

REAAAL WERKNEMERS AOV

Algemene voorwaarden AOR1201

INHOUD

Hoofdstuk I - Begripsomschrijvingen	Artikel
Definities	1
Hoofdstuk II - Te verzekeren risico	
Strekking van de verzekering	2
Grondslag van de verzekering	3
Verzekerde jaarrente	4
Indexatie	5
Maximale omvang van de dekking	6
Verhoging van de verzekerde jaarrente	7
Uitsluitingen	8
Niet-rokerstarief	9
Re-integratie en kostenvergoeding	10
Hoofdstuk III - Schade, schaderegeling en schadevergoeding	
Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	11
Vaststelling van de schadevergoeding	12
Berekening van de schadevergoeding	13
Betaling van de schadevergoeding	14
Verjaring	15
Einde van de schadevergoeding	16
Hoofdstuk IV - Premie	
Premievaststelling	17
Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	18
Premiebetaling	19
Hoofdstuk V - Wijziging van de verzekering	
Wijziging van premie en/of voorwaarden	20
Verplichtingen bij wijziging van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden	21
Verplichtingen bij andere risicowijzigingen	22
Mutatiekosten	23
Overdracht van rechten	24
Hoofdstuk VI - Aanvang, duur en einde van de verzekering	
Aanvang, duur en einde van de verzekering	25
Onopzegbaarheid	26
Hoofdstuk VII - Slotbepalingen	
Aansprakelijkheid voor belasting en revisierente	27
Kennisgevingen	28
Klachtenbehandeling	29
Toepasselijk recht	30
Bescherming persoonsgegevens	31

Clausuleblad terrorismedekking

HOOFDSTUK I - BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1 DEFINITIES

- 1.1 Aanvang van de arbeidsongeschiktheid**
Indien de verzekerde verplicht verzekerd is ingevolge de werknemersverzekeringen: de eerste werkdag waarop door de verzekerde wegens ziekte niet is gewerkt of het werken tijdens de werktijd is gestaakt. Indien de verzekerde niet verplicht is verzekerd ingevolge de werknemersverzekeringen: de dag waarop de verzekerde wegens arbeidsongeschiktheid zich onder behandeling heeft gesteld van een bevoegd arts.
- 1.2 Arbeidsongeschiktheid**
Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in het verrichten van arbeid. De verzekeraar stelt het bestaan van

deze stoornissen vast aan de hand van rapportage(s) van door de verzekeraar aangewezen deskundigen.

1.3 **Arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep (beroepsarbeidsongeschiktheid)**

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt tevens rekening gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.

1.4 **Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid**

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde gelegenheid op het verkrijgen van arbeid.

1.5 **Benedenwettelijk salaris**

Het deel van het salaris tot de WIA-loongrens.

1.6 **Bovenwettelijk salaris**

Het deel van het salaris boven de WIA-loongrens.

1.7 **Dekkingsverjaardag**

De ingangsdatum van een schadevergoeding op grond van deze overeenkomst en iedere datum liggende een vol jaar na deze datum.

1.8 **DGA (Directeur-grotaandeelhouder)**

Degene die (in)direct houder is van aandelen die ten minste 5% van het geplaatste aandelenkapitaal van de werkgever vertegenwoordigen.

1.9 **Eigen risicotermijn**

De eigen risicotermijn is de periode waarover geen recht op schadevergoeding bestaat. Deze termijn begint op de dag volgend op de dag van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met een onderbreking van minder dan vier weken worden samengeteld. De eigen risicotermijn wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

1.10 **Hoofdpremieervaldag**

De premieervaldag die twaalf maanden of een veelvoud daarvan na de ingangsdatum ligt. Op deze datum worden jaarlijkse wijzigingen doorgevoerd.

1.11 **Inkomen**

Het bruto inkomen van de verzekerde uit tegenwoordige arbeid en/of (het aandeel in) de netto winst uit onderneming voor belastingen. Voor de verzekerde werknemer wordt ter bepaling van de hoogte van het inkomen uitgegaan van het brutoloon Sociale Verzekeringen.

1.12 **Korte termijn risico**

Deze dekking gaat vooraf aan het lange termijn risico onder aftrek van de eigen risicotermijn. Gedurende deze periode kan verzekerde zijn arbeidsongeschiktheid op basis van het gestelde in artikel 1.3 of 1.4. Deze dekking wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.13 **Lange termijn risico**

Deze dekking betreft de periode van arbeidsongeschiktheid na afloop van de overeengekomen wachttijd. Gedurende deze periode is alleen arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid verzekeraar. Deze dekking wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.14 **Ondernemer**

De belastingplichtige voor rekening van wie een onderneming

wordt gedreven en die rechtstreeks wordt verbonden voor verbintenissen betreffende die onderneming. Hieronder wordt mede verstaan de beoefenaar van een zelfstandig beroep.

- 1.15 Premieervaldag**
De dag waarop de premie is verschuldigd.
- 1.16 Restcapaciteit**
Het resterende gedeelte, uitgedrukt in een percentage, ten aanzien waarvan de verzekerde door de verzekeraar niet arbeidsongeschikt is bevonden in de zin van de polis.
- 1.17 Roken**
Het actief inzuigen en uitblazen van tabaksrook direct afkomstig van bijvoorbeeld een sigaar, pijp of sigaret. Niet alleen roken uit gewoonte, maar ook roken als incidentele bezigheid valt onder deze definitie.
- 1.18 Te verzekeren risico**
Inkomensderving als gevolg van de arbeidsongeschiktheid.
- 1.19 Verzekeraar**
REAAL Schadeverzekeringen NV, statutair gevestigd te Zoetermeer ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel onder dossiernummer 37010992 en in het register van de AFM onder vergunningnummer 12000468.
- 1.20 Verzekerde**
Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid schadevergoeding wordt verleend, voor zover daarop op grond van de overeengekomen voorwaarden recht bestaat.
- 1.21 Verzekerde jaarrente**
Het bedrag op basis waarvan de periodieke schadevergoeding wordt vastgesteld.
- 1.22 Verzekeringnemer**
Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.
- 1.23 Wachtijd**
De contractueel overeengekomen periode voorafgaand aan het lange termijn risico. De overeengekomen termijn wordt vermeld op het polisblad.
- 1.24 WIA**
Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
- 1.25 WIA-loongrens**
Het voor de WIA geldende maximumdagloon vermenigvuldigd met 261.
- 1.26 Werknemer**
Degene die op basis van een arbeidsovereenkomst arbeid verricht en op grond daarvan verzekerd is ingevolge de WIA, hieronder wordt niet verstaan een DGA.

HOOFDSTUK II - TE VERZEKEREN RISICO

2 STREKKING VAN DE VERZEKERING

De verzekering heeft als doel om schadevergoeding te verlenen voor de derving van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Deze verzekering heeft eveneens tot doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met in achtname van het gestelde in artikel 10 (re-integratie en kostenvergoeding).

3 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 3.1** De door of namens de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.
- 3.2** Indien de informatie als bedoeld in artikel 3.1 onjuist of onvolledig blijkt te zijn, heeft de verzekeraar het recht om de gevolgen in te roepen die Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek hem biedt, zoals het opzeggen van de verzekering, het weigeren van de schadevergoeding of het beperken van de hoogte van de schadevergoeding.

4 VERZEKERDE JAARRENTE

De verzekerde jaarrente wordt op de polis uitgedrukt in een jaarlijks uit te keren bedrag, dat door de verzekeringnemer is opgegeven. De verzekerde jaarrente wordt aangepast op basis van een door de verzekeringnemer gedaan schriftelijk verzoek aan de verzekeraar door middel van een door de verzekeraar verstrekt volledig ingevuld en ondertekend wijzigingsformulier en pas nadat

de verzekeraar de aanpassing, met inachtneming van het in deze voorwaarden bepaalde, heeft geaccepteerd.

5 INDEXATIE

- 5.1** Indien uit het polisblad blijkt dat indexatie is overeengekomen, zal de verzekerde jaarrente voor het lange termijn risico, uitsluitend ten behoeve van het vaststellen van de schadevergoeding, samengesteld stijgen met het op het polisblad vermelde percentage, mits de verzekerde een schadevergoeding op grond van het lange termijn risico ontvangt. De indexatie gaat in op de eerste dekkingsverjaardag volgend op de ingangsdatum van de schadevergoeding op grond van het lange termijn risico en vervolgens ieder jaar op de dekkingsverjaardag. De indexatie vindt niet plaats als de verzekerde op een dekkingsverjaardag geen schadevergoeding (meer) ontvangt op grond van het lange termijn risico.
- 5.2** Zodra de verzekerde geen schadevergoeding (meer) ontvangt, zal de in de 5.1 bedoelde indexatie komen te vervallen. De verzekerde jaarrente zal niet worden aangepast aan de jaarrente die bereikt is door indexatie gedurende de periode waarin de in de vorige volzin bedoelde schadevergoeding is uitgekeerd. Alleen in de situatie dat van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis geen sprake is, is verhoging van de verzekerde jaarrente mogelijk.

6 MAXIMALE OMVANG VAN DE DEKKING

- 6.1** Indien de verzekerde niet verplicht verzekerd is ingevolge de werknemersverzekeringen, omvat de dekking van de verzekerde jaarrente op enig moment maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren, onder aftrek van de maximale bruto aanspraak op jaarbasis uit hoofde van alle andere verzekeringen en voorzieningen ter zake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid.
- 6.1.1** Indien, op het moment dat er aanspraak gemaakt wordt op een schadevergoeding op grond van deze verzekering, blijkt dat de verzekerde jaarrente de in 6.1 bedoelde maximale omvang van de dekking overschrijdt, heeft de verzekeraar het recht om de verzekerde jaarrente te verlagen tot de maximale omvang van de dekking. Voor de berekening van de maximale omvang van de dekking wordt dan het gemiddelde inkomen berekend als het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekeraar van dit recht gebruik maakt, bestaat géén recht op restitutie van premie over de achteraf te hoog verzekerde jaarrente.
- 6.1.2** Indien blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de in 6.1 omschreven maximale omvang van de dekking, zal de verzekeraar de verzekerde jaarrente niet wijzigen.
- 6.2** Indien de verzekerde verplicht verzekerd is ingevolge de werknemersverzekeringen, omvat de dekking van de verzekerde jaarrente op enig moment maximaal 15% van het inkomen op jaarbasis tot de WIA-loongrens en 80% van het inkomen op jaarbasis boven de WIA-loongrens, onder aftrek van de maximale bruto aanspraak op jaarbasis uit hoofde van alle andere verzekeringen en voorzieningen ter zake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid.
- 6.2.1** Indien, op het moment dat er aanspraak gemaakt wordt op een schadevergoeding uit hoofde van deze verzekering, blijkt dat de verzekerde jaarrente de in 6.2 bedoelde maximale omvang van de dekking overschrijdt, heeft de verzekeraar het recht om de verzekerde jaarrente te verlagen tot de maximale omvang van de dekking. Voor de berekening van de maximale omvang van de dekking wordt dan het inkomen op jaarbasis berekend als het inkomen over de afgelopen twaalf maanden direct voorafgaande aan de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. De in aanmerking te nemen WIA-loongrens is de WIA-loongrens zoals deze geldt bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekeraar van dit recht gebruik maakt, bestaat géén recht op restitutie van premie over de achteraf te hoog verzekerde jaarrente.
- 6.2.2** Indien blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de in 6.2 omschreven maximale omvang van de dekking, zal de verzekeraar de verzekerde jaarrente niet wijzigen.
- 6.3** De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst verplicht op verzoek van de verzekeraar een opgave te doen van:
- het inkomen van de verzekerde over de afgelopen drie kalenderjaren, indien de verzekerde niet verplicht verzekerd is ingevolge de werknemersverzekeringen;

- het inkomen van de verzekerde over de afgelopen twaalf maanden, indien de verzekerde verplicht verzekerd is ingevolge de werknemersverzekeringen, en, indien de verzekeraar daarom verzoekt, de benodigde financiële stukken ter inzage te geven. Indien uit de inkomensopgave blijkt dat het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren respectievelijk het inkomen over de afgelopen twaalf maanden zodanig is gedaald dat de verzekerde jaarrente de maximale omvang van de dekking, zoals hierboven omschreven, overschrijdt, heeft de verzekeraar het recht om de verzekerde jaarrente te verlagen tot de maximale omvang van de dekking.

7 VERHOOGING VAN DE VERZEKERDE JAARRENTE

7.1 Verhogingsoptie

Verzekeringnemer heeft het recht op de hoofdpremie-vervaldag, de verzekerde jaarrente(n) zonder gezondheidswaarborgen te verhogen. Verzekeringnemer kan voor het eerst van dit recht gebruik maken nadat een periode van een jaar na de ingangsdatum is verstreken en vervolgens jaarlijks per hoofdpremie-vervaldag.

- 7.1.1 De verhoging bedraagt jaarlijks maximaal 15% van de verzekerde jaarrente, met inachtneming van het bepaalde in artikel 7.3.4.
- 7.1.2 Verzekeringnemer respectievelijk verzekerde is verplicht een opgave te doen van het inkomen over het afgelopen kalenderjaar en, indien verzekeraar daarom vraagt, de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.
- 7.1.3 De premie voor de verhoging wordt berekend volgens het premietarief dat geldt voor de dan bereikte leeftijd van verzekerde.
- 7.1.4 Bijzondere voorwaarden (clausules, uitsluitingen, premietoeslag) die reeds van toepassing zijn op de verzekering zijn ook van toepassing op de verhoging.
- 7.1.5 De verhogingspercentages per verzekerde jaarrente voor het korte termijnrisico en het lange termijnrisico hoeven niet aan elkaar gelijk te zijn.

7.2 Geen recht op verhoging verzekerde jaarrente

Geen recht op verhoging van de verzekerde jaarrente bestaat, indien:

- 7.2.1 verzekeringnemer niet binnen dertig dagen na de hoofdpremie-vervaldag aan verzekeraar kenbaar heeft gemaakt hiervan gebruik te willen maken;
- 7.2.2 verzekerde op de datum waarop een recht op verhoging bestaat, geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is in de zin van deze voorwaarden, de polis en eventuele clausules;
- 7.2.3 verzekerde in de periode van zes maanden onmiddellijk voorafgaand aan de datum waarop een recht op verhoging bestaat, geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest;

7.3 Verval van de verhogingsoptie

De verhogingsoptie vervalt per de datum waarop:

- 7.3.1 verzekerde de leeftijd van 50 jaar heeft bereikt;
- 7.3.2 verzekeringnemer van het verhogingsrecht gebruik kan maken, doch voor de zesde achtereenvolgende keer nalaat dit te doen;
- 7.3.3 de verzekeringnemer een premiebetalingsachterstand van 3 maanden heeft;
- 7.3.4 de verzekerde jaarrente een bedrag van € 72.000 heeft bereikt.
- 7.3.5 Zodra de verzekeraar het in artikel 7.3.4 genoemde bedrag verhoogt, geldt het verhoogde bedrag voor de toepassing van de verhogingsoptie.

8 UITSLUITINGEN

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

- a door opzet of grove schuld van de verzekerde of een bij de schadevergoeding belanghebbende;
- b door een ongeval de verzekerde overkomen, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was, of het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was, dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
- c door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen, anders dan op medisch voorschrift. Als de bedoelde middelen op voorschrift van een arts zijn verstrekt, dient het gebruik overeen te komen met het voorschrift dat de arts heeft verstrekt en dient verzekerde zich aan de gebruikersaanwijzing te houden;
- d door ongevallen de verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar

overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel van een motorrijwiel waarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven;

- 8.2 Tevens wordt geen schadevergoeding verleend voor arbeidsongeschiktheid welke is ontstaan, bevorderd of verergerd door:
 - a een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
 - b burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - c opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - d binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - e oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - f munitierij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.
- 8.3 Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd bestaat geen recht op schadevergoeding. Dit betekent in elk geval geen recht op schadevergoeding tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.
- 8.4 Voorts wordt geen schadevergoeding verleend voor arbeidsongeschiktheid welke is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door 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, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van 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.
- 8.5.1 Geen schadevergoeding wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid die al bestaat op de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheidsdekking bij de verzekeraar.
- 8.5.2 Geen schadevergoeding wordt verleend voor toename van al op de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheidsdekking bestaande arbeidsongeschiktheid, indien de toename het directe of indirecte gevolg is van of verband houdt met dezelfde oorzaak als die van de bestaande arbeidsongeschiktheid.
- 8.6 Indien en voorzover deze verzekering dekking biedt, wordt voor schaden en/of ongevallen die voortvloeien uit of verband houden met terrorisme uitsluitend dekking verleend op basis van het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Het Clausuleblad is aan het eind van deze voorwaarden weergegeven.

9 NIET-ROKERSTARIEF

- 9.1 De verzekeringnemer heeft recht op het niet-rokers tarief, indien de verzekerde voor de aanvang van de verzekeringsovereenkomst verklaart niet te roken, geen andere nicotinehoudende middelen te gebruiken en ook in de 24 maanden direct voorafgaand aan de ondertekening van de verklaring niet te hebben gerookt en geen andere nicotinehoudende middelen te hebben gebruikt.
- 9.2 De verzekeringnemer die bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst geen recht heeft op het niet-rokers tarief, kan alsnog recht verkrijgen op het niet-rokers tarief, zodra er ten minste 24 maanden verstreken zijn nadat de verzekerde is gestopt met roken. Hiertoe dient de verzekeringnemer na afloop van die periode een door de verzekerde ondertekende verklaring te overleggen waarin de verzekerde verklaart niet te roken, geen

andere nicotinehoudende middelen te gebruiken en ook in de 24 maanden direct voorafgaand aan de ondertekening van de verklaring niet te hebben gerookt en geen andere nicotinehoudende middelen te hebben gebruikt. Het niet-rokers tarief zal per eerstkomende hoofdpremieervaldag na ontvangst van deze verklaring ingaan.

- 9.3 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar onmiddellijk schriftelijk melding te doen van het feit dat de verzekerde (opnieuw) met roken is begonnen. De verzekeraar zal de premie aanpassen per de eerstkomende hoofdpremieervaldag nadat de verzekerde (opnieuw) met roken is begonnen.

10 RE-INTEGRATIE EN KOSTENVERGOEDING

- 10.1 Verzekerde is verplicht om zijn mogelijkheden tot re-integratie te laten onderzoeken, indien de verzekeraar hierom vraagt. Verzekerde dient zijn volledige medewerking aan dit onderzoek te verlenen. De uitkomsten van dit onderzoek zullen met verzekerde worden besproken. Het re-integratietraject zal door de verzekeraar en/of een gespecialiseerd bureau worden begeleid.

- 10.2 Indien verzekerde in een ander beroep dan het verzekerde beroep weer gaat deelnemen aan het arbeidsproces, heeft hij de keuze om de verzekering te beëindigen of de verzekering met vermelding van het nieuwe beroep, te laten voortbestaan, voor zover dit binnen de op dat moment geldende acceptatierichtlijnen door de verzekeraar aanvaardbaar is. Hierbij zal de verzekeraar geen voorbehoud maken ten aanzien van het opnieuw arbeidsongeschikt worden ten gevolge van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een schadevergoeding werd verleend. Indien verzekerde andere bedragen wenst te verzekeren, zullen wel gezondheidswaarborgen zijn vereist voor het meerdere boven de oorspronkelijke verzekerde bedragen. Mocht verzekerde binnen één jaar na aantekening van het nieuwe beroep opnieuw arbeidsongeschikt worden ten gevolge van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een schadevergoeding werd verleend, zal de schadevergoeding op grond van het lange termijn risico onmiddellijk weer worden verstrekt, waarbij geen wachttijd in acht wordt genomen. De verzekeraar zal de schadevergoeding hervatten op basis van de verzekerde jaarrente waarop de laatstgenoten schadevergoeding werd verleend.

- 10.3 De verzekeraar vergoedt, indien hij hiervoor vooraf zijn goedkeuring heeft verleend, de kosten die zijn verbonden aan hervalidatie en her- of omscholing gericht op herdeelnamen aan het arbeidsproces, voor zover niet elders recht op vergoeding bestaat. De vergoeding geschiedt boven de schadevergoeding voor arbeidsongeschiktheid. Het gaat hierbij om de vergoeding van kosten die niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling.

HOOFDSTUK III - SCHADE, SCHADEREGELING EN SCHADEVERGOEDING

11 VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 11.1 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, alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen. Verzekerde is verplicht de nader te bepalen restcapaciteit te benutten;
 - b zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigen risicotermijn en/of de wachttijd of, indien deze termijn langer is dan dertig dagen, binnen dertig dagen aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;
 - c zich desgevraagd op kosten van de verzekeraar door een door de verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 - d alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens waaronder (op periodieke basis) inkomensgegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of aan door hem aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen;
 - e geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de schadevergoeding van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven;

f de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid;

g het voornemen van het wijzigen of staken van de bedrijfsactiviteiten tijdens arbeidsongeschiktheid te melden aan de verzekeraar;

h de verzekeraar te informeren indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde en al het mogelijke te doen om de schade op de aansprakelijke derde te (laten) verhalen.

- 11.2 De verzekeringnemer is gehouden de genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.
- 11.3 Geen recht op schadevergoeding bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad.

12 VASTSTELLING VAN DE SCHADEVERGOEDING

12.1 De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de schadevergoeding worden door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens van door hem aangewezen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens, aan verzekeringnemer mededeling gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen drie maanden zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden.

12.2 Op voorwaarde dat het korte termijnrisico verzekerde is en de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3 of artikel 1.4, voorziet deze verzekering in een schadevergoeding op basis van het korte termijn risico. Deze schadevergoeding duurt maximaal 52 weken. Op de uitkeringsduur wordt de overeengekomen eigen risicotermijn in mindering gebracht.

12.3 Op voorwaarde dat het lange termijnrisico verzekerde is en de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.4, voorziet deze verzekering in een schadevergoeding op basis van het lange termijn risico. De schadevergoeding gaat in zodra de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 52 weken arbeidsongeschikt is geweest, tenzij een langere wachttijd is overeengekomen. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met een onderbreking van minder dan 4 weken samengeteld.

13 BEREKENING VAN DE SCHADEVERGOEDING

13.1 Indien sprake is van arbeidsongeschiktheid, is verzekerde een van dag tot dag verkregen periodieke schadevergoeding die periodiek wordt uitbetaald, welke bij volledige arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt. Bij toename van het arbeidsongeschiktheidspercentage tijdens de schadevergoedingsduur ligt, tussen de dag waarop de toename door de verzekeraar wordt vastgesteld en de dag met ingang waarvan de verzekeraar de schadevergoeding verhoogt, een periode van vier weken.

13.2 De schadevergoeding 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%: 72,5% van de verzekerde jaarrente;
- 80 t/m 100%: 100% van de verzekerde jaarrente.

13.3 Voor de verzekerde die niet verplicht verzekerde is ingevolge de werknemersverzekeringen geldt het volgende. Als na de aanvang van en gedurende de arbeidsongeschiktheid blijkt, dat het totaal aan inkomen en periodieke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid meer bedraagt dan 80% van het toetsingsinkomen, heeft de verzekeraar het recht het meerdere in mindering te brengen op de schadevergoeding op grond van deze verzekering. Onder periodieke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid wordt verstaan een periodieke betaling, die voorziet in een schadevergoeding terzake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid.

- 13.4** Voor de verzekerde die verplicht verzekerd is ingevolge de werknemersverzekeringen geldt het volgende. Als na de aanvang van en gedurende de arbeidsongeschiktheid blijkt dat het totaal aan inkomen en periodieke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid meer bedraagt dan 90% van het toetsingsinkomen, heeft de verzekeraar het recht het meerdere in mindering te brengen op de schadevergoeding op grond van deze verzekering. Onder periodieke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid wordt verstaan elke periodieke betaling die voorziet in een schadevergoeding terzake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid.
- 13.5** Onder toetsingsinkomen wordt voor alle verzekerden, met uitzondering van de DGA, verstaan het hoogste bedrag van de volgende twee bedragen:
- het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan de aanvang van de arbeidsongeschiktheid;
 - het inkomen over de afgelopen twaalf maanden direct voorafgaande aan de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.
- Voor de verzekerde DGA geldt als toetsingsinkomen het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan de aanvang van de arbeidsongeschiktheid;
- 13.6** Het vastgestelde toetsingsinkomen zal op de eerste hoofdpremie-vervaldatum volgend op de aanvang van de arbeidsongeschiktheid en vervolgens ieder jaar op de hoofdpremie-vervaldatum samengesteld stijgen met 3%.
- 13.7** Bij berekeningen als bedoeld in dit artikel wordt uitgegaan van bruto bedragen. Bruto bedragen zijn bedragen vóór aftrek van belastingen en premies.

14 BETALING VAN DE SCHADEVERGOEDING

- 14.1** De verzekeringnemer is de gerechtigde tot de schadevergoeding, tenzij anders overeengekomen en vermeld op het polisblad.
- 14.2** De berekening van de door de verzekeraar uit te keren termijnen geschiedt telkens over een periode van een maand. De uitbetaling vindt zo spoedig mogelijk achteraf plaats.
- 14.3** De verzekeraar houdt de wettelijke loonheffingen in op de schadevergoeding als zij daartoe volgens wet- en regelgeving verplicht is en draagt deze af aan de Belastingdienst.
- 14.4** Over niet of niet tijdig in ontvangst genomen schadevergoedingen wordt geen rente vergoed.

15 VERJARING

- 15.1** Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een schadevergoeding verjaart tot het doen van een schadevergoeding verjaart door het verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgend op die waarop de tot de uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.
- 15.2** De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling waarbij op schadevergoeding aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen op de dag, volgend op die waarop de verzekeraar òf de aanspraak erkent, of ondubbelzinnig heeft meegedeeld de aanspraak af te wijzen.

16 EINDE VAN DE SCHADEVERGOEDING

- 16.1** De schadevergoeding eindigt:
- a op de dag waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van de polis;
 - b per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand, waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
 - c op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het in artikel 25 bepaalde;
 - d op de dag van overlijden van de verzekerde;
 - e wanneer de verzekeringnemer of verzekerde zijn verplichtingen niet nakomt en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.
- 16.2** Elk recht op schadevergoeding vervalt, indien de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken.

HOOFDSTUK IV - PREMIE

17 PREMIEVASTSTELLING

- 17.1** Wanneer de dekking is gesloten tegen risicotarief, wordt de premie jaarlijks opnieuw vastgesteld per hoofdpremie-vervaldag op grond van de dan geldende leeftijd van de verzekerde en de verzekerde jaarrente.

- 17.2** Wanneer de dekking is gesloten tegen standaardtarief, dan wordt vanaf de ingangsdatum van de verzekering de premie niet aangepast voor de verzekerde jaarrente die vanaf de ingangsdatum verzekerd is. Wanneer de verzekerde jaarrente na de ingangsdatum van de verzekering wordt verhoogd, geldt voor de verhoging van de verzekerde jaarrente een nieuw standaardtarief.

18 PREMIEVRIJSTELLING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- Indien de verzekerde een schadevergoeding op grond van het lange termijn risico ontvangt van de verzekeraar, wordt een premievrijstelling verleend conform het vastgestelde schadevergoedingspercentage. De premievrijstelling vangt aan na afloop van de wachttijd. De premievrijstelling wordt na afloop van de wachttijd toegepast op zowel het korte termijn risico als op het lange termijn risico.

19 PREMIEBETALING

- 19.1** De verzekeringnemer is de (voorlopige) premie bij vooruitbetaling verschuldigd op de premie-vervaldag.
- 19.2** Indien de premie binnen een termijn van dertig dagen na de premie-vervaldag niet is voldaan, stelt de verzekeraar de verzekeringnemer daarvan schriftelijk in kennis. In deze kennisgeving wordt de verzekeringnemer de mogelijkheid geboden om de achterstallige premie binnen veertien dagen te voldoen. In de kennisgeving dienen de gevolgen van het niet tijdig voldoen van de premie te worden vermeld, zoals opschorting of beëindiging van de dekking.
- 19.3** Indien de betaling vervolgens niet binnen deze termijn van veertien dagen heeft plaatsgevonden, zal de verzekeraar de dekking opschorten en/of beëindigen. In die gevallen blijft de verzekeringnemer verplicht de tot de beëindigingsdatum van de verzekering verschuldigde premie en kosten te voldoen.
- 19.4** De dekking wordt in het geval van opschorting weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen en aanvaard.
- 19.5** De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door hem verschuldigde schadevergoedingen aan de verzekerde te verrekenen met openstaande premietermijnen.
- 19.6** Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premietermijnen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.

HOOFDSTUK V - WIJZIGING VAN DE VERZEKERING

20 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

- 20.1** De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij hem lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering hiertoe, dan is de verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door hem te bepalen datum.
- 20.2** Voor die verzekeringen onder welke een schadevergoeding wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar bepaalde datum, doch de wijziging van de voorwaarden zal van kracht worden, zodra de schadevergoeding is beëindigd.
- 20.3** 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 aan de verzekeraar het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de kennisgeving door de verzekeraar genoemd is.
- 20.4** De verzekeringnemer kan de verzekering niet beëindigen indien:
- a de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - b de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
 - c de wijziging een uitbreiding van de dekking met een gelijkblijvende premie inhoudt;
 - d de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijds grens waaraan de premie is gekoppeld;
 - e de wijziging van de premie voortvloeit uit een vooraf overeengekomen jaarlijkse premieaanpassing;

f de premieverhoging het gevolg is van een contractuele aanpassing van de verzekerde jaarrente.

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

- 21.1 Indien de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep wijzigt of ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen, dan wel indien de aard en/of de omvang van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan, dient de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde de verzekeraar hiervan onmiddellijk op de hoogte te stellen.
- 21.2 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen dan wel op verzoek van de verzekerde gedurende maximaal een jaar de dekking op te schorten en gedurende deze periode een minimaal premiebedrag in rekening te brengen, indien, anders dan ten gevolge van door de verzekeraar erkende arbeidsongeschiktheid, de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt het op het polisblad vermelde beroep daadwerkelijk uit te oefenen. Hieronder wordt mede verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een door de verzekeraar vastgestelde restcapaciteit. In het geval van opschorting van de dekking wordt deze weer van kracht indien de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep weer uitoefent. Indien de verzekerde voor afloop van deze periode het op het polisblad vermelde beroep niet opnieuw uitoefent, dan heeft de verzekeraar het recht de verzekering alsnog te beëindigen. De dekking geldt niet voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat tijdens de periode van opschorting.
- 21.3 Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aard en/of de omvang van de aan dat beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan, zal de verzekeraar beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzanding inhoudt. Indien dit het geval is heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen. Dit recht heeft de verzekeraar ook bij het van kracht worden van de dekking na opschorting.
- 21.4 Indien de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen een jaar na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.
- 21.5 Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de verandering van de aard en/of de omvang van de daaraan verbonden werkzaamheden, zal de verzekeraar, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzanding inhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzanding blijft het recht op schadevergoeding gehandhaafd. Indien er wel sprake is van risicoverzanding die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/ of premieverhoging, geschiedt de schadevergoeding:
- a met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/ of;
 - b in verhouding van de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzanding verschuldigd zou zijn.
- 21.6 Indien een niet tijdig gemelde risicoverzanding naar het oordeel van de verzekeraar van dien aard is, dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op schadevergoeding.

22 VERPLICHTINGEN BIJ ANDERE RISICOWIJZIGINGEN

- 22.1 De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op schadevergoeding de verzekeraar tijdig vooraf te informeren wanneer:
- a de verzekerde voor een periode van langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
 - b de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge werknemersverzekeringen of enige andere verplichte verzekering en/of voorziening die recht op schadevergoeding geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
 - c de verzekeringnemer geen verzekerbaar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. In ieder geval is in het kader van deze verzekering geen verzekerbaar belang aanwezig indien de verzekerde anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geen inkomen heeft.

De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de verzekeraar desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt. In de hier genoemde gevallen heeft de verzekeraar het recht om andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen, de verzekerde jaarrente aan te passen of de verzekering te beëindigen.

- 22.2 Indien de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen dertig dagen na de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering wordt dan beëindigd per datum van de wijziging. Er wordt echter over een maximale periode van drie maanden premierestitutie verleend.

23 MUTATIEKOSTEN

- 23.1 Voor elke wijziging van de verzekeringsovereenkomst tijdens de looptijd van de verzekering, waaronder wordt verstaan wijzigingen welke bij aanvang van de verzekering niet kenbaar zijn gemaakt aan de verzekeraar, worden mutatiekosten in rekening gebracht.
- 23.2 De mutatiekosten zijn verschuldigd per de datum van de mutatie. Bij niet voldoen van de kosten is de verzekeraar bevoegd de mutatie terug te draaien, indien deze al is uitgevoerd.
- 23.3 De verzekeraar verplicht zich de administratieve verwerking van een mutatie uit te voeren binnen een redelijke termijn na ontvangst door de verzekeraar van het schriftelijke verzoek tot wijziging.
- 23.4 Een overzicht van de mutatiekosten wordt bij afgifte van de polis verstrekt. De verzekeraar behoudt zich het recht voor de tarieven zoals vermeld in het overzicht van de mutatiekosten te wijzigen, wanneer de daadwerkelijk door de verzekeraar te maken kosten afwijken van de in rekening te brengen mutatiekosten.
- 23.5 In afwijking van het bepaalde in artikel 23.1 worden geen mutatiekosten in rekening gebracht indien:
- de mutatie verlaging van de verzekerde jaarrente betreft op grond van artikel 6;
 - de mutatie het gevolg is van verplichtingen die voortvloeien uit deze polisvoorwaarden.

24 OVERDRACHT VAN RECHTEN

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

HOOFDSTUK VI - AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

25 AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- 25.1 De verzekering begint op de in het polisblad vermelde ingangsdatum. De verzekering wordt aangegaan voor een duur van één jaar en daarna steeds stilzwijgend verlengd met dezelfde duur.
- 25.2 De verzekering eindigt:
- a per de contractsvervaldatum, als de verzekeringnemer de verzekering tenminste één maand daarvoor schriftelijk heeft opgezegd;
 - b na stilzwijgende verlenging, op elk gewenst moment door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer met een opzegtermijn van een maand.
- 25.3 Indien de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 22 of artikel 25 lid 5, vervallen alle rechten van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop de verzekering eindigt.
- 25.4 In alle andere gevallen geschiedt de beëindiging van de verzekering onverminderd de rechten van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. Een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die is vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt, wordt alleen in aanmerking genomen voorzover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.
- 25.5 De verzekeraar heeft het recht, zonder dat enige aanmaning of ingebrekestelling vereist is, de verzekering door middel van een aangetekende brief te beëindigen vanaf het moment dat de verzekeringnemer of het bedrijf van de verzekeringnemer fraude heeft gepleegd of opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of laten verstrekken;

- 25.6 Ook wordt de verzekering beëindigd:
- a per de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
 - b op de dag van overlijden van de verzekerde;
 - c vanaf het moment dat de verzekeringnemer of het bedrijf van de verzekeringnemer
 - surseance van betaling of een schuldsaneringsregeling aanvraagt;
 - in staat van faillissement komt te verkeren;
 - aangifte doet als bedoeld in artikel 1 van de Faillissementswet.

26 ONOPZEGBAARHEID

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

HOOFDSTUK VII - SLOTBEPALINGEN

27 AANSPRAKELIJKHEID VOOR BELASTING EN REVISIERENTE

Als de verzekeraar op grond van artikel 44a Invoeringswet aansprakelijk wordt gehouden voor de door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde belasting en/of revisierente, is de verzekeringnemer of de verzekerde gehouden het verschuldigde bedrag aan de verzekeraar te voldoen. De verzekeraar is voorts gerechtigd de betaling van de schadevergoeding tot het beloop van de fiscale aanspraak op te schorten respectievelijk de fiscale aanspraak met de schadevergoeding te verrekenen.

28 KENNISGEVINGEN

- 28.1 Bij een kennisgeving door de verzekeraar aan een belanghebbende bij de verzekering, kan worden volstaan met het verzenden van een niet-aangetekende brief aan het de verzekeraar laatst bekende adres. Een wijziging van adres moet met een afzonderlijk schriftelijk verhuisbericht aan de verzekeraar worden meegedeeld.
- 28.2 De verzekeraar kan in afwijking van artikel 28. 1 ook volstaan met het verzenden van een kennisgeving langs elektronische weg met inachtneming van de regels die daartoe zijn gesteld krachtens het bepaalde in Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

29 KLACHTENBEHANDELING

Interne klachtenprocedure

Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan de directie van de verzekeraar.

Klachten- en geschillenprocedure KiFiD

Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de directie van de verzekeraar voor een belanghebbende niet bevredigend is én belanghebbende een consument is in de zin van de reglementen van het KiFiD kan belanghebbende zich - binnen drie maanden na de datum waarop de verzekeraar dit standpunt heeft ingenomen - wenden tot:

- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ('KiFiD');
Postbus 93257;
2509 AG Den Haag;
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248);
www.kifid.nl.

Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KiFiD.

Bevoegde rechter

Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor belanghebbende niet bevredigend is, kan de belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies.

30 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

31 BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

De verzekeraar kan persoonlijke informatie vragen wanneer een financieel product of een financiële dienst wordt aangevraagd, gewijzigd en uitgevoerd. De verzekeraar vraagt dan bijvoorbeeld om naam, adres en woonplaats. Dit zijn persoonsgegevens. De verzekeraar behoort tot de groep van bedrijven van SNS REAAL N.V. De verzekeraar heeft SNS REAAL N.V. aangesteld als verantwoordelijke voor het verwerken van persoonsgegevens van haar klanten. Uw gegevens worden voor de volgende doelen gebruikt:

- om overeenkomsten te sluiten en uit te voeren;
- om het klantenbestand te behouden en te vergroten;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector in stand te houden;
- om fraude te voorkomen en te bestrijden;
- om statistieken te berekenen en deze te analyseren;
- om te voldoen aan de wet.

Het volledige privacy reglement van de verzekeraar is te lezen op www.reaal.nl. Ook andere bedrijven die behoren tot SNS REAAL N.V. kunnen persoonsgegevens voor deze doelen gebruiken. Daarnaast is op dit gebruik de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Deze Gedragscode is te lezen op: www.verbondvanverzekeraars.nl. Tot slot kan de verzekeraar in verband met een verantwoord acceptatie- en uitkeringsbeleid informatie inwinnen bij of verstrekken aan de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

CLAUSULEBLAD TERRORISMEDEKKING

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

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 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 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 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 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 verzekerden 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 in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, 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

- Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub p van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- 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.
- 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

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

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 terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake 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 toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringdekking 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 landelijke 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 vijftig meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste 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.

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, terzake 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 terzake 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.

