



**STAD ROTTERDAM
VERZEKERINGEN**

N.V. Maatschappij van Assurantie,
Discontering en Beleening
der Stad Rotterdam Anno 1720
K.v.K. Rotterdam 24006247

Levensverzekering Maatschappij
Stad Rotterdam N.V.
K.v.K. Rotterdam 24079264

AOV VOOR ZELFSTANDIGEN-OPBOUW

ALGEMENE VOORWAARDEN

I ALGEMEEN

1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Erfgenamen:**
degenen die krachtens testamentaire erfstelling of de wet deelgerechtigd zijn in de nalatenschap; de onderlinge verdeling zal plaatsvinden in de verhouding waarin zij in de nalatenschap zijn geroepen;
2. **Inkomen:**
persoonlijk bruto inkomen uit arbeid danwel netto winst(aandeel) uit onderneming vóór aftrek van belastingen;
3. **Maatschappij:**
De op de eerste pagina van dit document genoemde vennootschappen;
4. **Ongeval:**
 1. een gebeurtenis waarbij de verzekerde een geneeskundig objectief vast te stellen lichamelijk letsel is toegebracht door een plotseling, rechtstreeks op het lichaam inwerkend, van buiten komend geweld.
 2. Mede als ongeval worden beschouwd:
 - a. acute vergiftiging als gevolg van het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen en vaste en vloeibare stoffen, met uitzondering van vergiftiging door het binnen krijgen van allergenen of ziektekiemen tenzij dit een rechtstreeks gevolg is van een ongeval;
 - b. besmetting of vergiftiging als gevolg van een onvrijwillige val in het water of in enige vloeibare of vaste stof;
 - c. bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking en zonne-
steek en de lichamelijke gevolgen van elektrische ontladingen;
 - d. verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van een geïsoleerd raken bij natuurrampen, instorting of door andere catastrofale gebeurtenissen;
 - e. plotselinge verstuiking, ontwrichting en spierscheuring mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen;
 - f. complicaties en verergeringen van het ongevalsletsel als direct gevolg van eerstehulpverlening of van een door een ongeval noodzakelijk geworden behandeling, mits deze behandeling is verricht door of op voorschrift van een geneeskundige;
 - g. wondinfectie en bloedvergiftiging, direct verband houdende met een ongevalsletsel;
5. **Rubriek A (eerstejaarsrisico):**
het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, de periode van 52 weken, waarover geen recht op uitkering bestaat krachtens de WAZ;
6. **Rubriek B (na-eerstejaarsrisico):**
de periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, voorzover deze arbeidsongeschiktheid voortduurt na het verstrijken van de in rubriek A bedoelde 52 weken;
7. **Verzekerbaar belang:**
(maximaal) 80% van het gemiddelde inkomen over de voorafgaande drie kalenderjaren;
8. **Verzekerde:**
degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden recht bestaat en die als zodanig op het polisblad is vermeld;
9. **Verzekerde jaarrente:**
het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld;
10. **Verzekeringnemer:**
degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld;
11. **WAO:**
Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering;
12. **WAZ:**
Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen;
13. **Wulbz:**
Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte;

14. **ZW:**
Ziektewet.

II OMVANG VAN DE DEKKING ALGEMEEN

2 STREKKING VAN DE VERZEKERING

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

3 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekeringnemer of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de terzake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen.

III OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING GEDURENDE DE EERSTE DRIE VERZEKERINGSJAREN NA INGANGSDATUM

4 BEGRIJP ARBEIDSONGESCHIKTHEID VOOR RUBRIEK A

Gedurende de rubriek A-periode is in de zin van deze polis sprake van arbeidsongeschiktheid indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde door een ongeval voor ten minste 25% - en door ziekte voor ten minste het overeenkomstig artikel 6 te bepalen percentage - 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 kan worden verlangd.

De maatschappij stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportage van door de maatschappij aangewezen deskundigen.

5 BEGRIJP ARBEIDSONGESCHIKTHEID VOOR RUBRIEK B

Gedurende de rubriek B-periode is in de zin van deze polis sprake van arbeidsongeschiktheid indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde door een ongeval voor ten minste 25% - en door ziekte voor ten minste het overeenkomstig artikel 6 te bepalen percentage - ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding(en) en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd.

De maatschappij stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportage van door de maatschappij aangewezen deskundigen.

Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid.

6 MAATSTAF VOOR ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. Het percentage als bedoeld in de artikelen 4 en 5 bedraagt in het geval van ziekte:
 - in het eerste verzekeringsjaar na de ingangsdatum: ten minste 80%;

- in het tweede verzekeringsjaar na de ingangsdatum: ten minste 65%;
 - in het derde verzekeringsjaar na de ingangsdatum: ten minste 45%.
2. In het vierde verzekeringsjaar en verder na de ingangsdatum bedraagt de minimale graad van arbeidsongeschiktheid 25% in geval van ziekte.
 3. Indien arbeidsongeschiktheid tengevolge van ziekte is vastgesteld, dan geldt de bijbehorende maatstaf voor de gehele periode dat dezelfde ziekte onafgebroken voortduurt. Met dien verstande dat in geval van toename van de mate van arbeidsongeschiktheid het recht op uitkering wordt beoordeeld aan de hand van de op dat moment geldende maatstaf als bedoeld in lid 1.

7 DEKKINGSBEPERKINGEN

1. Gedurende de eerste drie verzekeringsjaren vanaf de ingangsdatum zijn de volgende artikelen niet van toepassing:
 - artikel 8 (beroepsarbeidsongeschiktheid);
 - artikel 15 (bevallingsuitkering);
 - artikel 16 (periodiek geneeskundig onderzoek);
 - artikel 22 (optierecht);
 - artikel 40 (verhaalsbijstand);
 - artikel 41, 42 en 43 (overlijdensdekking).
2. Onder voorbehoud van arbeidsongeschiktheid worden deze dekkingsbepalingen bij aanvang van het vierde verzekeringsjaar na ingangsdatum opgeheven. Voorzover op deze datum sprake is van (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid zal deze opheffing niet eerder van kracht zijn dan per de datum waarop volledig herstel is ingetreden. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken worden samengeteld.

IV OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING ALGEMEEN

8 BEGRIP ARBEIDSONGESCHIKTHEID VANAF HET VIERDE VERZEKERINGSJAAR NA INGANGSDATUM

Van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze polis is uitsluitend sprake, indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren en als gevolg hiervan 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.

De maatschappij stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportage van door de maatschappij aangewezen deskundigen.

Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden bij de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid betrokken.

Indien verzekerde binnen twee jaar na aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid zijn bedrijf beëindigt of zijn (aandeel in het) bedrijf verkoopt, wordt vanaf die datum onder arbeid verstaan 'passende arbeid'.

Onder 'passende arbeid' wordt verstaan beroepswerkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van verzekerde zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Met het aldus vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid zal geen rekening worden gehouden met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid.

9 UITKERINGEN KRACHTENS RUBRIEK A

1. Mits de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 4 of 8 voorziet de verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid indien de verzekerde in verband met de wachttijd van de WAZ nog geen recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ, alsmede indien hij wegens toegenomen arbeidsongeschiktheid voor wat de toename betreft eerst na die wachttijd recht kan doen gelden op een verhoogde WAZ-uitkering.
2. Indien de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 4 of 8 maar nog geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien deze uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, voorziet deze verzekering in een uitkering gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld.
3. De onder de leden 1 en 2 van dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicotermijn als bedoeld in artikel 10.

10 EIGEN RISICOTERMIJN VOOR RUBRIEK A

De eigen risicotermijn voor rubriek A is de periode waarover geen recht op een uitkering krachtens deze rubriek bestaat. Deze termijn gaat in op de dag volgend op de dag waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.

De eigen risicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van (toegenomen) arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken.

11 UITKERINGEN KRACHTENS RUBRIEK B

1. Mits de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 5 of 8 voorziet de verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid indien en zodra verzekerde recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ.
2. Indien de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 5 of 8 maar geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien deze uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, gaat de uitkering pas in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld.
3. De onder de leden 1 en 2 van dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicotermijn als bedoeld in artikel 12.

12 EIGEN RISICOTERMIJN VOOR RUBRIEK B

De eigen risicotermijn voor rubriek B is de periode waarover geen recht op een uitkering krachtens deze rubriek bestaat.

Deze termijn gaat in op de dag dat verzekeringsnemer recht verkrijgt op een uitkering krachtens rubriek B.

Voor het bepalen van de eigen risicotermijn worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld.

13 RECHT OP UITKERING NA BEËINDIGING VAN DE VERZEKERING

1. Indien de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 30, artikel 36 lid 3 of artikel 38 de leden b, c en d vervallen alle rechten terzake van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop de verzekering eindigt.
2. In alle andere gevallen geschiedt de beëindiging van de verzekering onverminderd de rechten terzake van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. Een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die is vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt, wordt alleen in aanmerking genomen voorzover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

14 VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN REÏNTEGRATIE

De met voorafgaande goedkeuring van de maatschappij gemaakte kosten verbonden aan reïntegratie, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden vergoed. Deze vergoeding vindt plaats voor zover daarop niet uit andere hoofde aanspraak bestaat.

15 BEVALLINGSUITKERING

1. De verzekerde heeft in verband met haar bevalling recht op een uitkering mits zij ten tijde van de vermoedelijke bevallingsdatum ten minste twee jaar voor zowel rubriek A als B bij de maatschappij is verzekerd.
Onder bevalling in de zin van dit artikel wordt tevens beschouwd een vroeggeboorte indien de foetus zesentwintig weken of ouder is.
2. De uitkering wordt verstrekt gedurende ten hoogste zestien aaneengesloten weken.
3. Indien een eigen risicotermijn is overeengekomen, wordt deze termijn op de uitkeringsduur in mindering gebracht. Indien de eigen risicotermijn in de twee jaren direct voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum is verkort, wordt uitgegaan van de overeengekomen eigen risicotermijn met de langste duur.
4. De verzekerde is verplicht in geval van zwangerschap ten spoedigste, maar in ieder geval drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum, hiervan kennis te geven aan de maatschappij, door middel van een verklaring van een geneeskundige of verloskundige waarin de vermoedelijke bevallingsdatum is aangegeven.
5. De hoogte van de uitkering per dag is gelijk aan 1/365ste deel van de verzekerde jaarrente. Met dien verstande dat verhogingen, klimmingen en/of stijgingen, welke binnen twee jaar voor de vermoedelijke bevallingsdatum zijn opgenomen in de overeenkomst, in mindering worden gebracht op de verzekerde jaarrente.
6. De eigen risicotermijn gaat vier weken voor de vermoedelijke datum van de bevalling in, of zoveel eerder als de werkelijke bevalling plaatsvindt.
7. Bij samenloop van een bevallingsuitkering met een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid wordt de bevallingsuitkering slechts uitgekeerd indien en voor zover deze het bedrag van de vastgestelde uitkering wegens arbeidsongeschiktheid overtreft.

16 PERIODIEK GENEESKUNDIG ONDERZOEK

1. Wanneer verzekerde volledig arbeidsgeschikt is zijn de kosten van een periodiek geneeskundig onderzoek meeverzekerd.
Voor het eerst in het kalenderjaar, waarin de verzekering ten minste twee jaar van kracht is en vervolgens steeds na twee kalenderjaren heeft de verzekerde het recht op kosten van de maatschappij een algemeen geneeskundig onderzoek te ondergaan. Dit onderzoek, waarvan

de kosten geheel voor rekening van de maatschappij komen, wordt verricht door een door de maatschappij aangewezen keuringsinstelling. Voor dit onderzoek stelt de maatschappij op eerste verzoek van verzekerde een coupon/cheque ter beschikking, waarmee verzekerde zich binnen negentig dagen na afgifte tot de keuringsinstelling kan wenden.

Het resultaat van dit onderzoek wordt niet aan de maatschappij bekend gemaakt.

2. Wanneer, indien deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op vergoeding van deze kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, komen de kosten van voornoemd onderzoek niet voor vergoeding in aanmerking.

V BEGRENZING VAN DE DEKKING VOOR DE RUBRIEKEN A EN B

17 UITSLUITINGEN

1. Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid, welke is ontstaan, bevordert of verergerd:
 - a. door opzet of grove schuld van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;
 - b. door een ongeval de verzekerde overkomen, terwijl zijn bloed-alcoholgehalte 0,8 promille of hoger was, of het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was, dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de maatschappij op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
 - c. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen tenzij het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan dit medisch voorschrift heeft gehouden;
 - d. door ongevallen de verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel een motorrijwiel waarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven;
 - e. hetzij direct, hetzij indirect door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij. Hieronder wordt verstaan:
 1. **Gewapend conflict**
Onder gewapend conflict wordt verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijd(t)(en).
Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties.
 2. **Burgeroorlog**
Onder burgeroorlog wordt 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**
Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.
 4. **Binnenlandse onlusten**
Onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.
 5. **Oproer**
Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.

6. MUI TERIJ

Onder mui terij wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van de gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij zijn gesteld.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeed onder nummer 136/1981.

Indien de omstandigheden aannemelijk maken dat de arbeidsongeschiktheid hetzij direct, hetzij indirect is ontstaan, bevorderd of verergerd door één of meer van de hier bedoelde toestanden of gebeurtenissen, zal de maatschappij terzake van een zodanige arbeidsongeschiktheid niet tot uitkering verplicht zijn, tenzij de verzekeringsnemer, respectievelijk de verzekerde bewijst dat de arbeidsongeschiktheid hierdoor noch direct, noch indirect is ontstaan, bevorderd of verergerd.

- Voorts wordt geen uitkering verleend voor arbeidsongeschiktheid, welke is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan.

Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen.

Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

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

VI INDEXERING

18 ALGEMEEN

De verzekerde jaarrente wordt geïndexeerd aan de hand van het indexcijfer. De verschuldigde premie wordt hiermede in overeenstemming gebracht.

Onder 'indexcijfer' wordt verstaan het landelijk 'indexcijfer van CAO-lonen (per maand, inclusief bijzondere uitkeringen) van volwassen werknemers in particuliere bedrijven' gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) te Voorburg.

19 WERKING VAN DE INDEXERING

- Ieder jaar op 15 oktober (= de peildatum) wordt het laatst gepubliceerde indexcijfer vergeleken met het laatst gepubliceerde indexcijfer van dezelfde maand op 15 oktober van het voorafgaande jaar.
- Wanneer uit deze vergelijking een stijging van het indexcijfer resulteert, wordt de stijging uitgedrukt in een percentage.
- Op of na 1 januari volgend op de onder lid 1 bedoelde peildatum wordt per hoofdpremievervaldatum de alsdan verzekerde jaarrente met het onder lid 2 genoemde stijgingspercentage verhoogd en vervolgens afgerond. De premie wordt vervolgens over de als voornoemd verhoogde jaarrente berekend.
De nieuw verzekerde jaarrente voor zowel rubriek A als rubriek B wordt vermeld op de premienota.
- In de situatie dat het indexcijfer op de peildatum een zo geringe stijging vertoont, dat hieruit tengevolge van de onder lid 3 vermelde afronding geen verhoging van de verzekerde jaarrente voortvloeit,

wordt eerst dan een verhoging toegepast, wanneer op de peildatum van een volgend jaar het indexcijfer ten opzichte van het indexcijfer, waaruit de vorige verhoging voortvloeide, zodanig is gestegen, dat wél een verhoging mogelijk is.

20 INDEXVERHOOGING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Verhoging van de verzekerde jaarrente ten gevolge van indexering vindt niet langer plaats, zodra verzekerde op de hoofdpremievervaldag recht kan doen gelden op een uitkering krachtens de WAZ en/of op die dag recht kan doen gelden op uitkering krachtens rubriek B.

De indexering zal daarna weer plaatsvinden op de eerste hoofdpremievervaldag na volledig herstel en beëindiging van de uitkering.

21 BIJZONDERE AANTEKENINGEN OP DE POLIS

- Wanneer op de verzekerde jaarrente geheel of gedeeltelijk bijzondere bepalingen van toepassing zijn, zulks blijktens een afzonderlijke aantekening op de polis of op een polisaanhangsel, dan gelden deze ook voor de verhogingen van de verzekerde jaarrente ten gevolge van de indexering.
- De verzekeringsnemer kan de betaling van de ingevolge de indexering verschuldigde meerdere premie weigeren. In dat geval blijven de eerder verzekerde jaarrente en de daarbij behorende premie ongewijzigd en wordt een polisaanhangsel afgegeven, waarbij indexering (artikelen 18 tot en met 21) blijvend vervallen wordt verklaard.

VII OPTIERECHT

22 OPTIERECHT

- De verzekeringsnemer heeft het recht de op de optiedatum verzekerde jaarrente voor de rubrieken A en/of B tegen de dan geldende tarieven en voorwaarden, maar zonder medische beoordeling, te verhogen met:
 - maximaal 25% op de eerste optiedatum, zijnde de eerste hoofdpremievervaldag nadat een periode van drie jaar na de ingangsdatum van deze verzekering is verstreken, en
 - voorts maximaal 10% op elke volgende optiedatum, zijnde de eerste hoofdpremievervaldag nadat wederom een periode van drie jaar is verstreken.
- Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:
 - een verhoging kan per rubriek niet minder dan € 1.000,- (*f* 2.204,-) en niet meer dan € 5.000,- (*f* 11.019,-) bedragen. De in 1a en 1b genoemde maximum verhogingspercentages gelden niet indien door hantering hiervan geen verhoging van € 1.000,- (*f* 2.204,-) of meer per rubriek mogelijk zou zijn. In die gevallen dient de verhoging per rubriek € 1.000,- (*f* 2.204,-) te bedragen;
 - de verzekerde jaarrente mag in combinatie met enige andere voorziening terzake van inkomstenderving tengevolge van arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan het verzekerbaar belang;
 - de verzekerde jaarrente per rubriek bedraagt maximaal € 75.000,- (*f* 165.278,-);
 - de verhogingspercentages per rubriek behoeven niet aan elkaar gelijk te zijn;
 - op de desbetreffende optiedatum dient verzekerde:
 - nog niet de leeftijd van 50 jaar te hebben bereikt en
 - op deze datum en gedurende 60 dagen onmiddellijk hieraan voorafgaand niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn geweest en gedurende deze tijd niet enigerlei uitkering terzake van inkomstenderving tengevolge van arbeidsongeschiktheid te hebben ontvangen;
 - verzekeringsnemer dient zijn standpunt, vergezeld van de, voor de vaststelling van het verzekerbaar belang noodzakelijke, inkomensgegevens, uiterlijk een maand na de desbetreffende optiedatum

schriftelijk aan de maatschappij kenbaar te hebben gemaakt. Hieruit dient naar voren te komen of, en zo ja, op welke wijze, hij van het optierecht gebruik wenst te maken.

- Als op een optiedatum niet van het recht op verhoging van de verzekerde jaarrente gebruik wordt gemaakt, vervalt het optierecht per die optiedatum, tenzij van dit recht geen gebruik gemaakt kan worden gezien hetgeen bepaald is in lid 2.b van dit artikel. Het optierecht vervalt in ieder geval op de laatste optiedatum voordat verzekerde de leeftijd van 50 jaar heeft bereikt, nadat verzekerde van zijn recht op verhoging gebruik heeft gemaakt.

VIII SCHADE, SCHADEREGELING EN UITKERING

23 VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:
 - zich direct onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
 - zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigen risicotermijn of, indien deze termijn langer is dan drie maanden, binnen drie maanden aan de maatschappij mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;
 - zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aan te wijzen arts te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 - alle door de maatschappij nodig geachte gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn, te verzwijgen, dan wel deze onjuist of onvolledig weer te geven;
 - de maatschappij terstond op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid;
 - alle medewerking te verlenen bij aanpassing van werkzaamheden, werkomstandigheden of taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, die in redelijkheid van verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Bij niet nakomen van deze verplichting heeft de maatschappij het recht bij beoordeling van de arbeidsongeschiktheid uit te gaan van passende arbeid;
 - vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden.
- De verzekeringsnemer is gehouden de onder lid 1 sub b, d, e en g genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.
- Geen recht op uitkering bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringsnemer één of meer van de in dit artikel genoemde verplichtingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad.
- Elk recht op uitkering vervalt, indien de verzekeringsnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken.

24 VASTSTELLING VAN DE UITKERING

- De aard, de mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering worden door de maatschappij vastgesteld aan de hand van gegevens van door haar aangewezen medische en andere deskundigen.
- Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens, aan verzekeringsnemer mededeling gedaan.

25 OMVANG VAN DE UITKERING

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

25 tot 35%:	30% van de verzekerde jaarrente;
35 tot 45%:	40% van de verzekerde jaarrente;
45 tot 55%:	50% van de verzekerde jaarrente;
55 tot 65%:	60% van de verzekerde jaarrente;
65 tot 80%:	75% van de verzekerde jaarrente;
80 t/m 100%:	100% van de verzekerde jaarrente.
- Indien rubriek A is meeverzekerd, bestaat gedurende de in lid 3 genoemde WAZ-wachttijd voor de mate waarin de arbeidsongeschiktheid is toegenomen recht op een uitkering krachtens rubriek A. Van de verzekerde jaarrente krachtens rubriek A wordt alsdan uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage volgens de in lid 1 opgenomen tabel behorende bij de nieuwe mate van arbeidsongeschiktheid en dat behorende bij de oorspronkelijke mate van arbeidsongeschiktheid. De aldus bepaalde aanvullende uitkering vindt plaats met inachtneming van de eigen risicotermijn, als omschreven in artikel 10.
- Indien de arbeidsongeschiktheid gedurende de uitkeringsperiode volgens rubriek B toeneemt en de verzekerde in verband met de wachttijd bedoeld in de WAZ, ingevolge deze wet geen recht op een verhoogde uitkering kan doen gelden, wordt het uitkeringspercentage gehandhaafd op het percentage dat bestond vóór de toeneming van de arbeidsongeschiktheid, uiterlijk totdat verzekerde bedoeld recht op een verhoogde WAZ-uitkering kan doen gelden, dan wel zou hebben kunnen doen gelden indien de Uitvoeringsinstelling de uitkering volgens artikel 9 lid 2 of artikel 11 lid 2 niet zou hebben geweigerd.

26 BETALING VAN DE UITKERING

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

De berekening van de door de maatschappij uit te keren termijnen geschiedt telkens over een periode van één maand. De uitbetaling geschiedt aan de verzekeringsnemer en vindt zo spoedig mogelijk na het verstrijken van deze periode plaats.

27 VERVALTERMIJN

Ieder recht van de verzekeringsnemer ten opzichte van de maatschappij terzake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van één jaar nadat de maatschappij haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringsnemer binnen dit jaar het standpunt van de maatschappij heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de maatschappij kenbaar heeft gemaakt.

De uitkering eindigt:

- a. op de dag waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze polis;
- b. op de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand, waarin verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
- c. op de eerste dag van de derde maand volgend op de maand waarin verzekerde is overleden.

Indien de verzekerde tevens de verzekeringsnemer was, geschieden de uitkeringen na overlijden aan de echtgeno(o)t(e) van verzekerde dan wel aan de partner van verzekerde indien hij daarmee blijkens een samenlevingscontract duurzaam samenwoonde, en bij ontbreken hiervan aan de erfgenamen van verzekerde;

- d. op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het in artikel 14 bepaalde;
- e. indien de maatschappij een beroep doet op het bepaalde in artikel 23 lid 3 en lid 4.

Elk recht op uitkering vervalt, indien de verzekeringsnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken.

IX PREMIE

29 PREMIEBETALING IN HET ALGEMEEN

Verzekeringsnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen binnen 30 dagen nadat de maatschappij het verschuldigde bedrag heeft meegedeeld.

30 WANBETALING

Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie en kosten, kan de maatschappij hem schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor arbeidsongeschiktheid, die bestaat of ontstaat na verloop van 30 dagen na de datum van aanmaning. De verzekeringsnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen.

Indien de maatschappij maatregelen treft tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van verzekeringsnemer.

De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de maatschappij zijn ontvangen en aanvaard.

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

31 TERUGBETALING VAN PREMIE

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

32 PREMIEVRIJSTELLING IN VERBAND MET ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Indien de verzekeringsnemer uitkering van de maatschappij ontvangt krachtens rubriek B wordt premievrijstelling verleend voor zowel de premie voor rubriek A als voor die voor rubriek B, evenredig aan het uitkeringspercentage. Ingeval dit uitkeringspercentage wijzigt tijdens de periode van premievrijstelling verleent de maatschappij een aanvullende premievrijstelling, dan wel brengt zij een deel van de premie alsnog in rekening. De verzekeringsnemer dient laatstbedoelde premie te voldoen uiterlijk op de 30ste dag nadat deze verschuldigd wordt.

X WIJZIGING VAN DE VERZEKERING

33 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

1. De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo een groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum.

Voor die verzekeringen onder welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de maatschappij bepaalde datum, doch de wijziging van de voorwaarden zal eerst van kracht worden, zodra de uitkering is beëindigd.

2. De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden te wijzigen indien de uitkeringsplicht van de maatschappij wordt beïnvloed door een wijziging van bestaande sociale verzekering(en)/voorziening(en) en/of invoering van nieuwe sociale verzekering(en)/voorziening(en).

3. Verzekeringsnemer wordt van deze wijziging(en) in kennis gesteld en wordt uitgenodigd hiermee uitdrukkelijk in te stemmen. Indien hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn uitdrukkelijk het tegendeel heeft bericht, vervalt de verzekering per de datum in de kennisgeving door de maatschappij genoemd.

De mogelijkheid tot weigering geldt niet indien:

- a. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- b. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- c. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt;
- d. de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
- e. de wijziging van de premie voortvloeit uit de overeengekomen jaarlijks klimming van verzekerde jaarrente en premie;
- f. de premieverhoging het gevolg is van een contractuele aanpassing van de verzekerde jaarrente.

34 WAZ

Indien uit een wetwijziging vermindering of verval van de WAZ-grondslag voortvloeit, heeft verzekeringsnemer het recht het verzekerde bedrag volgens rubriek B te verhogen zonder dat de maatschappij het medisch risico beoordeelt. Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:

- a. de verhoging van het verzekerde bedrag is ten hoogste gelijk aan het bedrag van de afname van de WAZ-grondslag;
- b. ten aanzien van de verhoging worden de dan geldende voorwaarden en reeds op de polis aangetekende speciale voorwaarden en tarieven gehanteerd;
- c. verzekerde dient op het moment van de wetwijziging volledig arbeidsongeschikt te zijn.

XI WIJZIGING VAN HET RISICO

35 VERPLICHTINGEN BIJ WIJZIGING VAN HET BEROEP OF VAN DE DAARAAN VERBONDEN WERKZAAMHEDEN

1. Verzekeringsnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de maatschappij terstond kennis te geven, wanneer de verzekerde zijn beroep, als op het polisblad vermeld, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of

wijzigt, dan wel wanneer de aan het beroep verbonden werkzaamheden een wijziging ondergaan.

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

Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van verzekerde of in het geval dat de aan dat beroep verbonden werkzaamheden verandering ondergaan, zal de maatschappij beoordelen of de wijziging respectievelijk de verandering een risicoverzwaaringsinhoudt.

Indien dit het geval is, heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

Indien verzekeringsnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen één maand na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen.

De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

2. Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden, zal de maatschappij, wanneer de verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaaringsinhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzwaaringsinhoudt blijft het recht op uitkering gehandhaafd met dien verstande dat het daadwerkelijk uitgeoefende beroep de grondslag vormt voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

Indien er wel sprake is van risicoverzwaaringsinhoudt, die ertoe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, geschiedt de uitkering:

- a. met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of
- b. in dezelfde verhouding als dat de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie zich verhoudt tot de premie, die wegens de risicoverzwaaringsinhoudt is verschuldigd.

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

36 VERPLICHTINGEN BIJ ANDERE WIJZIGINGEN

1. De verzekeringsnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering tijdig vooraf overleg te plegen met de maatschappij, wanneer de verzekerde voor een periode van langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt.
2. De verzekeringsnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij terstond kennis te geven, wanneer:
 - a. de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de ZW, de WAO of wanneer er sprake is van een loondoorbetalingsplicht op grond van de Wvz of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;

- b. de verzekeringsnemer of de verzekerde dan wel zijn bedrijf failliet is verklaard, respectievelijk aan hem of aan zijn bedrijf surséance van betaling is verleend.

3. De verzekeringsnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de maatschappij te informeren wanneer de verzekeringsnemer geen of minder verzekeraar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. Indien verzuimd is kennis te geven van deze wijziging geschiedt de uitkering in verhouding tot het verzekeraar belang.
4. De verzekeringsnemer is verplicht in deze gevallen de maatschappij desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt.

In de onder de leden 1, 2 en 3 genoemde gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen en/of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen. Indien de verzekeringsnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen één maand na de ontvangst van de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

37 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.

XII EINDE VAN DE VERZEKERING

38 EINDE VAN DE VERZEKERING

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

- a. op de contractsvervaldatum indien de verzekeringsnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum per een aan de maatschappij gerichte brief de verzekering heeft opgezegd;
- b. zodra de overeengekomen einddatum is bereikt;
- c. op de datum van overlijden van de verzekerde;
- d. indien de verzekerde of de verzekeringsnemer opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

39 ONOPZEGBAARHEID

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

XIII VERHAALSBIJSTAND

40 VOORWAARDEN VERHAALSBIJSTAND

1. Bij deze polis is meeverzekerd het recht op verhaalsbijstand op de hieronder vermelde condities.
2. Waar in dit hoofdstuk sprake is van 'schaderegelaar' wordt daaronder verstaan:

D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
Telefoon: (020) 651 75 17.
3. Namens de maatschappij verleent de schaderegelaar verhaalsbijstand aan de verzekerde, die op grond van deze polis terzake van arbeidsongeschiktheid uitkering ontvangt, of zou ontvangen indien de eigen risicotermijn niet langer dan 14 dagen zou zijn.

De verhaalsbijstand wordt verleend tot verhaal van schade op een derde, die in verband met het veroorzaken van voornoemde arbeidsongeschiktheid jegens verzekerde op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht.

4. Derde in de zin van de verhaalsbijstandverzekering is een ieder die op wettelijke gronden jegens verzekerde tot schadevergoeding is gehouden, met uitzondering van de maatschappij terzake van onderhavige arbeidsongeschiktheidsverzekering.
5. De schaderegelaar is namens de maatschappij tot het verlenen van voornoemde verhaalsbijstand niet verplicht indien:
 - a. op enigerlei wijze aanspraak kan worden gemaakt op uitkering op grond van enige andere verzekering - al dan niet van oudere datum - respectievelijk op grond van enige wet of andere voorziening. Omdat onderhavige verzekering eerst in de tweede plaats van kracht is, wordt alleen die schade vergoed, welke het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
 - b. de wettelijk aansprakelijke derde zijn domicilie heeft buiten de Benelux.
6. De maatschappij draagt de aan verhaalsbijstand verbonden kosten tot maximaal € 5.000,- (f 11.019,-) per gebeurtenis. Onder de kosten van verhaalsbijstand vallen de declaraties van advocaten en procureurs, scheidslieden, deurwaarders, verkeers- en andere deskundigen, de gerechtskosten en de geliquideerde kosten, alles voor zover de schaderegelaar zich namens de maatschappij van te voren met het aanspannen van een procedure akkoord heeft verklaard. De maatschappij draagt eveneens de kosten van verhaalsbijstand, die de schaderegelaar buiten rechte heeft gemaakt ter vaststelling van aanspraken van verzekerde. Geliquideerde kosten tot vergoeding waarvan een derde jegens verzekerde wordt veroordeeld, komen aan de maatschappij toe voor zover door haar betaald.
7. De schaderegelaar is gerechtigd eerst zelf te proberen in der minne een voor verzekerde bevredigend resultaat te bereiken. De schaderegelaar kan namens de maatschappij vergoeding van kosten van verhaalsbijstand weigeren indien:
 - a. zij of een door haar ingeschakelde advocaat van mening is dat een procedure geen enkele kans op succes biedt of dat door een procedure geen gunstiger resultaat kan worden bereikt dan in der minne mogelijk was gebleken;
 - b. een aansprakelijke derde insolvent is;
 - c. zij of een door haar ingeschakelde advocaat van mening is dat hoger beroep of cassatie van een vonnis in eerste instantie niet tot een beter resultaat kan leiden.

Indien verzekerde in de gevallen genoemd onder a tot en met c op eigen kosten een procedure aanspant of voortzet, zal de maatschappij die kosten alsnog vergoeden, als door de procedure een beter financieel resultaat wordt bereikt dan door de schaderegelaar voor mogelijk werd gehouden en het bedrag tot betaling waarvan de derde gerechtelijk werd veroordeeld in zijn geheel van die derde kan worden geïncasseerd.

8. Zodra zich een gebeurtenis heeft voorgedaan die aanleiding zou kunnen geven tot aanspraken van verzekerde jegens een derde, dient verzekerde of verzekeringsnemer daarvan mededeling te doen aan de schaderegelaar en wel uiterlijk binnen 14 dagen nadat de gebeurtenis zich heeft voorgedaan, waarbij verzekerde of verzekeringsnemer alle gegevens die op de toedracht van de gebeurtenis en op de omvang van zijn schade betrekking hebben, dient te overleggen.
9. Geen recht op uitkering uit hoofde van de verhaalsbijstandsdekking bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringsnemer de in lid 8 genoemde verplichting niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad.

XIV OVERLIJDENSDEKKING

41 VERZEKERD KAPITAAL EN UITKERING

1. Bij deze arbeidsongeschiktheidsverzekering is meeverzekerd een kapitaal van € 2.500,- (f 5.509,-) per gebeurtenis met een maximum van € 7.500,- (f 16.528,-) voor de gehele looptijd van de verzekering.

2. Het verzekerd kapitaal wordt zo spoedig mogelijk uitgekeerd na het overlijden, binnen de verzekeringsduur, van:
 - a. de verzekerde;
 - b. de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde of de partner waarmee verzekerde een aantoonbaar duurzaam samenlevingsverband kent;
 - c. een minderjarig kind van verzekerde.
3. Uitkering vindt slechts plaats na overlegging van een overlijdensverklaring.

42 BEGUNSTIGING VOOR OVERLIJDENSDEKKING

1. Tenzij anders op het polisblad is vermeld, zijn de bij deze verzekering aangewezen begunstigden:
 - a. de verzekeringsnemer of wanneer deze is overleden
 - b. de erfgenamen van de verzekerde.
2. Tenzij anders op het polisblad is vermeld zijn, in geval van overlijden van eerdergenoemde echtgeno(o)t(e), partner en/of kind van verzekerde, de bij deze verzekering aangewezen begunstigden:
 - a. de verzekerde of wanneer deze is overleden
 - b. de erfgenamen van de verzekerde.
3. De verzekeringsnemer heeft het recht gedurende het in leven zijn van de verzekerde, met inachtneming van het hierna bepaalde, zo dikwijls hem dit goeddunkt, een andere begunstigde aan te wijzen.
4. Indien meerdere begunstigden zijn aangewezen, komen de hoger genummerde begunstigden eerst in aanmerking indien alle lager genummerde begunstigden ontbreken of overleden zijn. De begunstigden met hetzelfde nummer komen gezamenlijk in aanmerking. Is de uitkering voor meerdere begunstigden tegelijkertijd opeisbaar, dan behoeft de maatschappij slechts uit te keren in een bedrag tegen gezamenlijke kwijting na gezamenlijke aanwijzing van degene aan wie kan worden uitgekeerd.
5. De overheid zal nimmer als begunstigde worden beschouwd.
6. Geen aanwijzing, wijziging of aanvaarding van de begunstiging, noch enigerlei rechtshandeling met een derde ten aanzien van de verzekering kan - ongeacht de rechtsgeldigheid - aan de maatschappij worden tegengeworpen zolang de verzekeringsnemer het voornemen daartoe niet schriftelijk bij de maatschappij heeft kenbaar gemaakt.

43 UITSLUITING OVERLIJDENSDEKKING

Door de begunstigde kunnen aan deze verzekeringsovereenkomst geen rechten worden ontleend, indien de begunstigde de verwezenlijking van het risico opzettelijk teweeg heeft gebracht of heeft doen brengen.

PERSOONSREGISTRATIE

De bij de aanvraag of wijzigen van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf' van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: (070) 333 87 77.

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

1. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

2. Klachten

a. Intern klachtenbureau

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het interne klachtenbureau van de maatschappij.

b. Stichting Klachteninstituut Verzekeringen (SKV)

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Telefoon: (070) 333 89 99.

c. De rechter

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.