

ALGEMENE VOORWAARDEN
AOV Kleinbedrijf

polis 3375

Artikel 1 - Definities

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 de maatschappij:

N.V. Noordhollandse van 1816, Algemene Verzekeringsmaatschappij;

1.2 de verzekeringnemer:

degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan;

1.3 de verzekerde:

degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden recht bestaat;

1.4 AAW:

Algemene Arbeidsongeschiktheidswet;

1.5 WAZ:

Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen;

1.6 rubriek A:

het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, gedurende de periode van 52 weken waarover geen recht op uitkering bestaat krachtens de WAZ;

1.7 rubriek B:

de periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, voor zover deze arbeidsongeschiktheid voortduurt na het verstrijken van de in artikel 1.6 bedoelde 52 weken;

1.8 verzekerde jaarrente:

het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld.

Artikel 2 - Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid. Een en ander met inachtneming van het bepaalde in de volgende artikelen.

Artikel 3 - Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de maatschappij verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in aanvraagformulier(en), gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekeringnemer en/of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de terzake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op vernietigbaarheid van de overeenkomst te beroepen.

Artikel 4 - Arbeidsongeschiktheid volgens rubriek A

Van arbeidsongeschiktheid volgens rubriek A is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot een 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, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd.

In geval van ziekte dient een directe relatie te bestaan met objectief medisch vast te stellen stoornissen, waardoor de verzekerde voor tenminste 80% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. De maatschappij stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportage van door de maatschappij aangewezen deskundigen.

Artikel 5 - Uitkeringen krachtens rubriek A

5.1

Mits de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 4 voorziet de verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, indien de verzekerde nog geen recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ, alsmede indien hij wegens toegenomen arbeidsongeschiktheid voor wat de toeneming betreft eerst na 52 weken recht kan doen gelden op een verhoogde WAZ-uitkering.

5.2

Indien er sprake is van een normaal verlopende zwangerschap wordt gedurende 16 weken, te beginnen 6 of 8 weken (dit naar keuze van de verzekerde) voor de vermoedelijke bevallingsdatum, een uitkering verleend op basis van 100% van de verzekerde rente voor rubriek A.

Verzekerde dient de zwangerschap uiterlijk drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan de maatschappij te melden door middel van een medische verklaring waarin deze datum staat vermeld.

Geen recht op uitkering bestaat:

- indien uitsluitend rubriek A verzekerd is;
- indien de bevalling binnen een jaar na de ingangsdatum van de verzekering plaatsvindt.

Het bepaalde in artikel 13.3 is onverkort van kracht.

5.3

Indien de verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien deze uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, voorziet deze verzekering in een uitkering gedurende een aaneengesloten periode van ten hoogste 365 dagen. Echter indien in dit geval bij verzekerde sprake is van blijvende arbeidsongeschiktheid op grond van artikel 4, maar er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid op grond van artikel 7 en verzekerde reeds gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen een uitkering krachtens rubriek A heeft genoten, zal bij

eventuele volgende aanspraken op uitkeringen het percentage arbeidsongeschiktheid uitsluitend bepaald worden op grond van artikel 7.

In deze gevallen worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen, samengeteld.

5.4

Ten aanzien van de in artikel 5.1, 5.2 en 5.3 omschreven termijnen en dekkingen is de in artikel 6 en op het polisblad omschreven eigen-risicotermijn volgens rubriek A onverkort van kracht.

Artikel 6 - Eigen-risicotermijn volgens rubriek A

De eigen-risicotermijn volgens rubriek A is de periode waarover geen recht op een uitkering krachtens deze rubriek bestaat. Deze termijn vangt aan op de dag volgende op die waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.

De eigen-risicotermijn wordt slechts eenmaal in aanmerking genomen voor perioden van (toegenomen) arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen.

Artikel 7 - Arbeidsongeschiktheid volgens rubriek B

Van arbeidsongeschiktheid volgens rubriek B is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot een 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, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd.

In geval van ziekte dient een directe relatie te bestaan met objectief medisch vast te stellen stoornissen, waardoor de verzekerde voor tenminste 80% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd.

Wel wordt rekening gehouden met het verrichten van werkzaamheden binnen zijn eigen bedrijf, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd.

De maatschappij stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportage van door de maatschappij aangewezen deskundigen.

Artikel 8 - Uitkeringen krachtens rubriek B

8.1

Mits de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 7 voorziet de verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, indien en zodra verzekerde recht kan doen gelden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ.

8.2

Indien de verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien deze uitkering door de krachtens deze wet ingestelde uitvoeringsorganen wordt geweigerd, gaat de uitkering eerst in zodra de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen, samengeteld.

8.3

De onder artikel 8.1 en 8.2 genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen eigen-risicotermijn.

Artikel 9 - Eigen-risicotermijn volgens rubriek B

De eigen-risicotermijn volgens rubriek B is de periode waarover blijkens het polisblad geen recht op een uitkering krachtens deze rubriek bestaat.

Deze termijn vangt aan op de dag dat de verzekeringnemer recht verkrijgt op een uitkering krachtens rubriek B. Voor het bepalen van de eigen-risicotermijn worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 30 dagen, samengeteld.

Artikel 10 - Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering volgens rubriek B

10.1

Indien de verzekering volgens rubriek B, hetzij door verzekeringnemer, hetzij door de maatschappij anders dan wegens de in artikel 26 genoemde redenen, wordt beëindigd, geschiedt dit onverminderd de rechten terzake van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid voor zover de na de beëindiging bestaande arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door een reeds vóór het beëindigen ingetreden ziekte respectievelijk overkomen ongeval.

10.2

Een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid wordt alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

Artikel 11 - Vergoeding van de kosten van revalidatie in rubriek B

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

Artikel 12 - Vergoeding van kosten van her- of omscholing in rubriek B

De met voorafgaande goedkeuring van de maatschappij gemaakte kosten verbonden aan her- of omscholing, tot doel hebbend het (gedeeltelijk) herstel van het arbeidsvermogen, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk worden vergoed. Deze vergoeding vindt plaats voor zover daarop niet uit anderen hoofde aanspraak bestaat.

Artikel 13 - Uitsluitingen

13.1

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

- a. door opzet of grove schuld van de verzekerde of van 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 verzekerde overkomen ongeval, waarbij de maatschappij op grond van de verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
- c. door gebruik van geneesmiddelen, alcohol, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen, tenzij het gebruik overeenkomt met het medisch voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing heeft gehouden;

- 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 voorgescreven;
- e. hetzij direct, hetzij indirect door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muerij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars d.d. 2 november 1981 ter griffie van de arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd onder nummer 136/1981.

13.2

Voorts wordt geen uitkering verleend voor arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door, opgetreden bij, of voortvloeiend uit een atoomkernreactie, behalve ingeval de arbeidsongeschiktheid tot werken voortvloeit uit een onjuiste medische behandeling van de verzekerde met radio-actieve straling.

13.3

Onverkort de in artikel 5.2 omschreven uitkering in geval van zwangerschap bestaat ten aanzien van arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door complicaties bij zwangerschap of bevalling alleen recht op uitkering indien daaruit een arbeidsongeschiktheid van 80% of meer voortvloeit.

Indien er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid, ten gevolge van complicaties bij zwangerschap of bevalling, ten tijde van de in artikel 5.2 omschreven uitkering, zal gedurende deze periode nimmer meer dan 100% van de voor rubriek A verzekerde jaarrente worden uitgekeerd onder aftrek van de eigen-risicotermijn.

Artikel 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 en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
- b. zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigen-risicotermijn, of, indien deze termijn langer is dan 30 dagen, binnen 30 dagen aan de maatschappij mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;
- c. zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aan te wijzen arts te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
- d. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door de maatschappij aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts 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;
- e. de maatschappij desgewenst te machtigen tot het opvragen van rapporten, beslissingen en verdere informatie, bij de bedrijfsvereniging(en) en/of andere tot de toekenning of bepaling van een door en/of voor verzekerde aangevraagde WAZ-uitkering toegelaten (overheid)instantie(s), inzake de behandeling van een door of voor verzekerde aangevraagde WAZ-uitkering;
- f. de maatschappij terstond op de hoogte te brengen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroeps werkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid;

- g. op verzoek van de maatschappij medewerking te verlenen aan her- of omscholing;
- h. zich te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad.

14.2

De verzekeringnemer is gehouden de onder artikel 14.1 b., d., e., f. en h. 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, indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad.

Artikel 15 - Vaststelling van de uitkering

De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering worden door de maatschappij vastgesteld aan de hand van gegevens van door haar aangewezen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens aan verzekeringnemer mededeling gedaan.

Indien de verzekeringnemer niet binnen één jaar zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.

Artikel 16 - Omvang van de uitkering

16.1

Met inachtneming van het elders in deze polis en op het polisblad bepaalde bedraagt de uitkering bij 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.

16.2

Indien de arbeidsongeschiktheid gedurende de uitkeringsperiode volgens rubriek B toeneemt en de verzekerde in verband met de wachttijd van 52 weken bedoeld in de WAZ, ingevolge deze wet geen recht op een verhoogde uitkering kan doen gelden, wordt het uitkeringspercentage gehandhaafd op het percentage dat bestond vóór de toeneming van de arbeidsongeschiktheid, uiterlijk totdat verzekerde bedoeld recht op een verhoogde WAZ-uitkering kan doen gelden.

16.3

Indien rubriek A is meeverzekerd, bestaat gedurende de in artikel 16.2 genoemde WAZ-wachttijd voor de mate waarin de arbeidsongeschiktheid is toegenomen recht op een uitkering krachtens rubriek A.

Van de verzekerde jaarrente volgens rubriek A wordt alsdan uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage volgens de in artikel 16.1 opgenomen tabel behorende bij de nieuwe mate van arbeidsongeschiktheid en dat behorende bij de oorspronkelijke mate van arbeidsongeschiktheid. De aldus bepaalde aanvullende uitkering vindt plaats met inachtneming van de eigen-risicotermijn, als omschreven in artikel 6.

Artikel 17 - Betaling van de uitkering

Met inachtneming van het in deze polis bepaalde is in geval van arbeidsongeschiktheid een periodieke uitkering verschuldigd, welke bij volledige arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt. De berekening van door de maatschappij uit te keren termijnen geschiedt telkens over

een periode van één maand. De uitbetaling geschiedt aan de verzekeringnemer en vindt zo spoedig mogelijk plaats na het verstrijken van deze periode.

Artikel 18 - Vervaltermijn

18.1

Heeft de maatschappij ten aanzien van de vordering van een rechthebbende uit de polis een definitief standpunt ingenomen, hetzij door het afwijzen van de vordering, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, dan vervalt na 1 jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de rechthebbende of de gemachtigde van dit standpunt kennis kreeg, ieder recht ten opzichte van de maatschappij terzake van het schadegeval waarop de vordering was gegrond, tenzij verzekeringnemer binnen die termijn het standpunt van de maatschappij heeft aangevochten.

18.2

Onverminderd het bepaalde in artikel 18.1 vervalt het recht op uitkering in elk geval, indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen drie jaar na de gebeurtenis die voor de maatschappij tot een verplichting tot uitkering kan leiden.

Artikel 19 - Einde van de uitkering

De uitkering eindigt:

1. op de dag waarop de verzekering niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze polis;
2. per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand, waarin verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
3. in geval van overlijden van de verzekerde:
per de eerste dag van de derde maand volgend op de maand van overlijden.
Indien de verzekerde tevens verzekeringnemer was, geschieden de uitkeringen na overlijden aan de echtgeno(o)t(t)e van verzekerde dan wel aan de partner van verzekerde indien hij daarmee duurzaam samenwoonde, en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van verzekerde;
4. op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het artikel 10 bepaalde;
5. indien de maatschappij een beroep doet op het bepaalde in artikel 14.3.

Elk recht op uitkering vervalt, indien de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken.

Artikel 20 - Premiebetaling

20.1 Premiebetaling in het algemeen

De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd worden.

20.2 Niet(-tijdige) betaling

Indien de verzekeringnemer het totaal verschuldigde bedrag weigert te betalen, dan wel de in 20.1 gestelde termijn van dertig dagen verstrijkt zonder dat het verschuldigde is betaald, wordt de dekking opgeschort. Een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is niet vereist. De opschorting wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover het totaalbedrag verschuldigd is.

De verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en aangenomen. Gedurende de opschorting is de maatschappij bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

20.3 Terugbetaling

Bij tussentijdse opzegging wordt de lopende premie naar billijkheid verminderd. Bij beëindiging wegens opzet de maatschappij te misleiden zal geen restitutie van premie worden verleend.

20.4 Verrekening

In geval van een reeds krachtens de verzekering ingegane uitkering kunnen de nog niet betaalde premies en kosten in mindering worden gebracht op de uitkering indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen.

Artikel 21 -Premievrijstelling in verband met arbeidsongeschiktheid

Zodra de verzekeringnemer uitkering van de maatschappij ontvangt krachtens rubriek B wordt premievrijstelling verleend voor zowel de premie voor rubriek A als voor de premie voor rubriek B, evenredig aan het uitkeringspercentage. In geval dit uitkeringspercentage zich wijzigt tijdens de periode van premievrijstelling verleent de maatschappij een aanvullende premievrijstelling, dan wel brengt zij het meerdere alsnog in rekening. De verzekeringnemer dient laatstbedoelde premie te voldoen op de 30ste dag nadat deze verschuldigd wordt.

Artikel 22 - Wijziging van premie en/of voorwaarden

De maatschappij 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 die groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum.

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

De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt uitgenodigd hiermee uitdrukkelijk in te stemmen. Indien hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn uitdrukkelijk het tegendeel heeft bericht, vervalt de verzekering per de datum in de kennisgeving door de maatschappij genoemd. De mogelijkheid tot weigering geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
- de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit een vooraf overeengekomen jaarlijkse premie-aanpassing.

Artikel 23 - Verplichtingen bij wijziging van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden

23.1

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de maatschappij terstond kennis te geven, wanneer de verzekerde zijn beroep, als op het polisblad vermeld, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer de aan het beroep verbonden werkzaamheden en/of bedrijfsvoering een verandering ondergaan. Indien de verzekerde ophoudt zijn beroep en/of bedrijfsvoering daadwerkelijk uit te oefenen, anders dan in verband met door de maatschappij erkende arbeidsongeschiktheid, heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen.

Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aan dat beroep verbonden werkzaamheden verandering ondergaan, zal de maatschappij beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaren inhoudt.

Indien dit het geval is heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

Indien de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet accoord gaat, heeft hij het recht, binnen één maand na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

23.2

Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden, zal de maatschappij, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaren inhoudt. Indien er geen sprake is van risicoverzwaren blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Indien er wel sprake is van een 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 is verschuldigd.

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

Artikel 24 - Verplichtingen bij andere wijziging(en)

24.1

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij tijdig vooraf te informeren, wanneer de verzekerde voor een periode van langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt.

24.2

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij terstond kennis te geven, wanneer:

- a. de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
- b. de verzekeringnemer of de verzekerde dan wel zijn bedrijf failliet is verklaard, respectievelijk aan hem of aan zijn bedrijf surséance van betaling is verleend;
- c. de verzekeringnemer geen of minder verzekerbaar belang heeft bij hetgeen is verzekerd.

De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de maatschappij in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt. In de hier genoemde gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

Indien de verzekeringnemer met de verhogingen van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen één maand na ontvangst van de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen.

De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Artikel 25 - Overdracht van rechten

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

Artikel 26 - Einde van de verzekering

Onverminderd het elders in deze voorwaarden omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering bepaalde, eindigt de verzekering:

1. op de contractsvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voor deze datum de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd;
2. zodra de overeengekomen einddatum is bereikt;
3. op de datum van het overlijden van de verzekerde;
4. indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Artikel 27 - Optie

De verzekeringnemer heeft het recht eenmaal in de drie jaar de op dat moment verzekerde bedragen zonder medische waarborgen te verhogen met 15% mits:

- het verzoek minimaal een maand voor de hoofdpremievervaldag is gedaan;
- de verzekerde de 55-jarige leeftijd nog niet heeft bereikt;
- de verzekerde niet arbeidsongeschikt is of arbeidsongeschikt is geweest in de periode van drie maanden voorafgaande aan het verzoek tot verhoging;
- inkomensgegevens worden overgelegd.

Indien aan deze voorwaarden is voldaan zal de verhoging per de hoofdpremievervaldag worden doorgevoerd. De verhoging kan door de maatschappij worden gemaximeerd, indien de verzekerde bedragen na verhoging boven de in de geldende acceptatieregels gehanteerde grenzen komen.

Het optierecht tot verhoging van de verzekerde bedragen vervalt indien er na verloop van twee opeenvolgende termijnen van drie jaar geen gebruik van is gemaakt.

Artikel 28 - Ongevallendekking

De verzekeringnemer kan aanspraak maken op een ongevallendekking met inachtneming van het navolgende.

28.1 Ongeval

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

28.2 Blijvende invaliditeit

Onder blijvende invaliditeit wordt verstaan blijvend geheel of gedeeltelijk functieverlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde, zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde. De wijze van vaststelling van blijvende invaliditeit wordt nader omschreven in de artikelen 28.5 en 28.6.

28.3 Insluïtingen

In aansluiting op de in artikel 28.1 (ongeval) gestelde begripsomschrijving wordt onder een ongeval tevens verstaan:

28.3.1

acute vergiftiging ten gevolge van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen of alcohol, en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;

28.3.2

besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, indien 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 zaken;

28.3.3

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;

28.3.4

verstuijing, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen;

28.3.5

verstikking, verdrinking, bevrozing, zonnesteek, hitteberoerte;

28.3.6

uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;

28.3.7

wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel;

28.3.8

complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling.

28.4 Recht op uitkering

28.4.1 Recht op uitkering bij overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt het voor overlijden verzekerde bedrag van 1x de verzekerde A-jaarrente uitgekeerd.

Indien geen A-rente is verzekerd zal 1x de B-jaarrente, vermeerderd met 70% van de op dat moment van toepassing zijnde maximale WAZ-uitkering, worden uitgekeerd.

Indien terzake van hetzelfde ongeval een uitkering wegens blijvende invaliditeit is verleend, wordt deze in mindering gebracht op de voor overlijden verschuldigde uitkering.

Terugvordering van een reeds verrichte uitkering zal niet plaatsvinden.

28.4.2 Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit

In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt het voor overlijden verzekerde bedrag van 1x de verzekerde A-jaarrente uitgekeerd. Indien geen A-rente is verzekerd zal 1x de B-jaarrente, vermeerderd met 70% van de op dat moment van toepassing zijnde maximale WAZ-uitkering, worden uitgekeerd. Mocht de verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit zijn overleden 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 graad van invaliditeit, indien de verzekerde niet zou zijn overleden.

28.5 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

28.5.1 Wijze van vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld in Nederland door middel van medisch onderzoek. Aan de medicus zal worden gevraagd:

1. in het geval van artikel 28.6.1.1:
het percentage functieverlies van een bepaald lichaamsdeel of orgaan;

2. in geval van artikel 28.6.1.2:
het percentage functieverlies van het lichaam als geheel.

De bepaling van het percentage functieverlies geschiedt volgens objectieve maatstaven, en wel overeenkomstig de derde uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.).

28.5.2 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op basis van het functieverlies zonder rekening te houden met uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen. Indien inwendige kunst- of hulpmiddelen zijn geplaatst, wordt met het daardoor verkregen geringere functieverlies wel rekening gehouden.

28.5.3 Termijn voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald, zodra van een onveranderlijke toestand kan worden gesproken, tenzij tussen verzekerde en de maatschappij een expliciete termijn wordt overeengekomen. In dat geval kan de maatschappij de verzekerde tegemoet komen met een voorschot.

28.6 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

28.6.1 Vaststelling van het uitkeringspercentage

Aan de hand van het door de medicus bepaalde percentage functieverlies wordt een uitkeringspercentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag vastgesteld als volgt.

1. Bij volledig functieverlies van:

het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
het gezichtsvermogen van één oog	30%
maar als de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog	70%
het gehoor van beide oren	60%
het gehoor van één oor	25%
maar als de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het gehoor van het andere oor	35%
een arm	75%
een hand	60%
een duim	25%
een wijsvinger	15%
een middelvinger	12%
een ringvinger	10%
een pink	10%
een been	70%
een voet	50%
een grote teen	5%
een andere teen	3%
de milt	5%
de smaak en/of de reuk	10%

Wanneer er sprake is van gedeeltelijk functieverlies van één of meer van de hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen, wordt een evenredig deel uitgekeerd.

Ingeval van functieverlies van de smaak en/of de reuk wordt uitsluitend uitgekeerd indien dit functieverlies 100% bedraagt.

Bij volledig functieverlies van meer dan één vinger van een hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij het verlies van de gehele hand.

2. Voor alle blijvende (geheel of gedeeltelijk) invaliditeitsgevallen anders dan genoemd in artikel 28.6.1 zal een percentage worden vastgesteld dat de mate van blijvende invaliditeit aangeeft, dat het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

3. Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit blijven het beroep en/of de bezigheden van verzekerde buiten beschouwing.

28.6.2 Cumulatie van uitkeringen

In geval van één of meer ongevallen, tijdens de duur van deze verzekering de verzekerde overkomen, zal de som van alle uitkeringen terzake van blijvende invaliditeit tezamen, het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag niet te boven gaan.

28.6.3 Rentevergoeding

Indien één jaar nadat het ongeval bij de maatschappij is gemeld, de mate van blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld omdat de medische eindtoestand nog niet is bereikt, vergoedt de maatschappij over het uit te keren bedrag een rente van 5% op jaarbasis vanaf de 366e dag na de schade-aanmelding. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

28.7 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

28.7.1

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkering uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.

28.7.2

De beperking onder artikel 28.7.1 is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor de maatschappij reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

28.7.3

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

28.7.4

Indien reeds vóór een ongeval een functieverlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitkering voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

28.8 Uitsluitingen

De maatschappij is niet tot enige uitkering verplicht terzake van:

28.8.1

ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een andere bij de uitkering belanghebbende;

28.8.2

ongevallen in verband met het door de verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;

28.8.3

ongevallen tengevolge van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was ter juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

28.8.4

ongevallen ontstaan als gevolg van een ziekelijke toestand of als gevolg van lichamelijke of geestelijke afwijkingen van verzekerde, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is;

28.8.5

psychische aandoeningen, van welke aard of oorzaak ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;

28.8.6

ongevallen verbandhoudende met het onder invloed zijn van alcoholhoudende dranken, tenzij de verzekerde/begunstigde aantoon dat de verzekerde ten tijde van het ongeval minder dan 0,8 ‰ alcohol in zijn bloed had, dan wel indien het adem alcoholgehalte lager was dan 350 microgram;

28.8.7

ongevallen waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;

28.8.8

ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende peesschedeontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, zweepschlag (coup de fouet), periartitis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis), of golversarm (epicondylitis medialis);

28.8.9

de gevolgen van door de verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder de polis gedekt ongeval dat deze behandeling noodzakelijk maakte;

28.8.10

ongevallen de verzekerde overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc. of meer, indien hij de leeftijd van 23 jaar nog niet heeft bereikt;

28.8.11

ongevallen die verband houden met het gebruik maken van een motorvliegtuig, alsmede sportvliegen, deltavliegen, zeilvliegen en dergelijke;

28.8.12

ongevallen welke het gevolg zijn van het:

- maken van bergtochten over gletschers, tenzij onder leiding van een erkende gids;
- klettern, ski-alpinisme, skispringen, ski-bob, ski-zeilen, bobsleeën, rodeln en skeleton;
- deelnemen aan en training voor wedstrijden met motorrijtuigen, motorboten en (brom)fietsen, indien in die wedstrijden het snelheidselement overheerst;
- beoefenen van sport als (neven)beroep;

28.8.13

ongevallen waarover verzekerde een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan;

28.8.14

ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door - hetzij direct, hetzij indirect - gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981;

28.8.15

ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij, of voortvloeiende uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe de reactie is ontstaan,

behalve ingeval de schade voortvloeit uit een onjuiste medische behandeling (met inachtneming van bepaalde in artikel 28.8.9) van verzekerde met een radio-actieve straling.

28.9 Verplichtingen bij een ongeval

28.9.1 Termijnen van aanmelding

1. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 30 dagen, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op een uitkering als bedoeld in artikel 28.4 zou kunnen ontstaan.

Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan uitsluitend ten aanzien van de in artikel 28.4.2 bedoelde uitkering niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits door verzekerde/begunstigde wordt aangetoond dat:

- de blijvende invaliditeit uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
- de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid zijn vergroot;
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.

2. In geval van overlijden (uitkering als bedoeld in artikel 28.4.1) is de verzekeringnemer of de begunstigde verplicht de maatschappij hiervan tenminste 48 uur vóór de begrafenis of de crematie in kennis te stellen.

28.9.2 Verplichtingen in geval van overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval is de begunstigde verplicht desgevraagd medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

28.9.3 Verplichtingen van verzekerde na een ongeval

De verzekerde is verplicht:

1. zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daar onder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;
2. zich herstelbevorderend te gedragen door tenminste de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
3. zich desgevraagd op kosten van de maatschappij te laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
4. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan de door haar aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn;
5. tijdig de maatschappij in kennis te stellen bij vertrek naar het buitenland.

28.9.4 Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in artikel 28.9.2 en 28.9.3 genoemde verplichtingen.

28.9.5 Sanctiebepaling

De verzekering geeft geen dekking, indien de verzekerde, de begunstigde en/of de verzekeringnemer zijn verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad.

28.10 Begunstiging

28.10.1

In geval van overlijden van de verzekerde als gevolg van een ongeval zal de uitkering geschieden aan de verzekeringnemer of indien de verzekerde dezelfde is als de verzekeringnemer aan de echtgeno(o)t(e) dan wel aan de partner van de verzekerde indien hij daarmee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen.

28.10.2

In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als gevolg van een ongeval zal de uitkering/vergoeding geschieden aan de verzekeringnemer.

Artikel 29 - Onopzegbaarheid

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

Artikel 30 - Adres

Kennisgevingen door de maatschappij aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan diens laatst bij de maatschappij bekende adres of aan de tussenpersoon door wiens bemiddeling deze verzekering is gesloten.

Artikel 31 - Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of het wijzigen van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kan worden aangevraagd bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: 070 - 3338777, www.verzekeraars.nl.

Artikel 32 - Klachteninstanties

Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst dient u in eerste instantie aan de directie van onze maatschappij voor te leggen. Als het oordeel van de directie voor u niet bevredigend is, kunt u zich tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen wenden. Deze stichting is door de verzekeringsbedrijfstaking opgericht; er werken verschillende ombudsmannen. Zij proberen door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er de Raad van Toezicht die toetst of de maatschappij de goede naam van de bedrijfstaking heeft geschaad. Adres: Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Wie geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstaking, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.