



CARDIF

A BNP PARIBAS company

CARDIF HYPOTHEEKBESCHERMING ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN HOP 0106

Daar waar in de algemene verzekeringsvoorwaarden de formulering "hij" wordt gebruikt, kan ook "zij" gelezen worden.

Algemene bepalingen

Art. 1 Begripsomschrijvingen:

- a. **Verzekeraar:** CARDIF Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout.
- b. **Verzekeringnemer:** de persoon die met verzekeraar de polis is aangegaan of diens rechtsopvolger(s) bij overlijden van verzekeringnemer.
- c. **Verzekerde:** de natuurlijke persoon op wiens lijf of leven de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woonachtig is en voorts premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen. Laatstgenoemd vereiste is enkel van toepassing op de modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid, waardoor deze modules niet door een zelfstandig ondernemer zijn af te sluiten.
- d. **Verzekerd maandbedrag:** het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van euro 125,- en een maximum van euro 2.000,- per verzekerde per soortgelijke module bij Cardif Schadeverzekeringen N.V.. Indien het verzekerd maandbedrag bij het aangaan van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto maandlasten van verzekerde zonder dat dit aan verzekeraar schriftelijk kenbaar is gemaakt of indien bij een werkloosheidsschade blijkt dat wegens uitkering van het aangegeven verzekerde maandbedrag verzekerde er in het totale inkomen na werkloosheid duidelijk op vooruit gaat ten opzichte van het inkomen vóór werkloosheid, dan behoudt verzekeraar zich het recht voor bij een eventuele schade-uitkering het verzekerd maandbedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de 78-methode en onder inhouding van kosten worden terugbetaald.
- e. **Verzekerd kapitaal bij ernstige aandoeningen:** het op het polisblad aangegeven verzekerde kapitaal met een maximum van euro 50.000,- per verzekerde.
- f. **Eigen risico periode:** de periode waarin verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke, ook zich reciderende, ziekte en vangt aan op de dag waarop door een arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.
- g. **Ziekte:** een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt, evenals een zich tijdens de looptijd van de verzekering openbarende aandoening van verzekerde die zich vóór aanvang van de verzekering al geopenbaard had, mits, gedurende 60 maanden voor aanvang van de verzekering, er geen

- openbaring en/of recidive van deze aandoening heeft plaatsgehad en verzekerde gedurende deze periode voor deze aandoening geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Ook voor de laatstgenoemde aandoening dient verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts te stellen.
- h. **Ongeval:** een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling van buiten komend onvrijwillig op het lichaam van verzekerde inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt.
 - i. **Tussenpersoon:** de rechtspersoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.
 - j. **Ernstige aandoening:** een van de volgende aandoeningen:
 1. Verworven hartaandoening, al dan niet op basis van een hartinfarct, waarbij een functieverlies van de linkerhartkamer optreedt, zodanig dat de ejectionfracatie van de linkerhartkamer is afgenomen tot 35% of minder;
 2. Hersenletsel, al dan niet met infarct: elk plotseling optredend gedeeltelijk verlies van de hersenfunctie als gevolg van een verminderde hersendoorbloeding (bijv. door blokkering van een of meerdere hersenvaten) of contusio cerebri (hersenschudding), die resulteert in onomkeerbare neurologische uitval met een functionele invaliditeit van tenminste 20% van de gehele mens. Bewijs van onomkeerbare neurologische uitval zal moeten worden geleverd;
 3. Kanker: de manifestatie van een kwaadaardige tumor inclusief leukemie en ziekte van Hodgkin. De diagnose moet worden ondersteund door histologisch bewijs van kwaadaardigheid;
 4. Eindstadium van nierfalen: zich presenterend als chronisch onomkeerbaar functieverlies van beide nieren, als gevolg waarvan nierdialyse of een niertransplantatie wordt uitgevoerd;
 5. Transplantatie van belangrijke organen: het ondergaan van een transplantatie van hart en/of longen, nier(en), lever of beenmerg;
 6. Derdegraads brandwonden, waarbij ten minste 20% van het huidoppervlak is getroffen.
 - k. **Zelfstandig ondernemer:** de persoon die:
 1. Anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of
 2. Anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent; of
 3. Als directeur-aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.
 - l. **Polis:** de verzekeringsovereenkomst tussen

verzekeringnemer en verzekeraar, vastgelegd in onder meer het polisblad, eventuele aanvullende clausebladen, de op het polisblad vermelde algemene verzekeringsvoorwaarden en de stukken zoals bedoeld in artikel 2a.

Art. 2 Grondslag van de verzekering:

- a. De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer op het aanvraagformulier, op de medische vragenlijst(en) en (uitgebreide) gezondheidsverklaring(en) en bij de medisch(e) keuring(en), vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel te vormen. In geval de hiervoor genoemde opgaven en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging, heeft verzekeraar het recht zich op vernietigbaarheid van de polis te beroepen.
- b. Onder verzwijging wordt mede verstaan het geval dat bij de aanvraag niet naar een bepaald gegeven is gevraagd, doch er een omstandigheid is waarvan de verzekeringnemer en/of verzekerde ten tijde van de aanvraag wist, dan wel had horen te begrijpen dat de verzekeraar bij mededeling daarvan de polis niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten.
- c. Indien gedurende de looptijd van een module het oorspronkelijk verzekerde maandbedrag/kapitaal en/of de verzekerde dekking wordt/worden verhoogd en/of verlengd, dan gelden met betrekking tot dit verhoogde en/of verlengde deel wederom alle (medische) waarborgen, dekkingsbeperkingen en/of uitsluitingen die van toepassing zouden zijn indien op dat moment een nieuwe polis zou zijn aangegaan.

Art. 3 Omvang van de dekking:

Deze verzekering bestaat in totaal uit maximaal drie modules per verzekerde. De voor elke verzekerde van toepassing zijnde module(s) staat/staan beschreven op het polisblad. De dekking van elke module is nader omschreven in de bijzondere bepalingen, welke behoren bij deze algemene bepalingen en daarmee één geheel vormen.

Art. 4 Aanvang, duur en einde van de modules:

- a. Elke module van deze verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum, zoals op het polisblad vermeld, mits de premie tijdig op rekening van verzekeraar is bijgeschreven, zoals beschreven in artikel 11.
- b. De verzekeringnemer heeft het recht per aangetekend schrijven de polis op te zeggen binnen 30 dagen na de ingangsdatum. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad te retourneren aan verzekeraar. Verzekeraar zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten onder aftrek van euro

80,- aan administratiekosten, mits de polis al was opgemaakt. Tevens zal verzekeraar de gemaakte medische keuringskosten in rekening brengen of verrekenen, conform art. 13.

c. Een module is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform lid d2 van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met tussenpersoon en verzekeringnemer.

d. Een module eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:

1. op de einddatum van de module, zoals vermeld op het polisblad;
2. op de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt;
3. op de datum van het overlijden van verzekerde;
4. op de datum dat verzekerde emigreert;
5. indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
6. indien verzekerde geen lasten meer heeft door het volledig verval van de verplichtingen voortvloeiend uit huur of hypotheek;

Bovendien eindigen de modules

arbeidsongeschiktheid en werkloosheid voor een verzekerde ook:

7. indien verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;
8. indien verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid of werkloosheid;
9. Indien verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer;

Een module eindigt, in geval van maandpremiebetaling, naast de in de hierboven genoemde gevallen, tevens:

10. op de contractsvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven de verzekering heeft opgezegd. De contractsvervaldatum is de datum waarop de module steeds één vol jaar heeft gelopen te rekenen vanaf de ingangsdatum van de module;
11. bij niet betalen van de premie: met ingang van de 61ste dag nadat de premie verschuldigd was.

e. Voor een polis op basis van eenmalige premiebetaling geldt dat verzekeringnemer gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, kan opzeggen per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven. Verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van twee maanden in acht te nemen. Samen met het schrijven dient het originele polisblad of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden. Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekeringnemer heeft opgezegd zal enkel kunnen leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de eerstkomende vijfjaarlijkse contractsvervaldatum.

Art. 5 Algemene uitsluitingen:

Voor elke module in deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat indien:

- a. blijkt, dat op de ingangsdatum van de verzekering de situatie zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2, zo veranderd is, dat verzekeraar het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan verzekeraar te melden;
- b. het schadegeval het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van verzekeringnemer of verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- c. het schadegeval niet binnen de verplichte termijn van aanmelding wordt gemeld;
- d. verzekerde bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;
- e. het schadegeval (mede) kan worden toegerekend aan gebruik door verzekerde van alcohol, verdovende middelen, bedwelmende, opwekkende en soortgelijke middelen of het gebruik door verzekerde van niet door een arts voorgeschreven geneesmiddelen of niet voorgeschreven doses van geneesmiddelen;
- f. het schadegeval ontstaat of wordt bevorderd of verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect- gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's Gravenhage zijn gedeponneerd onder nummer 136/1981;
- g. het schadegeval is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

Art. 6 Schade:

- a. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat het schadegeval zich heeft voorgedaan, kennis te geven van de ontstane schade.
- b. Na de eerste schademelding ontvangt verzekerde en/of verzekeringnemer een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, ingevuld en ondertekend te worden teruggestuurd aan CARDIF Schadeverzekeringen N.V., t.a.v. de afdeling schade, postbus 4006, 4900 CA te Oosterhout.
- c. Verzekeraar wordt niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de schade, indien aangetoond kan worden, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde periode kon worden gedaan en verzekeraar niet in zijn belangen is geschaad door de late schademelding. Wordt de schademelding gedaan na de datum waarop recht op uitkering is ontstaan én na de termijn zoals vermeld in lid a van dit artikel, dan bestaat enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de schade is gemeld.

Art. 7 Begunstiging:

Enige uitkering krachtens de verzekerde module(s) zal geschieden aan verzekeringnemer.

Art. 8 Einde van (het recht op) uitkering:

- a. Een periodieke uitkering eindigt:
 1. op de dag waarop de schade die leidde tot de periodieke uitkering ophoudt te bestaan;
 2. op de dag dat de betreffende module eindigt conform artikel 4d;
 3. indien verzekeraar het maximale aantal uitkeringen heeft gedaan voor een module, zoals beschreven in de bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid of werkloosheid.
- b. Indien verzekerde of verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in de bijzondere bepalingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

Art. 9 Terugvordering:

Verzekeraar heeft te allen tijde het recht onterecht gedane uitkeringen terug te vorderen.

Art. 10 Maximale uitkering:

Het maximaal uit te keren bedrag voor alle bij CARDIF Schadeverzekeringen N.V. verzekerde dekkingen tezamen bedraagt euro 140.000,- per verzekerde.

Art. 11 Premiebetaling:

- a. In geval van éénmalige premiebetaling:
 1. dient de koopsom binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de verzekering door verzekeringnemer te zijn voldaan. Indien de koopsom niet binnen deze termijn aan verzekeraar is voldaan, dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de koopsom door verzekeraar is ontvangen. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering is niet gedekt.
 2. Indien de dekking na een opschorting als hiervoor bedoeld wordt hersteld en blijkt, dat op de datum van herstel van de verzekering de situatie zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2 van deze voorwaarden, zo veranderd is, dat verzekeraar het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd, dan kan de dekking door verzekeraar worden beperkt of geweigerd. Een verandering in de hier bedoelde zin doet zich in ieder geval voor indien verzekerde gedurende de opschortingsperiode een ongeval heeft gekregen of zich gedurende die periode bij verzekerde een ziekte en/of arbeidsongeschiktheid heeft geopenbaard. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan verzekeraar te melden.
 3. Indien verzekeraar een lagere koopsom ontvangt dan vermeld op de polis, dan zal het aangevraagde verzekerd maandbedrag of kapitaal pro rata worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsom.
- b. In geval van maandpremiebetaling:
 1. De minimale maandelijksse premie bedraagt

euro 10,-. De premie wordt maandelijks automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer.

Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is. Indien automatische incasso niet mogelijk is, dan dient verzekeringnemer binnen 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van dagtekening van de aanmaning, ervoor zorg te dragen dat het incasso alsnog kan geschieden. Voldoet verzekeringnemer niet aan deze verplichting, dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de premie is ontvangen en is de verzekeraar bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de betreffende module(s). Verzekeraar behoudt zich tevens het recht voor gemaakte incassokosten aan verzekeringnemer in rekening te brengen. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering is niet gedekt.

2. Betreffende de modules arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en ernstige aandoeningen is verzekeringnemer premieplichtig gedurende twee-derde van de looptijd. De exacte premieplichtige periode zal door verzekeraar in gehele maanden worden berekend. Verzekeringnemer is verplicht ervoor zorg te dragen dat verzekeraar aan het einde van de premieplichtige looptijd in het bezit is van alle verschuldigde premies. Voldoet verzekeringnemer niet aan deze verplichting, dan is verzekeraar gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de betreffende module(s).
3. Betreffende de afzonderlijke modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid bestaat geen betalingsverplichting gedurende de periode dat begunstigde recht heeft op een schade-uitkering krachtens de betreffende module.

Art. 12 Premierestitutie:

- a. Indien de verzekering of een module eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4d lid 3, 4, 6, 7, 8 en 9, artikel 4e of artikel 14b, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie. Bij maandpremiebetaling vindt geen premierestitutie plaats.
- b. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde brutopremie te verminderen met 7,5% wegens kosten (met een minimum van euro 80) en vervolgens te vermenigvuldigen met de volgende factor (78 methode): $(N-T)(N-T+1) / N(N+1)$, waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar beschikbaar.
- c. Van de onder lid b van dit artikel genoemde uitkomst, zijnde het restitutiebedrag, worden alle eventueel gedane schade-uitkeringen op de te restitueren polis afgetrokken, waarna het uiteindelijke restitutiebedrag overblijft.

Art. 13 Verhaal van kosten en belasting:

Belastingen op premies en/of schade-uitkeringen, rente op schade-uitkeringen en alle overige kosten die voort kunnen vloeien uit de polis

komen voor rekening van verzekeringnemer. De medische keuringskosten komen voor rekening van verzekeringnemer indien de kandidaat-verzekerde na een medische keuring zonder extra uitsluitingen of opslagen geaccepteerd kan worden maar verzekeringnemer of verzekerde hiervan afziet.

Art. 14 En bloc-bepaling:

- a. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van dezelfde soort als deze verzekering en bloc te wijzigen. Verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.
- b. Verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving verzekeraar schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Indien verzekeringnemer dit aan verzekeraar heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of de voorwaarden.
- c. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering conform lid b van dit artikel geldt niet indien:
 - de wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.
- d. De mogelijkheid van premiewijziging door verzekeraar is alleen van toepassing in geval van maandpremiebetaling.

Art. 15 Overdraagbaarheid:

Tenzij anders vermeld op de polis kan verzekeringnemer of verzekerde de rechten voortvloeiend uit deze verzekering niet overdragen aan derden.

Art. 16 Verval van rechten:

Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar betreffende een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van één jaar nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde binnen dit jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

Art. 17 Adreswijziging en privacy:

- a. Verzekeringnemer is verplicht verzekeraar binnen 30 dagen kennis te geven van elke adreswijziging van zowel verzekeringnemer als verzekerde. Kennisgevingen door verzekeraar aan verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij verzekeraar bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon.
- b. De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde verzekerdenadministratie/-registratie. Hierop is een privacyreglement van toepassing.

Art. 18 Meldingsplicht:

Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht is/zijn verzekeringnemer, verzekerde en/of nabestaande(n) verplicht verzekeraar direct schriftelijk kennis te geven, wanneer verzekerde:

- a. voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
- b. komt te overlijden;
- c. minder dan 18 uur per week betaald en actief zijn beroep gaat uitoefenen;
- d. de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
- e. een beroep als zelfstandig ondernemer gaat uitoefenen;
- f. (vervroegd) met pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling.

Art. 19 Toepasselijk recht en klachtenbehandeling:

- a. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.
- b. Voor klachten naar aanleiding van de polis kan verzekeringnemer zich schriftelijk wenden tot de directie van CARDIF Schadeverzekeringen N.V., postbus 4006, 4900 CA te Oosterhout. Indien partijen niet tot overeenstemming komen, kan verzekeringnemer zich wenden tot het Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag.

Bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid

Art. 20 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.
- b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.
- c. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF-score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de DSM-IV TR en dienen hun oorzaak te hebben in de periode na de ingangsdatum van deze module.
- d. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel is in ieder geval niet verzekerd: chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten hiervan, fibromyalgie en equivalenten hiervan, chronisch pijnsyndroom en equivalenten hiervan, post- viraal syndroom, specifieke RSI, whiplash en post-whiplashsyndroom en bekkeninstabiliteit.
- e. Verzekerde dient bij de werkgever op de laatste werkdag direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor

tenminste 18 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Gedurende een periode van onbetaald verlof binnen de wettelijke levensloopregeling dient verzekerde bij de werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst voor tenminste 18 uur per week in dienst te zijn.

- f. Gedurende een periode van maximaal 3 maanden, te rekenen vanaf de ondertekendatum van het aanvraagformulier door verzekeraar wordt voorlopig gedekt voor arbeidsongeschiktheid als het direct en uitsluitend gevolg van een ongeval. Deze voorlopige dekking stopt in ieder geval op de ingangsdatum van de polis en kent een maximaal verzekerd maandbedrag van euro 500,-. Er bestaat alleen recht op uitkering uit deze voorlopige dekking indien het aanvraagformulier door verzekeraar wordt ontvangen en de premie voor de polis door verzekeringnemer wordt voldaan conform artikel 11. Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor de aangevraagde verzekering.

Art. 21 Verzekeringsuitkering:

- a. Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat, met inachtneming van de eigen risico periode zoals vermeld op het polisblad:
- indien verzekerde voor tenminste 35% van het aantal contractuele werkuren per week arbeidsongeschikt is voor zijn werkzaamheden conform de wettelijke bepalingen inzake arbeidsreïntegratie (uitgevoerd door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf) tot het moment dat verzekerde gekeurd is in het kader van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, gedurende een periode van maximaal 24 maanden te rekenen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 22;
 - nadat verzekerde gekeurd is in het kader van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en hierbij voor tenminste 35% arbeidsongeschikt is verklaard. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschikt een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 22.
- b. Het verzekerd maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 80% en hoger, conform lid a van dit artikel. Het verzekerd maandbedrag wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, waarbij voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd maandbedrag het op het polisblad vermelde verzekerd maandbedrag wordt vermenigvuldigd met het exact vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid, conform lid a van dit artikel.
- c. Het aantal maandelijks uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in artikel 22, is beperkt tot maximaal 240 per polis, ongeacht of verzekerde hierna nog een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt.
- d. Een voorlopige vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage in afwachting van een definitieve keuring door het uitvoeringsorgaan van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, wordt niet als een

arbeidsongeschiktheidspercentage als bedoeld in lid a2 van dit artikel beschouwd. Indien, als gevolg van de definitieve vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage, blijkt dat er te veel of te weinig is uitgekeerd, dan zal het verschil achteraf worden verrekend.

- e. Voor de vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage als bedoeld in lid a van dit artikel zal een bij het aangaan van de verzekering al aanwezig(e) (arbeidsongeschiktheidspercentage in verband met een) aandoening of gebrek niet worden meegeteld. Verzekeraar behoudt zich het recht voor om verzekerde in dit verband te laten keuren door een onafhankelijke (keurings)arts.

Art. 22 Fiscaliteit en betaling van de uitkering:

- a. Indien op het polisblad is aangekondigd dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21b, maandelijks en achteraf.
- b. In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21b, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 240) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag conform artikel 21b) op de in de eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregeen.

Art. 23 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
- zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelend arts en/of medisch adviseur van verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en verder na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen;
 - iedere door verzekeraar aan te wijzen arts (of gemachtigde), psycholoog en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 - alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
 - verzekeraar direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkherleving;

- desgevraagd aan verzekeraar het bewijs van voortdurende arbeidsongeschiktheid te verstrekken;
 - bij werkherleving op arbeidstherapeutische basis aan verzekeraar het bewijs te leveren van het arbeidstherapeutische karakter van de werkherleving (te verstrekken door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf), teneinde in aanmerking te blijven komen voor een uitkering.
- b. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid a 3, 4, 5 en 6 genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Art. 24 Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid:

Geen recht op uitkering bestaat indien:

- blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste verklaring(en) over zijn gezondheid, arbeidsongeschiktheid, arbeidssituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd;
- de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 1 maand na de ingangsdatum van deze module heeft voorgedaan. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien deze gebeurtenis een ongeval betreft;
- de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;
- de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van aandoeningen aan de wervelkolom, tenzij verzekerde aantoonbaar door het overleggen van radiologisch en/of medisch bewijs van afwijking dat de aandoening de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid.

Bijzondere bepalingen betreffende de module werkloosheid

Art. 25 Verzekerde dekking:

- Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de eigen risico periode zoals vermeld op het polisblad, dekt verzekeraar het risico van onvrijwillige werkloosheid van verzekerde dat een direct gevolg is van een voor verzekerde onvrijwillige beëindiging van een arbeidsovereenkomst (opzegging, ontbinding, ontslag) bij een werkgever als gevolg waarvan verzekerde krachtens de Nederlandse wetgeving een volledige werkloosheidsuitkering ontvangt.
- De eerste dag van werkloosheid is de dag waarover een volledige werkloosheidsuitkering wordt toegekend.
- Verzekerde dient bij de werkgever in de 6 maanden direct voorafgaand aan de beëindiging van de dienstbetrekking op basis van een arbeidsovereenkomst van bepaalde of onbepaalde duur voor tenminste 18 uur per week in dienst te zijn geweest.
- Verzekerde dient bij de werkgever direct voorafgaand aan de ontslagaanzegging voor tenminste 18 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Gedurende een periode van onbetaald verlof binnen de wettelijke levensloopregeling dient verzekerde bij de werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst voor tenminste 18 uur per week in dienst te zijn.
- Werkloosheid ontstaan vanuit het niet benutten van de restcapaciteit (resterende

verdiencapaciteit bij arbeidsongeschiktheid) bij een werkgever is niet verzekerd.

Art. 26 Verzekeringsuitkering:

- a. De uitkering voor de onvrijwillige werkloosheid wordt gedaan aan het einde van de werkloosheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 12 per schadegeval) dat de volledige werkloosheid heeft geduurd.
- b. De uitkering zal zolang de werkloosheid voortduurt voor elke volle maand van volledige werkloosheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag) op de in lid a van dit artikel bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verregen.
- c. Indien de verzekerde binnen 6 maanden na een periode van werkloosheid waarover verzekeraar een uitkering heeft gedaan, wederom onvrijwillig werkloos wordt en een volledige werkloosheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt, wordt de uitkering krachtens deze module voortgezet alsof er sprake is van een en dezelfde schade.
- d. Het aantal maandelijks uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in lid b van dit artikel, is beperkt tot maximaal 12 per schadegeval met een maximum van 60 per polis, ongeacht of verzekerde hierna nog een werkloosheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt.
- e. Elke uitkering krachtens deze module eindigt in ieder geval op de dag waarop een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur van rechtswege (zijnde: wegens niet verlenging op de einddatum) zou zijn geëindigd, indien de uitkering het resultaat was van een onvrijwillig ontslag binnen deze arbeidsovereenkomst.

Art. 27 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is verplicht zijn onvrijwillige werkloosheid aan te tonen door middel van het overleggen van de door de uitkerende instantie aan verzekerde afgegeven stukken, die verzekerde ontvangt in verband met zijn werkloosheidsuitkeringen. Deze stukken dienen voor elke periode van 30 achtereenvolgende dagen waarvoor een beroep op deze verzekering wordt gedaan, aan verzekeraar te worden overlegd. Voorts dient verzekerde een kopie van zijn arbeidsovereenkomst te overleggen.
- b. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid a genoemde verplichting, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Art. 28 Uitsluitingen bij werkloosheid:

Geen recht op uitkering bestaat indien:

- a. blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste verklaring(en) over zijn arbeidssituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd;
- b. de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 6 maanden na de ingangsdatum van deze module heeft voorgedaan;
- c. verzekerde op de ingangsdatum van deze module voorkennis had over zijn ontslag of over

een dreiging van zijn ontslag;

- d. de werkloosheid een gevolg is van een structurele arbeidsonderbreking die inherent is aan het beroep van verzekerde (bijv. seizoensgebonden activiteiten, vorstverlet);
- e. de werkloosheidsuitkering door de uitkerende instantie geheel of gedeeltelijk wordt geschorst, gestaakt of ingehouden;
- f. de werkloosheid een gevolg is van een aan verzekerde verwijtbaar gedrag zoals diefstal of fraude of gedrag waarvan verzekerde had kunnen weten dat dit ontslag tot gevolg kon hebben;
- g. de werkloosheid een gevolg is van het feit dat een arbeidsovereenkomst voor bepaalde duur is aangegaan en dat deze wegens niet verlenging op de einddatum stopt.

Bijzondere bepalingen betreffende de module ernstige aandoeningen

Art. 29 Verzekerde dekking:

Gedurende de looptijd van deze module dekt de verzekeraar het risico dat verzekerde aan een van de in artikel 1 onder j genoemde ernstige aandoeningen lijdt.

Art. 30 Verzekeringsuitkering:

- a. Het recht op uitkering ontstaat op het moment dat de diagnose van de ernstige aandoening door een arts is gesteld, mits het moment van vaststelling ligt na de ingangsdatum van deze module, de verzekerde tenminste 30 dagen na de vaststelling van de ernstige aandoening nog in leven was en op het moment van melding van de schade nog in leven is.
- b. De uitkering voor ernstige aandoeningen is verschuldigd vanaf het moment als bedoeld in lid a van dit artikel en bestaat uit een éénmalige uitkering van het op het polisblad vermelde verzekerde kapitaal.
- c. Indien de in lid a van dit artikel genoemde diagnose niet in Nederland wordt gesteld, dient de verzekerde een schriftelijke verklaring van de door hem bezochte arts aan verzekeraar te overleggen. Verzekeraar heeft in een dergelijk geval te allen tijde het recht de gestelde diagnose in Nederland te verifiëren. Bij een strijdige diagnose is de in Nederland gestelde diagnose bepalend voor het recht op uitkering ingevolge de polis. De kosten van de verificatie komen voor rekening van de verzekeraar.
- d. De module ernstige aandoeningen eindigt op de eerste dag na de datum van vaststelling van een ernstige aandoening, mits verzekeraar op grond van deze vastgestelde aandoening tot uitkering overgaat.
- e. De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van verzekeringnemer komen.

Art. 31 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
 1. zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven, alle adviezen van zijn behandelend arts en/of enig medisch adviseur van verzekeraar op te volgen en al het mogelijke te doen om de schade te beperken;
 2. iedere door verzekeraar aan te wijzen arts (of gemachtigde) te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan

en aan hem alle gewenste inlichtingen naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;

3. alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op uitkering van belang zijn.
- b. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid a 3 genoemde verplichting, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Art. 32 Uitsluitingen bij ernstige aandoeningen:

Geen recht op uitkering bestaat:

- a. indien blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste verklaring(en) over zijn gezondheid heeft afgelegd;
- b. bij het plotseling ontstaan van tijdelijke neurologische uitvalsverschijnselen, waarbij geen restsymptomen optreden (Transient ischaemic attack of Reversible ischaemic neurological deficit);
- c. bij alle soorten van huidkanker, met uitzondering van histologisch bewezen uitzaaiing(en) van huidkanker;
- d. bij weefseldysplasie, of carcinoma in situ, stadium 1 van de ziekte van Hodgkin en papillaire blaaskanker;
- e. voor een schadeclaim die het direct of indirect gevolg is van een bij de aanvraag en/of op de ingangsdatum van deze module reeds bestaande en/of bekende (bekend als zijnde: diagnose gesteld door een arts of behandeld door een arts) ziekte, klacht, gebrek of aandoening;
- f. bij een schadeclaim die direct of indirect het gevolg is van een HIV-infectie (al of niet resulterend in AIDS) of enig ziektebeeld van vergelijkbare aard;
- g. voor een ernstige aandoening welke intreedt binnen 3 maanden na de ingangsdatum van de module.

Bijzondere bepalingen betreffende Job Care bij Arbeidsongeschiktheid

Art. 33 Beschikbaarheid:

De extra service Job Care bij Arbeidsongeschiktheid is beschikbaar voor diegene die de module arbeidsongeschiktheid van deze algemene verzekeringsvoorwaarden heeft afgesloten bij verzekeraar.

Art. 34 Voorwaarden:

Gedurende de looptijd van de in artikel 33 genoemde module arbeidsongeschiktheid kan verzekerde een beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid. Verzekerde dient zijn schade (ziekte of ongeval) te hebben gemeld conform artikel 6 en dient tevens te verwachten niet terug te kunnen keren in de functie die hij net voor zijn ziekte of ongeval uitoefende. Verzekerde kan alleen een beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid indien hij aan verzekeraar toestemming heeft gegeven zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf en indien zijn werkgever schriftelijk en uitdrukkelijk heeft

ingestemd met reïntegratie elders dan in zijn bedrijf en de werkgever de kosten van deze reïntegratie aanvaardt.

Art. 35 Service:

Indien verzekerde in aanmerking komt voor Job Care bij Arbeidsongeschiktheid, zal een consultant van een reïntegratiebedrijf contact opnemen met verzekerde. Het reïntegratiebedrijf zal vervolgens naar eigen inzicht en beleid de verzekerde begeleiden richting een nieuwe functie. Job Care bij Arbeidsongeschiktheid eindigt wanneer verzekerde in contact is gebracht met het reïntegratiebedrijf.

Art. 36 Verantwoordelijkheid:

Job Care bij Arbeidsongeschiktheid is een extra service en kan op geen enkele wijze een positief resultaat garanderen.

Art. 37 Uitsluitingen:

Geen recht op de extra service bestaat indien:

- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid geen module arbeidsongeschiktheid bij verzekeraar heeft lopen;
- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid zijn schade niet heeft gemeld conform artikel 6;
- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid verwacht terug te kunnen keren in de functie die hij net voor zijn ziekte of ongeval uitoefende;
- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid verzekeraar niet heeft gemachtigd zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf;
- de werkgever niet schriftelijk en uitdrukkelijk heeft ingestemd met reïntegratie elders dan in zijn bedrijf en de werkgever de kosten van deze reïntegratie niet aanvaardt;
- verzekerde binnen 24 maanden na het ontstaan van de schade geen beroep heeft kunnen doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid.

Bijzondere bepalingen betreffende Job Care bij Werkloosheid

Art. 38 Beschikbaarheid:

De extra service Job Care bij Werkloosheid is beschikbaar voor diegene die de module werkloosheid van deze algemene verzekeringsvoorwaarden heeft afgesloten bij verzekeraar.

Art. 39 Voorwaarden:

Gedurende de looptijd van de in artikel 38 genoemde module werkloosheid kan verzekerde een beroep doen op Job Care bij Werkloosheid. Verzekerde dient zijn schade (werkloosheid) te hebben gemeld conform artikel 6 en dient tevens de datum van zijn ontslag schriftelijk te melden aan verzekeraar. Verzekerde kan alleen een beroep doen op Job Care bij Werkloosheid indien hij aan verzekeraar toestemming heeft gegeven zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf.

Art. 40 Service:

Indien verzekerde in aanmerking komt voor Job Care bij Werkloosheid, zal een consultant van een reïntegratiebedrijf contact opnemen met verzekerde. Het reïntegratiebedrijf zal vervolgens naar eigen inzicht en beleid de verzekerde begeleiden richting een nieuwe functie. Job Care bij Werkloosheid eindigt wanneer verzekerde in contact is gebracht met het reïntegratiebedrijf.

Art. 41 Verantwoordelijkheid:

Job Care bij Werkloosheid is een extra service en kan op geen enkele wijze een positief resultaat garanderen.

Art. 42 Uitsluitingen:

Geen recht op de extra service bestaat indien:

- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Werkloosheid geen module werkloosheid bij verzekeraar heeft lopen;
- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Werkloosheid zijn schade niet heeft gemeld conform artikel 6;
- verzekerde bij het beroep doen op Job Care bij Werkloosheid verzekeraar niet heeft gemachtigd zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf;
- verzekerde binnen 24 maanden na het ontstaan van de schade geen beroep heeft kunnen doen op Job Care bij Werkloosheid.

Bijzondere bepalingen betreffende Home Care

Art. 43 Beschikbaarheid:

De extra service Home Care is beschikbaar voor diegene die de module arbeidsongeschiktheid of ernstige aandoeningen van deze algemene verzekeringsvoorwaarden heeft afgesloten bij verzekeraar en hiervoor zonder enige achterstand de maandelijkse premie betaalt c.q. de koopsom heeft voldaan. De aanvraag van de hieronder genoemde woonvoorziening dient nodig te zijn wegens arbeidsongeschiktheid of een ernstige ziekte, die leidt tot een uitkering krachtens de module arbeidsongeschiktheid of ernstige aandoeningen van deze algemene verzekeringsvoorwaarden.

Art. 44 De wettelijke regeling: Wet Voorzieningen Gehandicapten:

De verzekerde die arbeidsongeschikt of ernstig ziek wordt kan problemen krijgen met zelfstandig blijven wonen. Men kan bijvoorbeeld in een rolstoel terecht komen, waardoor de woonsituatie zal moeten veranderen. In het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) heeft de gemeente de verantwoordelijkheid voor de verstrekking van zogenaamde woonvoorzieningen. Een woonvoorziening kan bijvoorbeeld bestaan uit het aanpassen van de keuken, het leggen van rolstoeltapijt of het installeren van een patiëntenlift. Iedere lichamelijke handicap die blijvend aantoonbare beperkingen ondervindt op het gebied van wonen of het zich binnen of buiten de woning verplaatsen, komt in aanmerking voor deze voorzieningen. Bij de gemeente kan men een aanvraagformulier verkrijgen, alsmede de benodigde verdere informatie. Elke gemeente heeft haar WVG-beleid in een verordening vastgelegd. Daarin staat onder meer hoe de gemeente de aanvrager financieel tegemoet komt. De gemeente vergoedt vaak niet alle kosten van de woonvoorziening. Per gemeente kan het beleid verschillen, alhoewel de rijksoverheid een wettelijk verplicht kader heeft opgesteld.

Art. 45 Service:

De verzekerde die krachtens de Wet Voorzieningen Gehandicapten een woonvoorziening heeft gekregen komt in aanmerking voor Home Care. Deze aanvullende service van verzekeraar verlicht de financiële gevolgen van de aanvraag van de woonvoorziening.

Home Care is van toepassing op de belangrijkste woonvoorzieningen binnen de Wet Voorzieningen Gehandicapten:

- woningaanpassing: bouwkundige (onroerende) aanpassingen die bedoeld zijn om ergonomische beperkingen van de gehandicapte in het normale gebruik van de woning op te heffen of te verminderen;
- roerende woonvoorzieningen: rolstoelvast tapijt, mobiele patiëntenliften of niet nagelvast bevestigde hulpmiddelen voor baden en douchen. Woninganering in verband met onder andere CARA valt ook onder deze voorzieningen;
- vergoeding in de kosten van verhuizing en inrichting: verhuizen naar een reeds aangepaste of goedkoper aan te passen woning is een alternatief voor woningaanpassing. In bepaalde gevallen kan de gemeente dit de beste oplossing vinden.

Vergoeding van de eigen bijdrage

Home Care vergoedt de kosten van woningaanpassing of roerende woonvoorzieningen die de verzekerde voor eigen rekening moet nemen door een beroep te doen op de Wet Voorzieningen Gehandicapten (de eigen bijdrage) tot maximaal euro 5.000,-.

Verhuisbonus

Home Care keert euro 1.000 uit aan de verzekerde indien deze moet verhuizen als gevolg van het doen van een beroep op de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Is bij verhuizing tevens woningaanpassing nodig, dan ontvangt de verzekerde zowel de verhuisbonus als de vergoeding van de eigen bijdrage zoals hierboven beschreven.

Art. 46 Verantwoordelijkheid:

Home Care is op geen enkele manier aansprakelijk te stellen voor de mogelijke gevolgen van de verkregen woonvoorziening. Home Care is een aanvullende service en assisteert slechts in financiële zin.

Art. 47 Benodigde documenten:

De verzekerde moet een bewijs van de hoogte van de eigen bijdrage indienen bij verzekeraar, zodat laatstgenoemde vast kan stellen welk bedrag Home Care vergoedt. De verzekerde moet bij verhuizing zoals hierboven beschreven een bewijs van moeten verhuizen indienen bij verzekeraar. Verzekeraar behoudt zich het recht voor beide bewijzen te verifiëren. De verzekerde dient hieraan volledige medewerking te verlenen.

Art. 48 Wettelijke wijzigingen:

In principe geldt de Wet Voorzieningen Gehandicapten zoals deze bij de ontwikkeling van Home Care (mei 1998) luidde. Indien deze wet wijzigt, zodanig dat het principe van Home Care wordt ondermijnd, dan heeft verzekeraar het recht naar eigen goeddunken te oordelen over het al dan niet toekennen van de vergoeding van de eigen bijdrage of de verhuisbonus.

Art. 49 Aanvang en einde van de service:

Er kan een beroep worden gedaan op Home Care vanaf de dag dat de verzekerde een uitkering krachtens de module arbeidsongeschiktheid of ernstige aandoeningen van deze algemene verzekeringsvoorwaarden ontvangt. Elk recht op de extra service Home Care eindigt uiterlijk 3 maanden nadat deze verzekeringsuitkering eindigt.