

Inhoudsopgave

Model AO1113

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	2
A. Welke dekking heeft de verzekerde?		
Artikel 2	Doel van de verzekering	2
Artikel 3	Grondslag van de verzekering	2
Artikel 4	Bepaling van het verzekerde bedrag	3
Artikel 5	Uitbreidingen van de dekking	3
Artikel 6	Beperkingen van de dekking	3
B. Hoe wordt de uitkering vastgesteld?		
Artikel 7	Vaststelling van de uitkering	4
Artikel 8	Omvang van de uitkering	5
Artikel 9	Betaling van de uitkering	5
Artikel 10	Verjaringstermijn	5
C. Wat te doen bij arbeidsongeschiktheid?		
Artikel 11	Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	5
D. Wat moet de verzekeringnemer weten over de premie?		
Artikel 12	Premiebetaling	6
Artikel 13	Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	6
E. Wat gebeurt er bij wijzigingen?		
Artikel 14	Aanpassing van premie en/of voorwaarden	6
Artikel 15	Risicowijzigingen	7
Artikel 16	Overdracht van rechten	7
F. Wanneer eindigt de uitkering en/of de verzekering?		
Artikel 17	Einde van de uitkering	8
Artikel 18	Duur van de verzekering	8
G. Ten slotte		
Artikel 19	Adres	8
Artikel 20	Persoonsgegevens	8
Artikel 21	Toepasselijk recht en klachteninstanties	8
Artikel 22	Optieregeling	9

Sommige begrippen hebben een nadere uitleg nodig. In artikel 1 wordt deze uitleg gegeven.

Waar in deze voorwaarden de mannelijke persoonsvorm wordt gebruikt, worden zowel mannen als vrouwen bedoeld.

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

arbeidsongeschikt(heid):

arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is uitsluitend de verzekerde, die door rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie tot ziekte en gebreken, geheel of gedeeltelijk beperkt is in zijn functioneren.

arbeidsongeschiktheid voor eigen arbeid (beroepsarbeidsongeschiktheid):

onverminderd de begripsomschrijving van arbeidsongeschiktheid, wordt arbeidsongeschiktheid voor eigen arbeid aanwezig geacht, indien de verzekerde voor tenminste 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 werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken.

arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid:

onverminderd de begripsomschrijving van arbeidsongeschiktheid, wordt arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid aanwezig geacht, indien de verzekerde voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.

eigen risicotermijn:

de eigen risicotermijn is de overeengekomen periode zoals op het polisblad vermeld, waarover de verzekeringnemer geen recht heeft op een uitkering krachtens de betreffende verzekerde rubriek. Deze termijn gaat in op de dag volgend op die, waarop de arbeid (gedeeltelijk) wegens arbeidsongeschiktheid is gestaakt en de verzekerde hiervoor voor de diagnostiek en behandeling bij een medisch deskundige is geweest. De eigen risicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid, welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 28 dagen.

eindleeftijd:

de leeftijd van de verzekerde tot wanneer de verzekeringnemer recht heeft op een uitkering.

indexcijfer:

het indexcijfer op 1 november van de CAO-lonen per maand categorie Commerciële dienstverlening gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek.

medisch deskundige:

een (para)medicus die aan de verzekerde zorg levert die door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk is bevonden.

maatschappij:

OHRA Inkomensverzekeringen is een handelsnaam van Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., correspondentieadres: Rijksweg West 2 6842 BD; Postbus 40000, 6803 GA te Arnhem.

Delta Lloyd Schadeverzekering NV is gevestigd te Amsterdam aan de Spaklerweg 4, postbus 1000, 1000 BA Amsterdam (Handelsregister KvK Amsterdam 33052073). Delta Lloyd Schadeverzekering NV staat als aanbieder van (schade)verzekeringen geregistreerd bij de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en heeft een vergunning van De Nederlandsche Bank NV om het schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen.

opzet:

er is sprake van schade door opzet als de arbeidsongeschiktheid en/of een recht op uitkering of vergoeding uit deze verzekering het beoogde doel, het zekere gevolg of het te verwachten gevolg is van een bepaald handelen of nalaten.

risicoverzwaren:

het risico wordt door veranderde omstandigheden hoger of groter (zwaarder) dan het gedekte risico.

rubriek A:

de op het polisblad vermelde periode van arbeidsongeschiktheid voor eigen arbeid, na de eerste ziektedag.

rubriek B:

de arbeidsongeschiktheid voor eigen arbeid, die voortduurt na het verstrijken van de periode onder rubriek A.

verzekerde:

degene wiens arbeidsongeschiktheid verzekerd is.

verzekerde bedrag:

het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld.

verzekeringnemer:

degene, die de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

A. Welke dekking heeft de verzekerde?

Artikel 2

Doel van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen in geval van derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid, die ontstaan is na de ingangsdatum van deze verzekering.

Deze verzekering heeft eveneens tot doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en weer uitvoeren van werkzaamheden.

Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat alleen dan, wanneer de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat deze was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

Artikel 3

Grondslag van de verzekering

De door of namens de verzekeringnemer en verzekerde aan de maatschappij verstrekte opgaven en gedane verklaringen,

vormen de grondslag van deze verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

Als voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht onjuist of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval niet wordt voldaan aan de mededelingsplicht ten aanzien van feiten en omstandigheden die de verzekeringnemer of de verzekerde voor het sluiten van de verzekering kende of behoorde te kennen, heeft de maatschappij, met inachtneming van de terzake doende wettelijke regelingen, het recht de verzekering met onmiddellijke ingang op te zeggen.

De gegevens, die op het polisblad vermeld staan, worden geacht van de verzekeringnemer of verzekerde afkomstig te zijn.

Artikel 4

Bepaling van het verzekerde bedrag

Het verzekerde bedrag heeft betrekking op het (gedeelte van het) inkomen dat de verzekerde verdient met zijn feitelijke arbeid.

In geval de verzekerde bij aanvang van deze verzekering gedeeltelijk arbeidsongeschikt was, wordt uitsluitend dat deel van het inkomen verzekerd, dat hij verdient met zijn restcapaciteit.

Het verzekerde bedrag wordt jaarlijks per 1 april geïndexeerd aan de hand van het indexcijfer. De verschuldigde premie wordt hiermee in overeenstemming gebracht.

- a. De maatschappij behoudt zich het recht voor geen indexering toe te passen indien op de peildatum het indexcijfer een zo geringe stijging vertoont, dat deze de 1% niet overschrijdt. In dat geval wordt eerst dan een indexering toegepast, wanneer op de peildatum van een volgend jaar het indexcijfer ten opzichte van het laatste toegepaste indexcijfer zodanig is gestegen, dat deze de 1% overschrijdt.
- b. Indexering vindt evenwel niet plaats, zodra de verzekeringnemer recht heeft op een uitkering uit hoofde van rubriek A en/of B. Eerst na het weer volledig uitvoeren van werkzaamheden door de verzekerde en na goedkeuring door de medisch adviseur van de maatschappij, wordt de indexering weer toegepast per de 1e april volgend op het weer volledig uitvoeren van werkzaamheden.
- c. Bij het bereiken van de 60-jarige leeftijd van de verzekerde wordt de indexering geheel buiten werking gesteld, zodat geen verdere automatische verhoging van het verzekerde bedrag meer plaatsvindt.

Artikel 5

Uitbreidingen van de dekking

- a. *Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering (alleen voor rubriek B)*
Indien de verzekering wordt beëindigd, omdat niet aan de in artikel 15 genoemde verplichtingen bij risicowijzigingen is voldaan of omdat sprake is van einde van de verzekering volgens artikel 18 lid b sub 3 tot en met 6, vervallen alle rechten terzake van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop de verzekering eindigt.
In alle andere gevallen geschiedt de beëindiging van de verzekering onverminderd de rechten ter zake van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid, behoudens dat bij toeneming van de arbeidsongeschiktheid na beëindiging van de verzekering geen verhoging van het

uitkeringspercentage zal plaatsvinden, maar vermindering van de arbeidsongeschiktheid gelijktijdig aan het moment van vaststelling leidt tot een lager uitkeringspercentage.

- b. *Vergoeding van de kosten van revalidatie, her-, om- of bijscholing*

De met goedkeuring door de maatschappij gemaakte kosten verbonden aan revalidatie, her-, om- of bijscholing van de verzekerde, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van genees- en heelkundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk worden vergoed. Deze vergoeding vindt plaats voor zover daarop niet uit anderen hoofde aanspraak kan bestaan.

- c. *Preventievergoedingen*

1. *Vergoeding kosten van geneeskundig onderzoek*

Voor het eerst vier jaar na de ingangsdatum van de verzekering vergoedt de maatschappij de kosten van geneeskundig onderzoek van de verzekerde om de vier jaar. Dit periodiek geneeskundig onderzoek (de zogenaamde LHV-Basiseuring) inclusief een algemeen bloedonderzoek, moet door een in Nederland gevestigde huisarts verricht worden. De kosten worden rechtstreeks vergoed na overlegging van de originele nota en voor zover deze kosten niet door een andere verzekering gedekt zijn.

De maatschappij wordt niet op de hoogte gebracht van de resultaten van het onderzoek;

2. *Vergoedingen van arbeidsgerelateerde therapie*

Na goedkeuring van de medisch adviseur van de maatschappij wordt vergoed 50% op preventieve cursussen van een landelijk werkende organisatie, waar arbeidsgerelateerde psychische problemen worden behandeld door diverse specialisten, zoals psychologen, gedragstherapeuten en psycho-analisten;

3. *Korting op preventieve cursussen*

Als bij deelname aan Fit en Gezondheidsactiviteiten in een aan de maatschappij verbonden of door haar aan te wijzen preventiecentrum de verzekerde het advies krijgt van de betrokken medisch deskundige om een preventie cursus te volgen, wordt 50% van de kosten van de cursus Rugplan, Cardioplan, Relaxplan, Weight Control en Stoppen met roken vergoed. Niet vergoed worden Medplan en Fitplan. Op verzoek wordt de verzekeringnemer of de verzekerde geïnformeerd over een aan de maatschappij verbonden of goedgekeurd preventiecentrum bij de verzekerde in de buurt.

Artikel 6

Beperkingen van de dekking

- a. Geen uitkering wordt verleend als de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd:
 1. door opzet of grove schuld van de verzekeringnemer, de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende.
 2. door gebruik door de verzekerde van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, die niet op en volgens medisch voorschrift van een medisch deskundige en volgens de gebruiksaanwijzing zijn toegepast.
- b. Geen uitkering wordt verleend als de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd, hetzij direct of indirect door:
 1. een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt

- mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
2. burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 3. opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 4. binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 5. oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
 6. munitie, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De 6 genoemde vormen van molest en de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd onder nummer 136/1981.

- c. 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 terbeschikkingstelling (tbs.). Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.
- d. Geen uitkering wordt verleend bij arbeidsongeschiktheid die is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet bij arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt, of daarvoor bestemd zijn, voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden. Op voorwaarde dat er, voor zover vereist, een vergunning voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen van kracht is, die door enige overheid is afgegeven. Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979 225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
- e. Er bestaat geen recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid of bij overlijden door een ongeval, die of dat is veroorzaakt, ontstaan, bevordert of verergerd:
 1. omdat bij de verzekerde het bloedalcoholgehalte 0,5 promille of hoger of zijn ademalcoholgehalte 220 microgram of hoger is;
 2. waarbij de maatschappij in redelijkheid aannemelijk maakt, dat het ongeval een gevolg is van overmatig gebruik van alcoholhoudende drank of gebruik van verdovende, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen (waaronder soft- en harddrugs) door de verzekerde.
- f. Bijzondere regeling bij terrorismeschade
De volgende bepalingen hebben betrekking op schadegebeurtenissen verband houdend met terroristische activiteiten.

1. Nadere begripsomschrijvingen
Bij toepassing van de in onderdeel 2 van dit artikel verwoorde bijzondere regeling bij vergoeding van terrorismeschade, gelden de volgende begripsomschrijvingen.
 - a. Terrorismisme
Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen en/of gedragingen, in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen, alsmede het (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren en/of schade aan zaken ontstaat, dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks, respectievelijk het verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen -al dan niet in enig organisatorisch verband- is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
 - b. Preventieve maatregelen
Onder preventieve maatregelen worden verstaan: van overheidswege en/of door verzekerde(n) en/of door derde(n) getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt- de gevolgen daarvan te beperken.
 - c. De NHT / Uitkeringsprotocol
De maatschappij heeft zich voor het terrorismerisico herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT). Op de regeling van terrorismeschade is een uitkeringsprotocol van toepassing (de officiële aanduiding luidt: Protocol afwikkeling claims). Een afschrift van de volledige tekst van het uitkeringsprotocol is verkrijgbaar op www.terrorismeverzekerder.nl.
2. Schaderegeling bij terrorismeschade
 - a. Beperkte schadevergoeding
Bij schade als gevolg van gebeurtenissen die (direct of indirect) verband houden met:
 - terrorisme of preventieve maatregelen
 - handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme of preventieve maatregelen
 geldt dat de schadevergoeding door de maatschappij kan worden beperkt tot het bedrag van de uitkering die de maatschappij, overeenkomstig de toepassing van het Uitkeringsprotocol, ontvangt van de NHT. De NHT beslist of er sprake is van een terrorismeschade. Op vergoeding kan niet eerder aanspraak worden gemaakt dan na deze beslissing en de bekendmaking van het bedrag van de vergoeding.
 - b. Verval van rechten bij niet-tijdige melding
Elk recht op schadevergoeding of uitkering vervalt als de melding van de claim niet is gedaan binnen twee jaar nadat de NHT heeft beslist of er sprake is van een terrorismeschade.

B. Hoe wordt de uitkering vastgesteld?

Artikel 7

Vaststelling van de uitkering

- a. De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode, waarover uitgekeerd wordt, worden vastgesteld aan de hand 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 schriftelijk zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te hebben aanvaard.

- b. Voor zover meeverzekering van de stijging van de uitkering op het polisblad is vermeld, geldt dat de uitkering jaarlijks wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 3% van de uitkering afgerond op een veelvoud van € 50,-, zonder dat de premie in evenredigheid wordt verhoogd. De stijging van de uitkering gaat in per 1 april, nadat de verzekerde 1 jaar volgens rubriek B arbeidongeschikt is geweest.
- c. Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op een uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die arbeidongeschiktheid voor uitkering in aanmerking komen, welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- d. Als de maatschappij van oordeel is, dat zij bij een gemelde schade géén of slechts beperkte verplichtingen heeft, zal zij de verzekeringnemer hiervan schriftelijk op de hoogte stellen.

Artikel 8

Omvang van de uitkering

- a. Met inachtneming van hetgeen op het polisblad is vermeld en elders in deze voorwaarden is bepaald met betrekking tot de verzekerde mate van arbeidongeschiktheid, bedraagt de uitkering bij een arbeidongeschiktheid van:
25 tot 35%: 30% van het verzekerde bedrag;
35 tot 45%: 40% van het verzekerde bedrag;
45 tot 55%: 50% van het verzekerde bedrag;
55 tot 65%: 60% van het verzekerde bedrag;
65 tot 80%: 75% van het verzekerde bedrag;
80 tot 100%: 100% van het verzekerde bedrag.
- b. Indien rubriek A is meeverzekerd, bestaat gedurende de eigen risicotermijn van rubriek B, voor de mate waarin de arbeidongeschiktheid is toegenomen, recht op een uitkering volgens rubriek A.
Van het verzekerde bedrag krachtens rubriek A wordt alsdan uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage volgens de tabel in lid a., behorende bij de nieuwe mate van arbeidongeschiktheid en dat behorende bij de oorspronkelijke mate van arbeidongeschiktheid. De aldus bepaalde aanvullende uitkering vindt plaats met inachtneming van de eigen risicotermijn.
- c. Indien de arbeidongeschiktheid gedurende de uitkeringsperiode volgens rubriek B toeneemt, en de verzekerde in verband met de eigen risicotermijn van deze rubriek geen recht op een verhoogde uitkering kan doen gelden, wordt het uitkeringspercentage gehandhaafd op het percentage dat bestond vóór de toeneming van de arbeidongeschiktheid, uiterlijk totdat de eigen risicotermijn van rubriek B is verstreken.

Artikel 9

Betaling van de uitkering

- a. Met inachtneming van het in deze polisvoorwaarden bepaalde is terzake van arbeidongeschiktheid verzekerd een van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering, welke per dag -bij volledige arbeidongeschiktheid -1/365 gedeelte van het verzekerde bedrag bedraagt. De uitbetaling van de door de maatschappij verschuldigd geworden termijnen geschiedt telkens na één maand, met dien verstande, dat bij beëindiging van de arbeidongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden zo spoedig mogelijk na de dag, waarop die beëindiging aan de maatschappij is bekend geworden, respectievelijk door de maatschappij aan de verzekeringnemer is meegeedeeld.
- b. Als bij de beëindiging van de arbeidongeschiktheid op basis van de berekening vermeld in lid a. van dit artikel blijkt dat de maatschappij teveel heeft uitgekeerd, heeft zij het recht het teveel betaalde te verrekenen met de nabetaling of dit bedrag terug te vorderen.

Artikel 10

Verjaringstermijn

Een rechtsvordering tot het doen van een schadevergoeding verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeringnemer of de verzekerde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Nadat de maatschappij haar standpunt terzake van een vordering bekend heeft gemaakt verjaart ieder recht van de verzekeringnemer of de verzekerde na het verstrijken van een periode van 1 jaar, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen dit jaar een rechtsvordering heeft ingesteld of een klacht bij de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening heeft ingediend en dit schriftelijk aan de maatschappij kenbaar heeft gemaakt.

C. Wat te doen bij arbeidongeschiktheid?

Artikel 11

Verplichtingen bij arbeidongeschiktheid

De verzekerde is verplicht bij arbeidongeschiktheid:

- a. zich direct onder adequate behandeling van een medisch deskundige te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
- b. de maatschappij zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen de eigen risicotermijn, en indien deze termijn langer is dan 30 dagen, binnen 30 dagen via het daarvoor bestemde schadeaanvraagformulier op de hoogte te brengen van de ontstane en dan nog aanwezige arbeidongeschiktheid;
- c. zich op verzoek te laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen medisch deskundige en aan deze alle gewenste inlichtingen te geven;
- d. alle gegevens, die de maatschappij nodig heeft (ook de financiële), en de daartoe behorende documenten zo snel mogelijk aan de maatschappij of door haar aangewezen medische en andere deskundigen te (laten) verstrekken.

- Daarnaast is de verzekerde verplicht de behandelende medisch deskundigen en de daartoe behorende adviserende en administrerende instanties te machtigen tot deze verstrekking;
- e. geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de schadevergoeding van belang zijn, te verzwijgen dan wel onjuist of onvolledig aan de maatschappij en/of de deskundigen te verstrekken en/of een verkeerde voorstelling van zaken te geven;
 - f. de maatschappij direct op de hoogte te stellen van het geheel of gedeeltelijk herstel en/of weer uitvoeren van werkzaamheden;
 - g. alle door de maatschappij gegeven aanwijzingen op te volgen die over het weer uitvoeren van werkzaamheden en/of aanpassing van de mate van arbeidsongeschiktheid gaan of over mogelijkheden om in een andere functie weer werkzaamheden te verrichten en hieraan alle medewerking te verlenen;
 - h. vooraf aan de maatschappij te melden, als hij voor meer dan 2 maanden aaneengesloten naar het buitenland vertrekt;
 - i. indien de verzekerde binnen twee jaar na aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid zonder overleg met of 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;
 - j. zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad.

Het is belangrijk, dat de verzekerde de verplichtingen nakomt. De verzekeringnemer is gehouden de verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan, na te (laten) komen voor zover dat met inachtneming van de wetgeving in zijn vermogen ligt.

Komt de verzekeringnemer of de verzekerde deze verplichtingen niet na en zijn daardoor de belangen van de maatschappij geschaad, dan zijn door hen aan de verzekering geen rechten te ontfemen. Tenzij het niet nakomen van de verplichtingen de verzekeringnemer of de verzekerde redelijkerwijs niet of niet volledig kan worden aangerekend. De maatschappij behoudt zich het recht voor eventueel ten onrechte verstrekte uitkeringen terug te vorderen. Voor zover deze bepalingen van toepassing zijn op nog in te gane uitkeringen, vervalt elk recht op uitkering als de verzekeringnemer en/of de verzekerde de betreffende verplichtingen niet nakomen of niet zijn nagekomen.

D. Wat moet de verzekeringnemer weten over de premie?

Artikel 12

Premiebetaling

- a. Bij aanvang van de verzekering moet de verzekeringnemer ervoor zorgen, dat de premie binnen 30 dagen na dagtekening van het polisblad is betaald. Voldoet de verzekeringnemer hier niet aan, dan wordt de verzekering geacht niet tot stand gekomen te zijn en kunnen geen rechten aan de polis worden ontleend.

- b. De verzekeringnemer dient ervoor te zorgen, dat de premie vóór elke premievervaldag is betaald. Als de maatschappij de verschuldigde premie, niet of niet volledig ontvangen heeft, zal zij de verzekeringnemer aanmanen en in kennis stellen van de achterstand in de premiebetaling en de gevolgen daarvan. De verzekeringnemer wordt daarbij in de gelegenheid gesteld om de achterstallige premie, verhoogd met de wettelijke rente vanaf de vervaldatum zoals vermeld in de nota, binnen een termijn van 14 dagen te voldoen.
- c. Indien de premie ook binnen de laatstgenoemde termijn niet wordt voldaan, dan heeft dit tot gevolg dat de dekking van deze verzekering wordt geschorst vanaf de 15e dag vanaf de genoemde betalingstermijn van 14 dagen. De verzekeringnemer blijft de volledige premie verschuldigd.
- d. De verplichtingen tot uitkering gelden weer vanaf de dag, nadat de maatschappij de verschuldigde premie volledig heeft ontvangen. Deze verplichtingen gelden alleen voor arbeidsongeschiktheid die na die dag ontstaan en/of veroorzaakt zijn. De schorsing van de verplichtingen blijft gehandhaafd als slechts een gedeelte van de verschuldigde bedragen is ontvangen.
- e. De maatschappij heeft de bevoegdheid de door haar uit te keren bedragen te verrekenen met de openstaande premietermijnen, na het verlopen van de in lid c genoemde termijn.
- f. De maatschappij heeft bij schorsing van haar verplichtingen het recht de verzekering definitief te beëindigen. Zij brengt de verzekeringnemer daarvan schriftelijk op de hoogte.
- g. Bij tussentijdse beëindiging volgens de artikelen 14 en 15, heeft de verzekeringnemer recht op restitutie van de premie over de termijn, dat de verzekering niet meer van kracht is.

Artikel 13

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid
Zodra en zolang de verzekerde een uitkering ontvangt krachtens rubriek B van deze voorwaarden, wordt vrijstelling van de premie verleend evenredig aan het uitkeringspercentage. In geval dit uitkeringspercentage wijzigt tijdens de periode van premievrijstelling wordt een aanvullende premievrijstelling verleend, danwel brengt de maatschappij een deel van de premie alsnog in rekening. De verzekeringnemer dient laatst bedoelde premie te voldoen uiterlijk op de 30e dag nadat deze verschuldigd wordt.

E. Wat gebeurt er bij wijzigingen?

Artikel 14

Aanpassing van premie en/of voorwaarden

- a. De maatschappij heeft het recht de premies en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot een dergelijke groep, dan is de maatschappij gerechtigd die wijziging overeenkomstig aan te passen en wel volgens c. van dit artikel. De verzekeringnemer zal tijdig vóór de ingangsdatum van de wijziging schriftelijk op de hoogte worden gesteld.

- b. De verzekeringnemer wordt geacht met de wijziging te hebben ingestemd, tenzij hij binnen 14 dagen na de ingangsdatum van deze wijziging, schriftelijk heeft gemeld dat hij het niet eens is met de wijziging. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum van wijziging. De verzekering eindigt niet als:
1. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 2. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
 3. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt;
 4. de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
 5. de wijziging van de premie voortvloeit uit de jaarlijkse indexering van het verzekerde bedrag.
- c. Als de premie en/of voorwaarden worden aangepast, terwijl op deze verzekering wordt uitgekeerd volgens artikel 7, vindt de aanpassing van de premie direct plaats. De premievrijstelling blijft van toepassing. De aanpassing van de voorwaarden vindt plaats, zodra de uitkering is beëindigd.

Artikel 15

Risicowijzigingen

- a. De maatschappij heeft het recht de voorwaarden, premie en uitkeringen direct aan te passen, op te schorten, of de verzekering en de uitkering te beëindigen, als zich een van de volgende wijzigingen voordoen. De verzekeringnemer en/of de verzekerde is verplicht binnen 30 dagen vanaf het bekend worden van de wijziging deze schriftelijk aan de maatschappij door te geven. Op verzoek dient hij de documenten toe te sturen, die de wijzigingen aantonen. Het betreft wijzigingen in:
1. het beroep van de verzekerde, zoals vermeld op het polisblad, voor zover de uitoefening daarvan stopt of wijzigt;
 2. de aard en omvang van de werkzaamheden, die behoren tot het op het polisblad vermelde beroep. Daaronder wordt ook een structurele toe- of afname van het aantal gewerkte uren verstaan. De maatschappij gaat hierbij uit van maximaal 60 uren per week;
 3. het recht van de verzekerde op enige voorziening, die recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid geeft, ongeacht of de verzekerde en/of verzekeringnemer hierop een beroep doet;
 4. het verblijf, voor zover het gaat om een vertrek naar het buitenland voor langer dan twee maanden aaneengesloten;
 5. omstandigheden, waardoor de verzekeringnemer en/of de verzekerde geen of minder verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is, zoals de kans op arbeidsongeschiktheid of het financiële belang van de verzekeringnemer of de verzekerde. Hiervoor zijn de financiële resultaten bepalend. De beoordeling hiervan vindt plaats op basis van het bepaalde in artikel 2 van deze voorwaarden;
 6. de continuïteit van de onderneming in geval de verzekeringnemer of de verzekerde of zijn bedrijf failliet is verklaard of aan hem of aan zijn bedrijf surseance van betaling is verleend of een schuldsaneringsregeling is aangevraagd;
 7. regelingen terzake van derving van arbeidsinkomsten zoals de "Wet betreffende de verplichte deelneming in een Beroepspensioenregeling".
- b. Bij een onder lid a van dit artikel genoemde wijziging wordt beoordeeld of de wijziging respectievelijk verandering een

risicoverzaring inhoudt. Indien dit het geval is heeft de maatschappij het recht, met ingang van de datum van wijziging, andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of het verzekerde bedrag te verlagen, danwel de verzekering te beëindigen.

- c. Indien, anders dan ten gevolge van door de maatschappij erkende arbeidsongeschiktheid de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt zijn beroep daadwerkelijk uit te oefenen, waaronder mede wordt verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit, heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen danwel op verzoek van de verzekeringnemer gedurende maximaal een jaar de dekking op te schorten en gedurende deze periode een sluimerpremie in rekening te brengen. In dit laatste geval wordt de dekking weer van kracht indien de verzekerde zijn beroep weer uitoefent. Indien de verzekerde voor afloop van deze periode zijn beroep niet opnieuw uitoefent, dan heeft de maatschappij het recht de verzekering alsnog te beëindigen. De dekking geldt niet voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat tijdens de periode van opschorting.
- d. Indien de verzekeringnemer met de wijziging van de premie en/of voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen 30 dagen na de kennisgeving 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.
- e. Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden, zal, wanneer de verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens worden beoordeeld of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzaring inhoudt. Indien er sprake is van een risicoverzaring die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van een beperking van de voorwaarden, een verhoging van de premie en/of een verlaging van het verzekerde bedrag, geschiedt de uitkering:
1. met inachtneming van de beperking van de voorwaarden en/of verlaging van het verzekerde bedrag;
 2. in verhouding van de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzaring zou zijn verschuldigd.
- Indien een niet tijdig gemelde risicoverzaring naar het oordeel van de maatschappij van dien aard is, dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op uitkering.

Artikel 16

Overdracht van rechten

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

F. Wanneer eindigt de uitkering en/of de verzekering?

Artikel 17

Einde van de uitkering

De uitkering eindigt:

- a. op de dag, waarop de verzekerde niet meer volgens deze polisvoorwaarden voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is;
- b. op de eerste dag van de eerste maand na de verjaardag, waarop de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd bereikt. Of, als dit eerder is, op de dag, waarop deze verzekering eindigt. Artikel 5, lid a. (recht op uitkering na beëindiging van de verzekering) blijft van toepassing;
- c. in geval van overlijden van de verzekerde indien:
 1. de verzekerde kostwinner was:
op de eerste dag van de derde maand volgend op de maand van overlijden. De uitkering wordt uitgekeerd aan de echtgeno(o)t(e) of de met de verzekerde aantoonbaar (volgens artikel 1.2 van de Wet Inkomstenbelasting 2001) duurzaam samenlevende partner en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van de verzekerde;
 2. de verzekerde geen kostwinner was:
op de eerste dag van de eerste maand, volgend op de maand van overlijden. De uitkering wordt dan uitgekeerd aan de wettelijke erfgenamen van de verzekerde;
- d. als de verzekeringnemer of de verzekerde een verplichting, zoals genoemd in artikel 11, niet nakomt, terwijl deze verplichting van toepassing is op een lopende uitkering. Elk recht op uitkering vervalt, als een van beide een verplichting, die van toepassing is op nog in te gane uitkeringen, niet nakomt;
- e. als de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens aan de maatschappij verstrekt of laat verstrekken.

Artikel 18

Duur van de verzekering

- a. De verzekering is gesloten voor een bepaalde periode. Deze periode, aan te duiden als eerste contracttermijn, eindigt op de contractvervaldatum zoals vermeld op het polisblad dat na het tot stand komen van de verzekering is afgegeven. Na afloop van de eerste contracttermijn wordt de verzekering telkens verlengd voor een periode van 12 maanden, tenzij de verzekeringnemer de verzekering tenminste twee maanden voor de contractvervaldatum schriftelijk heeft opgezegd.
De einddatum van een verlengingsperiode geldt als nieuwe contractvervaldatum. Na afloop van de eerste contracttermijn kan de verzekering door verzekeringnemer op ieder moment worden opgezegd met een opzegtermijn van tenminste één maand.
De verzekeringnemer kan de verzekering binnen 14 dagen na ontvangst van het eerste polisblad schriftelijk opzeggen. Hierdoor is de verzekering vanaf het begin niet van kracht geweest.
- b. De verzekering eindigt:
 1. als de verzekeringnemer schriftelijk heeft opgezegd zoals bedoeld in lid a van dit artikel;
 2. als de verzekeringnemer opzegt volgens artikel 14 of 15 van deze voorwaarden;
 3. als de verzekeringnemer de premie niet binnen de gestelde termijn voldoet of laat voldoen;

4. vanaf de dag, dat de verzekerde zijn woonplaats niet langer in Nederland heeft, tenzij de maatschappij bereid is de verzekering tegen andere voorwaarden en/of een andere premie voort te zetten;
5. als de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt of laat verstrekken;
6. de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt of eerder, als de verzekerde komt te overlijden, met inachtneming van het bepaalde in artikel 17 lid c. van deze voorwaarden.

De maatschappij kan de verzekering, behalve in deze voorwaarden genoemde gevallen, niet opzeggen.

In de hiervoor genoemde gevallen loopt de verzekering af om 0.00 uur van de datum van beëindiging.

G. Ten slotte

Artikel 19

Adres

Alle mededelingen, gericht aan het adres dat de verzekeringnemer of de verzekerde als laatste heeft doorgegeven, hebben tegenover de verzekeringnemer, de verzekerde en de wettelijke erfgenamen bindende kracht.

Bij verhuizing is de verzekeringnemer verplicht de maatschappij daarvan uiterlijk binnen 30 dagen na de verhuisdatum schriftelijk mededeling te doen.

Artikel 20

Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering worden Persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; voor het uitvoeren van marketingactiviteiten; ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector; voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Als u geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u ons dit laten weten via: OHRA Inkomensverzekeringen, Postbus 40000, 6803 GA Arnhem.

Artikel 21

Toepasselijk recht en klachteninstanties

- a. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst moeten eerst aan de directie van OHRA Inkomensverzekeringen worden voorgelegd.
- b. Bent u een natuurlijk persoon die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf (of een rechtspersoon, waarvan de doelstelling is gericht op het particuliere belang van bestuurders

en/of deelnemers c.q. leden) dan kunt u wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is, zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Hij probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er een Geschillencommissie die een bindend advies kan geven. Adres: Kifid, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. (www.kifid.nl) Wie geen gebruik wil of kan maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstaking, of de behandeling door het Klachteninstituut niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.

Artikel 22

Onderstaande clausule is uitsluitend van toepassing, indien hiernaar op het polisblad wordt verwezen

Optieregeling

Voorzover meeverzekering van de optieregeling op het polisblad is vermeld, geldt dat indien de verzekeringnemer bij het ingaan van deze verzekering niet langer dan een jaar een bedrijf voor eigen rekening uitoefende, de verzekeringnemer het recht heeft om twee jaar na de op het polisblad genoemde ingangsdatum het op dat moment verzekerde bedrag voor de rubrieken A en/of B te verhogen met maximaal 15%, doch maximaal € 7.000,-. De verhoging geschiedt tegen de dan geldende tarieven en voorwaarden, echter zonder medische beoordeling. Het verzekerde bedrag per rubriek mag na verhoging niet meer dan € 50.000,- bedragen, en mag tezamen met enige andere voorziening ter zake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan 80 % van het gemiddelde jaarinkomen over de laatste 2 jaar. De optieregeling is niet van toepassing indien op grond van de verzekering arbeidsongeschiktheid aanwezig is of aanwezig is geweest, of er op grond van deze verzekering een uitkering is gedaan of verschuldigd is. Het recht op de optieregeling dient tenminste 2 maanden voorafgaande aan de tweede verjaardag van de verzekering schriftelijk aan de maatschappij te worden gemeld.