

Inhoudsopgave

Model AOZ1101

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	2
Artikel 2	Wat voor verzekering is dit?	2
Artikel 2.1	Strekking van de verzekering	2
Artikel 2.2	Grondslag van de verzekering	2
Artikel 2.3	Preventief medisch of arbeidsdeskundig onderzoek	2
Artikel 3	Wat is er gedekt in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (rubriek A)?	2
Artikel 3.1	Begrip arbeidsongeschiktheid	2
Artikel 3.2	Uitkeringen	2
Artikel 3.3	Eigen risicotermijn	3
Artikel 3.4	Zwangerschaps-/bevallingsuitkering	3
Artikel 4	Wat is er gedekt na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (rubriek B)?	3
Artikel 4.1	Begrip arbeidsongeschiktheid	3
Artikel 4.2	Uitkeringen	3
Artikel 4.3	Eigen risicotermijn	3
Artikel 5	Wanneer ben u niet verzekerd?	3
Artikel 5.1	Uitsluitingen	3
Artikel 5.2	Bijzondere regeling bij terrorismeschade	4
Artikel 6	Wat moet u doen en wat doen wij bij arbeidsongeschiktheid?	4
Artikel 6.1	Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	4
Artikel 6.2	Vaststelling van de uitkering	4
Artikel 6.3	Omvang van de uitkering	5
Artikel 6.4	Betaling van de uitkering	5
Artikel 6.5	Vergoeding van de kosten van re-integratie	5
Artikel 6.6	Einde van de uitkering	5
Artikel 7	Wat moet u weten over de premie?	5
Artikel 7.1	Premiebetaling en de gevolgen van weigering en te late premiebetaling	5
Artikel 7.2	Terugbetaling van premie	5
Artikel 7.3	Premievrijstelling in verband met arbeidsongeschiktheid	5
Artikel 8	Wat kan er wijzigen aan deze verzekering?	5
Artikel 8.1	Wijziging van premie en/of voorwaarden	5
Artikel 8.2	Aanpassingsrecht verzekerde jaarrente	6
Artikel 8.3	Overdracht van rechten	6
Artikel 9	Wat moet u doen bij wijziging van het risico?	6
Artikel 9.1	Verplichtingen bij risicowijziging	6
Artikel 9.2	Consequenties	7
Artikel 10	Tot wanneer loopt de verzekering?	7
Artikel 10.1	Duur en beëindiging	7
Artikel 10.2	Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering	7
Artikel 10.3	Onopzegbaarheid	7
Artikel 11	Algemene informatie	7
Artikel 11.1	Adres	7
Artikel 11.2	Persoonsgegevens	7
Artikel 11.3	Toepasselijk recht en klachteninstanties	7

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

Artikel 1.1

Definities

In deze verzekeringsvoorwaarden staan een aantal begrippen. Die leggen wij hieronder uit:

1. Maatschappij: OHRA Inkomensverzekeringen is een handelsnaam van Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., correspondentieadres: Rijksweg West 2, 6842 BD; Postbus 40000, 6803 GA te Arnhem. Delta Lloyd Schadeverzekering NV is gevestigd te Amsterdam aan de Spaklerweg 4, postbus 1000, 1000 BA Amsterdam (Handelsregister KvK Amsterdam 33052073). Delta Lloyd Schadeverzekering NV staat als aanbieder van (schade) verzekeringen geregistreerd bij de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en heeft een vergunning van De Nederlandsche Bank NV om het schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen.
2. de verzekeringnemer: degene die de verzekering als omschreven in het polisblad heeft gesloten.
3. de verzekerde: degene wiens arbeidsgeschiktheid verzekerd is.
4. eerstejaarsrisico (Rubriek A): Perioden van arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste 365 dagen, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld.
5. na-eerstejaarsrisico (Rubriek B): arbeidsongeschiktheid in de periode na het verstrijken van de in lid 4 bedoelde 365 dagen.
6. inkomen: inkomen uit arbeid dan wel winst(aandeel) uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting. De definities van het begrip 'arbeidsongeschiktheid' zijn omschreven in artikel 3.1 voor het eerstejaarsrisico (Rubriek A) en in artikel 4.1 voor het na-eerstejaarsrisico (Rubriek B).

Artikel 1.2

Afkortingen

WIA - Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

Artikel 2

Wat voor verzekering is dit?

Artikel 2.1

Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft ten doel uitkering te verlenen als verzekerde arbeidsongeschikt wordt en daardoor minder inkomen kan krijgen of minder kan vergroten. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt niet vastgesteld op basis van een verlies aan inkomen.

Artikel 2.2

Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer en de verzekerde verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de basis van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarvan deel uit te maken.

In het geval dat de opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of niet waar blijken te zijn, maar ook in geval van verzwijging van aan de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de wettelijke bepalingen die van toepassing zijn, hebben wij het recht de overeenkomst direct op te zeggen.

Artikel 2.3

Preventief medisch of arbeidsdeskundig onderzoek

Verzekerde heeft het recht om gedurende de looptijd van deze verzekering éénmaal per drie jaar op kosten van de maatschappij naar keuze een preventief medisch of arbeidsdeskundig onderzoek te laten verrichten. Deze onderzoeken kunnen enkel worden verricht door medische instituten of arbeidsdeskundigen die door de maatschappij zijn geselecteerd. De onderzoeken worden gebaseerd op een vast protocol dat bij de maatschappij kan worden opgevraagd. De onderzoeksresultaten zullen niet bekend worden gemaakt aan de maatschappij. Om gebruik te kunnen maken van dit recht kan verzekerde om de drie jaar, voor het eerst drie jaar na ingangsdatum van deze verzekering, bij de maatschappij een waardebrief opragen waarmee het gewenste onderzoek kan worden aangevraagd en vergoed.

Artikel 3

Wat is er gedekt in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (rubriek A)?

Artikel 3.1

Begrip arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid 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. Arbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Als verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid ervoor kiest in loondienst te gaan werken of een ander beroep te gaan uitoefenen, dan zal de maatschappij volgens het bepaalde in artikel 9 vaststellen of en in hoeverre zij dit kan verzekeren en de polis daaraan aanpassen; de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zal dan bij een nieuw arbeidsongeschiktheidsgeval op grond van de aangepaste polis plaatsvinden. In overleg met verzekerde zal de maatschappij afspraken maken over de aard en omvang van de ondersteuning naar werk in loondienst of een ander beroep. Heeft de verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid inkomen uit loondienst of uit een ander beroep dan geldt dat deze inkomsten samen met de uitkering uit deze verzekering niet meer zijn dan de verzekerde jaarrente van rubriek B. De inkomsten boven de verzekerde jaarrente van rubriek B worden in mindering op de uitkering gebracht.

Artikel 3.2

Uitkeringen

Als verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 3.1 voorziet de verzekering in een uitkering gedurende de eerste aan eengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van 365 dagen, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld. Daarna kan uitsluitend opnieuw recht op uitkering ontstaan als wij hebben vastgesteld dat betrokkene gedurende tenminste 4 aaneengesloten weken volledig arbeidsgeschikt is geweest in de zin van artikel 3.1.

Artikel 3.3

Eigen risicotermijn

De eigen risicotermijn voor rubriek A is de periode waarover de verzekerde geen recht heeft op een uitkering op grond van deze rubriek. Deze termijn gaat in op de dag volgend op die, waarop een bevoegd arts de ziekte of stoornis heeft vastgesteld en de medische behandeling heeft gestart. De eigen risicotermijn geldt maar eenmaal voor perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken.

Artikel 3.4

Zwangerschaps-/bevallingsuitkering

Op grond van deze verzekering bestaat voor de vrouwelijke verzekerde recht op een zwangerschaps- /bevallingsuitkering gebaseerd op 100% van de voor rubriek A verzekerde jaarrente gedurende een periode van 16 weken onder aftrek van de eigenrisicotermijn. Op deze uitkering bestaat uitsluitend recht indien de vermoedelijke bevallingsdatum tenminste 2 jaar na ingang van de verzekering ligt, gedurende deze 2 jaar zowel rubriek A als rubriek B verzekerd zijn en de zwangerschap tenminste 20 weken geduurd heeft.

De verzekerde moet de uitkering tenminste 2 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen met een verklaring van de behandelend arts of verloskundige waarin deze datum vermeld is. De periode van 16 weken gaat 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum in, of, als de feitelijke bevalling voor de zo vastgestelde ingangsdatum plaats vindt, op de dag van de bevalling. De periode van 16 weken telt volledig mee voor de bepaling van de maximale termijn van 365 dagen die genoemd is in artikel 3.2 alsof er in deze periode sprake zou zijn van arbeidsongeschiktheid. Indien op enig moment zowel recht zou bestaan op een arbeidsongeschiktheidsuitkering als op een zwangerschaps-/bevallingsuitkering wordt de totale uitkering gedurende deze periode gebaseerd op 100% van de voor rubriek A verzekerde jaarrente; er wordt dan in totaal slechts een keer de eigen risicotermijn toegepast.

Artikel 4

Wat is er gedekt na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (rubriek B)?

Artikel 4.1

Begrip arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid 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. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken. Arbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigdheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken. Als verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid ervoor kiest in loondienst te gaan werken of een ander beroep te gaan uitoefenen, dan zal de maatschappij volgens het bepaalde in artikel 9 vaststellen of en in hoeverre zij dit kan verzekeren en de polis daaraan aanpassen; de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zal dan bij een nieuw arbeidsongeschiktheidsgeval op grond van de aangepaste polis plaatsvinden. In overleg met verzekerde zal de maatschappij afspraken maken over de aard en omvang van de ondersteuning naar werk in loondienst of een ander beroep.

Heeft de verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid inkomen uit loondienst of uit een ander beroep dan geldt dat deze inkomsten samen met de uitkering uit deze verzekering niet meer zijn dan de verzekerde jaarrente van rubriek B. De inkomsten boven de verzekerde jaarrente van rubriek B worden in mindering op de uitkering gebracht.

Artikel 4.2

Uitkeringen

Als verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 4.1 voorziet de verzekering in een uitkering na afloop van een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van 365 dagen, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld.

Artikel 4.3

Eigen risicotermijn

De eigen risicotermijn voor rubriek B is de periode waarover geen recht op uitkering bestaat op grond van deze rubriek. Deze termijn vangt aan op de dag dat conform artikel 4.2 het recht op uitkering zou ingaan.

Artikel 5

Wanneer bent u niet verzekerd?

Artikel 5.1

Uitsluitingen

Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid, welke is ontstaan, bevorderd of verergerd:

1. door opzet of al dan niet bewuste roekeloosheid van verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;
2. door overmatig gebruik van alcohol c.q. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
3. hetzij direct, hetzij indirect, door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. 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. 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. Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag. Onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat. Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag. Onder munitie wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn. 4 door, dan wel verband houdt met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve 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, op voorwaarde dat er een

kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve 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 verzekerde is gedefinieerd bestaat er geen recht op uitkering. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat, en geldt zowel voor detentie binnen als buiten Nederland.

Artikel 5.2

Bijzondere regeling bij terrorismeschade

De volgende bepalingen hebben betrekking op schadegebeurtenissen verband houdend met terroristische activiteiten.

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

Artikel 6

Wat moet u doen en wat doen wij bij arbeidsongeschiktheid?

Artikel 6.1

Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

1. De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:
 - a. zich direct onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en de mate van arbeidsongeschiktheid te verminderen, en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
 - b. 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 (toename van) zijn arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;
 - c. zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aan te wijzen arts te doen onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te doen opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis;
 - d. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen deskundigen en daartoe de nodige toestemming te verlenen;
 - e. geen feiten of omstandigheden geheel of gedeeltelijk te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn;
 - f. de maatschappij meteen op de hoogte te stellen van zijn gehele of gedeeltelijke herstel dan wel van het (al dan niet gedeeltelijk) hervatten van zijn beroepswerkzaamheden of het verrichten van ander werk;
 - g. vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij vertrek naar het buitenland voor langer dan twee maanden;
 - h. zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad.
2. De verzekeringnemer is gehouden de hierboven onder b, d, e, f en g genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of niet heeft kunnen voldoen, na te komen en zich in het onder h genoemde geval te onthouden van de daarin genoemde handelingen.
3. Geen recht op uitkering bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringnemer één van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad.
4. Elk recht op uitkering vervalt, indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt, tenzij de misleiding zo klein is dat het verval van recht een te zwaar gevolg zou zijn.

Artikel 6.2

Vaststelling van de uitkering

De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van gegevens van door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens ten spoedigste na ontvangst van alle voor de beoordeling noodzakelijke gegevens aan verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.

Artikel 6.3

Omvang van de uitkering

De uitkering bedraagt 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 tot 100%: 100% van de verzekerde jaarrente.

Artikel 6.4

Betaling van de uitkering

Terzake van arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering, welke per dag bij volledige arbeidsongeschiktheid 1/365 gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt. De uitbetaling van de verschuldigd geworden periodieke uitkering geschiedt telkens na een maand.

Artikel 6.5

Vergoeding van de kosten van re-integratie

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

Artikel 6.6

Einde van de uitkering

De uitkering eindigt:

1. op de dag waarop verzekerde niet meer voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is;
2. per de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
3. in geval van overlijden van de verzekerde: na drie maanden te rekenen vanaf de dag van overlijden;
4. op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het bepaalde in artikel 10.2;
5. indien de maatschappij een beroep doet op het bepaalde in artikel 6.1 lid 3 en 4.

Artikel 7

Wat moet u weten over de premie?

Artikel 7.1

Premiebetaling en de gevolgen van weigering en te late premiebetaling

De premie is verschuldigd door de verzekeringnemer voor alle verzekerde renten tezamen.

1. De verzekeringnemer moet de premie, daaronder begrepen de kosten, vooruit betalen op de premievervaldatum.
2. Indien de verzekeringnemer de aanvangspremie, dat is de eerste premie die na het sluiten van de verzekering verschuldigd wordt, niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een aanmaning door de maatschappij is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.

3. Indien de verzekeringnemer de per overeengekomen termijn verschijnende vervolgpremie weigert te betalen wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
4. Indien de verzekeringnemer de hiervoor bedoelde vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de maatschappij de verzekeringnemer na de vervaldag schriftelijk heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
5. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.
6. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd is, voor het geheel, dus inclusief alle tot dan toe onbetaald gebleven opeisbare premie-termijnen, door de maatschappij is ontvangen.
7. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering overeenkomstig artikel 8 van deze voorwaarden verschuldigd wordt.
8. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer in verband met een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

Tijdens de periode waarin geen dekking bestaat is de maatschappij bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een nader door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 7.2

Terugbetaling van premie

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

Artikel 7.3

Premievrijstelling in verband met arbeidsongeschiktheid

Zolang verzekerde een uitkering ontvangt op grond van rubriek B zal de premie voor de rubrieken A en B worden verlaagd met het percentage gelijk aan het uitkeringspercentage.

Artikel 8

Wat kan er wijzigen aan deze verzekering?

Artikel 8.1

Wijziging van premie en/of voorwaarden

De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die 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 waarvan de verzekerde op het moment van wijziging arbeidsongeschikt is in de zin van de polisvoorwaarden zal de wijziging van de premie ingaan op de door de maatschappij bepaalde datum, doch de wijziging van de voorwaarden zal pas van kracht worden zodra de verzekerde gedurende 4 weken volledig arbeidsgeschikt is.

De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd tenzij hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn schriftelijk het tegendeel heeft bericht.

In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum in de kennisgeving door de maatschappij genoemd.

De verzekeringnemer kan de verzekering niet opzeggen als:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
- de wijziging van de premie direct voortvloeit uit een overeengekomen premiewijziging verband houdende met de toegenomen leeftijd van de verzekerde;
- de wijziging van de premie direct voortvloeit uit de overeengekomen jaarlijkse klimming van de verzekerde jaarrente en premie.

Artikel 8.2

Aanpassingsrecht verzekerde jaarrente

Verzekeringnemer heeft het recht om de maatschappij elke 3 jaar op de optiedatum te verzoeken de verzekerde jaarrente aan te passen. Zonder nieuwe gezondheidswaarborgen kan de op dat moment verzekerde jaarrente voor de rubrieken A en/of B verhoogd worden met maximaal 25%. Verlaging op grond van verminderd inkomen is zonder waarborgen mogelijk.

De optiedatum is steeds de derde jaarlijkse hoofdpremievaliddatum;

als de hoofdpremievaliddatum wordt gewijzigd zit er tussen 2 optiedatums tenminste 3 jaar. De maatschappij vraagt aan verzekeringnemer rond de optiedatum of deze van het aanpassingsrecht gebruik wil maken. Als verzekeringnemer dat wil bericht hij dat de maatschappij schriftelijk uiterlijk 2 maanden na dagtekening van het aanbod. Na ontvangst van het door verzekeringnemer ondertekende verzoek stelt de maatschappij definitief de voorwaarden voor de verhoging vast aan de hand van alle reeds beschikbare gegevens en de bij haar algemeen geldende acceptatieregels voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Een verlaging op grond van verminderd inkomen wordt altijd toegepast. De aanpassing van de verzekerde rente gaat niet vroeger in dan op de dag waarop de maatschappij het ondertekende aanpassingsverzoek heeft ontvangen. De verzekerde jaarrente bedraagt na aanpassing samen met enige andere voorziening voor derving van inkomen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid maximaal 80% van het jaarinkomen van verzekerde. Onder jaarinkomen wordt verstaan inkomen uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting. Als de maatschappij daarom verzoekt overlegt verzekerde alle gevraagde inkomensgegevens en onderliggende stukken. Voor de uitoefening van dit recht gelden bij een verzoek tot verhoging verder de volgende voorwaarden:

1. Verzekerde is op de optiedatum jonger dan 56 jaar.
2. Verzekerde is op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de 60 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt, in de zin van artikel 3.1 en artikel 4.1, en is in de 5 jaar voor de optiedatum minder dan 1 jaar al dan niet aaneengesloten arbeidsongeschikt geweest.
3. De verzekerde jaarrente bedraagt maximaal 150.000 euro voor rubriek A en B afzonderlijk. Indien op de polis een lagere maximale rente is opgenomen geldt dat lagere maximum.
4. Indien meer arbeidsongeschiktheidsverzekeringen met dezelfde verzekerde bij de maatschappij zijn ondergebracht, gelden de in het vorige lid genoemde maxima voor alle verzekeringen tezamen.

Het recht op verhoging geldt uitsluitend voor de oudste polis; per geval zal de maatschappij de mogelijkheid bezien om bij de omvang van de maximale verhoging rekening te houden met de rente van de overige lopende polissen.

De maatschappij is bevoegd de gewenste verhoging op de door haar aan te wijzen polis aan te tekenen.

Artikel 8.3

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.

Artikel 9

Wat moet u doen bij wijziging van het risico?

Artikel 9.1

Verplichting bij risicowijziging

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij zo mogelijk ruim tevoren maar in elk geval meteen als het gebeurt kennis te geven, wanneer:

1. de verzekerde zijn op het polisblad vermelde beroep wijzigt, de aan dit beroep verbonden bezigheden van de verzekerde een verandering ondergaan of de wijze waarop de verzekerde zijn beroepsbezigheden uitoefent een wijziging ondergaan (zoals onder meer een aanmerkelijke toename van het gemiddeld aantal werkuren per week). Indien verzuimd is van deze wijziging kennis te geven aan de maatschappij, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de maatschappij de hierover bedoelde risicowijziging:
 - geen risicoverzwaren inhoudt;
 - wel risicoverzwaren inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie.
2. de verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
3. de verzekerde, anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze verzekering, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen waarvan onder meer sprake is als verzekerde partieel arbeidsongeschikt is maar de zo vastgestelde restcapaciteit niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwendt;
4. de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de WIA;
5. de verzekerde onder een regeling komt te vallen als bedoeld in de 'Wet betreffende de verplichte deelneming in een Beroepspensioenregeling' of onder een soortgelijke regeling terzake van derving van arbeidsinkomsten;
6. de verzekeringnemer of de verzekerde dan wel zijn bedrijf failliet is verklaard of wanneer surseance van betaling is verleend;
7. de verzekeringnemer of de verzekerde geen of minder verzekeraar belang heeft bij wat er is verzekerd. Van een minder verzekeraar belang is in ieder geval sprake als het jaarlijks inkomen van verzekerde gedurende drie achtereenvolgende jaren lager is dan het verzekerde bedrag van rubriek B of, als rubriek B niet is meeverzekerd, van rubriek A.

Artikel 9.2

Consequenties

Als de verzekerde anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geheel heeft opgehouden een beroep uit te oefenen, als verzekerde niet meer in Nederland woont, als verzekerde verplicht verzekerd wordt op grond van de WIA of als verzekerde geen verzekerbaar belang meer heeft bij hetgeen is verzekerd wordt de verzekering beëindigd. In de overige gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen waaronder wijziging van de premie of verlaging van het verzekerde bedrag dan wel de verzekering te beëindigen. Indien de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of ongunstiger voorwaarden, heeft hij het recht om binnen 4 weken na ontvangst van de kennisgeving de verzekering tussentijds te beëindigen. Als verzuimd is een risicowijziging door te geven wordt de polisbeëindiging of polisaanpassing alsnog doorgevoerd per de datum van de feitelijke wijziging; er zal echter nimmer over meer dan 1 jaar premierestitutie worden verleend. Indien verzekerde, anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden zijn beroep uit te oefenen maar voornemens is zijn beroepsuitoefening binnen 1 jaar na staking te hervatten, zal de maatschappij op zijn verzoek de verzekering niet beëindigen maar de dekking gedurende maximaal 1 jaar opschorten tegen een door de maatschappij vast te stellen sluimerpremie. De dekking wordt dan weer van kracht zodra verzekerde zijn beroepsuitoefening daadwerkelijk heeft hervat en dat aan de maatschappij heeft gemeld. Is de dekking niet binnen 1 jaar opnieuw van kracht geworden, dan wordt de verzekering beëindigd. De dekking geldt niet voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat tijdens de periode van opschorting.

Artikel 10

Tot wanneer loopt de verzekering?

Artikel 10.1

Duur en beëindiging

De verzekering is gesloten voor een bepaalde periode. Deze periode, aan te duiden als eerste contracttermijn, eindigt op de contractvervaldatum zoals vermeld op het polisblad dat na het tot stand komen van de verzekering is afgegeven. Na afloop van de eerste contracttermijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor een periode van 12 maanden, tenzij de verzekeringnemer de verzekering tenminste twee maanden voor de contractvervaldatum schriftelijk heeft opgezegd. De einddatum van een verlengingsperiode geldt als nieuwe contractvervaldatum. Na afloop van de eerste contracttermijn kan de verzekering door verzekeringnemer op ieder moment worden opgezegd met een opzegtermijn van tenminste één maand. Onverminderd het elders in deze voorwaarden over opzegging en beëindiging van de verzekering bepaalde, eindigt de verzekering ook:

1. zodra de overeengekomen einddatum is bereikt;
2. op de dag waarop verzekerde is overleden;
3. indien de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Artikel 10.2

Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

1. Indien de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 10.1 lid 1, 2 en 3, artikel 9.1. lid 7 of artikel 7.1 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 ter zake van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid; een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die wordt vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt wordt alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse. Als de verzekerde na beëindiging van de verzekering een ander beroep gaat uitoefenen, dan mag de maatschappij bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid uit gaan van dit nieuwe beroep.

Artikel 10.3

Onopzegbaarheid

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

Artikel 11

Algemene informatie

Artikel 11.1

Adres

Kennisgevingen van de maatschappij aan de verzekeringnemer kunnen worden gedaan aan zijn laatste bij de maatschappij bekende adres, of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling deze verzekering loopt.

Artikel 11.2

Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, voor het uitvoeren van marketingactiviteiten, ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Een consumentenbrochure van deze gedragscode kunt u bij de maatschappij opvragen. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 85 00).

Artikel 11.3

Toepasselijk recht en klachteninstanties

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst moeten eerst aan de directie van OHRA Inkomensverzekeringen, Spaklerweg 4, Postbus 1000, 1000 BA Amsterdam worden voorgelegd. Wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Hij probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er een Geschillencommissie die een bindend advies kan geven. Adres: Kifid, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. (www.kifid.nl) Wie geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het Klachteninstituut niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.