

REAAL UNIM AOV VOOR WERKNEMERS 0510

Algemene voorwaarden

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in het geval de verzekering-nemer of de verzekerde bij het tot stand komen van de verzekering zijn mededelingsplicht als bedoeld in artikel 7:928 BW niet nakomt ter zake van aan de verzekeringnemer of de verzekerde bekende omstandigheden waarbij sprake is van opzet aan de kant van de verzekeringnemer of de verzekerde om de verzekeraar te misleiden, dan wel wanneer de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, heeft de verzekeraar het recht de verzekering op te zeggen.

In andere gevallen van het niet-nakomen van de mededelingsplicht heeft de verzekeraar het recht om andere voorwaarden te stellen en in het geval dat het risico zich heeft verzezenlijkt is de verzekeraar slechts uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen of in de situatie dat bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een hogere premie zou zijn bedongen, mag de uitkering door de verzekeraar worden verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer zou hebben bedragen.

INHOUD

	Artikel
Definities	1
Doel van de verzekering	2
Arbeidsongeschiktheid	3
Uitkeringen	4
Eigen risicotermijn bij arbeidsongeschiktheid	5
Uitbetaling ter zake van arbeidsongeschiktheid	6
Verjaring	7
Premievrijstelling	8
Kosten van reactivering	9
Premiebetaling	10
Onderhoudsregeling	11
Indexering van de verzekerde uitkering en premie	12
Wijziging van het beroep en/of van de daaraan verbonden beroepsbezigheden	13
Andere risicowijzigingen	14
Verplichtingen	15
Uitsluitingen	16
Aanvang, duur en einde van de verzekering	17
Herziening van de premie en de voorwaarden	18
Adres	19
Verpanding/vervreemding	20
Clausuleblad terrorismedekking	

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.

TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

KLACHTENBEHANDELING

Klachten over de aard of omvang van arbeidsongeschiktheid worden beslecht door arbitrage zoals elders in deze voorwaarden beschreven.

Voor alle overige klachten geldt de onderstaande procedure:

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.

CLAUSULE TERRORISMEDEKKING

Het 'Clausuleblad Terrorismedekking bij de NHT' maakt onderdeel uit van deze voorwaarden. Het Protocol afwikkeling Claims en de Toelichting Protocol afwikkeling Claims kunt u raadplegen en downloaden via de website van de NHT, www.terrorismeverzekerd.nl, en opvragen bij de verzekeraar.

1 DEFINITIES

In de polis en de algemene voorwaarden van deze verzekering wordt verstaan onder:

1 Verzekeraar

De verzekeraar die volgens de polis het risico draagt.

2 De verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.

3 De verzekerde

Degene wiens arbeidsongeschiktheid is verzekerd.

4 Inkomen uit loondienst

Het inkomen van de verzekerde in loondienst is het bruto jaarinkomen van de verzekerde uit arbeid in loondienst in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting.

5 UWV

Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen.

2 DOEL VAN DE VERZEKERING

De verzekering biedt dekking tegen het risico van inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Zij doet dit door te voorzien in de verstrekking van nader omschreven uitkeringen bij derving van inkomen door de verzekerde als gevolg van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze voorwaarden.

3 ARBEIDSONGESCHIKTHEID

a Productvariant

1 Beroeps-AOV

- Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze overeenkomst als er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% beperkt is om de beroepsbezigheden, verbonden aan het laatst bij de verzekeraar bekende beroep, te verrichten. Van zodanige stoornissen is sprake als de klachten en beperkingen van de verzekerde op grond van rapportage van door de verzekeraar aangewezen deskundigen te herleiden zijn tot een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Stoornissen waarvoor géén medisch oorzakelijke factor is gevonden, worden beschouwd als niet objectief medisch vaststelbaar.
- Bij de beroepswerkzaamheden wordt uitgegaan van de werkzaamheden zoals die in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kunnen worden verlangd, waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijke aanpassingen in werk en werkomstandigheden en eventuele taakverschuivingen binnen het bedrijf of beroep. Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt rekening gehouden met het inkomen dat als gevolg van of in verband met arbeid uit het laatst bekende beroep wordt verworven. Geen rekening wordt gehouden met mogelijke verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van de arbeid of het beroep.

2 PASSAR

- Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze overeenkomst als er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend niet in staat is arbeid te verrichten. Van zodanige stoornissen is sprake als de klachten en beperkingen van de verzekerde op grond van rapportage van door de verzekeraar aangewezen deskundigen te herleiden zijn tot een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Stoornissen waarvoor géén medisch oorzakelijke factor is gevonden, worden beschouwd als niet objectief medisch vaststelbaar.
- Onder arbeid wordt ten deze verstaan:
 - a gedurende de eerste vijf jaar van arbeidsongeschiktheid, alsmede als de arbeidsongeschiktheid optreedt op de leeftijd van 50 jaar of ouder, de werkzaamheden verbonden aan het laatst bij de verzekeraar bekende beroep. Bij de beroepswerkzaamheden wordt uitgegaan van de werkzaamheden zoals die in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kunnen worden verlangd, waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijke aanpassingen in werk en werkomstandigheden en eventuele taakverschuivingen binnen het bedrijf of beroep. Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt rekening gehouden met het inkomen welke als gevolg van of in verband met arbeid

uit het laatst bekende beroep worden verworven;

b na vijf jaar arbeidsongeschiktheid, alle werkzaamheden waartoe verzekerde in aanmerking genomen zijn opleiding, kennis en ervaring in staat moet worden geacht.

Geen rekening wordt gehouden met mogelijke verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van de arbeid of het beroep.

b Gebreken en persoonlijkheidsstoornissen worden in de zin van deze overeenkomst niet onder stoornissen verstaan.

c Bij de uitoefening van de beroepswerkzaamheden wordt voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling tevens uitgegaan van een maximale arbeidsomvang van:

60 uur per week voor verzekerden tot de leeftijd van 50 jaar,

55 uur per week voor verzekerden, die in de leeftijdscategorie van 50 tot 55 jaar vallen,

50 uur per week voor verzekerden, vanaf 55 jaar.

Een arbeidsinbreng boven de gemelde maxima wordt niet in de beoordeling meegenomen.

d Onder arbeidsongeschiktheid in de zin van deze verzekering wordt niet verstaan, verlies of beperking van de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep en verlies van de gelegenheid tot het uitoefenen van het beroep, noch als direct noch als indirect gevolg van ziekte en/of ongeval.

e 1 Aan de hand van gegevens van door de verzekeraar aan te wijzen medische en/of andere deskundigen zal de verzekeraar de mate van de arbeidsongeschiktheid c.q. de herziening daarvan, alsmede de periode waarover zal worden uitgekeerd, vaststellen.

2 De verzekeraar deelt het aldus vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage schriftelijk mee aan de verzekerde respectievelijk de belanghebbende.

3 Als de verzekerde respectievelijk de belanghebbende zich met de door de verzekeraar vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid c.q. de herziening daarvan volgens lid 1 van dit artikel, niet kan verenigen, kan hij zijn bezwaar aan de verzekeraar kenbaar maken. Het bezwaar dient schriftelijk en nader gemotiveerd aan de verzekeraar kenbaar gemaakt te worden binnen zes maanden na de datum van de in lid 2 bedoelde mededeling. Op grond van dit bezwaar zal de verzekeraar de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid in heroverweging nemen. De verzekeraar zal de verzekerde respectievelijk de belanghebbende aansluitend schriftelijk mededeling doen van de al dan niet gewijzigde vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage.

4 Als na de in het voorgaande lid bedoelde heroverweging over de mate van arbeidsongeschiktheid tussen verzekerde respectievelijk de belanghebbende en de verzekeraar geen overeenstemming kan worden bereikt, zal de mate van de arbeidsongeschiktheid worden vastgesteld door een arbitragecommissie bestaande uit drie medici, die zullen oordelen als goede mannen naar billijkheid. Een van de medici wordt aangewezen door de verzekerde respectievelijk de belanghebbende, één door de verzekeraar. De derde arbiter wordt aangewezen door de beide andere arbiters gezamenlijk. Deze derde arbiter zal optreden als voorzitter van de arbitragecommissie. Als de aard van het geschil daartoe aanleiding geeft, kan de arbitragecommissie advies inwinnen van een deskundige.

5 De verzekerde respectievelijk de belanghebbende die niet instemt met het volgens het derde lid van dit artikel vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage, is verplicht om de arbitrage ter vaststelling van de aard of omvang van de arbeidsongeschiktheid aan te zeggen binnen één jaar na ontvangst van de in het derde lid van dit artikel bedoelde schriftelijke mededeling. De verzekeraar bevestigt de arbitrage binnen één maand nadat de aanzegging van arbitrage is ontvangen.

6 Ieder van de partijen is vervolgens verplicht om binnen één maand na de bevestiging haar arbiter te benoemen. De derde arbiter wordt benoemd binnen één maand nadat de beide andere arbiters zijn benoemd. Als een arbiter niet tijdig wordt benoemd, dan kan de meest gereede partij de benoeming verzoeken aan de voorzieningenrechter van de rechtbank van het arrondissement waar de verzekeraar gevestigd is.

7 De kosten van de arbitrage worden door elk der partijen voor de helft gedragen tenzij de arbitragecommissie anders beslist.

8 De verzekering geeft geen dekking, als de verzekerde de in dit artikel genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van de verzekeraar daardoor zijn geschaad.

4 UITKERINGEN

- a De uitkering bedraagt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
- | | |
|--------------------|-------------------------------------|
| 0 tot en met 24% | 0% van de verzekerde daguitkering |
| 25 tot en met 34% | 30% van de verzekerde daguitkering |
| 35 tot en met 44% | 40% van de verzekerde daguitkering |
| 45 tot en met 54% | 50% van de verzekerde daguitkering |
| 55 tot en met 64% | 60% van de verzekerde daguitkering |
| 65 tot en met 79% | 75% van de verzekerde daguitkering |
| 80 tot en met 100% | 100% van de verzekerde daguitkering |
- b De uitkering voor arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals die zijn neergelegd in het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT', dan wel handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, geschiedt conform het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' en het 'Protocol afwikkeling claims'. Het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' is op 6 januari 2005 gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam onder nummer 6/2005, en is opgenomen aan het einde van deze voorwaarden. Het 'Protocol afwikkeling claims' en de toelichting daarop zijn op 12 juni 2003 gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam onder nummer 79/2003.
- c Als de verzekerde twee jaar na het intreden van de arbeidsongeschiktheid aan inkomen in enig kalenderjaar, vermeerderd met de uitkeringen volgens deze verzekering en/of enige andere voorziening ter zake van inkomensderving door arbeidsongeschiktheid waarop hij recht kan doen gelden, meer zou ontvangen dan 100% van het referentie-inkomen vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid, heeft de verzekeraar het recht het meerdere in mindering te brengen op de uitkering volgens deze verzekering.
- Onder inkomen wordt in dit artikel verstaan:
- Inkomen als zelfstandig ondernemer/maat in een maatschap
Het aandeel in de winst uit onderneming, in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting, exclusief bijzondere baten en lasten.
 - Inkomen als Directeur-groootaandeelhouder (DGA)
Het aandeel in de winst van de BV's, in de zin van de Wet op de vennootschapsbelasting, waarvan de verzekerde DGA is, vermeerderd met het bruto jaarinkomen van de verzekerde uit arbeid in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting, exclusief bijzondere baten en lasten.
 - Inkomen uit loondienst
Het bruto jaarinkomen van de verzekerde uit arbeid in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting.
- Onder referentie-inkomen wordt in dit artikel verstaan, de som van de inkomens, zoals hierboven beschreven, van de drie jaar voorafgaande aan het jaar waarin de arbeidsongeschiktheid intrad, elk geïndexeerd tot het jaar waarin deze bepaling wordt toegepast, gedeeld door drie, tenzij er dringende redenen zijn om van deze regeling af te wijken, dit ter beoordeling van de verzekeraar. Voor de indexering zal gebruik gemaakt worden van het indexcijfer van de CAO-lonen per maand voor volwassenen (inclusief bijzondere uitkeringen) gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), naar de stand op de laatste werkdag van elke kalendermaand, of als deze cijfers niet meer gepubliceerd zouden worden een door het CBS daarvoor in de plaats gesteld indexcijfer.
- 5 **EIGEN RISICOTERMIJN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID**
- a De aanspraak op uitkering ter zake van arbeidsongeschiktheid gaat in na het verstrijken van de op het polisblad en clausulebladen vermelde eigen risicotermijn.
- b Deze termijn gaat in op de dag, volgend op de dag van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, mits door een bevoegd medicus vastgesteld.
- c
- 1 Bij een toename van de arbeidsongeschiktheid op grond van dezelfde oorzaak als een bestaande arbeidsongeschiktheid waarvoor ingevolge deze verzekering reeds uitkering wordt verleend, wordt voor deze toename de eigen risicotermijn niet in aanmerking genomen.
 - 2 Bij een toename van de arbeidsongeschiktheid op grond van een andere oorzaak dan de reeds bestaande arbeidsongeschiktheid, wordt voor deze toename de geldende eigen risicotermijn toegepast.

- d Voor het bepalen van de eigen risicotermijn worden perioden van arbeidsongeschiktheid van minimaal 25%, welke uit één en dezelfde oorzaak voortvloeien samengeteld als deze perioden elkaar met een onderbreking van minder dan 90 dagen opvolgen.

6 UITBETALING TER ZAKE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- a De verzekeringnemer is de gerechtigde tot de uitkering, tenzij anders overeengekomen en vermeld op het polisblad.
- b De betaling van de van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering zal telkens aan het einde van een kalendermaand plaatsvinden.
- c De verzekeraar houdt de wettelijke loonheffingen in op de uitkering als zij daartoe volgens wet- en regelgeving verplicht is en draagt deze af aan de Belastingdienst.
- d Over niet of niet tijdig in ontvangst genomen uitkeringen wordt geen rente vergoed.

7 VERJARING

- 7.1 Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door het verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot de uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daar van bekend is geworden.
- 7.2 De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen op de dag, volgende op die waarop de verzekeraar of de aanspraak erkent, of onduidelzinnig heeft meegedeeld de aanspraak af te wijzen.

8 PREMIEVRIJSTELLING

- Nadat gedurende een periode van twee jaar ononderbroken algehele en/of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van minimaal 25% heeft bestaan, wordt - zolang het recht op uitkering voortduurt - met ingang van het derde jaar van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verleend tot hetzelfde percentage als waarop de uitkering op dat moment is vastgesteld. Over de periode tot de eerstvolgende prolongatiedatum zal de premie per eerstvolgende prolongatiedatum naar evenredigheid worden gerestitueerd; in geval van herstel is vanaf de datum van geheel of gedeeltelijk herstel tot de eerstvolgende prolongatiedatum de premie naar evenredigheid verschuldigd.

9 KOSTEN VAN REACTIVERING

- a De arbeidsongeschikte verzekerde kan ten behoeve van diens reïntegratie in eigen dan wel andere beroepswerkzaamheden een beroep doen op bemiddeling door de verzekeraar. Als dit naar het oordeel van de verzekeraar noodzakelijk dan wel wenselijk wordt geacht, verbindt deze zich in dit kader de hiertoe benodigde inspanningen te verrichten, onder welke de begeleiding door een door de verzekeraar aan te wijzen deskundige.
- b De met goedkeuring van de verzekeraar gemaakte kosten, verbonden aan revalidatie, her- en omscholing, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van genees- en heilkundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden vergoed. Deze vergoeding vindt uitsluitend plaats voor zover daarop niet uit anderen hoofde aanspraak bestaat.

10 PREMIEBETALING

- a De premie en de kosten zijn bij vooruitbetaling door de verzekeringnemer verschuldigd.
- b Als de verzekeringnemer de premie niet binnen een termijn van dertig dagen nadat deze verschuldigd is geworden heeft voldaan en tevens in gebreke blijft de premie te voldoen binnen een termijn van 14 dagen nadat hij tot betaling van de premie is gemaand onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, wordt de dekking van de verzekering opgeschort. Gedurende de periode dat de dekking is opgeschort kan de verzekering door de verzekeraar op ieder moment worden opgezegd.
- c De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie alsnog te betalen.

- d Gedurende de in lid b bedoelde schorsing kunnen door verzekerde respectievelijk verzekeringnemer aan deze verzekering geen rechten worden ontleend.
- e Tenzij de verzekeraar de verzekering inmiddels heeft opgezegd, wordt de dekking wederom van kracht op de dag, volgend op de dag waarop de verschuldigde premie, de door de inning ontstane kosten en de rente aan de verzekeraar zijn voldaan, op voorwaarde dat de premie is voldaan binnen drie maanden na de vervaldatum. Als de premie niet is voldaan binnen drie maanden na de vervaldatum zal de schorsing slechts eindigen als de verzekeraar de verzekering opnieuw schriftelijk heeft geaccepteerd.
- f De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door haar verschuldigde uitkeringen aan de verzekeringnemer te verrekenen met openstaande premietermijnen.
- g 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.
- h Over het verzekeringsjaar waarin de overeengekomen eindleeftijd wordt bereikt, is geen premie verschuldigd.

11 ONDERHOUDSREGELING

- a Nadat de verzekering, gerekend vanaf de ingangsdatum, de daar op volgende datum van 1 april heeft gepasseerd, levert de verzekeraar een 'onderhoudsbrief'. In deze brief wordt de verzekeringnemer aangeboden om de verzekerde daguitkering aan te passen aan de inkomenssituatie die in dat jaar is bepaald naar aanleiding van de belastingaangifte over het inkomen van de verzekerde over het voorgaande jaar.
- b De verzekeringnemer heeft jaarlijks per 1 juli de mogelijkheid, de op dat moment verzekerde daguitkering tegen de geldende voorwaarden en tarieven, doch zonder medische waarborgen, te verhogen met ten hoogste 10%. Voor hogere aanpassingen worden gezondheidswaarborgen gevraagd.
- c Een verhoging dient aangevraagd te worden vóór 1 juli van het jaar, waarin de brief wordt ontvangen. Hierbij gelden de navolgende voorwaarden:
 - 1 de verzekerde dient vóór 1 juli bij de verzekeraar kenbaar te hebben gemaakt dat hij van de mogelijkheid tot verhoging gebruik wenst te maken;
 - 2 de verzekerde dient 90 dagen voorafgaand aan de verhogingsdatum zijnde 1 juli niet arbeidsongeschikt te zijn of te zijn geweest;
 - 3 de verhoging wordt door de verzekeraar getoetst aan de door de verzekeringnemer te overleggen inkomensgegevens en zal gemaximeerd (maximaal te verzekeren daguitkering) worden op grond van het bij de verzekeraar geldende acceptatiebeleid voor arbeids-ongeschiktheidsverzekeringen;
 - 4 Vanaf het jaar dat verzekerde de 55-jarige leeftijd bereikt, kan geen gebruik meer worden gemaakt van de onderhoudsregeling.
- d Heeft verzekeringnemer de verzekerde daguitkering als gevolg van onderhoud verlaagd, dan kan verzekeringnemer binnen drie jaar na het uitvoeren van die verlaging zonder medische waarborgen en selectie weer verhogen tot maximaal het niveau van de verzekerde daguitkering voor de verlaging, indien deze verhoging aansluit op de op dat moment geldende inkomenssituatie.
- e Als op de verzekering bijzondere bepalingen van toepassing zijn - deze staan vermeld op de polis en/of in aanhangsels - gelden deze ook voor de verhoging van de verzekerde daguitkeringen.

12 INDEXERING VAN DE VERZEKERDE UITKERING EN PREMIE

- a De verzekerde daguitkeringen en/of lopende uitkeringen worden jaarlijks geïndexeerd aan de hand van een indexcijfer. Onder indexcijfer wordt ten deze verstaan het landelijk indexcijfer van CAO-lonen, per maand inclusief bijzondere beloningen, van werknemers in het particuliere bedrijf, gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dan wel op basis van het door het CBS daarvoor in de plaats gestelde indexcijfer. Indexering geschiedt als volgt:
 - 1 ieder jaar wordt het laatst gepubliceerde indexcijfer gedeeld door het laatst gepubliceerde indexcijfer van het voorafgaande jaar. Het indexcijfer van de maand juli wordt hierbij als uitgangspunt genomen. Het hieruit voortvloeiende cijfer wordt hierna factor genoemd;

- 2 op de eerstvolgende prolongatiedatum, volgend op de vaststelling van de factor, worden de alsdan verzekerde daguitkeringen en/of lopende uitkeringen verhoogd door vermenigvuldiging van de verzekerde daguitkering of lopende uitkering met de factor.
- b Is het indexcijfer op de peildatum van enig jaar ten opzichte van dat, waaruit de vorige verhoging voortvloeide, naar het oordeel van de verzekeraar uitzonderlijk gestegen, dan kan de verzekeraar de verhoging beperken. Ten aanzien van lopende uitkeringen geldt dat de maximale stijging van de uitkeringen 3% bedraagt, hetgeen betekent dat de toe te passen factor wordt gemaximeerd op 1,03.
- c De verhoging van de verzekerde daguitkeringen en premie ingevolge de indexering zal aan de verzekeringnemer minimaal acht weken vóór de prolongatiedatum schriftelijk worden bekend gemaakt.
- d Als op de verzekering bijzondere bepalingen van toepassing zijn - deze staan vermeld op de polis en/of in aanhangsels - gelden deze ook voor de verhoging van de verzekerde daguitkeringen.
- e De verzekeringnemer kan de betaling van de ingevolge de indexering verschuldigde meerdere premie weigeren, waarvan hij de verzekeraar uiterlijk één maand vóór de prolongatiedatum schriftelijk dient kennis te geven. In dat geval blijven de eerder verzekerde daguitkeringen ongewijzigd en is de indexering over dat jaar blijvend vervallen.

13 WIJZIGING VAN HET BEROEP EN/OF VAN DE DAARAAN VERBODEN BEROEPSBEZIGHEDEN

- a Bij wijziging van de - indeling van de - beroepsbezigheden of wijziging van loondienst naar zelfstandige, maat dan wel DGA is de verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, verplicht onmiddellijk de verzekeraar hiervan schriftelijk in kennis te stellen.
- b Na ontvangst van deze kennisgeving zal de verzekeraar de verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, zo spoedig mogelijk doen weten of - en zo ja - tegen welke premie en op welke voorwaarden de verzekering kan worden voortgezet. De verzekering blijft onverminderd van kracht bij een wijziging van de beroepsbezigheden van de verzekerde, als deze naar het oordeel van de verzekeraar geen risicoverzwaren inhoudt. Heeft de wijziging van de beroepsbezigheden van de verzekerde risicoverzwaren tengevolge, dan kan de verzekeraar de voorwaarden en/of premie van de verzekering eenzijdig wijzigen, danwel de verzekering beëindigen. Als de verzekeringnemer met de wijziging van de voorwaarden en/of premie niet akkoord gaat dan heeft hij het recht binnen één maand na ontvangst van de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de kennisgeving van de wijziging van de beroepsbezigheden van de verzekerde heeft ontvangen, met restitutie van premie over de nog niet verstreken termijn van het lopende verzekeringsjaar.
- c Als verzuimd is van een risicowijziging overeenkomstig het bepaalde in lid a onmiddellijk aan de verzekeraar kennis te geven dan wel zolang de verzekeraar geen beslissing als bedoeld in lid b aan verzekering-nemer heeft bekend gemaakt, zal in geval van arbeidsongeschiktheid het volgende gelden:
 - 1 als de risicowijziging naar het oordeel van de verzekeraar geen risicoverzwaren inhoudt, vindt normaal uitkering plaats;
 - 2 als de risicowijziging naar het oordeel van de verzekeraar leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, dan zal uitkering plaatsvinden met inachtneming van deze bijzondere bepalingen en in de verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe door de verzekeraar nodig geoordeelde premie;
 - 3 als de risicowijziging van dien aard is, dat de verzekeraar de verzekering niet zou hebben voortgezet als zij van de ware stand van zaken kennis had gedragen, bestaat geen recht op uitkering.
- d Als de verzekering als gevolg van het voorgaande komt te vervallen zal de premie over de nog niet verstreken termijn tot de eerstvolgende premievervaldatum worden gerestitueerd.

14 ANDERE RISICOWIJZIGINGEN

- De verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, is te allen tijde verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar kennis te geven wanneer:
 - de verzekerde langer dan 90 dagen in het buitenland zal verblijven;

- de verzekerde, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;
- aan de verzekeringnemer surséance van betaling is verleend, danwel een schuldsaneringsregeling of faillissement is aangevraagd.

In deze gevallen heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden en/of premie te stellen, in welk geval de verzekeraar deze zo spoedig mogelijk aan verzekeringnemer zal doen weten, danwel de verzekering te beëindigen met restitutie van premie over de nog niet verstreken betalingstermijn.

15 VERPLICHTINGEN

- a De verzekeringnemer is verplicht de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, zo spoedig mogelijk, doch binnen 10 dagen na het ontstaan daarvan schriftelijk op te geven aan de verzekeraar. Overschrijding van vorenbedoelde termijn heeft verlies van het recht op uitkering ten gevolge, tenzij deze overschrijding genoegzaam voor de verzekeraar wordt gerechtvaardigd en als de verzekeraar in haar belangen niet is geschaad. In geen geval bestaat recht op uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, waarvan eerst na herstel wordt kennis gegeven.
- b In geval van arbeidsongeschiktheid is de verzekerde verplicht:
- 1 zich onverwijld onder behandeling van een geregistreerd geneeskundige te stellen, onder behandeling te blijven, alle voorschriften nauwkeurig op te volgen en alles na te laten wat een spoedig herstel zou kunnen vertragen of verhinderen;
 - 2 al het mogelijke te doen wat een spoedig herstel zou bevorderen, waaronder begrepen het mede naar aanleiding van therapeutische suggesties ondergaan van onderzoeken en/of behandelingen die berusten op algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen;
 - 3 zich op kosten van de verzekeraar door een door haar aangewezen geneeskundige te laten onderzoeken ter plaatse waar deze dit onderzoek wenst in te stellen, waarbij onder kosten uitsluitend wordt verstaan het honorarium van de geneeskundige, alsmede de kosten van vervoer door de Nederlandse Spoorwegen in de eerste klasse;
 - 4 aan de verzekeraar of aan door haar aangewezen deskundige(n) alle, door haar nodig geoordeelde gegevens, inclusief de medische voorgeschiedenis van de verzekerde, naar waarheid te verstrekken of te doen verstrekken en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid of van de uitkeringen van belang zijn;
 - 5 de verzekeraar te machtigen om bij verzekeringnemer en derden inlichtingen in te winnen;
 - 6 zich op kosten van de verzekeraar voor een onderzoek te laten opnemen in een door haar aan te wijzen ziekenhuis of andere erkende medische inrichting;
 - 7 tijdig overleg te plegen met de verzekeraar teneinde eventueel toestemming te verkrijgen voor enig verblijf in het buitenland;
 - 8 als de verzekerde buiten Nederland arbeidsongeschikt wordt onverwijld naar Nederland terug te keren zodra de omstandigheden dit toelaten.
De mate van arbeidsongeschiktheid en de aanspraak op uitkering zullen na terugkeer in Nederland worden vastgesteld. Het aanvangstijdstip van de arbeidsongeschiktheid zal genoegzaam voor de verzekeraar aangetoond moeten worden;
 - 9 de verzekeraar terstond op de hoogte te stellen van het geheel of gedeeltelijk herstel van de arbeidsongeschiktheid;
 - 10 zich te onthouden van handelingen of van het nalaten van handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar kunnen worden geschaad.
- c Voor het geval de arbeidsongeschiktheid te wijten is aan (een) derde(n), verplichten de verzekeringnemer en de verzekerde zich door acceptatie van de polis reeds nu voor alsdan tot het aan de verzekeraar op haar eerste verzoek overdragen van de verhaalsrechten die zij in verband met de veroorzaking van de arbeidsongeschiktheid jegens (een) derde(n) hebben of zullen verkrijgen.
- d De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar op de hoogte te stellen van de uitkeringsbeschikkingen van de UWV. De verzekeringnemer dient daartoe een kopie van de beschikkingen van de UWV aan de verzekeraar ter inzage te geven.
- e Bij niet tijdige of niet volledige nakoming van één of meer verplichtingen, zoals vermeld in de leden a t/m d van dit artikel en/of enige andere verplichting uit deze voorwaarden, alsmede in

geval de gevraagde informatie niet is ontvangen, kan geen aanspraak op uitkering worden gemaakt wanneer de verzekeraar door de hiervoor genoemde niet of niet volledige of niet tijdige nakoming in haar belangen is geschaad.

16 UITSLUITINGEN

- a Geen uitkering c.q. premievrijstelling geschiedt als de arbeidsongeschiktheid of de toeneming daarvan, geheel of gedeeltelijk, direct of indirect, een gevolg is van:
- 1 opzet of grove schuld, hetzij van de verzekerde, hetzij van enige bij de verzekering belanghebbende, waaronder begrepen poging tot zelfmoord c.q. zelfdoding, vrijwillige verminking, overmatig gebruik van alcohol, gebruik van genees-, narcose- of andere bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen, anders dan op medisch voorschrift;
 - 2 een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of mouterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland zijn gedeponereerd bij de Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage op 2 november 1981, tenzij de arbeidsongeschiktheid is ontstaan of toegenomen als rechtstreeks gevolg van zijn wettelijke of uit zijn ambt voortvloeiende verplichting tot redding of hulpverlening. Als de omstandigheden aannemelijk maken, dat de arbeidsongeschiktheid is ontstaan of toegenomen door een of meer van genoemde gebeurtenissen, zal de verzekeraar niet tot uitkering verplicht zijn, tenzij de verzekeringnemer c.q. verzekerde bewijst dat de arbeidsongeschiktheid niet daardoor is ontstaan of toegenomen;
 - 3 atoomkernreacties en/of nucleaire reacties - hetzij direct, hetzij indirect veroorzaakt - alsmede de daarbij gevormde splitsingsproducten, anders dan bij toegepaste medische behandeling van de verzekerde. Deze uitsluiting is niet van toepassing op isotopen, gebruikt voor medische en/of technische doeleinden, voor zover deze in het algemeen onder dezelfde omstandigheden zouden worden toegepast tijdens het bevoegd uitoefenen van het beroep van verzekerde;
 - 4 het deelnemen met vliegtuigen aan wedstrijden, acrobatiek en recordpogingen, alsmede het deelnemen aan voorbereidende tests en het invliegen van vliegtuigen;
 - 5 In de polis vermelde uitsluitingen.
- b Geen recht op uitkering bestaat gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd. Dit betekent in elk geval dat geen recht op uitkering bestaat tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

17 AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- a De verzekering neemt een aanvang op de in het polisblad vermelde ingangsdatum. De verzekering wordt aangegaan voor een duur van één jaar en daarna steeds verlengd met dezelfde duur.
- b De verzekering eindigt:
- 1 aan het eind van het kalenderjaar, waarin de verzekerde de overeengekomen indleeftijd heeft bereikt;
 - 2 op de dag, volgend op de dag van overlijden van de verzekerde;
 - 3 na opzegging door de verzekeringnemer, waarbij een opzegtermijn van één maand wordt aangehouden. Opzegging is dagelijks mogelijk nadat de verzekering één jaar heeft bestaan.
 - 4 direct, als de verzekerde zich metterwoon buiten Nederland vestigt;
 - 5 direct, als de verzekeraar zich beroept op het niet-nakomen van de mededelingsplicht, door de verzekeringnemer of de verzekerde, met de opzet de verzekeraar te misleiden of indien de verzekeraar bij kennis van de ware omstandigheden de verzekering niet zou hebben gesloten;
 - 6 direct, bij het opzettelijk verstrekken van onjuiste informatie met de opzet de verzekeraar te misleiden;
 - 7 per de dag waarop beëindiging door de verzekeringnemer of de verzekeraar ingevolge deze voorwaarden of op grond van wettelijke bepalingen mogelijk is.
- Bij beëindiging van de verzekering vervalt elk recht op uitkering.

18 HERZIENING VAN DE PREMIE EN DE VOORWAARDEN

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

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.

De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringnemer geldt niet als:

- a de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, welke een directe relatie met en consequenties voor de onderhavige verzekering hebben;
- b de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- c de wijziging een uitbreiding van de dekking met niet een hogere premie inhoudt;
- d de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld.

19 AANSPRAKELIJKHEID BELASTINGEN EN REVISIERENTE

Als de verzekeraar op grond van artikel 44a Invorderingswet 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 uitkering tot het beloop van de fiscale aanspraak op te schorten respectievelijk de fiscale aanspraak met de uitkering te verrekenen.

20 ADRES

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatst bij de verzekeraar bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt.

21 VERPANDING/VERVREEMDING

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

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 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 aanneemelijk 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 aanneemelijk 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 verzekeringsovereenkomsten 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 verzekeringsovereenkomsten 1993, en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsovereenkomsten 1993, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsovereenkomst uit te oefenen.

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 terrorisme-risico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogens-opbouw 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 verzekeringsovereenkomsten 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsovereenkomstdekking 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 gedeponereerd 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 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 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.