangt krachtens rubriek C zal de over die periode betaalde premie voor de rubriek W.A.Z. naar evenredigheid van die uitkering worden gerestitueerd. De premierestitutie vindt achteraf op de hoofdpremievaliddatum plaats.

Artikel 29

Indien rubriek C wordt beëindigd, geschiedt zulks onverminderd de rechten op een krachtens deze rubriek ingegane uitkering, met dien verstande dat geen verhoging van de uitkering meer kan plaatsvinden, behalve met een eventuele vooraf overeengekomen jaarlijkse stijgingspercentage.