

Algemene voorwaarden

REAAL Uitgavenverzekering AOVRU 01

Inhoudsopgave	Artikel
Hoofdstuk I – Begripsomschrijvingen	
Definities	1
Hoofdstuk II - Te verzekeren risico	
Strekking van de verzekering	2
Grondslag van de verzekering	3
Verzekerde jaarrente	4
Indexatie	5
Verhoging van de verzekerde jaarrente	6
Algemene uitsluitingen	7
Extra uitsluitingen/ beperkingen bij kapitaaluitkering als gevolg van een ongeval	8
Insluitingen bij kapitaaluitkering als gevolg van een ongeval	9
Niet roken tarief	10
Reïntegratie en kostenvergoeding	11
Zwangerschapsuitkering	12
Verhaalsbijstand	13
Hoofdstuk III - Claim, claimbehandeling en uitkering	
Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	14
De uitkering bij korte termijn risico	15
De uitkering bij lange termijn risico	16
Vaststelling van de uitkering	17
Berekening van de uitkering	18
Betaling van de uitkering	19
Verjaring	20
Einde van de uitkering	21
Hoofdstuk IV - Aanvullende dekkingen	
Kapitaaluitkering bij overlijden als gevolg van een ongeval	22
Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval	23
Invloed van bestaande invaliditeit en ziekte	24
Hoofdstuk V - Premie	
Premievaststelling	25
Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	26
Premiebetaling	27
Premierestitutie	28
Hoofdstuk VI - Wijziging van de verzekering	
Wijziging van premie en/of voorwaarden	29
Verplichtingen bij wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en de gevolgen daarvan	30
Verplichtingen bij andere risicowijzigingen	31
Overdracht van rechten	32
Hoofdstuk VII - Einde van de verzekering	
Duur en einde van de verzekering	33
Onopzegbaarheid	34
Hoofdstuk VIII - Slotbepalingen	
Behandeling van klachten	35
Adres	36
Bescherming persoonsgegevens	37
Clausuleblad terrorismedekking	
Voorwaarden verhaalsbijstand Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)	

Hoofdstuk I - Begripsomschrijvingen

1 Definities

1.1 Aanvang van de arbeidsongeschiktheid

Als 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. Als de verzekerde niet verplicht is verzekerd ingevolge de werknemersverzekeringen: de dag waarop de verzekerde zich wegens arbeidsongeschiktheid onder behandeling heeft gesteld van een bevoegd arts.

1.2 Arbeidsongeschiktheid

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

1.5 Arbeidsongeschiktheid voor gangbare arbeid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als er door het UWV een mate van arbeidsongeschiktheid is vastgesteld van tenminste 35% in de zin van de WIA.

1.6 Begunstigde

Degene aan wie bij overlijden van de verzekerde als gevolg van een ongeval wordt uitgekeerd.

1.7 Blijvende invaliditeit

Blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde als gevolg van een ongeval. Bij het vaststellen van de mate van blijvende invaliditeit zal geen rekening worden gehouden met het beroep van de verzekerde.

1.8 Dekkingsverjaardag

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

1.9 DGA (Directeur-groootaandeelhouder)

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

1.10 Eigen risicotermijn

De eigen risicotermijn is de periode waarover geen recht op uitkering bestaat. Deze termijn vangt aan 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.

1.11 Gezondheidswaarborgen

Medische gegevens op basis waarvan het ter verzekering aangeboden risico wordt beoordeeld.

1.12 Hoofdpremievervaldag

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

1.13 Inkomen

Voor de verzekerde ondernemer of DGA wordt ter bepaling van de hoogte van het inkomen uitgegaan van 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.

1.14 Koopsom

Bedrag aan premie over meerdere jaren dat in één keer wordt voldaan bij aanvang of voortzetting van de verzekering.

1.15 Koopsomperiode

De periode waarover de koopsom is berekend.

1.16 Korte termijn risico

Dit risico gaat vooraf aan het lange termijn risico onder aftrek van de eigen risicotermijn. Gedurende deze periode is verzekerd arbeidsongeschiktheid op basis van het gestelde in artikel 1.3. Dit risico wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.17 Lange termijn risico

Dit risico behelst de periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt na afloop van de overeengekomen wachttijd. Gedurende deze periode is arbeidsongeschiktheid op basis van het gestelde in artikel 1.3, artikel 1.4 of artikel 1.5 verzekerd. Dit risico wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.18 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.

1.19 Ongeval

Een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een objectief medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

1.20 Premiebetalende (deel van de) verzekering

De (gedeeltelijke) premiebetaling die in overeengekomen termijnen van maximaal één jaar wordt voldaan.

1.21 Premievervaldag

De dag waarop de premie is verschuldigd.

1.22 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.

1.23 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.

1.24 Uitgaven

Bedragen die ter betaling van iets worden uitgegeven.

1.25 UWV

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

1.26 Verzekeraar

REAAL Schadeverzekeringen NV, statutair gevestigd te Zoetermeer ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel onder dossiernummer 37010992 en in het Wfd-register van de AFM onder vergunningnummer 12000468.

1.27 Verzekerde

Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit en/of overlijden uitkering wordt verleend, voor zover daarop op grond van de overeengekomen voorwaarden recht bestaat.

1.28 Verzekerde jaarrente

Het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld.

1.29 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.

1.30 Wachttijd

De contractueel overeengekomen periode voorafgaand aan het lange termijn risico waarin geen aanspraak op een uitkering op grond van het lange termijn risico kan worden gemaakt. De overeengekomen termijn wordt vermeld op het polisblad. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenperioden van minder

dan vier weken worden samengeteld.

De wachttijd wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

1.31 Werknemer

Degene die op basis van een arbeidsovereenkomst arbeid verricht en op grond daarvan verzekerd is ingevolge de wet WIA. Hieronder wordt niet verstaan een DGA.

1.32 WIA

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

Hoofdstuk II - Te verzekeren risico

2 Strekking van de verzekering

De verzekering heeft als doel een periodieke uitkering te verlenen bij arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Deze verzekering heeft eveneens als doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van zijn arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met in achtneming van het gestelde in artikel 11 (Reïntegratie 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 daarvan één geheel uit te maken.

3.2

Als de informatie zoals bedoeld in artikel 3.1 onjuist of onvolledig blijkt te zijn, dan 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 uitkering of het beperken van de hoogte van de uitkering.

3.3

Als de leeftijd van een verzekerde onjuist is opgegeven, dan wordt de verzekerde jaarrente en premie met terugwerkende kracht herberekend, mits deze leeftijd binnen de acceptatiegrenzen ligt. Ligt de werkelijke leeftijd buiten de acceptatiegrenzen, dan wordt de verzekeringsovereenkomst alsnog geacht niet tot stand te zijn gekomen.

4 Verzekerde jaarrente

De verzekerde jaarrente wordt op de polis uitgedrukt in een jaarlijks uit te keren bedrag. 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

Als uit het polisblad blijkt dat indexatie van de uitkering is overeengekomen, dan zal de verzekerde jaarrente voor het lange termijn risico, uitsluitend ten behoeve van het vaststellen van de uitkering, samengesteld stijgen met het op het polisblad vermelde percentage. Dit geldt alleen als de verzekerde een uitkering op grond van het lange termijn risico ontvangt. De indexatie op het lange termijnrisico gaat in 2 jaar na de datum waarop verzekerde arbeidsongeschikt is geworden. De indexatie vindt niet plaats als de verzekerde op een dekkingsverjaardag geen uitkering (meer) ontvangt.

5.2

Zodra de verzekerde geen uitkering (meer) ontvangt, vervalt de in artikel 5.1 bedoelde indexatie. 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 uitkering 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 Verhoging van de verzekerde jaarrente

6.1

Als sprake is van een premiebetalende verzekering, heeft verzekeringnemer het recht op de hoofdpremievervaldag de verzekerde jaarrente(n) jaarlijks onder de hierna genoemde voorwaarden te verhogen. Verzekeringnemer kan voor het eerst van dit recht gebruik als één jaar na de ingangsdatum is verstreken en vervolgens ieder jaar op de hoofdpremievervaldag.

Als sprake is van een koopsom of een combinatie van een koopsom en een premiebetalende verzekering, heeft verzekeringnemer het recht de verzekerde jaarrente(n) te verhogen aan het einde van de koopsomperiode, onder de hierna genoemde voorwaarden.

6.1.1

Bij een premiebetalende verzekering bedraagt de verhoging van de verzekerde jaarrente jaarlijks maximaal 5% van de verzekerde jaarrente. Bij een premiebetalende verzekering mag bij verhuizing van de verzekerde de verzekerde jaarrente met maximaal 25% worden verhoogd. De totale verhoging per verzekeringsjaar bedraagt maximaal 25% met in achtneming van het bepaalde in artikel 6.3.d.

6.1.1.1

Bij koopsom bedraagt de verhoging van de verzekerde jaarrente na afloop van de koopsomperiode maximaal 5% bij een koopsomperiode van 2 tot en met 5 jaar en maximaal 10% bij een koopsomperiode vanaf 6 tot en met 10 jaar. Bij koopsom mag bij verhuizing van de verzekerde de verzekerde jaarrente na afloop van de koopsomperiode met maximaal 25% worden verhoogd. Na afloop van de koopsomperiode bedraagt de totale verhoging per verzekeringsjaar maximaal 25% met in achtneming van het bepaalde in artikel 6.3.d.

6.1.2

De verzekeraar heeft het recht om voorafgaand aan de acceptatie van de verhoging te toetsen of de verzekerde jaarrente na verhoging binnen de op dat moment geldende acceptatierichtlijnen valt. De verzekeringnemer is verplicht alle benodigde financiële stukken ter inzage aan de verzekeraar te verstrekken.

6.1.3

De premie voor het verhoogde deel van de verzekerde jaarrente wordt berekend volgens het premietarief dat geldt voor de dan bereikte leeftijd van verzekerde.

6.1.4

Bijzondere voorwaarden (clausules, uitsluitingen, premietoeslag), die al van toepassing zijn op de verzekering, zijn ook van toepassing op de verhoging.

6.1.5

De verhogingspercentages van de verzekerde jaarrente voor het korte termijnrisico en het lange termijnrisico hoeven niet aan elkaar gelijk te zijn.

6.1.6

Als meer verzekerden op één verzekering zijn verzekerd, dan hoeven de verhogingspercentages per verzekerde niet aan elkaar gelijk te zijn.

6.2

Geen recht op verhoging van de verzekerde jaarrente bestaat als:

- verzekeringnemer niet binnen dertig dagen na de hoofdpremievervaldag aan verzekeraar kenbaar heeft gemaakt hiervan gebruik te willen maken;
- verzekerde op de datum waarop een recht op verhoging bestaat geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.2;
- verzekerde in de periode van zes maanden onmiddellijk voorafgaand aan de datum waarop een recht op verhoging bestaat geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest in de zin van artikel 1.2;
- de verzekerde jaarrente na de verhoging niet binnen de op dat moment geldende acceptatierichtlijnen van de verzekeraar valt.

6.3

Het recht op verhoging op grond van dit artikel vervalt per de datum waarop:

- verzekerde de leeftijd van 50 jaar heeft bereikt;
- verzekeringnemer bij een premiebetalende verzekering voor de zesde achtereenvolgende keer geen of niet tijdig gebruik heeft gemaakt van het verhogingsrecht;
- de verzekeringnemer een premiebetalingsachterstand van tenminste 3 maanden heeft;

- d de verzekerde jaarrente een bedrag van € 24.000,- heeft bereikt;
- e verzekeringnemer bij een koopsom voor de tweede achtereenvolgende keer geen of niet tijdig gebruik heeft gemaakt van het verhogingsrecht.

6.4

Zodra de verzekeraar het in artikel 6.3.d genoemde bedrag verhoogt, geldt dit verhoogde bedrag voor de toepassing van artikel 6.

7 Algemene uitsluitingen

7.1

Geen uitkering wordt verleend bij arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit en/of overlijden welke is ontstaan, bevorderd of verergerd:

- a door opzet of roekeloosheid van de verzekerde of een bij de uitkering 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, moet het gebruik overeen te komen met het voorschrift dat de arts heeft verstrekt en moet de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing 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.

7.2

Tevens wordt geen uitkering verleend bij arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit en/of overlijden 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 één 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 muiterij, 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.

7.3

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

7.4

Voorts wordt geen uitkering verleend voor arbeidsongeschiktheid die 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.

7.5

Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid die al bestaat op de ingangsdatum van de verzekering.

7.6

Geen uitkering wordt verleend voor toename van al op de ingangsdatum van de verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid, als de toename het directe of indirecte gevolg is van of verband houdt met dezelfde oorzaak als die van de op de ingangsdatum van de verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid.

7.7

Er zal geen uitkering worden verleend als blijkt dat verzekerde drager is van een virus en daardoor zijn werkzaamheden niet mag uitvoeren, terwijl hij overigens wel arbeidsgeschikt is. Deze uitsluiting zal niet gelden als verzekerde kan aantonen dat hij preventief was ingeënt tegen het bewuste virus.

7.8

Als en voor zover deze verzekering dekking biedt, wordt voor schade 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.

8 Extra uitsluitingen/ beperkingen bij kapitaaluitkering als gevolg van een ongeval

8.1

Van deze dekking zijn, naast de in artikel 7 genoemde uitsluitingen, eveneens uitgesloten ongevallen die de verzekerde zijn overkomen:

- a in verband met het door de verzekerde opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- b bij vechtpartijen of andere gewelddadige acties en waagstukken, behalve bij een poging tot redden van mensen, dieren of goederen en bij rechtmatige (zelf)verdediging of bij afwending van dreigend gevaar;
- c als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van meer dan 50cc of meer, tenzij door aantekening op de polis anders is overeengekomen;
- d als gevolg van het gebruik maken van een motorvliegtuig anders dan als passagier;
- e door deelneming aan of voorbereiding van snelheidswedstrijden of recordpogingen met voer- en vaartuigen, rijwielen, paarden en luchtvaartuigen;
- f waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;
- g tijdens vrijheidsberoving door een overheidsinstantie;
- h als gevolg van een ziekelijke toestand of als gevolg van lichamelijke of geestelijke afwijkingen van de verzekerde, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval waarvoor de verzekeraar op grond van deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is;
- i als gevolg van psychische aandoeningen, van welke oorzaak ook;
- j als gevolg van door de verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder deze verzekering gedekt ongeval, dat deze behandeling noodzakelijk maakte;
- k tijdens sportbeoefening anders dan als onbetaald amateur.
- l als de blijvende invaliditeit is veroorzaakt door een ongeval als gevolg van beroepsmatige machinale bewerking van hout, metaal, steen en/of kunststof, bestaat slechts aanspraak op 50% van de hoogte van de kapitaaluitkering als bedoeld in artikel 23;
- m ten aanzien van een verzekerde die een bril of lenzen van -7,5 of sterker draagt, wordt bepaald, dat ter zake van het loslaten van het netvlies van één oog of beide ogen en de gevolgen daarvan

nimmer enige uitkering zal geschieden, tenzij door zodanig geweld rechtstreeks op het oog (de ogen), zonder afwijking in bouw en brekend vermogen, redelijkerwijs netvliesloslating mocht worden verwacht.

8.2

Geen recht op uitkering bestaat ingeval van ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleï pulposi), krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, periartitis humeroscapularis, huidletsel door wrijving tegen een hard voorwerp, tennisarm (epicondylitis lateralis), of golfersarm (epicondylitis medialis);

9 Insluitingen bij kapitaaluitkering als gevolg van een ongeval

Onder ongeval in de zin van deze polis wordt tevens verstaan:

- a acute vergiftiging als gevolg van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gaspen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen, en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;
- b verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte en bevroering;
- c uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;
- d wondinfectie of bloedvergiftiging als direct gevolg van een ongeval;
- e besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, als deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van mens, dier of goederen;
- f het ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat, met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen of allergenen;
- g complicaties of verergering van het ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling;
- h verstuijing, ontwrichting en scheuring van spier- of peesweefsels, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen.

10 Niet roken tarief

10.1

De verzekeringnemer heeft recht op het niet roken tarief als de verzekerde voor de aanvang van de verzekeringsovereenkomst verklaart niet te roken en heeft verklaard ook in de 24 maanden direct voorafgaand aan de ondertekening van de verklaring niet te hebben gerookt.

10.2

De verzekeringnemer die bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst geen recht heeft op het niet roken tarief, kan hierop alsnog recht verkrijgen zodra er ten minste 24 maanden verstreken zijn nadat de verzekerde is gestopt met roken. Hiertoe moet de verzekeringnemer na afloop van die periode een door de verzekerde ondertekende verklaring overleggen waarin de verzekerde verklaart niet te roken, en ook in de 24 maanden direct voorafgaand aan de ondertekening van de verklaring niet te hebben gerookt. Het niet roken tarief zal per eerstkomende hoofdpremievervaldag na ontvangst van deze verklaring ingaan.

10.3

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 hoofdpremievervaldag nadat de verzekerde (opnieuw) met roken is begonnen.

11 Reïntegratie en kostenvergoeding

11.1

De verzekeraar vergoedt de kosten die zijn verbonden aan revalidatie en her- of omscholing gericht op herdeelname aan het arbeidsproces, voor zover niet elders recht op vergoeding bestaat en als de verzekeraar hiervoor vooraf zijn goedkeuring heeft verleend.

De vergoeding geschiedt naast de uitkering voor arbeidsongeschiktheid. Het gaat hierbij om de vergoeding van kosten die niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling.

11.2

Als de verzekerde vanwege zijn arbeidsongeschiktheid reïntegreert in een ander beroep dan het verzekerde beroep, dan 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 van de verzekeraar aanvaardbaar is. Als de verzekerde in een ander beroep dan het verzekerde beroep weer gaat deelnemen aan het arbeidsproces, zal de verzekeraar geen voorbehoud maken ten aanzien van het opnieuw arbeidsongeschikt worden als gevolg van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een uitkering werd verleend.

11.3

Als de verzekerde andere bedragen wenst te verzekeren, kunnen wel gezondheidswaarborgen vereist zijn voor het meerdere boven de oorspronkelijke verzekerde bedragen.

11.4

Mocht de verzekerde binnen één jaar na aantekening van het nieuwe beroep opnieuw arbeidsongeschikt worden als gevolg van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een uitkering werd verleend, dan zal de uitkering op grond van het lange termijn risico onmiddellijk weer worden verstrekt, waarbij geen wachttijd in acht wordt genomen. De verzekeraar zal, als er recht op uitkering bestaat, deze hervatten op basis van het dan geldende arbeidsongeschiktheidspercentage voor het nieuwe beroep en op basis van de jaarrente waarop de laatstgenoten uitkering werd verleend.

12 Zwangerschapsuitkering

12.1

Verzekerde heeft recht op een zwangerschapsuitkering van 16 weken, zonder aftrek van de eigen risico termijn, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- het korte termijn risico en het lange termijn risico is verzekerd;
- de eigen risico termijn voor het korte termijn risico is ten hoogste 30 dagen;
- de uitgerekende bevallingsdatum ligt niet eerder dan twee jaar na de ingangsdatum van alle risico's.

12.2

Voor de berekening van de uitkering wordt de verzekerde jaarrente voor arbeidsongeschiktheid in het eerste jaar op 100% gesteld. Verhogingen van de verzekerde jaarrente van het korte termijn risico en/of verkorten van de wachttijd voor het korte termijn risico gedurende twee jaar voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum, zullen buiten beschouwing worden gelaten. De uitkering gaat in acht dan wel zes weken (naar keuze) voor de uitgerekende datum van de bevalling. Hierbij moet een schriftelijke verklaring van een arts of verloskundige worden overlegd waaruit de uitgerekende bevallingsdatum blijkt. Eindigt de zwangerschap voor de 25ste week, dan bestaat er geen recht op uitkering.

12.3

Op de uitkering wordt in mindering gebracht het bedrag dat verzekerde ontvangt vanwege rechten op een bevallingsuitkering op grond van enige wettelijke regeling. Als in de periode waarin het recht op een zwangerschapsuitkering ontstaat eveneens aanspraak gemaakt kan worden op een uitkering uit hoofde van artikel 15, dan zal gedurende deze periode ten hoogste recht bestaan op een uitkering gebaseerd op 100% van de verzekerde jaarrente voor het korte termijn risico.

13 Verhaalsbijstand

De verzekerde heeft recht op verhaalsbijstand zoals omschreven in het clauseblad 'Voorwaarden verhaalsbijstand Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)'. Het clauseblad is aan het eind van deze voorwaarden weergegeven. Deze verhaalsbijstand zal worden uitgevoerd door DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam.

Hoofdstuk III – Claim, claimbehandeling en uitkering

14 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

14.1

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. De verzekerde is verplicht al het mogelijke te doen om terugkeer in het arbeidsproces te bewerkstelligen;
- b zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigen risicotermijn en/of de wachttijd of, als 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 de uitkeringsbescheiden van het UWV, terstond te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of de door haar aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de behandelende artsen, het UWV en de daartoe behorende adviserende en administrerende instanties te machtigen;
- e de verzekeraar schriftelijk te informeren over wijzigingen in het arbeidsongeschiktheidspercentage van de uitkering in de zin van de WIA, onder overlegging van de uitkeringsbescheiden van het UWV en de daartoe behorende documenten. Deze schriftelijke melding moet binnen 30 dagen na de bedoelde wijziging gedaan worden en moet ook worden gedaan als verzekerde bezwaar en/of beroep aantekent tegen de wijziging van het arbeidsongeschiktheidspercentage;
- f geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven;
- g 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;
- h zijn mogelijkheden tot reïntegratie te laten onderzoeken als de verzekeraar hierom vraagt. De verzekerde moet zijn volledige medewerking aan dit onderzoek, alsmede aan een aangeboden reïntegratietraject, verlenen;
- i (het voornemen van) het wijzigen of staken van de bedrijfsactiviteiten tijdens arbeidsongeschiktheid te melden aan de verzekeraar.

14.2

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.

14.3

Geen recht op uitkering bestaat als de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.

15 De uitkering bij korte termijn risico

Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3, voorziet deze verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Deze uitkering geschiedt voor maximaal 52 weken. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken samengeteld. Bij de vaststelling van de periode van 52 respectievelijk 4 weken tellen perioden waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling zoals genoemd in artikel 12 van deze voorwaarden wordt ontvangen, niet mee. De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen eigen risico termijn.

16 De uitkering bij lange termijn risico

Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3, artikel 1.4 of artikel 1.5, voorziet deze verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. De uitkering gaat in zodra 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 tussenpozen van minder dan vier weken samengeteld. De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen wachttijd.

17 Vaststelling van de uitkering

17.1

De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering worden bij beroepsarbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 1.3 en passende arbeid in de zin van artikel 1.5, door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens van door hem aangewezen medische deskundigen en andere deskundigen. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens aan verzekeringnemer mededeling gedaan. Als de verzekeringnemer niet binnen drie maanden zijn bezwaren kenbaar heeft gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden.

17.2

De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering worden bij gangbare arbeid in de zin van artikel 1.4 door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van het arbeidsongeschiktheidspercentage zoals vermeld op de beschikking van het UWV, onverminderd het bepaalde in artikel 11 en artikel 14.

18 Berekening van de uitkering

18.1

Als sprake is van arbeidsongeschiktheid, dan is verzekerde een van dag tot dag verkregen periodieke uitkering die ook periodiek wordt uitbetaald. De uitkering bedraagt bij volledige arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste deel van de verzekerde jaarrente. Bij toename van het arbeidsongeschiktheidspercentage tijdens de uitkeringsduur, ligt tussen de dag waarop de toename door de verzekeraar wordt vastgesteld en de dag met ingang waarvan de verzekeraar de uitkering verhoogt, een periode van maximaal vier weken.

18.2

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 t/m 100%	100 % van de verzekerde jaarrente.

19 Betaling van de uitkering

De uitbetaling aan de verzekeringnemer, tenzij anders overeengekomen en vermeld op het polisblad, vindt zo spoedig mogelijk achteraf plaats. De berekening van de door de verzekeraar uit te keren termijnen geschiedt telkens over een periode van een maand.

20 Verjaring

Ieder recht ten opzichte van de verzekeraar terzake van een vordering verjaart na het verstrijken van een periode van drie jaar na aanvang van de dag volgende op die waarop de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer, verzekerde of de begunstigde binnen die drie jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

21 Einde van de uitkering

21.1

De uitkering 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 33 bepaalde;
- d bij overlijden van de verzekerde;
- e bij koopsom, op de dag dat de verzekering tussentijds voor het einde van de koopsomperiode door verzekeringnemer wordt opgezegd;
- f wanneer de verzekeringnemer of verzekerde zijn verplichtingen op grond van deze verzekering niet nakomt en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.

21.2
Elk recht op uitkering vervalft als de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken, alsmede in geval van fraude.

Hoofdstuk IV - Aanvullende dekkingen

22 Kapitaaluitkering bij overlijden als gevolg van een ongeval

22.1
Als deze aanvullende dekking is verzekerd, dan staat dit op het polisblad vermeld. Als dit niet het geval is, dan bestaat er geen recht op uitkering op grond van dit artikel.

22.2
Als de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door een ongeval overlijdt, keert de verzekeraar eenmalig een bedrag van € 50.000,- uit. Als de verzekeraar voor hetzelfde ongeval reeds een uitkering heeft verleend wegens blijvende invaliditeit, dan wordt laatstgenoemde uitkering in mindering gebracht op de uitkering bij overlijden. Als de reeds verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is geweest dan de uitkering bij overlijden, dan zal de verzekeraar het verschil niet terugvorderen.

22.3.1
Als niet anders op de polis is aangetekend, dan geldt voor de kapitaaluitkering bij overlijden de navolgende begunstiging:

1. de verzekeringnemer;
2. degene die op het moment van overlijden van de verzekerde de echtgenoot/echtgenote of geregistreerd partner is van de verzekerde, zoals omschreven in het Burgerlijk Wetboek;
3. de kinderen van de verzekerde, ieder voor een gelijk deel;
4. de erfgenamen van de verzekerde, in verhouding tot de mate waarin zij gerechtigd zijn tot de nalatenschap van de verzekerde.

22.3.2
Hoger genummerde begunstigden komen alleen dan in aanmerking als alle lager genummerde begunstigden ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden.

22.3.3
Gelijkgenummerde begunstigden komen gezamenlijk in aanmerking voor de kapitaaluitkering. In dat geval is de verzekeraar slechts gehouden tot uitkering in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting.

22.3.4
Als de nalatenschap van verzekerde overeenkomstig de wet aan de Staat vervalft, dan wordt geen uitkering op grond van deze dekking gedaan. Ook zal geen uitkering plaatsvinden als de verzekerde failliet is of er een schuldsaneringsregeling op hem van toepassing is.

22.3.5
Degene die het overlijden van de verzekerde door zijn opzettelijk handelen of nalaten heeft veroorzaakt, of daaraan opzettelijk heeft meegewerkt, kan geen rechten ontlenen aan de verzekering, noch op enige andere grond aanspraak maken op een uitkering. Een begunstigde die het overlijden van de verzekerde aldus heeft bewerkstelligd, verliest zijn hoedanigheid van begunstigde. Van een dergelijk handelen of nalaten is in ieder geval sprake bij een onherroepelijke veroordeling wegens het opzettelijk veroorzaken van het overlijden van de verzekerde.

22.3.6
De verzekeringnemer heeft het recht zo lang de verzekerde(n) in leven is/zijn de begunstiging te wijzigen.

23 Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval

23.1
Als deze aanvullende dekking is verzekerd, dan staat dit op het polisblad vermeld. Als dit niet het geval is, dan bestaat er geen recht op uitkering op grond van dit artikel.

23.2
In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval, wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag van € 100.000,-.

23.3
Als de verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit overlijdt, anders dan door het ongeval, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve mate van (functie)verlies als de verzekerde in leven zou zijn gebleven.

23.4.1
Het percentage van de blijvende invaliditeit wordt door middel van medisch onderzoek in Nederland en/of aan de hand van verkregen medische gegevens vastgesteld volgens objectieve maatstaven, en wel overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guide to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A. M.A.) en supplementen uitgegeven door Nederlandse verenigingen van medische specialisten. Er zal bij de vaststelling van de blijvende invaliditeit geen rekening worden gehouden met het beroep van de verzekerde.

23.4.2.1
Aan de hand van het door de medicus bepaalde percentage van het (functie)verlies wordt een uitkeringspercentage vastgesteld. Voor de hierna genoemde gevallen geschiedt de uitkering volgens het daarbij vermelde percentage van het voor deze dekking verzekerde bedrag.

Bij het volledige functieverlies van:	
Het gehele gezichtsvermogen van beide ogen	100%
Het gezichtsvermogen van één oog	40%
als krachtens deze verzekering reeds een volledige uitkering is verleend voor één oog:	
het andere oog	60%
Het gehoorvermogen van beide oren	60%
Het gehoorvermogen van één oor	25%
als krachtens deze verzekering reeds een volledige uitkering is verleend voor één oor:	
het andere oor	35%
Een arm tot in het schoudergewricht	75%
Een arm tot in het ellebooggewricht	70%
Een hand	65%
Een duim	25%
Een wijsvinger	15%
Een middel- of ringvinger	12%
Een pink	10%
Een been tot in het heupgewricht	75%
Een been tot in het kniegewricht	65%
Een voet	50%
Een grote teen	15%
Een andere teen dan de grote teen	5%
Reuk en/of smaak	5%
Een nier	20%
De milt	10%

23.4.2.2
In elk van de hiervoor vermelde gevallen geldt het genoemde percentage als maximum, zowel voor één ongeval als voor meerdere ongevallen tijdens de duur van de verzekering tezamen.

23.4.2.3
In geval van blijvend gedeeltelijk (functie)verlies van een hierboven omschreven lichaamsdeel of orgaan, wordt een evenredig deel van het desbetreffende vermelde percentage uitgekeerd.

23.4.2.4
Bij vaststelling van het post-whiplash syndroom of het postcommotioneel syndroom volgens de richtlijnen zoals deze zijn

opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, zal maximaal 8% van het verzekerd bedrag wordt uitgekeerd.

23.4.2.5

Voor gedeeltelijk verlies van reuk en/of smaak wordt geen uitkering verleend.

23.4.2.6

In geval van gelijktijdig (functie)verlies van:

- a verschillende hierboven omschreven lichaamsdelen en/of organen, wordt de uitkering vastgesteld door optelling van de afzonderlijke percentages. Er zal echter nooit meer dan 100% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag worden uitgekeerd;
- b meer dan één vinger van dezelfde hand, wordt niet meer uitgekeerd dan voor (functie)verlies van de gehele hand.

23.4.2.7

Bij (functie)verlies van niet hierboven genoemde lichaamsdelen, organen en dergelijke, wordt het uitkeringspercentage afgestemd op de mate van blijvend (functie)verlies, die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

23.4.2.8

Bij vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreekse gevolg zijn van een door het ongeval veroorzaakte blijvende hersenweefselbeschadiging.

23.4.2.9

Als direct gevolg van een ongeval beschadiging ontstaat aan tenminste 2 tanden of kiezen of aan de gebitsprothese, in het laatste geval uitsluitend als medische behandeling van de mond of de mondinhoud noodzakelijk is, dan worden de kosten verbonden aan tandheelkundige dan wel tandtechnische behandeling vergoed tot een maximum van 2,5% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

23.4.3

Als tijdens de duur van deze verzekering de verzekerde voor één of meer ongevallen aanspraak maakt op een uitkering, dan zal de som van alle uitkeringen het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag van € 100.000,- nooit te boven gaan.

23.4.4

De vaststelling van het percentage blijvende invaliditeit geschiedt zodra redelijkerwijs mag worden aangenomen dat in de gezondheidstoestand van de verzekerde vrijwel geen relevante verandering meer zal komen en in ieder geval binnen 2 jaren na de dag van het ongeval, tenzij tussen de verzekerde en de verzekeraar anders wordt overeengekomen. In dat laatste geval kan de verzekeraar de verzekerde tegemoet komen met een voorschot.

24 Invloed van bestaande invaliditeit en ziekte

24.1

Als de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaam- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit uitgegaan van de gevolgen die het ongeval zou hebben gehad als de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.

24.2

De beperking onder artikel 24.1 is echter niet van toepassing als de bestaande ziekte, gebrekkigheid of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor de verzekeraar reeds op grond van deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

24.3

Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door de verzekeraar geen uitkering verleend.

24.4

Als reeds vóór een ongeval een (functie)verlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitkering voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

Hoofdstuk V – Premie

25 Premievaststelling

25.1

Als het te verzekeren risico bij een premiebetalende verzekering is gesloten tegen risicotarief, wordt de premie jaarlijks opnieuw vastgesteld per hoofdpremievaliddag op grond van de dan geldende leeftijd van de verzekerde en de verzekerde jaarrente.

25.2

Als het te verzekeren risico bij een premiebetalende verzekering 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, behalve als er sprake is van een premieaanpassing op grond van artikel 29. Wanneer de verzekerde jaarrente na de ingangsdatum van de verzekering wordt verhoogd, geldt voor de verhoging van de verzekerde jaarrente een nieuw standaardtarief.

25.3

Als het te verzekeren risico is gesloten tegen koopsom, wordt de premie voor de hele koopsomperiode vastgesteld. Bij verlenging van de koopsomperiode wordt een nieuwe premie vastgesteld op grond van de hoogte van de verzekerde jaarrente, de dan bereikte leeftijd van de verzekerde en de dan geldende tarieven.

25.4

Na afloop van de koopsomperiode kan een nieuwe periode premiebetalende verzekering, koopsom of een combinatie van een premiebetalende verzekering en een koopsom worden overeengekomen. De premie voor (het gedeelte van) de koopsom, zal dan opnieuw worden vastgesteld op grond van de hoogte van de verzekerde jaarrente, de dan bereikte leeftijd van de verzekerde en de dan geldende tarieven.

25.5

Verhogingen van de verzekerde jaarrente zoals genoemd in artikel 4, gedurende de koopsomperiode zijn alleen mogelijk op basis van premiebetalende verzekering.

26 Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

Op voorwaarde dat (één van) de verzekerde(n) arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3, artikel 1.4 of artikel 1.5, wordt voor de arbeidsongeschikte verzekerde premievrijstelling verleend conform het vastgestelde uitkeringspercentage. In het geval van twee verzekerden op één verzekering, zal de premie voor de niet arbeidsongeschikte verzekerde, inclusief poliskosten, op de gebruikelijke wijze in rekening worden gebracht. De premievrijstelling vangt standaard aan na 1 jaar arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 1.3, artikel 1.4 of artikel 1.5. De premievrijstelling wordt na afloop van dit jaar toegepast op de premie van het korte termijn risico, de premie van het lange termijn risico, de premie van de optioneel meeverzekerde kapitaaluitkering bij overlijden als gevolg van een ongeval en de premie van de optioneel meeverzekerde kapitaaluitkering bij blijvend (functie)verlies als gevolg van een ongeval.

Bij een (gedeeltelijke) koopsom bestaat over het gedeelte van de koopsom geen recht op premievrijstelling.

27 Premiebetaling

27.1

De (voorlopige) premie is bij vooruitbetaling verschuldigd op de premievaliddag.

27.2

Als de premie, geheel of gedeeltelijk, binnen een termijn van dertig dagen na de premievaliddag niet is voldaan, dan 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 moeten de gevolgen van het niet tijdig voldoen van de premie worden vermeld, zoals opschorting of beëindiging van de dekking.

27.3

Als 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.

27.4

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.

27.5

De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door haar verschuldigde uitkeringen aan de verzekerde te verrekenen met openstaande premie-termijnen.

27.6

Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premie-termijnen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.

28 Premierestitutie

28.1

Behalve bij tussentijdse beëindiging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, vindt bij tussentijdse beëindiging van deze verzekering restitutie van een deel van de koopsom plaats. De hoogte van het terug te betalen bedrag is afhankelijk van de termijn, in maanden nauwkeurig, waarover de verzekeraar na de beëindiging geen risico loopt of heeft gelopen. Op de restitutie wordt 15% aan kosten ingehouden. Er vindt geen restitutie plaats indien het terug te betalen bedrag minder bedraagt dan € 25,-.

28.2

Bij wijziging van de verzekering tijdens de koopsomperiode wordt over de koopsom geen restitutie verleend.

28.3

Als sprake is van een (gedeeltelijke) premiebetalende verzekering zal over een periode van maximaal één jaar premierestitutie worden verleend.

Hoofdstuk VI - Wijziging van de verzekering

29 Wijziging van premie en/of voorwaarden

29.1

De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar 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 haar te bepalen datum.

29.2

Bij een (gedeeltelijke) koopsom zal de premiewijziging over de koopsom, zoals genoemd in artikel 29.1, van kracht worden na afloop van de koopsomperiode.

29.3

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

29.4

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.

29.5

De verzekeringnemer kan de verzekering niet beëindigen als:

- 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.

30 Verplichtingen bij wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en de gevolgen daarvan

30.1

Als de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep wijzigt of ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen, of als de aard en/of de omvang van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan, moet de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde de verzekeraar hiervan onmiddellijk op de hoogte te stellen.

30.2

Als anders dan als gevolg van de door de verzekeraar erkende arbeidsongeschiktheid de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt het op het polisblad vermelde beroep daadwerkelijk uit te oefenen, waaronder mede wordt verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit, dan heeft de verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen.

30.3

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 risicoverzwaren inhoudt. Als dit het geval is, dan 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.

30.4

De wijziging van het beroep tijdens de duur van de koopsomperiode zal geen invloed hebben op de hoogte van de koopsom, maar wel op het premiebetalende deel van de verzekering. Bij voortzetting na afloop van de koopsomperiode zal de wijziging als genoemd in artikel 30.3 worden meegenomen in de berekening van de premie bij voortzetting.

30.5

Als de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden vanwege de wijziging van het beroep niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen een jaar na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

30.6

Als 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 risicoverzwaren inhoudt. Als er geen sprake is van een risicoverzwaren blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Als er wel sprake is van risicoverzwaren die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, geschiedt de uitkering:

- a met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/of;
- b in verhouding van de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzwaren verschuldigd zou zijn.

30.7

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

31 Verplichtingen bij andere risicowijzigingen

31.1

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering 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 uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
- c de verzekerde na het ingaan van deze verzekering niet meer verplicht verzekerd is ingevolge werknemersverzekeringen of enige andere verplichte verzekering en/of voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid.

31.2

Als 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, met in achtneming van het gestelde in artikel 28.2 en 28.3.

32 Overdracht van rechten

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

Hoofdstuk VI - Einde van de verzekering

33 Duur en einde van de verzekering

33.1

De verzekering wordt aangegaan voor de op het polisblad vermelde contractduur en wordt telkens stilzwijgend voor de op het polisblad vermelde termijn verlengd.

33.2

Met handhaving van het elders in deze voorwaarden bepaalde omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering:

- a eindigt de verzekering op de contractvervaldatum als de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum met een aan de verzekeraar gericht schrijven de verzekering heeft opgezegd;
- b of als de duur van de verzekeraar meer dan 5 jaar bedraagt, telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar binnen die contractduur, met inachtneming van een opzeggingstermijn van 2 maanden.

33.3

Als de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 31, artikel 21.1 e of artikel 33 lid 5, vervallen alle rechten van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop de verzekering eindigt.

33.4

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 voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse. Bij gangbare arbeid wordt uitgegaan van de wet WIA zoals deze onmiddellijk voor de datum van de beëindiging luidde.

33.5

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 en/of de verzekerde fraude heeft gepleegd of opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of laten verstrekken.

33.6

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.

34 Onopzegbaarheid

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

Hoofdstuk VII – Slotbepalingen

35 Behandeling van klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden verzonden aan:

- REAAL Verzekeringen
Ter attentie van de afdeling Klachtenservice
Antwoordnummer 125
1800 VB Alkmaar
Faxnummer: 072 - 5194160
E-mail: klachten@reaal.nl

Is het oordeel van de directie van REAAL voor een belanghebbende niet bevredigend én belanghebbende is een consument (volgens gedefinieerd in het Reglement van de Ombudsman Verzekeringen, respectievelijk het Reglement van de Raad van Toezicht Verzekeringen), dan kan de belanghebbende zich wenden tot:

- Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
Tel: 070 - 333 89 99
www.klachteninstituut.nl

Wanneer de belanghebbende geen gebruik wil maken van deze mogelijkheid om een klacht te laten behandelen, of wanneer de behandeling of uitkomst voor de belanghebbende niet bevredigend is, kan het geschil worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.

36 Adres

36.1

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.

36.2

De verzekeraar kan in afwijking van lid 1 ook volstaan met het verzenden van een kennisgeving langs elektronische weg met inachtneming van de regels die daartoe zijn gesteld op grond van het bepaalde in Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

37 Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een financieel product en/of financiële dienst verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar, respectievelijk een andere tot SNS REAAL behorende rechtspersoon, verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten terzake financiële producten en/of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl.

De Gedragscode is ook op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070 - 3 338 500). In verband met een verantwoord acceptatie- en uitkeringsbeleid kan de verzekeraar informatie inwinnen bij of verstrekken aan de Stichting CIS te Zeist. 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).

1 Begripsomschrijvingen

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

1.1 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen

Van overheidswege en/of door verzekeren en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - als 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 als 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 als 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.

Clausuleblad terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor

Terrorismeschaden N.V. (NHT)

2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1

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

2.3

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

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

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan:

alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 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 Het Protocol, inclusief toelichting, is op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage gedeponneerd onder nummer 27178761 en op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003 grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de uitkering 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 achtname 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 uitkering 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.

Op deze verzekering zijn eveneens de door DAS gehanteerde Algemene Voorwaarden van toepassing, die op verzoek verkrijgbaar zijn.

1 Begripsomschrijvingen

1.1 DAS

DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

1.2 Verzekerde

1.2.1

de verzekerde als vermeld in de arbeidsongeschiktheidsverzekering;

1.2.2

de nagelaten betrekkingen van een verzekerde als en voorzover zij een vordering kunnen instellen tot voorziening in de kosten van levensonderhoud naar aanleiding van een gebeurtenis, waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op verhaalsbijstand bestaat.

1.3

verhaalsbijstand: de juridische belangenbehartiging bij het verhalen van schade op een derde.

1.4

derde: een ieder die jegens verzekerde op grond van een onrechtmatige daad tot uitkering is gehouden.

2 Omvang van de dekking

2.1

DAS verleent verhaalsbijstand aan de verzekerde, die op grond van deze arbeidsongeschiktheidsverzekering uitkering ontvangt, of zou ontvangen wanneer er geen eigen risicotermijn van toepassing zou zijn.

2.2

DAS verleent geen verhaalsbijstand voorzover de verzekerde aanspraak kan maken op behartiging van zijn belangen krachtens een andere verzekering, al dan niet van oudere datum.

3 De verlening van de rechtsbijstand

3.1

De rechtsbijstand wordt verleend door deskundigen in loondienst van DAS. Als er geen redelijke kans (meer) is het gewenste resultaat te bereiken, wordt de rechtsbijstandverlening gestaakt. Als de verzekerde het oneens blijft met het oordeel van DAS over de (ver)haalbaarheid, dan kan hij DAS schriftelijk verzoeken dit meningsverschil voor te leggen aan een advocaat naar zijn keuze uit een lijst van advocaten, die DAS op verzoek aan hem verstrekt. De verlening van rechtsbijstand wordt door DAS voortgezet in overeenstemming met het oordeel van de advocaat. Als verzekerde zich niet met het oordeel van de advocaat kan verenigen, kan hij de zaaksbehandeling voor eigen rekening en risico voortzetten. Wordt hij daardoor alsnog geheel of gedeeltelijk in het gelijk gesteld, dan betaalt DAS alsnog de redelijk gemaakte kosten van rechtsbijstand.

3.2

Als het naar het oordeel van DAS noodzakelijk is de behandeling of een deel daarvan over te dragen aan een externe deskundige, is uitsluitend DAS bevoegd om, na overleg met de verzekerde, opdrachten daartoe te verstrekken. DAS is niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de werkzaamheden van een door DAS ingeschakelde externe deskundige.

4 De kosten van verhaalsbijstand

DAS vergoedt per gebeurtenis, die tot arbeidsongeschiktheid heeft geleid, de volgende kosten:

4.1

alle interne kosten: de kosten van deskundigen in loondienst van DAS;

4.2

tot maximaal € 5.000,- per gebeurtenis, de volgende externe kosten:

- de kosten van de externe deskundigen die door DAS worden ingeschakeld, voorzover deze kosten noodzakelijk gemaakt zijn voor de uitvoering van de opdracht;

Voorwaarden verhaalsbijstand

Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)

- de kosten van getuigen voorzover door een rechter toegewezen;
- de proceskosten die ten laste van verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- de noodzakelijke, in overleg met DAS te maken, reis- en verblijfkosten als zijn persoonlijk verschijnen voor een buitenlandse rechter is bevolen of dringend gewenst wordt door de ingeschakelde advocaat;
- de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis binnen vijf jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.

5 De franchise

De verzekerde kan alleen aanspraak maken op verhaalsbijstand als het belang van zijn verzoek tenminste € 225,- belooft.

6 Dekkingsgebied

Verhaalsbijstand wordt verleend in Europa en de landen rondom de Middellandse Zee, mits de rechter van één van die landen bevoegd is en het recht van één van die landen van toepassing is.

7 Verplichtingen van de verzekerde

Een verzekerde die een beroep op verhaalsbijstand wil doen, meldt zijn verzoek zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de gebeurtenis, die tot de arbeidsongeschiktheid heeft geleid, aan bij DAS, waarbij verzekerde alle gegevens die op de toedracht en de omvang van zijn schade betrekking hebben, dient te overleggen.

• DAS Rechtsbijstand

Postbus 23000, 1100 DM Amsterdam

Telefoon 020 - 6 517 517, Fax 020 - 6 960 423

www.das.nl

