

Polisvoorwaarden

Inhoudsopgave

- 1 Begrippenlijst
- 2 Algemene bepalingen
- 3 Duur en einde van de verzekering
- 4 Omschrijving van de dekking
- 5 Uitsluitingen
- 6 Wijzigingen van de verzekering
- 7 Wat moet u en/of de verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid?
- 8 Premie
- 9 Amersfoortse extra's
- 10 Overige bepalingen

Clausuleblad terrorismedekking

Clausules

1 Begrippenlijst

Als wij in deze voorwaarden onderstaande woorden of begrippen gebruiken, dan bedoelen wij daar het volgende mee.

1.1 De Amersfoortse / wij / ons

NV Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij te Amersfoort.

1.2 Verzekeringnemer / u / uw

Degene die deze verzekeringsovereenkomst met ons heeft gesloten.

1.3 Verzekerde

De persoon van wie de arbeidsongeschiktheid bij ons verzekerd is.

1.4 Startende ondernemer

De verzekerde die nog geen 3 jaar zelfstandig werkzaam is. Peildatum hiervoor is de datum inschrijving Kamer van Koophandel.

1.5 Directeur-groootaandeelhouder

De verzekerde die als directeur-groootaandeelhouder niet als werknemer wordt aangemerkt voor de Ziektewet en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

1.6 Eerstejaarsrisico (rubriek A)

Dit zijn de eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid. De periode van 365 dagen geldt voor iedere nieuwe arbeidsongeschiktheid. Wordt de verzekerde opnieuw arbeidsongeschikt binnen 30 dagen nadat de verzekerde weer arbeidsgeschikt is, dan begint de periode van 365 dagen niet opnieuw. Dit is nog steeds dezelfde arbeidsongeschiktheidsperiode. De periode van 365 dagen wordt dan verlengd met de dagen dat de verzekerde arbeidsgeschikt was.

1.7 Na-eerstejaarsrisico (rubriek B)

De arbeidsongeschiktheid die bestaat na afloop van de arbeidsongeschiktheidsperiode in het eerstejaarsrisico.

1.8 Arbeidsongeschiktheid

Als wij in deze voorwaarden arbeidsongeschiktheid noemen, dan bedoelen wij daar het volgende mee.

- Er is sprake van ziekte of ongeval;
- In relatie tot de ziekte of het ongeval bestaan er stoornissen
- Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;
- Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;
- Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren;
- Door deze functiebeperking is de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.

Met werkzaamheden bedoelen wij:

De werkzaamheden die horen bij het beroep of de onderneming van de verzekerde. Het beroep van de verzekerde staat op het polisblad. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid kijken we ook of er aanpassingen van het werk en werkomstandigheden mogelijk zijn. Ook kijken we in overleg met de verzekerde of het mogelijk is taken binnen de onderneming van de verzekerde anders te verdelen of aan te passen. Het gaat om werkzaamheden die in redelijkheid van de verzekerde verlangd kunnen worden.

1.9 Medisch adviseur

De medisch adviseur is een arts, die in dienst van De Amersfoortse of in opdracht van De Amersfoortse werkt. De medisch adviseur geeft een onafhankelijk deskundig advies over de gezondheid van de verzekerde en de gevolgen daarvan op het werk van de verzekerde. De deskundigheid van de medisch adviseur blijkt uit de gevolgde opleidingen en de ervaring.

1.10 Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige is een specialist in dienst van De Amersfoortse of die in opdracht van De Amersfoortse werkt. De arbeidsdeskundige is specialist in de vakgebieden mens, werk en inkomen. De arbeidsdeskundige geeft onafhankelijk advies en beoordeelt de mogelijkheden tot werkherwinning. De arbeidsdeskundige geeft advies over de mate van arbeidsongeschiktheid en de financiële gevolgen van de arbeidsongeschiktheid.

1.11 Eigen risico

Het eigen risico zijn de dagen waarop de verzekerde wel arbeidsongeschikt is, maar u nog geen uitkering krijgt. Het aantal dagen eigen risico staat op het polisblad. Het eigen risico gaat in op de dag waarop de verzekerde zich onder behandeling van een arts heeft gesteld. De arts moet op die dag wel vastgesteld hebben dat de verzekerde (voorlopig) niet kan werken.

Het eigen risico wordt voor iedere nieuwe arbeidsongeschiktheid toegepast. Wordt de verzekerde opnieuw arbeidsongeschikt binnen 30 dagen nadat de verzekerde weer arbeidsgeschikt is, dan passen wij het eigen risico niet opnieuw toe. Dit is nog steeds dezelfde arbeidsongeschiktheidsperiode.

1.12 Inkomen

1.12.1 Voor de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep: de belastbare winst uit onderneming en het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden,

zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het gaat om de belastbare winst vóór ondernemersaftrek en MKB winstvrijstelling en vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.

1.12.2 Voor de directeur-grotaandeelhouder: het belastbare loon van de directeur-grotaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/verminderd met het aan de directeur-grotaandeelhouder toe te rekenen deel van de belastbare winst of het verlies van de BV. De belastbare winst of het verlies van de BV wordt vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.

1.13 Gemiddelde inkomen

Het totaal aan inkomen dat de verzekerde in de 3 kalenderjaren voorafgaand aan het moment van vaststellen heeft verdiend gedeeld door 3.

1.14 Verzekerde bedragen

1.14.1 Dit zijn de bedragen die wij bij volledige arbeidsongeschiktheid per jaar betalen. De verzekerde bedragen staan op het polisblad vermeld.

1.14.2 De verzekerde bedragen mogen niet meer bedragen dan 90% van het gemiddelde inkomen. Is het inkomen van de verzekerde ook op een andere polis, bij ons of bij een andere verzekeraar, verzekerd? Dan tellen wij de verzekerde bedragen bij elkaar op. Het totaal per rubriek (A en B) mag niet meer bedragen dan 90% van het gemiddelde inkomen.

1.15 Vergelijkingsinkomen

1.15.1 Het gemiddelde inkomen over de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

1.15.2 Voor een startende ondernemer geldt als vergelijkingsinkomen het verzekerde bedrag. Dit geldt alleen voor de eerste 3 volledige kalenderjaren na het begin als zelfstandige. Daarna geldt het gemiddelde inkomen over de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

1.16 Fraude

Het opzettelijk en op oneigenlijke gronden en wijzen (proberen te) verkrijgen van een gehele of gedeeltelijke uitkering waarop op basis van de verzekering geen recht bestaat of het onder valse voorwendselen (proberen te) verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

2 Algemene bepalingen

2.1 Doel van de verzekering

Doel van deze verzekering is:

- u een uitkering te verlenen als de verzekerde arbeidsongeschikt is;
- de verzekerde te adviseren bij het voorkomen en verminderen van arbeidsongeschiktheid;
- de verzekerde te helpen/begeleiden bij het terugkeren in het arbeidsproces binnen zijn eigen beroep of onderneming.

2.2 Mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering

2.2.1 U en de verzekerde zijn wettelijk verplicht om de door en namens ons gestelde vragen juist en volledig te beantwoorden. Op grond van deze antwoorden is deze verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen.

2.2.2 Als u en/of de verzekerde niet voldoet aan deze mededelingsplicht dan kan dit er toe leiden dat de uitkering minder wordt. Het kan er ook toe leiden dat u geen uitkering krijgt of de voorwaarden veranderen. Wij stoppen de verzekering als u en/of de verzekerde ons opzettelijk heeft misleid of fraude heeft gepleegd. Of als wij de verzekering niet hadden gesloten als wij wel de juiste en volledige antwoorden hadden geweten.

3 Duur en einde van de verzekering

3.1 Wanneer stopt de verzekering?

De verzekering stopt automatisch:

- op de op het polisblad vermelde einddatum;
- op de dag dat de verzekerde overlijdt.

3.2 Kunt u de verzekering tussentijds stoppen?

3.2.1 U hebt een contract met ons afgesloten voor 3 jaar. Na deze 3 jaar verlengen wij uw verzekering telkens met een jaar.

3.2.2 U kunt de verzekering stoppen op de datum dat wij uw contract verlengen. Wij moeten dan voor de datum waarop wij het contract verlengen van u een brief of e-mail hebben ontvangen waarin u dat schrijft.

3.2.3 Hebben wij uw contract na 3 jaar verlengd? Dan kunt u de verzekering op ieder moment stoppen. U moet ons dan een brief sturen. Of een e-mail. In uw brief of e-mail vraagt u ons de verzekering te stoppen. Wij stoppen de verzekering dan een kalendermaand nadat wij uw brief of e-mail hebben ontvangen. Vraagt u ons om de verzekering op een latere datum te stoppen? Dan stoppen wij de verzekering op de datum die u in uw brief of e-mail noemt.

3.3 Kunnen wij de verzekering tussentijds stoppen?

3.3.1 Wij kunnen de verzekering niet zomaar stoppen. Ook niet per de contractsvervaldatum. Wel kunnen wij in bepaalde situaties de verzekering stoppen of aanpassen. Dat is op verschillende plaatsen in de polisvoorwaarden geregeld. U kunt deze situaties terugvinden op de volgende plaatsen:

- Algemene bepalingen

- Artikel 2.2: Mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering.

- Wijziging van de verzekering

- Artikel 6.2: Wijziging van de verzekerde bedragen.

- Artikel 6.3: Wijziging van de werkzaamheden van de verzekerde.

- Artikel 6.4: Het beroep of bedrijf van de verzekerde is gewijzigd. Moet ik dat melden?

- Artikel 6.5: De verzekerde stopt (tijdelijk) met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde. Moet ik dat melden?

- Artikel 6.6: De verzekerde wordt verplicht verzekerd voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Moet ik dat melden?

- Artikel 6.7: De verzekerde gaat naar het buitenland. Moet ik dat melden?

- Artikel 6.8: Zijn er nog andere zaken die ik moet melden?

- Artikel 6.9: Mogen wij de verzekering tussentijds aanpassen?

- Premie

- Artikel 8.2: Wat gebeurt er als de premie niet op tijd betaald wordt?

3.3.2 Wij stoppen de verzekering wel als u en/of de verzekerde opzettelijk verkeerde informatie geeft met het doel ons te misleiden.

3.3.3 Hebt u of de verzekerde fraude gepleegd? Dan hebben wij of andere tot ASR Nederland behorende rechtspersonen het recht deze verzekering maar ook andere bij ons of hen gesloten verzekeringen direct te beëindigen. Een eventuele al ten onrechte gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd.

4 Omschrijving van de dekking

4.1 Wanneer bestaat recht op een uitkering?

Als de verzekerde ten minste 25% arbeidsongeschikt is krijgt u van ons een uitkering. Er moet dan wel verder aan deze polisvoorwaarden zijn voldaan. De verzekerde moet na de ingangsdatum van de verzekering arbeidsongeschikt geworden zijn. De uitkering begint als het eigen risico voorbij is.

4.2 Hoe hoog is de uitkering?

Hoe hoog de uitkering is hangt af van de mate waarin de verzekerde arbeidsongeschikt is. Is de verzekerde volledig arbeidsongeschikt dan is de uitkering gelijk aan het verzekerde bedrag. Is de verzekerde gedeeltelijk arbeidsongeschikt dan krijgt u een gedeeltelijke uitkering. Hieronder staat welk percentage u van het verzekerde bedrag krijgt bij (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

Arbeidsongeschiktheid	percentage van het verzekerde bedrag
80% - 100%	100%
65% - 80%	75%
55% - 65%	60%
45% - 55%	50%
35% - 45%	40%
25% - 35%	30%
0% - 25%	Geen uitkering

4.3 Hoe wordt de arbeidsongeschiktheid vastgesteld?

4.3.1 Gaat het om eenvoudig te beoordelen arbeidsongeschiktheid? Dan stellen wij in overleg met de verzekerde vast in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is. En hoe lang de arbeidsongeschiktheid waarschijnlijk gaat duren.

4.3.2 Is de arbeidsongeschiktheid niet eenvoudig vast te stellen? Of verschillen wij met de verzekerde van mening over de mate en/of de duur van de arbeidsongeschiktheid? Dan vragen wij een arts de verzekerde te onderzoeken. De arts geeft aan onze medisch adviseur door wat de verzekerde heeft en welke beperkingen de verzekerde heeft.

4.3.3 Ook kunnen wij een specialist vragen de verzekerde te onderzoeken. Of wij vragen de verzekerde de arts(en), bij wie de verzekerde onder behandeling is toestemming te geven onze medisch adviseur te informeren over de ziekte of ongevalsgevolgen waarvoor de verzekerde zich arbeidsongeschikt heeft gemeld.

4.3.4 Wij kunnen ook een arbeidsdeskundige vragen de verzekerde te bezoeken. Die bespreekt met de verzekerde, wat de verzekerde wel en niet kan doen binnen het eigen beroep of de onderneming van de verzekerde. De arbeidsdeskundige bespreekt ook of er aanpassingen van het werk en werkomstandigheden mogelijk zijn. Of dat taken binnen de onderneming van de verzekerde anders verdeeld of aangepast kunnen worden.

4.3.5 Is de verzekerde door aanpassing van het werk en werkomstandigheden minder (dan 25%) arbeidsongeschikt? Of is de verzekerde door andere taakverdeling of door taakaanpassing minder (dan 25%) arbeidsongeschikt? Dan kunnen wij de verzekerde blijven ondersteunen totdat er weer sprake is van een normale bedrijfsvoering. De aard en de omvang van de ondersteuning zal in onderling overleg worden bepaald.

4.3.6 Zodra wij hebben bepaald in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is melden wij dit aan u. Wij melden dan ook welke uitkering daarbij hoort.

4.3.7 Bent u het niet met ons eens? Dan moet u dat binnen 30 dagen aan ons melden. Doet u dat niet, dan gaan wij ervan uit dat u het met ons eens bent.

4.3.8 Heeft u ons laten weten het niet met ons eens te zijn? Dan zoeken wij samen met u naar een oplossing. Blijven wij met u van mening verschillen? Dan zoeken wij samen met u naar de meest geschikte manier om ons meningsverschil op te lossen. Lukt dat ook niet dan kunt u gebruik maken van de klachtenregeling (artikel 10.6 Heeft u klachten over deze verzekering of onze dienstverlening?), of het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

4.4 Hoe berekenen wij de uitkering?

Wij berekenen de uitkering per dag. Wij delen het verzekerde bedrag door 365 dagen. Voor iedere dag dat de verzekerde arbeidsongeschikt is krijgt u dus een deel van het verzekerde bedrag. Maar niet over de dagen dat het eigen risico geldt. Is de verzekerde niet volledig arbeidsongeschikt? Dan betalen wij een uitkering volgens het percentage in de tabel.

4.5 Wanneer betalen wij de uitkering?

4.5.1 Wij betalen de uitkeringen aan het eind van elke kalendermaand.

4.5.2 Als wij dat wettelijk verplicht zijn, houden wij op de arbeidsongeschiktheidsuitkering loonheffingen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet in. Wij betalen dit voor u aan de belastingdienst. U krijgt dan een netto uitkering. Op het polisblad staat of wij loonheffing en de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet moeten inhouden.

4.6 Moet u nog premie betalen als de verzekerde arbeidsongeschikt is?

Krijgt u een uitkering op grond van het na-eerstejaarsrisico? Dan hoeft u voor het gedeelte dat de verzekerde arbeidsongeschikt is geen premie meer te betalen. Dat duurt zolang u van ons een uitkering krijgt. Het gedeelte van de premie dat u niet meer hoeft te betalen is gelijk aan het uitkeringspercentage.

4.7 Wanneer stoppen wij de uitkering?

Wij stoppen de uitkering in de volgende gevallen.

4.7.1 Als de verzekerde minder dan 25% arbeidsongeschikt is.

4.7.2 Als u alleen het eerstejaarsrisico (rubriek A) hebt verzekerd. Dan stoppen wij de uitkering na de maximale arbeidsongeschiktheidsperiode van 365 dagen. Wij stoppen de uitkering in ieder geval op de einddatum van de verzekering. Ook al is de arbeidsongeschiktheidsperiode van 365 dagen nog niet voorbij dan stoppen wij de uitkering toch op de einddatum.

4.7.3 Op de einddatum die op het polisblad staat.

4.7.4 Op de dag dat de verzekerde overlijdt. Wij betalen dan nog wel een slotuitkering. De slotuitkering is gelijk aan het bedrag van de uitkering op het moment van overlijden berekend over een periode van 3 maanden.

4.7.5 Als u of de verzekerde fraudeert.

4.7.6 Als u of de verzekerde bepaalde verplichtingen niet nakomt. Deze verplichtingen staan bij de vraag: Wat moeten u en/of de verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid?

4.8 Stoppen wij de uitkering als de verzekering stopt?

4.8.1 Als de verzekering stopt en de verzekerde is op dat moment arbeidsongeschikt? Dan krijgt u gewoon een uitkering. Wordt de verzekerde minder arbeidsongeschikt, dan verlagen wij het uitkeringspercentage. Als de verzekerde meer arbeidsongeschikt wordt, verhogen wij het uitkeringspercentage niet. U blijft de uitkering houden die u had.

De uitkering stopt wel als de uitkering ook gestopt zou worden als de verzekering nog wel zou lopen.

4.8.2 In de volgende gevallen stoppen wij de uitkering wel, als de verzekering stopt.

- Als wij de verzekering stoppen omdat u en/of de verzekerde bij het begin van de verzekering niet alle vragen juist of volledig hebben beantwoord (artikel 2.2).
- Wanneer de verzekering automatisch stopt. (artikel 3.1).
- Als wij de verzekering stoppen omdat u en/of de verzekerde ons opzettelijk verkeerde informatie geeft met het doel ons te misleiden (artikel 3.3.2).
- Als u of de verzekerde fraudeert (artikel 3.3.3)

4.9 Werkhervatting in loondienst of in een ander beroep

4.9.1 Gaat de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid weer werken in loondienst of in een ander beroep dan op het polisblad staat? Dan blijft recht op uitkering bestaan. Hierbij gelden de volgende aanvullende regels.

4.9.2 De uitkering wordt vastgesteld volgens de mate van arbeidsongeschiktheid voor het (oude) beroep dat op het polisblad staat.

4.9.3 Het inkomen van de verzekerde uit loondienst of uit het nieuwe beroep wordt aangevuld tot maximaal het bedrag van het vergelijkingsinkomen.

4.9.4 De aanvulling zal echter niet meer bedragen dan de uitkering die behoort bij de mate van arbeidsongeschiktheid voor het (oude) beroep, zoals dat op het polisblad staat.

4.9.5 De verzekering blijft verder ongewijzigd in stand. Premievrijstelling blijft van kracht overeenkomstig het uitkeringspercentage dat hoort bij de mate van arbeidsongeschiktheid voor het (oude) beroep zoals dat op het polisblad staat.

4.9.6 Wij zullen in overleg met de verzekerde afspraken maken over de aard en omvang van de ondersteuning naar werk in loondienst of een ander beroep. Ook zullen wij afspraken maken hoe we het inkomen uit loondienst of ander werk zullen aanvullen.

4.10 Welke kosten worden vergoed?

4.10.1 Als de verzekerde arbeidsongeschikt is, heeft de verzekerde recht op hulp en ondersteuning van een gecertificeerde arbeidsdeskundige. De arbeidsdeskundige onderzoekt wat er nodig is om de verzekerde weer aan het werk te helpen. De arbeidsdeskundige adviseert de verzekerde over mogelijke veranderingen in de werkzaamheden van de verzekerde en begeleidt de verzekerde in het doen van deze veranderingen. De kosten van de arbeidsdeskundige komen voor onze rekening.

4.10.2 Zijn er kosten verbonden aan de noodzakelijke veranderingen? Of is een extra opleiding nodig om de verzekerde weer aan het werk te helpen? Dan worden deze kosten door ons vergoed. Daarvoor gelden wel de volgende spelregels:

- De te maken kosten vallen niet onder andere vergoedingsregelingen;
- De te maken kosten zijn vooraf door ons goedgekeurd.

4.11 Is er ook een uitkering voor zwangerschap en bevalling?

4.11.1 Ja, als aan de volgende voorwaarden is voldaan.

- De datum waarop de verzekerde is uitgerekend ligt ten minste een jaar na de ingangsdatum van de verzekering.
- Uit een brief van de arts of een verloskundige blijkt dat de verzekerde zwanger is. In deze brief staat de datum waarop de verzekerde is uitgerekend. De brief moet in ons bezit zijn voordat wij gaan uitkeren.

4.11.2 Bij zwangerschap van de verzekerde gaat het recht op de uitkering voor zwangerschap en bevalling in na afloop van het op het polisblad genoemde eigen risico. Het recht op deze uitkering eindigt op de dag die 16 weken na de eerste dag van het eigen risico ligt. De eerste dag van het eigen risico is de dag die ligt op 6 of 4 weken voor de datum waarop de verzekerde uitgerekend is. U kunt zelf opgeven of het eigen risico begint op 6 of 4 weken voor de datum waarop de verzekerde is uitgerekend.

4.11.3 De uitkering voor zwangerschap en bevalling wordt berekend over 100% van het verzekerde bedrag voor rubriek A (eerstejaarsrisico).

4.11.4 Is de verzekerde arbeidsongeschikt tijdens de zwangerschap? Dan wordt de uitkering voor zwangerschap en bevalling verlaagd met de arbeidsongeschiktheidsuitkering die u ontvangt. Het eigen risico wordt maar eenmaal toegepast.

4.11.5 Wij betalen de uitkering aan het eind van elke kalendermaand.

5 Uitsluitingen

Wel arbeidsongeschikt en toch geen uitkering?

Soms betalen wij geen uitkering, terwijl de verzekerde wel arbeidsongeschikt is. Of wij betalen geen uitkering voor de ongevallendeckking (artikel 9.1). In de volgende gevallen betalen wij niet.

5.1 Opzet

De verzekerde is arbeidsongeschikt geworden of heeft een ongeval gehad door uw opzet of door opzet van de verzekerde zelf.

5.2 Roekeloosheid

De verzekerde is arbeidsongeschikt geworden of heeft een ongeval gehad doordat u of de verzekerde roekeloos was.

5.3 Opzet/roekeloosheid van de uitkeringsgerechtigde

De verzekerde is overleden door een ongeval. En dit ongeval is door opzet of roekeloosheid veroorzaakt door degene die de uitkering bij overlijden zou krijgen.

5.4 Ongeval en alcohol

De verzekerde is arbeidsongeschikt geworden door een ongeluk of heeft een ongeval gehad. En de verzekerde had op het moment van dat ongeluk of ongeval meer alcohol in zijn of haar bloed dan van de wet mag. Of wij maken aannemelijk dat het verkeersongeluk gebeurde doordat de verzekerde teveel alcohol had gedronken.

5.5 Geneesmiddelen en drugs

De verzekerde is arbeidsongeschikt geworden of heeft een ongeval gehad door het gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen of opwekkende middelen zonder voorschrift van een arts. Of doordat de verzekerde zich niet aan het voorschrift van de arts heeft gehouden.

5.6 Molest

Als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden of een ongeval heeft gehad door:

- Een gewapend conflict: als landen met elkaar in oorlog zijn.
- Een burgeroorlog: als inwoners van één land met elkaar oorlog voeren.
- Een opstand: als inwoners van een land zich met geweld verzetten tegen de overheid van dat land.
- Binnenlandse onlusten: als groepen mensen geweld gebruiken op verschillende plaatsen in een land.
- Oproer: als een groep mensen op één plaats zich met geweld verzetten tegen de overheid.
- Mouterij: als een groep militairen zich met geweld verzetten tegen hun commandanten.

Dit zijn 6 vormen van molest. De juridische omschrijving van deze begrippen vindt u verderop in de polisvoorwaarden onder de titel "Definities van molestbegrippen". Als wij een beroep doen op deze uitsluiting doen wij dat aan de hand van de juridische omschrijving.

5.7 Atoomkernreactie

Als de verzekerde arbeidsongeschikt geworden is of een ongeval heeft gehad door een atoomkernreactie. Het maakt daarbij niet uit hoe die reactie is ontstaan. Deze beperking geldt niet als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door radioactieve stoffen.

Die radioactieve stoffen moeten dan wel:

- volgens hun bestemming buiten de kerninstallatie zijn en
- buiten de kerninstallatie gebruikt worden.

Bovendien moeten ze bedoeld zijn voor en gebruikt worden door:

- de industrie;
- de handel;
- de landbouw;
- een medisch doel;
- de wetenschap;
- een onderwijskundig doel;
- beveiliging, maar geen militaire beveiliging.

Daarnaast moet er een vergunning van de overheid zijn om radioactieve stoffen te maken, te gebruiken, te bewaren en op te ruimen. Tenminste, als de wet dat eist.

In de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen staat wat wij bedoelen met een kerninstallatie. Die wet is gepubliceerd in het Staatsblad 1979-225. Daarnaast bedoelen wij ook een kerninstallatie aan boord van een schip.

5.8 Detentie

Als de verzekerde in de gevangenis zit of als de verzekerde in voorlopige hechtenis zit. Dat geldt zowel in Nederland als in het buitenland. Ook als de verzekerde ter beschikking gesteld is van de staat (tbs) betalen wij geen uitkering.

5.9 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden.

5.10 Terrorisme

Raakt de verzekerde arbeidsongeschikt als gevolg van terrorisme? Of krijgt de verzekerde een ongeval als gevolg van terrorisme? Dan krijgt u uw uitkering via de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT). De voorwaarden voor deze uitkering staan in het Clausuleblad Terrorismedekking. Dit clausuleblad vindt u achter in deze polisvoorwaarden.

5.11 Clausule

Als wij door een clausule op het polisblad hebben aangegeven, dat wij in bepaalde gevallen niet uitkeren.

6 Wijzigingen van de verzekering

6.1 Worden de verzekerde bedragen ieder jaar verhoogd?

6.1.1 Ja. Ieder jaar verhogen wij de verzekerde bedragen en de premie met de gemiddelde stijging van de lonen in Nederland. Wij gebruiken hiervoor het indexcijfer CAO-

lonen per maand inclusief bijzondere beloningen. Dit indexcijfer wordt berekend door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

6.1.2 Ieder jaar vergelijken wij het indexcijfer van de maand oktober met het indexcijfer van de maand oktober van het jaar daarvoor. Het verschil wordt uitgedrukt in een percentage. Met dat percentage verhogen wij de verzekerde bedragen en de premie. Deze verhoging vindt elk jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering. De nieuwe verzekerde bedragen worden vermeld op het polisblad. De premie voor de verhoging wordt berekend met de leeftijd die de verzekerde op dat moment heeft. Is het indexcijfer lager dan het jaar daarvoor, dan verlagen wij de verzekerde bedragen en de premie niet.

6.1.3 Is de verzekerde langer dan 365 dagen arbeidsongeschikt? Dan verhogen wij de verzekerde bedragen niet meer. Wij verhogen de verzekerde bedragen pas weer als de verzekerde volledig arbeidsongeschikt is en de uitkering is beëindigd.

6.1.4 Hebt u verhoging van de verzekerde bedragen bij arbeidsongeschiktheid meeverzekerd? Dan vindt wel verdere verhoging plaats. Op welke wijze de verhoging plaatsvindt, kunt u lezen in de clausule aan het eind van deze voorwaarden. Het juiste clausulenummer staat op het polisblad.

6.2 Wijziging van de verzekerde bedragen

6.2.1 Elke 3 jaar vragen wij u een opgave van het inkomen van de verzekerde over de 3 voorgaande kalenderjaren. U moet deze opgave binnen 60 dagen na ontvangst van ons verzoek per brief of e-mail aan ons doorgeven. Wij kunnen u ook vragen de nodige financiële stukken ter inzage te sturen.

6.2.2 Is het gemiddelde inkomen in de 3 voorgaande kalenderjaren gestegen? Dan hebt u het recht de verzekerde bedragen te verhogen. Dit kan met maximaal 20% van de op dat moment geldende verzekerde bedragen. Maar niet hoger dan 90% van het gemiddelde inkomen. En de verzekerde bedragen mogen niet meer bedragen dan € 180.000,00. De verzekerde hoeft hiervoor geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden.

6.2.3 Is het gemiddelde inkomen in de 3 voorgaande kalenderjaren gedaald? En zijn de verzekerde bedragen daardoor hoger dan 90% van het gemiddelde inkomen? Dan hebben wij het recht de verzekerde bedragen te verlagen tot 90% van het gemiddelde inkomen.

6.2.4 Hebben wij de verzekerde bedragen verlaagd en is uw gemiddelde inkomen in de 3 jaar daarna weer gestegen? Dan mag u de verzekerde bedragen verhogen naar de bedragen zoals die golden voordat wij de verzekerde bedragen verlaagden. Daarbovenop mag u nog eens 20% extra verhogen. Maar in totaal niet hoger dan 90% van het gemiddelde inkomen. En de verzekerde bedragen mogen niet meer bedragen dan € 180.000,00. Ook voor deze verhoging hoeft de verzekerde geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden.

6.2.5 Als de verzekerde bedragen op grond van deze regel worden aangepast, dan doen wij dat per de datum waarop wij uw brief of e-mail hebben ontvangen.

6.2.6 U mag de verzekerde bedragen niet verhogen als de verzekerde arbeidsongeschikt is. Of als de verzekerde in een periode van een half jaar voorafgaande aan het verzoek tot verhoging arbeidsongeschikt is geweest.

6.2.7 U mag ook tussentijds om verhoging van de verzekerde bedragen vragen. Wij beoordelen dit verzoek tot verhoging aan de hand van nieuwe gezondheidsgegevens van de verzekerde.

6.2.8 Als u deze opgave altijd verstrekt gaan wij bij arbeidsongeschiktheid uit van de verzekerde bedragen die op dat moment op het polisblad staan. Ook al zijn de verzekerde bedragen hoger dan 90% van het (gemiddelde) inkomen.

6.3 Wijziging van de werkzaamheden van de verzekerde

6.3.1 Als wij in dit artikel spreken over werkzaamheden dan bedoelen wij daarmee werkzaamheden die behoren bij het beroep van de verzekerde zoals dat op het polisblad staat.

6.3.2 Elke 3 jaar vragen wij u ons een opgave te doen van de werkzaamheden van de verzekerde. U moet deze opgave binnen 60 dagen na ontvangst van ons verzoek per brief of e-mail aan ons doorgeven.

6.3.3 Zijn de werkzaamheden van de verzekerde gewijzigd? Dan beoordelen wij of er sprake is van een gewijzigd risico.

6.3.4 Is er sprake van een duidelijk kleiner risico? Dan kunnen wij de premie verlagen en/of de voorwaarden aanpassen.

6.3.5 Is er sprake van een duidelijk groter risico op arbeidsongeschiktheid? Dan hebben wij het recht de premie te verhogen. Of de voorwaarden aan te passen. Wij mogen de verzekering ook stoppen als wij de nieuwe werkzaamheden niet willen verzekeren omdat het risico op arbeidsongeschiktheid te groot is.

6.3.6 Als wij de voorwaarden of premie willen aanpassen, dan geven wij dat aan u door. Wij passen de verzekering aan per de datum waarop wij uw opgave van de gewijzigde werkzaamheden hebben ontvangen. Gaat het om een verslechtering van de voorwaarden of een verhoging van de premie en bent u het niet met deze aanpassing eens? Dan moet u dat binnen 30 dagen per brief of e-mail aan ons laten weten. U mag dan de verzekering tussentijds stoppen. Wij stoppen de verzekering dan per de datum waarop wij de verzekering wilden aanpassen.

6.3.7 Als u de opgave van de werkzaamheden altijd verstrekt gaan wij bij arbeidsongeschiktheid uit van de verzekerde bedragen en de voorwaarden die op het polisblad staan. Ook al zijn de werkzaamheden van de verzekerde na de laatste opgave gewijzigd. Wij gaan bij het vaststellen van de (mate van) arbeidsongeschiktheid wel uit van deze gewijzigde werkzaamheden.

6.3.8 Als u de opgave niet verstrekt, laten wij de verzekering onveranderd. Wel hebben wij het recht in geval van arbeidsongeschiktheid te beoordelen of het risico gewijzigd is. Is dat het geval en is aanpassing van de voorwaarden noodzakelijk? Dan beoordelen wij de

arbeidsongeschiktheid aan de hand van de gewijzigde voorwaarden. Is er sprake van een verhoging van het risico waarvoor wij een hogere premie zouden vragen. Dan keren wij wel uit. Maar wij verlagen de uitkering wel. Dat doen wij in dezelfde verhouding als de hogere premie en de betaalde premie.

6.3.9 Willen wij de nieuwe werkzaamheden niet verzekeren omdat wij het risico op arbeidsongeschiktheid te groot vinden, dan bestaat geen recht op uitkering en stoppen wij de verzekering. Wij passen de verzekering aan of stoppen de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. Deze bepalingen gelden ook als u een verkeerde opgave van de werkzaamheden heeft verstrekt.

6.4 Het beroep of bedrijf van de verzekerde is gewijzigd. Moet ik dat melden?

6.4.1 Ja, als de verzekerde een ander beroep gaat uitoefenen moet u dat melden. U moet ons ook melden als het bedrijf van verzekerde gewijzigd wordt. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij bedrijfsovername, fusie of inkrimping. U moet ons dat binnen 30 dagen na de wijziging per brief of e-mail melden.

6.4.2 Is er sprake van een duidelijk kleiner risico? Dan kunnen wij de premie verlagen en/of de voorwaarden aanpassen.

6.4.3 Is er sprake van een duidelijk groter risico op arbeidsongeschiktheid? Dan hebben wij het recht de premie te verhogen. Of de voorwaarden aan te passen. Wij mogen de verzekering ook stoppen als wij het nieuwe beroep niet willen verzekeren omdat het risico op arbeidsongeschiktheid te groot is.

6.4.4 Als wij de voorwaarden of premie willen aanpassen, dan geven wij dat aan u door. Wij passen de verzekering aan per de datum waarop wij uw brief of e-mail hebben ontvangen. Gaat het om een verslechtering van de voorwaarden of een verhoging van de premie en bent u het niet met deze aanpassing eens? Dan moet u dat binnen 30 dagen per brief of e-mail aan ons laten weten. U mag dan de verzekering tussentijds stoppen. Wij stoppen de verzekering dan per de datum waarop wij de verzekering wilden aanpassen.

6.4.5 Hebt u de beroepswijziging niet gemeld? En wordt verzekerde arbeidsongeschikt? Dan kijken we op dat moment of er sprake is van wijziging van het risico. Is dat het geval en is aanpassing van de voorwaarden noodzakelijk? Dan beoordelen wij de arbeidsongeschiktheid aan de hand van de gewijzigde voorwaarden. Is er sprake van een verhoging van het risico waarvoor wij een hogere premie zouden vragen. Dan keren wij wel uit. Maar wij verlagen de uitkering wel. Dat doen wij in dezelfde verhouding als de hogere premie en de betaalde premie.

6.4.6 Willen wij het nieuwe beroep niet verzekeren omdat wij het risico op arbeidsongeschiktheid te groot vinden, dan bestaat geen recht op uitkering en stoppen wij de verzekering. Wij passen de verzekering aan of stoppen de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

6.5 De verzekerde stopt (tijdelijk) met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde. Moet ik dat melden?

6.5.1 Ja, als de verzekerde stopt met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde moet u dat melden. Ook al stopt de verzekerde maar tijdelijk met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde. U moet dat binnen 30 dagen per brief of e-mail aan ons melden.

6.5.2 Als de verzekerde stopt met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde, dan stoppen wij de verzekering. Wij stoppen de verzekering per de datum waarop wij uw brief of e-mail hebben ontvangen.

6.5.3 Als de verzekerde tijdelijk stopt met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde kunt u vragen de dekking tijdelijk te stoppen. De verzekering loopt dan door, maar wij keren niet uit. U betaalt dan nog maar 15% van de premie. U kunt de verzekering weer beginnen, zodra de verzekerde weer begint met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde. Dat moet wel binnen een jaar plaatsvinden. De verzekerde hoeft dan geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden. Is de verzekering niet binnen een jaar opnieuw begonnen, dan stoppen wij de verzekering definitief.

6.5.4 Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden in de tijd dat de dekking tijdelijk gestopt was, dan krijgt u geen uitkering. Ook niet als de verzekerde nog arbeidsongeschikt is terwijl de dekking weer loopt. Alleen voor arbeidsongeschiktheid ontstaan nadat de dekking weer is gaan lopen krijgt u een uitkering.

6.5.5 Heeft u niet gemeld dat de verzekerde gestopt is met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde? En wordt de verzekerde arbeidsongeschikt? Dan krijgt u geen uitkering. Wij stoppen de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

6.6 De verzekerde wordt verplicht verzekerd voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Moet ik dat melden?

6.6.1 Ja, als de verzekerde verplicht verzekerd wordt voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) moet u dat per brief of e-mail aan ons melden. U moet dat doen binnen 30 dagen nadat de verzekerde verplicht verzekerd is geworden voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

6.6.2 Als de verzekerde verplicht verzekerd wordt voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) stoppen wij deze verzekering. Als het mogelijk is zullen wij u een verzekering aanbieden als aanvulling op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Wij zetten de verzekering om in een andere verzekering of stoppen de verzekering per de datum waarop wij uw brief of e-mail hebben ontvangen. Gaat de verzekerde zijn of haar beroep binnen een jaar weer als zelfstandige uitoefenen dan kunt u deze verzekering weer beginnen. De verzekerde hoeft dan niet opnieuw gezondheidsvragen te beantwoorden.

6.6.3 Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden in de tijd dat de verzekerde in loondienst was, dan krijgt u geen uitkering uit deze verzekering. Ook niet als de verzekerde nog arbeidsongeschikt is terwijl de dekking weer loopt. Alleen voor arbeidsongeschiktheid ontstaan nadat de dekking weer is gaan lopen krijgt u een uitkering. Hebben wij de verzekering omgezet naar een verzekering als aanvulling op de Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), dan keren wij uit op deze verzekering.

6.6.4 Blijft de verzekerde naast het werk in loondienst ook als zelfstandige werken dan stoppen wij de verzekering niet. Wel zullen wij dan de verzekerde bedragen verlagen naar het inkomen dat de verzekerde nog verdient als zelfstandige. Ook kunnen wij de voorwaarden en/of de premie aanpassen als het risico op arbeidsongeschiktheid gewijzigd is. Als wij dat doen, dan geven wij dat aan u door. Wij passen de verzekering dan aan per de datum waarop wij uw brief of e-mail hebben ontvangen. Bent u het niet met deze aanpassing eens? Dan moet u dat binnen 30 dagen per brief of e-mail aan ons laten weten. Wij stoppen de verzekering dan per de datum waarop wij de verzekering wilden aanpassen.

6.6.5 Hebt u ons niet gemeld dat de verzekerde in loondienst is? En wordt verzekerde arbeidsongeschikt? Dan zullen wij de verzekering omzetten naar een verzekering die aanvult op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Dit doen wij per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. Is omzetting niet mogelijk? Dan stoppen wij de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

6.6.6 Hebt u ons niet gemeld dat de verzekerde in loondienst is naast zijn beroep als zelfstandige? En de verzekerde wordt arbeidsongeschikt? Dan kijken we op dat moment of er sprake is van wijziging van het risico. Is dat het geval en is aanpassing van de voorwaarden noodzakelijk? Dan passen wij de verzekering aan per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. Wij beoordelen de arbeidsongeschiktheid aan de hand van de gewijzigde voorwaarden. Wij zullen de verzekerde bedragen in ieder geval verlagen naar het inkomen dat de verzekerde nog verdient als zelfstandige. Is er sprake van een verhoging van het risico waarvoor wij een hogere premie zouden vragen. Dan keren wij wel uit. Maar wij verlagen de uitkering dan wel. Dat doen wij in dezelfde verhouding als de hogere premie en de betaalde premie.

6.7 De verzekerde gaat naar het buitenland. Moet ik dat melden?

6.7.1 Alleen als de verzekerde langer dan 6 maanden naar het buitenland gaat moet u dat melden. U moet dit zo snel mogelijk per brief of e-mail aan ons melden. Maar in ieder geval 30 dagen voordat de verzekerde naar het buitenland vertrekt.

6.7.2 Wij kijken dan of de verzekering aangepast moet worden, of dat de verzekering gestopt moet worden. Als wij de verzekering aanpassen of stoppen, dan doen we dat per de datum waarop verzekerde naar het buitenland vertrekt.

6.7.3 Als wij de verzekering aanpassen dan berichten wij dat aan u. Bent u het niet met de aanpassing eens? Dan moet u dat binnen 30 dagen aan ons laten weten. U mag de verzekering dan tussentijds stoppen. Wij stoppen de verzekering per de datum waarop de verzekerde naar het buitenland gaat of ging.

6.7.4 Heeft u niet gemeld dat verzekerde langer dan 6 maanden naar het buitenland gaat? En wordt verzekerde arbeidsongeschikt? Dan kijken we op dat moment of er sprake is van wijziging van het risico. Is dat het geval en is aanpassing van de voorwaarden noodzakelijk? Dan beoordelen wij de arbeidsongeschiktheid aan de hand van de gewijzigde voorwaarden. Is er sprake van een verhoging van het risico waarvoor wij een hogere premie zouden vragen. Dan keren wij wel uit. Maar wij verlagen de uitkering wel. Dat doen wij in dezelfde verhouding als de hogere premie en de betaalde premie.

6.7.5 Willen wij de verzekering niet voortzetten, omdat wij het risico op arbeidsongeschiktheid te groot vinden, dan bestaat geen recht op uitkering en stoppen wij de verzekering. Wij passen de verzekering aan of stoppen de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

6.8 Zijn er nog andere zaken die ik moet melden?

Ja, u moet de volgende zaken zo snel mogelijk per brief of e-mail aan ons melden. Maar in ieder geval binnen 30 dagen nadat het volgende is gebeurd:

- U of uw bedrijf is failliet verklaard.
- De verzekerde of het bedrijf van de verzekerde is failliet verklaard.
- U of de verzekerde heeft uitstel (surseance) van betaling gekregen.
- Op u of de verzekerde wordt de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing.

In deze gevallen stoppen wij de verzekering.

6.9 Mogen wij de verzekering tussentijds aanpassen?

6.9.1 Wij mogen de premie en voorwaarden aanpassen als wij dat voor alle bij ons lopende en geschorste verzekeringen tegelijk doen. Of voor alle verzekeringen die tot een bepaalde groep behoren. Als uw verzekering tot deze groep behoort, mogen wij dus ook uw verzekering aanpassen.

6.9.2 Als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen berichten wij dit in een brief aan u. Bent u het eens met de aanpassing, dan hoeft u niets te doen. Wij passen de verzekering dan op de in de brief genoemde datum aan.

6.9.3 Krijgt u van ons een uitkering op het moment dat wij de verzekering willen aanpassen dan passen wij wel de premie aan, maar niet de voorwaarden. De voorwaarden worden pas aangepast als de uitkering is gestopt.

6.9.4 Als u het niet met de aanpassing eens bent, moet u dat per brief of e-mail aan ons melden. Uw brief of e-mail moeten wij binnen 30 dagen nadat u de brief van ons heeft gekregen hebben ontvangen. Of voor de datum die wij in de brief vermelden als dit later is.

6.9.5 Wij stoppen de verzekering dan op de datum die in de brief genoemd is.

7 Wat moet u en/of de verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid?

7.1 De verzekerde moet zich direct laten behandelen door een arts. De verzekerde moet alles doen wat de verzekerde kan om weer arbeidsgeschikt te worden. En de verzekerde mag niets doen waardoor de verzekerde minder snel of helemaal niet arbeidsgeschikt wordt.

7.2 Zijn aanpassingen van het werk of werkomstandigheden mogelijk? Of kunnen de taken binnen de onderneming van de verzekerde anders verdeeld of aangepast worden? Dan moeten u en de verzekerde daar aan meewerken. Dat geldt ook als hierdoor de mate van arbeidsongeschiktheid vermindert.

7.3 U of de verzekerde moet ons zo snel mogelijk laten weten dat de verzekerde arbeidsgeschikt is. In ieder geval moet u of de verzekerde ons dit melden voordat het eigen risico voorbij is. Is het eigen risico langer dan 3 maanden? Dan moet u of de verzekerde ons in ieder geval binnen 3 maanden melden dat de verzekerde arbeidsgeschikt is.

7.4 Als wij verplicht zijn om loonheffingen op uw arbeidsongeschiktheidsuitkering in te houden moet u zo spoedig mogelijk het formulier "opgaaf gegevens voor de loonheffingen" ingevuld en ondertekend aan ons opsturen. U moet ook een kopie van uw identiteitsbewijs opsturen.

7.5 Als wij daarom vragen moet de verzekerde zich laten onderzoeken door een arts. Wij wijzen deze arts aan. De verzekerde moet deze arts alle informatie geven die deze arts vraagt. Wij betalen de arts voor de kosten van het onderzoek.

7.6 U en de verzekerde moeten ons alle informatie geven die wij vragen. Wij stellen alleen vragen om te kijken of u recht heeft op een uitkering. En om te kijken hoe hoog de uitkering moet zijn. Ook kunnen wij u vragen stellen om te beoordelen welke mogelijkheden er zijn voor aanpassingen van werk en werkomstandigheden of taakverschuivingen of taakaanpassingen binnen de onderneming van de verzekerde. Of om het resultaat van deze aanpassingen te beoordelen. Als wij deskundigen aanwijzen, moeten u en de verzekerde deze deskundigen de informatie geven die zij vragen.

7.7 Als wij informatie bij de arts van de verzekerde willen opvragen, moet de verzekerde die arts toestemming geven onze vragen te beantwoorden en informatie te geven. Wij vragen alleen informatie die nodig is om te kijken of u recht heeft op een uitkering. En om te kijken hoe hoog de uitkering moet zijn.

7.8 Als de verzekerde weer gaat werken moet u of de verzekerde dit direct aan ons doorgeven. Dat geldt ook als de verzekerde weer gedeeltelijk gaat werken.

7.9 Wil de verzekerde voor langer dan 2 maanden naar het buitenland? Dan moet u of de verzekerde dat vooraf met ons overleggen.

7.10 Als de verzekerde arbeidsgeschikt is mogen u en de verzekerde niets doen dat onze belangen benadeelt.

7.11 Als u en/of de verzekerde deze verplichtingen niet nakomt en wij lijden daardoor schade. Dan mogen wij de

uitkering verlagen of stoppen.

Wij betalen in ieder geval geen uitkering als u en/of de verzekerde deze verplichtingen niet nakomt met de bedoeling ons te misleiden.

8 Premie

8.1 Wanneer moet u de premie betalen?

8.1.1 U moet de premie vooruit betalen. Onder premie wordt ook verstaan administratie- en incassokosten.

8.1.2 De eerste premie bij het begin van de verzekering moet u binnen 30 dagen betaald hebben. Dat betekent binnen 30 dagen nadat wij u verzocht hebben de premie te betalen.

8.1.3 De vervolgpremies moet u binnen 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek betaald hebben. Maar in ieder geval op de datum waarop de premie verschuldigd is.

8.2 Wat gebeurt er als de premie niet op tijd betaald wordt?

8.2.1 Als u de eerste premie niet op tijd betaalt, is er geen dekking. Dat betekent dat wij niet uitkeren als de verzekerde arbeidsgeschikt wordt. De dekking begint pas als wij de eerste premie van u hebben ontvangen.

8.2.2 Als u de vervolgpremie niet op tijd betaalt, sturen wij u een herinnering. Daarin berichten wij u dat de premie binnen 14 dagen betaald moet worden. Doet u dat niet dan schorsen wij de verzekering. Dit betekent dat wij niet uitkeren als de verzekerde arbeidsgeschikt wordt.

8.2.3 Hebben wij de verzekering geschorst, dan verlenen wij weer dekking als de premie alsnog door ons ontvangen wordt. Als de verzekerde daarna arbeidsgeschikt wordt keren wij uit. Maar is de verzekerde arbeidsgeschikt geworden op het moment dat de verzekering was geschorst en de te late betaling komt pas daarna bij ons binnen dan keren wij niet uit. Ook niet als de arbeidsongeschiktheid voortduurt en wij de premie alsnog hebben ontvangen.

8.2.4 Als wij de dekking hebben geschorst proberen wij toch de premie te ontvangen. Als dat nodig is schakelen wij een incassobureau in. De kosten die hiervoor gemaakt worden, ook de wettelijke rente, moeten door u betaald worden.

8.2.5 Als wij de dekking hebben geschorst kunnen wij ook de verzekering stoppen. Als wij dat doen, moet u de premie tot het moment van stoppen gewoon betalen.

8.2.6 Als wij u een uitkering moeten verstrekken, mogen wij de te betalen premie daarop inhouden.

8.3 Als de verzekering stopt krijgt u dan premie terug?

8.3.1 Als de verzekering stopt krijgt u een gedeelte van de premie terug. Dat is het gedeelte van de premie die u betaald heeft voor de periode die ligt na de datum waarop de verzekering is gestopt.

8.3.2 Als wij met terugwerkende kracht de verzekering moeten stoppen, dan betalen wij de premie terug onder aftrek van € 75,00 administratiekosten.

8.3.3 Hebt u en/of heeft de verzekerde bij het begin van de verzekering met opzet onjuiste of geen volledige antwoorden gegeven? En stoppen wij om die reden de verzekering. Dan betalen wij de premie niet terug.

8.4 Tot wanneer moet u premie betalen?

Het laatste jaar van deze verzekering is premievrij. Dat betekent dat u de premie moet betalen tot één jaar voor de einddatum van de verzekering.

8.5 Opgave aan de belastingdienst

Als wij dat wettelijk verplicht zijn, zullen wij de belastingdienst opgeven hoeveel premie u hebt betaald en/of teruggekregen. Ook als er iets wijzigt aan uw verzekering waardoor de premies niet langer aftrekbaar zijn voor de inkomstenbelasting zullen wij dit opgeven aan de belastingdienst.

Op het polisblad staat of uw premie aftrekbaar is voor de inkomstenbelasting.

9 Amersfoortse extra's

Op De Amersfoortse extra's zijn de hiervoor vermelde voorwaarden ook van toepassing.

9.1 Ongevallendekking

De ongevallendekking is alleen verzekerd als dit op het polisblad is vermeld.

9.1.1 Begrip ongeval

Een onverwachte gebeurtenis die met geweld van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkt. Dit geweld veroorzaakt zonder dat de verzekerde dat wil op of in het lichaam van de verzekerde letsel. Het letsel is rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken het gevolg van de geweldsinwerking. Dit letsel moet door een arts vast te stellen zijn.

9.1.2 De volgende gebeurtenissen zijn ook een ongeval

9.1.2.1 De verzekerde bevriest, verbrandt, verdrinkt, stikt, krijgt een zonnesteek of wordt getroffen door een elektrische ontlading.

9.1.2.2 De verzekerde krijgt plotseling ongewild giftige gassen of dampen binnen. Of giftige vloeibare of vaste stoffen. Vergiftiging door geneesmiddelen, ziektekiemen of stoffen die allergie veroorzaken is geen ongeval.

9.1.2.3 De verzekerde krijgt plotseling ongewild een stof of voorwerp in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de oren. Hierdoor ontstaat in het lichaam van de verzekerde letsel. Het binnenkrijgen van geneesmiddelen, ziektekiemen of stoffen die allergie veroorzaken is geen ongeval.

9.1.2.4 De verzekerde wordt besmet door ziektekiemen of krijgt een allergische reactie doordat hij ongewild in water of een andere stof valt. Of omdat hij het water of een andere stof ingaat om een mens, dier of goederen te redden.

9.1.2.5 De verzekerde overlijdt door honger, dorst of uitputting omdat hij is afgezonderd van de buitenwereld door een plotselinge ramp. Bijvoorbeeld: schipbreuk, noodlanding, natuurramp.

9.1.2.6 De verzekerde verstuikt of ontwricht iets. Of scheurt spier- of bandweefsel. Dit moet dan wel gebeuren door een plotselinge krachtsinspanning. En het letsel moet door een arts vast te stellen zijn.

9.1.2.7 De verzekerde krijgt een whiplashtrauma gevolgd door een post-whiplashsyndroom. De beoordeling van de beperkingen ten gevolge van het post-whiplashsyndroom vinden plaats volgens de voorwaarden van de Nederlandse vereniging van neurologen.

9.1.2.8 Het ongeval is het gevolg van een ziekelijke toestand van de verzekerde of het gevolg van een bestaande lichamelijke of geestelijke afwijking van de verzekerde.

9.1.3 Uitkering bij overlijden

9.1.3.1 Als de verzekerde komt te overlijden door een ongeval betalen wij u een uitkering. De uitkering is gelijk aan het verzekerd bedrag voor overlijden ten gevolge van een ongeval dat op het polisblad staat. Bent u zelf de verzekerde, dan betalen wij de uitkering aan uw erfgenamen.

9.1.3.2 Als verzekerde is overleden door een ongeval moet dit direct aan ons gemeld worden. Maar in ieder geval 48 uur voor de begrafenis of crematie. Als wij een onderzoek naar de doodsoorzaak willen doen, bent u en/of de erfgenamen verplicht hieraan mee te werken.

9.1.3.3 Hebt u voor hetzelfde ongeval al een uitkering van ons gehad voor blijvende invaliditeit van de verzekerde? Dan trekken wij deze uitkering af van het verzekerd bedrag voor overlijden. Is de uitkering voor blijvende invaliditeit hoger dan de uitkering voor overlijden? Dan zullen wij het verschil niet terugvragen.

9.1.4 Blijvende invaliditeit

9.1.4.1 Blijvende invaliditeit is het gehele of gedeeltelijke verlies of functieverlies van een orgaan of enig deel van het lichaam van de verzekerde. Dit verlies of functieverlies is het gevolg van letsel dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken het gevolg is van een ongeval.

9.1.4.2 Bij het bepalen van verlies of functieverlies houden wij wel rekening met:

- verergering van het letsel als gevolg van eerste hulpverlening;
- verergering van het letsel als gevolg van geneeskundige behandeling, door of op voorschrift van een arts, ongeacht of deze behandeling verband houdt met het ongeval;
- verergering van het letsel door infectie, bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in het letsel;
- inwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen als daardoor minder functieverlies optreedt.

9.1.4.3 Bij het bepalen van het verlies of functieverlies houden wij geen rekening met:

- verergering van het letsel als gevolg van bestaande ziekten of aandoeningen;
- verergering van een bestaande ziekte of aandoening van de verzekerde;
- na het ongeval uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen.

9.1.4.4 In de volgende gevallen is geen sprake van letsel ten gevolge van een ongeval:

- ingewandsbreuk (waaronder liesbreuk);
- spit (lumbago);
- uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi);
- krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans);
- periartitis humeroscapularis (P.H.S.);
- tennisarm (epicondylitis lateralis);
- golfersarm (epicondylitis medialis);
- psychische aandoeningen, van welke aard dan ook, behalve als deze medisch aantoonbaar het rechtstreekse gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;
- HIV-besmetting of Hepatitis B-besmetting, ongeacht de oorzaak van de besmetting.

9.1.5 Uitkering bij blijvende invaliditeit

Indien verzekerde blijvend invalide is geworden door een ongeval verlenen wij een uitkering. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de mate van blijvende invaliditeit.

9.1.6 Hoe hoog is de uitkering?

9.1.6.1 Is verzekerde blijvend volledig invalide dan betalen wij het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval dat op het polisblad staat.

9.1.6.2 Is verzekerde blijvend gedeeltelijk invalide? Dan is de uitkering afhankelijk van de mate van invaliditeit. Bij de vaststelling van de mate van invaliditeit houden wij geen rekening met het beroep van de verzekerde.

9.1.6.3 Mist verzekerde door een ongeval één van onderstaande lichaamsdelen of organen? Dan keren wij het daarachter vermelde percentage van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit uit. Dat doen wij ook als het de functie van het lichaamsdeel blijvend en volledig verloren is door een ongeval.

Het gezichtsvermogen van beide ogen (totale blindheid)	100%
Het gezichtsvermogen van 1 oog	35%
Als wij al een uitkering hebben gedaan voor het volledig verlies van het gezichtsvermogen van 1 oog voor het andere oog	65%
Het gehoorvermogen van beide oren	60%
Het gehoorvermogen van 1 oor	25%
Als wij al een uitkering hebben gedaan voor het volledig verlies van het gehoorvermogen van 1 oor voor het andere oor	35%
Beide armen	100%
Beide benen	100%
Een arm tot in het schoudergewricht	75%
Een onderarm tot in het ellebooggewricht	70%
Een hand	60%
Een duim	25%
Een wijsvinger	15%
Een middelvinger	12,5%
Een ringvinger of pink	10%
Een been tot in het heupgewricht	75%
Een onderbeen tot in het kniegewricht	50%
Een voet	50%
Alle tenen van een voet	15%
Een grote teen	5%
Een van de andere tenen	3%
De milt	3%

9.1.6.4 Mist verzekerde door een ongeval een gedeelte van één van bovenstaande lichaamsdelen of organen? Of is de functie gedeeltelijk verloren gegaan? Dan keren wij een deel van het vermelde percentage van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit uit. Dat deel is gelijk aan de mate van verlies of functieverlies van het lichaamsdeel of orgaan.

9.1.6.5 Mist de verzekerde door een ongeval een niet genoemd lichaamsdeel of orgaan? Of is de functie van een niet genoemd lichaamsdeel of orgaan blijvend volledig of gedeeltelijk verloren door een ongeval? Dan keren wij een percentage van het verzekerde bedrag uit. Dat percentage is gelijk aan de mate van blijvend verlies of functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

9.1.6.6 Mist de verzekerde door een ongeval meerdere vingers van één hand? Of is de functie van meerdere vingers van één hand verloren gegaan? Dan keren wij in totaal niet meer uit, dan wat uitgekeerd zou zijn bij verlies van de gehele hand.

9.1.6.7 Mist de verzekerde door een ongeval meerdere tenen van één voet? Of is de functie van meerdere tenen van één voet verloren gegaan? Dan keren wij in totaal niet meer uit, dan wat uitgekeerd zou zijn bij verlies van alle tenen van een voet.

9.1.6.8 Heeft de verzekerde meerdere letsels opgelopen bij een ongeval. Of heeft verzekerde meerdere ongevallen gehad waarvoor een uitkering gegeven moet worden. Dan keren wij niet meer uit dan het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit.

Hebben wij het totale voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag uitgekeerd? Dan stopt dit deel van de verzekering.

9.1.6.9 Is de verzekerde al gedeeltelijk invalide? En wordt deze invaliditeit door een ongeval vergroot? Dan stellen wij het percentage voor blijvende invaliditeit voor en na het ongeval vast. Het verschil is het percentage van het verzekerde bedrag dat wij zullen uitkeren.

9.1.7 Hoe wordt de mate van blijvende invaliditeit vastgesteld.

De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld door een medisch onderzoek in Nederland.

Hierbij hanteren wij objectieve maatstaven. Deze objectieve maatstaven zijn vastgelegd in de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.) en worden aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse vereniging van Neurologen en de Nederlandse vereniging van Orthopeden.

Wij hanteren hierbij de laatste uitgave die door de Nederlandse specialisten verenigingen is geaccepteerd.

9.1.8 Wanneer wordt de mate van blijvende invaliditeit vastgesteld?

9.1.8.1 De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld als er geen verbetering of verslechtering van het letsel te verwachten is.

9.1.8.2 De mate van blijvende invaliditeit zal in ieder geval definitief worden vastgesteld 2 jaar na het ongeval.

9.1.8.3 Overlijdt de verzekerde voordat de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld? En is het overlijden niet het gevolg van het ongeval? Dan stellen wij de mate van blijvende invaliditeit vast op basis van de op dat moment beschikbare gegevens.

9.1.9 Wanneer betalen wij de uitkering?

9.1.9.1 De uitkering wordt betaald zodra de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld.

9.1.9.2 Hebben wij 180 dagen na het ongeval nog geen uitkering betaald? Dan zullen wij vanaf de 181^e dag na het ongeval de wettelijke rente voor niet-handelstransacties betalen over de te betalen uitkering.

9.1.9.3 Als wij weten dat wij een uitkering moeten betalen, maar wij weten nog niet hoe hoog deze uitkering moet zijn omdat het letsel nog kan verbeteren of verslechteren? Dan zullen wij een voorschot verstrekken op de uiteindelijk te betalen uitkering.

9.1.9.4 Overlijdt de verzekerde door het ongeval. En wij hebben voor datzelfde ongeval al een (voorschot)uitkering wegens blijvende invaliditeit betaald? Dan zullen wij deze (voorschot)uitkering aftrekken van de uitkering wegens overlijden.

Is de uitkering wegens overlijden lager dan de betaalde (voorschot)uitkering wegens blijvende invaliditeit? Dan zullen wij het verschil niet terugvragen.

9.2 Rechtsbijstand

9.2.1 Wanneer bestaat recht op rechtsbijstand?

9.2.1.1 U hebt recht op rechtsbijstand als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door de schuld van iemand anders. En die persoon is daarvoor wettelijk aansprakelijk.

9.2.1.2 U hebt alleen recht op rechtsbijstand als u een uitkering van ons krijgt omdat de verzekerde arbeidsongeschikt is. Of als u nog geen uitkering krijgt, omdat het eigen risico nog niet voorbij is.

9.2.1.3 De rechtsbijstand wordt verleend om de schade die de verzekerde heeft geleden van de daarvoor wettelijk aansprakelijke persoon terug te krijgen.

9.2.1.4 Wilt u gebruik maken van deze rechtsbijstanddekking? Dan moet u dat binnen 14 dagen nadat de verzekerde arbeidsongeschikt geworden is aan ons melden. U moet ons dan alle gegevens verstrekken die op de toedracht van arbeidsongeschiktheid en op de omvang van zijn schade betrekking hebben.

9.2.2 Wanneer wordt geen rechtsbijstand verleend?

Geen rechtsbijstand wordt verleend als:

- de verzekerde de schade al vergoed krijgt uit een andere verzekering of wettelijke regeling;
- de verzekerde recht op rechtsbijstand heeft uit een andere verzekering. Het maakt niet uit of die andere verzekering eerder of later gesloten is dan deze verzekering;
- de schuldige persoon niet in Nederland, België of Luxemburg woont.

9.2.3 Welke kosten van rechtsbijstand worden vergoed?

9.2.3.1 Als recht op rechtsbijstand bestaat mag de verzekerde de behartiging van zijn belangen toevertrouwen aan een advocaat of een andere rechtens bevoegde deskundige van zijn keuze.

9.2.3.2 Als recht op rechtsbijstand bestaat worden de volgende kosten vergoed:

- kosten van de advocaat of procureur;
- kosten van scheidslieden;
- kosten van de deurwaarder;
- kosten van verkeers- en andere deskundigen;
- de gerechtskosten en geliquideerde kosten.

9.2.3.3 Wij vergoeden deze kosten tot maximaal € 7.500,00 exclusief BTW per gebeurtenis.

9.3 Hulpverlening in het buitenland

9.3.1 Verblijft de verzekerde in het buitenland en wordt de verzekerde plotseling ernstig ziek? Of loopt de verzekerde ernstig letsel op door een ongeval in het buitenland? Of komt verzekerde in het buitenland te overlijden? Dan kan voor hulpverlening een beroep gedaan worden op de Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International in Amsterdam.

9.3.2 In deze gevallen kan contact opgenomen worden met SOS International. SOS International beslist of het nodig is om naar Nederland terug te keren.

9.3.3 Als de verzekerde plotseling ernstig ziek geworden is, of ernstig letsel heeft opgelopen door een ongeval, dan bepaalt SOS International of het noodzakelijk is dat de verzekerde per ambulance naar Nederland terugkeert.

9.3.4 Is terugkeer naar Nederland noodzakelijk om het leven van de verzekerde te redden of de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde te voorkomen of te verminderen. Dan kan SOS International besluiten dat vervoer per ambulance/vliegtuig noodzakelijk is.

9.3.5 Als SOS international informatie bij de arts van de verzekerde wil opvragen, moet de verzekerde die arts toestemming geven de vragen van SOS International te beantwoorden en informatie te geven. SOS International zal alleen vragen stellen om te beoordelen of het vervoer noodzakelijk en verantwoord is. En welke wijze van vervoer noodzakelijk is, en welke vorm van medische begeleiding noodzakelijk is.

9.3.6 Als de verzekerde overleden is, dan bepaalt SOS International op welke wijze vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland plaats moet vinden.

9.3.7 De kosten van het noodzakelijke vervoer dat met toestemming van SOS international worden gemaakt worden door ons vergoed. In geval van het overlijden van de verzekerde zullen wij ook de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist vergoeden.

9.3.8 Deze kosten worden niet door ons vergoed als deze kosten ook op een andere verzekering verhaald kunnen worden. Het maakt niet uit of die andere verzekering eerder of later gesloten is dan deze verzekering. Of als deze kosten op grond van een andere vergoedingsregeling verhaald kunnen worden.

9.3.9 Is de verzekerde naar het buitenland gegaan voor een medische behandeling? En hebben wij daar niet vooraf toestemming voor gegeven?

Dan vergoeden wij de kosten van noodzakelijk vervoer niet.

9.4 Preventieprogramma

9.4.1 Wij nodigen u eenmaal per 3 jaar uit om deel te nemen aan ons preventieprogramma. Dat doen wij voor het eerst 3 jaar na ingangsdatum van de verzekering.

9.4.2 Het preventieprogramma is bedoeld om arbeidsongeschiktheid te voorkomen en de gezondheid van de verzekerde te bevorderen. Het preventieprogramma biedt de verzekerde verschillende mogelijkheden voor onderzoek en advies.

9.4.3 Het advies of de uitslag van een onderzoek wordt alleen aan de verzekerde verstrekt. Wij ontvangen hierover geen enkele informatie.

9.4.4 De kosten worden door ons betaald tot maximaal het bedrag dat wij met de dienstverlener hebben afgesproken. Vervolgonderzoeken of vervolgbehandelingen worden niet door ons vergoed, tenzij dit in het preventieprogramma is opgenomen.

9.4.5 In het jaar voor het bereiken van de einddatum van de verzekering wordt de verzekerde niet meer uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieprogramma.

9.4.6 De verzekerde wordt alleen uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieprogramma als de verzekerde niet arbeidongeschikt is.

9.4.7 Raadpleeg voor ons actuele preventieprogramma en eventuele vergoedingsregelingen www.amersfoortse.nl.

10 Overige bepalingen

10.1 Kunt u de rechten uit deze verzekering overdragen?

Nee. U kunt deze verzekering niet overdragen aan iemand anders. Ook de rechten uit deze verzekering zijn alleen uw rechten. U kunt bijvoorbeeld recht hebben op een uitkering uit deze verzekering. Dat recht kunt u niet aan iemand anders geven of in leen geven. Het kan ook niet in pand gegeven worden. Het kan ook niet op een andere manier tot zekerheid dienen.

10.2 Wanneer vervalt het recht op een uitkering?

Als wij de melding dat de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden pas na 3 jaar of later ontvangen, dan heeft u geen recht op een uitkering. De periode van 3 jaar gaat in op moment dat de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden.

10.3 Waar sturen wij onze berichten naartoe?

Als wij u iets willen berichten, sturen wij een brief aan het laatste adres dat wij van u hebben. Als de betaling van uw verzekering via een tussenpersoon loopt, sturen we een brief naar uw tussenpersoon. In de Wet staat dat wij dan voldoende ons best hebben gedaan om u te bereiken.

10.4 Wat doen wij bij fraude?

Vertrouwen is één van de uitgangspunten van verzekeren. Vertrouwen is heel belangrijk bij het bieden van zekerheid.

Dit vertrouwen wordt soms misbruikt door fraude te plegen. Bijvoorbeeld: het niet eerlijk opgeven van informatie bij het aangaan van een verzekering of bij de regeling van de schade. Als er sprake is van fraude dan nemen wij een aantal maatregelen, zoals:

- het stoppen van de verzekering(en);
- het doen van aangifte bij de politie;
- het registreren van de persoonsgegevens in het tussen maatschappijen gangbare waarschuwingssysteem;
- het terugvorderen van eventueel al gedane uitkeringen en door ons gemaakte kosten.

10.5 Hoe worden uw gegevens verwerkt en beschermd?

10.5.1 U hebt ons allerlei gegevens gestuurd over uzelf en de verzekerde. Wij gebruiken deze persoonsgegevens voor de volgende zaken:

- het sluiten en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten;
- het sluiten en uitvoeren van andere financiële diensten;
- het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- het uitvoeren van activiteiten gericht op het vergroten van ons klantenbestand;
- het voorkomen en bestrijden van fraude.

10.5.2 Wij werken volgens de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen". In deze gedragscode staat wat de rechten en de plichten zijn als wij persoonsgegevens verwerken. U kunt de volledige tekst van de gedragscode raadplegen via de website van het Verbond van verzekeraars (www.verzekeraars.nl). U kunt opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars. Het adres is: Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: 070-3338500.

10.5.3 In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a postbus 124, 3700 AC te Zeist. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheren en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

10.6 Heeft u klachten over deze verzekering of onze dienstverlening?

10.6.1 Neem dan eerst contact op met uw tussenpersoon. Deze zoekt, daar waar nodig in overleg met ons, naar een passende oplossing.

10.6.2 Als het overleg met uw tussenpersoon en ons geen oplossing biedt, kunt u een brief aan ons schrijven. Deze brief kunt u sturen aan de afdeling Cliëntenservice van De Amersfoortse, Postbus 42, 3800 AA Amersfoort. U kunt hiervoor ook gebruik maken van het klachtenformulier op de site www.amersfoortse.nl

10.6.3 Bent u dan nog niet tevreden over ons. Dan kunt u binnen drie maanden nadat u van ons een definitieve reactie hebt gekregen, uw klacht indienen bij de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, Telefoon:0900-3552248.

10.6.4 Als u geen gebruik wilt maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.7 Nederlands recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

10.8 Definities van molest

- 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 bestrijden.
- Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een vredesmacht der Verenigde Naties.
- 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.
- Opstand: Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.
- Binnenlandse onlusten: Onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.
- Oproer: Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.
- Mouterij: Onder mouterij wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Clausuleblad terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

Dit zijn de polisvoorwaarden van de NHT voor de verzekering van het terrorismerisico.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - 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.

1.2 Kwaadwillige besmetting:

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische,

biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - 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.

1.3 Preventieve maatregelen:

Van overheidswege en/of door verzekeren en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

1.5.1 Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.

1.5.2 Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.5.3 Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2 De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Clausules

De volgende clausules zijn alleen van toepassing als het clausulenummer op het polisblad wordt vermeld.

Clausule 41 combitarief

Op deze verzekering is het gecombineerde tarief van toepassing. De premieverhogingen als gevolg van dit tarief zijn geen reden om de verzekering te stoppen. Een tabel met het premieverloop voor de komende jaren wordt op verzoek verstrekt.

Clausule 63 3% klimmende uitkering

Als de verzekerde een uitkering krijgt op grond van het na-eerstejaarsrisico (rubriek B), dan worden de verzekerde bedragen jaarlijks verhoogd met 3%. Deze verhoging vindt ieder jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering.

Clausule 73 4% klimmende uitkering

Als de verzekerde een uitkering krijgt op grond van het na-eerstejaarsrisico (rubriek B), dan worden de verzekerde bedragen jaarlijks verhoogd met 4%. Deze verhoging vindt ieder jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering.

Clausule 102 geïndexeerde uitkeringen

Als de verzekerde een uitkering krijgt op grond van het na-eerstejaarsrisico (rubriek B), dan worden de verzekerde bedragen jaarlijks verhoogd met het indexcijfer CAO-lonen per maand inclusief bijzondere beloningen, zoals beschreven in de polisvoorwaarden. De verhoging zal niet meer bedragen dan 4% per jaar. Deze verhoging vindt ieder jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering.