

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Werknemer:

degene die in dienst van verzekeringnemer op basis van een arbeids-overeenkomst arbeid verricht en op grond daarvan verzekerd is ingevolge de WAO, alsmede de ex-werknemer, die op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid in dienst was bij de verzekeringnemer en op grond daarvan was verzekerd ingevolge de WAO.

Onder het werknemerbegrip vallen niet werknemers, die geen gezags-verhouding als bedoeld in het Burgerlijk Wetboek hebben, zoals Directeuren-Grotaandeelhouder.

Verzekerd bedrag:

het bedrag waarvoor verzekeringnemer in een verzekeringsjaar dekking wordt verleend. Het begrip verzekerd bedrag wordt op het polisblad nader omschreven.

Loonsom:

de loonsom is de optelling van het overeengekomen vaste loon in geld zonder aftrek van loonbelasting, sociale- en overige premies per afgesproken tijdsperiode per werknemer (periodeloon), dat jaarlijks door verzekeringnemer wordt uitbetaald. Tot de loonsom wordt niet gerekend het loon betaald aan werknemers voor wie geen loondoorbetalingsplicht geldt.

Opslagpercentage:

het opslagpercentage is een procentuele verhoging van de loonsom. Met het opslagpercentage kan de loonsom worden verhoogd, zodat in de verzekerde loonsom rekening wordt gehouden met de vakantietoeslag en, indien van toepassing, de dertiende maand en andere structurele verhogingen van het loon van werknemers. Indien de maatschappij daarom verzoekt dient en onderbouwing van het opslagpercentage te worden gegeven, waaruit blijkt dat het opslagpercentage in verhouding staat tot de loondoorbetalingsverplichting. Indien de onderbouwing niet tot genoegen van de maatschappij wordt gegeven, heeft de maatschappij het recht het opslagpercentage niet te accepteren.

Verzekerde loonsom:

de loonsom waarvoor verzekeringnemer in een verzekeringsjaar dekking wordt verleend. De verzekerde loonsom is gelijk aan de loonsom verhoogd met de door verzekeringnemer aangegeven opslagpercentages. Bij de bepaling van de verzekerde loonsom wordt per werknemer uitsluitend het periodeloon per werknemer inclusief opslagpercentage tot € 100.000,- in aanmerking genomen.

Ongeschiktheid tot werken:

ongeschiktheid tot werken is aanwezig indien de werknemer door ziekte of ongeval niet in staat is de tussen hem en de werkgever overeengekomen arbeid te verrichten.

Premiepercentage:

de premie per € 100,- verzekerde loonsom.

Arbo-dienst:

de gecertificeerde deskundige dienst(en) als bedoeld in de Arbeidsomstandighedenwet.

Accountant:

een registeraccountant (RA) of een Accountant-Administratie-consulent (AA).

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV):

uitvoeringsinstelling als bedoeld in de Organisatiewet Sociale Verzekeringen.

Loondoorbetalingsplicht:

de verplichting tot doorbetaling van het loon bij ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek en hetgeen daaromtrent in de arbeidsovereenkomst is bepaald, met inbegrip van de verplichting tot loondoorbetaling aan

nagelaten betrekkingen van de werknemer. Voor de toepassing van deze polis wordt de loondoorbetalingsplicht geacht betrekking te hebben op het verzekerde loon zoals op het polisblad onder verzekerd bedrag vermeld.

Eigen risicoperiode:

de op het polisblad vermelde periode waarover de verzekeringnemer geen recht heeft op een uitkering uit hoofde van deze verzekering.

Arbo-arts:

de arts, die bij de Arbo-dienst, waarmee de verzekeringnemer een contract heeft afgesloten, is belast met de medische begeleiding van de werknemer, die ongeschikt tot werken is.

Arbeidsdeskundige:

de geregistreerde deskundige die beoordeelt welke functies een werknemer, gegeven bepaalde medische beperkingen, nog kan verrichten.

Wet REA:

Wet op (re)integratie arbeidsgehandicapten.

WAO:

Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering

Click & Claim:

de internettoepassing, waaronder de website www.VerzuimHerstelPlan.nl, waardoor verzekeringnemer de voor de uitvoering van deze verzekering relevante werknemersgegevens beschikbaar stelt aan de maatschappij en waardoor verzekeringnemer meldingen en uploads aan de maatschappij en andere door verzekeringnemer aangewezen partijen, waaronder de Arbo-dienst, verstrekt.

Capability:

Capability by de organisatie die samen met de maatschappij het VerzuimHerstelPlan uitvoert en daarbij verantwoordelijk is voor de Arbo-dienstverlening en de verzuimbegeleiding.

Artikel 2 Strekking van de verzekering

De verzekering heeft tot doel de verzekeringnemer schadeloos te stellen voor de loondoorbetaling bij ongeschiktheid tot werken aan zijn werknemers, één en ander met inachtneming van het in deze Bijzondere Voorwaarden en op het polisblad bepaalde.

Artikel 3 Eigen risicoperiode per ziektegeval

De eigen risicoperiode per ziektegeval is de periode gedurende welke de loondoorbetaling niet krachtens deze verzekering is gedekt. Deze periode vangt aan op de eerste dag van ongeschiktheid tot werken. De duur van de eigen risicoperiode per ziektegeval wordt uitgedrukt in werkdagen en staat op het polisblad vermeld. Voor het bepalen van deze periode worden perioden van ongeschiktheid tot werken, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen, samengeteld. Indien de melding aan de Arbo-dienst niet binnen een dag is gedaan, dan zal de dag van melding als eerste dag van ongeschiktheid tot werken worden aangehouden.

Artikel 4 Uitsluitingen

1. Aan de werknemer gerelateerde uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering indien de werknemer:

- recht kan doen gelden op een uitkering krachtens de WAO, die is gebaseerd op een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80 of meer;

- b. aanspraak kan maken op een uitkering krachtens de Ziektewet;
- c. aanspraak kan maken op een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling krachtens de Wet Arbeid en Zorg, ook indien deze uitkering is gemaximeerd, dan wel gedurende een periode van verlof uit hoofde van de Wet Arbeid en Zorg;
- d. de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt;
- e. voor een periode van langer dan een maand in het buitenland te werk is gesteld en de eerste dag van ongeschiktheid tot werken in de periode valt, waarin de werknemer in het buitenland verblijft;
- f. niet bereid is de overeengekomen arbeid te verrichten, waartoe hij door de Arbo-arts/arbeidsdeskundige in staat wordt geacht;
- g. rechtens van zijn vrijheid is beroofd.

2. Aan de verzekeringnemer gerelateerde uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering indien de verzekeringnemer:

- a. de adviezen van de Arbo-dienst niet opvolgt en zich niet strikt houdt aan de wettelijke verplichtingen;
- b. niet verplicht is tot het doen van een loondoorbetaling;
- c. met betrekking tot de ongeschiktheid tot werken van de werknemer en/of de loondoorbetaling opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet;
- d. nalaat de werknemer passende arbeid aan te bieden, terwijl dit in redelijkheid van hem verlangd kon en mocht worden;
- e. de werknemer niet in staat stelt de overeengekomen arbeid, waartoe hij door de Arbo-arts/ arbeidsdeskundige in staat wordt geacht, te verrichten.

3. Algemene uitsluitingen

Naast de algemene uitsluitingen genoemd in de Algemene Voorwaarden wordt geen uitkering wordt verleend, indien de oorzaak van de schade is ontstaan, bevorderd, of verergerd door opzet of grove schuld van verzekeringnemer, verzekerde of een bij de uitkering belanghebbende.

In afwijking van de Algemene Voorwaarden wordt geen uitkering verleend indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit atoomkernreacties, behalve ingeval de schade voortvloeit uit een onjuiste medische behandeling van verzekerde met radioactieve straling.

4. Aansprakelijke derde

Geen recht op uitkering bestaat voor loondoorbetaling waarvan de daaraan ten grondslag liggende ongeschiktheid tot werken is veroorzaakt door een wettelijk aansprakelijke derde, die jegens verzekeringnemer uitsluitend op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht en indien deze omstandigheid is gemeld aan de maatschappij.

De maatschappij zal een voorschot betalen aan verzekeringnemer dat gelijk is aan de uitkering waarop recht zou bestaan, wanneer er geen aansprakelijke derde zou zijn. Zodra vaststaat welk bedrag is verhaald, dan wel de verhaalsactie om andere redenen is afgerond, wordt de definitieve vergoeding vastgesteld en verrekend met het verstrekte voorschot.

5. Inlooprisico

Geen uitkering wordt verleend ten aanzien van gevallen van ongeschiktheid tot werken, welke reeds bestaan ten tijde van het ingaan van de verzekering en/of bij aanvang van het dienstverband.

6. Einde van de uitkering

De uitkering per werknemer eindigt:

- als de op het polisblad omschreven uitkeringsduur is verstreken, maar uiterlijk na 104 weken;
- op de dag waarop de werknemer niet meer ongeschikt tot werken is;
- op de dag waarop een arbeidscontract voor bepaalde tijd eindigt, met inachtneming van de maximale uitkeringsduur;
- op de dag waarop het dienstverband van de werknemer bij verzekeringnemer wordt beëindigd;
- op de eerste dag van de maand waarin de werknemer de 65-jarige leeftijd bereikt;
- op de dag waarop de werknemer vrijwillig toetreedt tot een (deeltijd) VUT- of pre-pensioenregeling;
- op het moment dat de werknemer recht kan doen gelden op een uitkering krachtens de WAO, die is gebaseerd op een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80 of meer. Ingeval van een partiële uitkering uit hoofde van de WAO kan een aanvullende uitkering worden verstrekt;

- op de dag van overlijden van de werknemer;
- op het moment dat de verzekering wordt beëindigd, met inachtneming van het gestelde in artikel 5 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden.

Bij overlijden van de werknemer wordt een uitkering gedaan ter grootte van 22 uitkeringsdagen, waarbij geen rekening wordt gehouden met de eigen risicoperiode.

Artikel 5 Duur en einde van de verzekering

1. Opzegging

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad vermelde periode en wordt telkens met dezelfde periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer de verzekering schriftelijk heeft opgezegd.

De opzegging dient schriftelijk te geschieden met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden.

2. Beëindiging van de verzekering

De verzekering wordt op verzoek van verzekeringnemer beëindigd indien:

- de verzekeringnemer een verhoging van het premiepercentage met meer dan 25% ten opzichte van het afgelopen verzekeringsjaar, als bedoeld in artikel 9 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden, weigert met inachtneming van het gestelde in lid 3;
- de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger te kennen heeft gegeven de verzekering na fusie of bedrijfsopname van het bedrijf van verzekeringnemer niet te willen voortzetten. De fusie of overname dient schriftelijk te worden aangetoond;
- de verzekeringnemer weigert een aanpassing van premiepercentage of voorwaarden als bedoeld in artikel 10 van de Algemene Voorwaarden te aanvaarden.

De verzekering wordt op verzoek van de maatschappij beëindigd indien:

- de maatschappij de verzekering na een risicowijziging als bedoeld in artikel 6 van deze Bijzondere Voorwaarden niet wenst voort te zetten;
- de maatschappij de verzekering met directe ingang opzegt, omdat de verzekeringnemer met betrekking tot de ongeschiktheid tot werken van een werknemer opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft en/of een onware opgave doet;
- de verzekeringnemer, ondanks herhaalde verzoeken om premiebetaling in gebreke blijft de premie te voldoen;
- de maatschappij gedurende een periode waarin de verzekering niet van kracht is wegens het achterwege blijven van gegevensverstrekking, gebruik maakt van de bevoegdheid de verzekering te beëindigen.

Verzekeringnemer en de maatschappij hebben het recht de verzekering te beëindigen indien:

- verzekeringnemer surseance van betaling aanvraagt;
- verzekeringnemer in staat van faillissement wordt gesteld;
- verzekeringnemer aangifte doet als bedoeld in artikel 1 van de faillissementswet;
- verzekeringnemer wordt ontbonden of haar rechtspersoonlijkheid verliest of wijzigt;
- verzekeringnemer een beroep doet op de Wet op de Schuldsanering ofwel indien deze wet op hem van toepassing wordt verklaard;
- het verzekeraar belang van de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan door bedrijfsbeëindiging. De verzekering eindigt in dat geval per de datum van de bedrijfsbeëindiging. Van de bedrijfsbeëindiging dient een bewijs van uitschrijving door de Kamer van Koophandel te worden overlegd;
- het verzekeraar belang van de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan, omdat het bedrijf niet langer werknemers in dienst heeft. In dat geval eindigt de verzekering per de datum van ontslag van de laatste werknemer. Hiertoe dient een bewijs van afmelding bij UWV te worden overlegd. Indien de verzekeringnemer tijdelijk geen werknemers in dienst heeft, kan de verzekering worden opgeschort voor een periode van maximaal 6 maanden, zonder dat tussentijds het recht ontstaat op teruggave van de reeds betaalde voorschotpremie. Als binnen 6 maanden opnieuw werknemers worden aangenomen, dan wordt de dekking weer van kracht.

3. Uitlooprisico

Beëindiging van de verzekering geschiedt onverminderd de rechten ter zake van voor beëindiging van de verzekering begonnen ongeschiktheid tot werken, tenzij:

- het beëindigen door de maatschappij op grond van artikel 10 lid 2 van deze Bijzondere Voorwaarden betreft;
- de verzekeringnemer de verzekering beëindigt omdat hij niet akkoord gaat met de verhoging van het premiepercentage als bedoeld in artikel 9 van deze Bijzondere Voorwaarden;
- de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger verzoekt de verzekering te beëindigen omdat er sprake is van bedrijfsovername of fusie;
- het beëindiging bij faillissement of betalingsonmacht betreft. Indien de uitkering uit hoofde van dit artikel eindigt bij herstel van de betreffende werknemer, dan zal een eventuele hernieuwde periode van ongeschiktheid tot werken, ook indien deze binnen 4 weken na het herstel begint, niet leiden tot een uitkering uit hoofde van deze verzekering.

Artikel 6 Verplichtingen van de verzekeringnemer

1. Werknemersgegevens

De verzekeringnemer is verplicht om elke eerste werkdag van de maand een upload uit te voeren, zoals bedoeld in de Voorwaarden Click & Claim. De maatschappij behoudt zich het recht voor een verificatie van deze uploads te vragen aan verzekeringnemer.

2. Reïntegratie

De verzekeringnemer zal binnen het kader van zijn mogelijkheden al het nodige doen teneinde te bewerkstelligen dat een werknemer, voor wie de verzekeraar een uitkering verricht, kan terugkeren in het arbeidsproces en ziet erop toe dat de werknemer alles nalaat wat zijn reïntegratie zou kunnen vertragen of verhinderen. Tevens zal de verzekeringnemer binnen het kader van zijn mogelijkheden al het nodige doen, teneinde te bewerkstelligen dat de werknemer medewerking verleent aan het reïntegratieproces.

3. Meldingen

De verzekeringnemer is verplicht de ongeschiktheid tot werken van een werknemer te melden op de eerste dag dat de ongeschiktheid tot werken zich voordoet. De melding vindt plaats conform het bepaalde in de Voorwaarden Click & Claim.

Indien de melding niet wordt gedaan op de eerste dag van ongeschiktheid tot werken, dan zal de eigen risicoperiode als bedoeld in artikel 3 van deze Bijzondere Voorwaarden ingaan op de dag van de daadwerkelijke melding.

Van de melding zal een verzekeringnemer een bevestiging ontvangen. Indien een melding niet door de maatschappij is ontvangen, zal toch de eerste dag van ongeschiktheid tot werken worden aangehouden indien verzekeringnemer de bevestiging van zijn melding kan tonen.

De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij onverwijld op de hoogte te stellen van het uitblijven van de bevestiging. In dit geval zal als eerste dag van ongeschiktheid tot werken de dag van melding van het uitblijven van de bevestiging worden aangehouden. Indien verzekeringnemer bij de bepaling van de hoogte van een uitkering uit hoofde van deze verzekering bekend wordt met het feit dat een melding niet is verwerkt, is hij verplicht dit onverwijld aan de maatschappij te melden.

4. Begeleiding door Capability

De verzekeringnemer en de werknemer zijn verplicht zich te houden aan alle wettelijke voorschriften, voorschriften van de maatschappij en voorschriften van Capability ter zake van de ongeschiktheid tot werken in het algemeen en de ongeschiktheid tot werken van de betrokken werknemer in het bijzonder.

5. Kennisgevingen

De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij onverwijld, maar in ieder geval binnen 2 maanden in kennis te stellen van:

- a. het aanvragen van surséance van betaling, het verkeren in staat van faillissement of het anderszins verkeren in een staat waarin hij niet meer aan zijn verplichtingen in het kader van de loondoorbetaling bij ziekte, zoals omschreven in het Burgerlijk Wetboek, voldoet of kan voldoen;
- b. het beëindigen van het contract met Capability dan wel het aangaan van een contract met een andere Arbo-dienst. Indien het contract met Capability wordt beëindigd, zal de maatschappij deze verzekering omzetten in een Ziektewet Compleet-verzekering met C&C.

6. Risicowijzigingen

De verzekeringnemer is verplicht om zo spoedig mogelijk aan de maatschappij schriftelijk melding te doen, indien de verzekeringnemer andere bedrijfsactiviteiten gaat voeren met een duidelijk verhoogd risico op ziekteverzuim.

In deze gevallen heeft de maatschappij het recht het premiepercentage en/of voorwaarden te herzien dan wel de verzekering te beëindigen. Indien de verzekeringnemer met deze wijziging niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen één maand na de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen.

De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de wijziging van de omstandigheden heeft plaatsgevonden.

7. Niet doorgeven risicowijziging

Indien verzekeringnemer een risicowijziging niet aan de maatschappij heeft gemeld, zal de maatschappij, wanneer verzekeringnemer een schademelding doet, eveneens beoordelen of de risicowijziging een risicoverzwaren inhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzwaren blijft het recht op uitkering gehandhaafd.

Indien er wel sprake is van een risicoverzwaren die ertoe leidt dat de verzekering slechts tegen een verhoogd premiepercentage zou worden voortgezet, geschiedt de uitkering in verhouding van de 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.

8. Medewerking

Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in lid 1 t/m 6 genoemde verplichtingen.

De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer deze verplichtingen niet nakomt en het belang van de maatschappij daardoor is geschaad, geen uitkering te verlenen.

Artikel 7 Ondersteuning bij reïntegratie

De maatschappij en Capability bieden voor de gevallen van ongeschiktheid tot werken, die onder de dekking van deze verzekering vallen, ondersteuning aan verzekeringnemer.

De ondersteuning kan op de volgende manieren worden gegeven.

1. Informatie en advies

Verzekeringnemer en diens werknemer kunnen informatie en advies krijgen over onderwerpen, die verband houden met verzuim-beheersing en reïntegratie.

2. Bijdragen in de kosten van de reïntegratieactiviteit

In de Voorwaarden Reïntegratievergoedingen is bepaald welke vergoeding uit hoofde van deze verzekering wordt gegeven bij de uitvoering van reïntegratieactiviteiten.

Indien de financiering van de kosten van een urgente reïntegratieactiviteit voor verzekeringnemer op onverkomelijke financiële bezwaren stuit, kan de maatschappij een voorschot op grond van de te verwachten financiële tegemoetkoming op grond van de Wet REA verstrekken aan verzekeringnemer.

Dit voorschot wordt verrekend op het moment dat UWV de financiële tegemoetkoming op grond van de Wet REA daadwerkelijk heeft verstrekt.

Artikel 8 Uitkeringen

1. Betaling van de uitkering

De vaststelling van de door de maatschappij te verlenen uitkering uit hoofde van deze verzekering zal eens per maand plaatsvinden. De betaling van de uitkering vindt zo spoedig mogelijk na de vaststelling plaats.

2. Vaststelling van de hoogte van de uitkering

De hoogte van de uitkering wordt per werknemer vastgesteld voor iedere werkdag, gelegen na de eigen risicoperiode, waarover de verzekeringnemer op grond van de loondoorbetalingsplicht loon heeft betaald, op basis van het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerd loon per dag.

Als eerste ziektedag wordt de dag genomen, waarop de werknemer ongeschikt tot werken is geworden en de werknemer daadwerkelijk zijn werkzaamheden op grond van zijn arbeidsovereenkomst had moeten uitvoeren.

Bij de berekening van het tijdvak waarover maximaal een uitkering wordt verstrekt, worden periodes van ongeschiktheid tot werken samengeteld, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen.

Bij het vaststellen van de hoogte van de uitkering gelden in de volgende situaties de volgende bepalingen:

- loon dat meer bedraagt dan hetgeen in artikel 1 van deze Bijzondere Voorwaarden onder 'Verzekerde loonsom' staat vermeld als maximaal dekkingbedrag per werknemer per jaar blijft buiten beschouwing bij de bepaling van de uitkering;
- de uitkering wordt verminderd met de bedragen die de verzekeringnemer op het doorbetaalde loon mocht inhouden vanwege aan de werknemer toekomstige uitkeringen of inkomsten uit arbeid;
- over dagen waarop slechts gedeeltelijk loon is doorbetaald dan wel dat er sprake is van gedeeltelijke ongeschiktheid tot werken, wordt de uitkering naar rato vastgesteld;
- indien en voor zover er sprake is van (gedeeltelijke) werkhervatting op therapeutische basis, dan wordt in ieder geval na 4 weken, te rekenen vanaf de datum van (gedeeltelijke) werkhervatting geen uitkering meer gegeven voor de loondoorbetaling voor het deel van de dag waarop therapeutisch wordt gewerkt.

3. Verplichtingen rond uitkeringen

De verzekeringnemer is verplicht met Click & Claim binnen een dag te melden dat een werknemer ongeschikt tot werken is geworden en niet in staat is de tussen hem en de werkgever overeengekomen arbeid te verrichten. Tevens dienen met Click & Claim bijzonderheden van het geval van ongeschiktheid tot werken te worden aangegeven, zoals de mate van ongeschiktheid tot werken, eventueel rekening houdend met therapeutische werkhervatting, verhaalsmogelijkheden en aanspraken uit wettelijk regelingen. Van iedere wijziging in de mate van ongeschiktheid tot werken dient met Click & Claim op de dag van de wijziging te worden gemeld. Indien de maatschappij daarom verzoekt dient een nadere specificatie van de loonsommen per werkgever alsmede nadere informatie over het geval van ongeschiktheid tot werken te worden verstrekt. Nadere bepalingen met betrekking tot de administratieve verwerking met Click & Claim zijn opgenomen in de Voorwaarden Click & Claim. Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van deze verplichtingen. De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer zijn verplichtingen niet nakomt en het belang van de maatschappij heeft geschaad, geen uitkering te verlenen.

4. Vervaltermijn

Indien de maatschappij een aanspraak op vergoeding heeft afgewezen, dan kan de verzekeringnemer dit standpunt aanvechten binnen een jaar nadat hij hiervan in kennis is gesteld.

Na dit jaar vervalt dit recht ten opzichte van de maatschappij ter zake van de schade.

Artikel 9 Naverrekening en bijstelling van premie en premiepercentage

1. Voorschotpremie

De op het polisblad vermelde premie is een voorschotpremie.

Aan het begin van ieder verzekeringsjaar zal de voorschotpremie worden berekend op basis van de definitieve loonsom over het afgelopen jaar en het premiepercentage voor het nieuwe verzekeringsjaar. Deze gegevens worden met Click & Claim aan de maatschappij beschikbaar gesteld. Zolang deze gegevens nog niet zijn ontvangen, zal een voorlopige voorschotpremie worden berekend.

Op basis van de definitieve loonsom zal de definitieve premie over het afgelopen jaar worden vastgesteld. Het verschil tussen voorschotpremie en de definitieve premie over het afgelopen jaar wordt verrekend met de voorschotpremie voor het nieuwe verzekeringsjaar.

2. Verplichtingen rond naverrekening

Op basis van de maandelijkse uploads van verzekeringnemer wordt via Click & Claim de loonsom over het afgelopen verzekeringsjaar herleid, welke wordt gebruikt in de naverrekeningsprocedure, die is omschreven in lid 1.

Indien de maatschappij daarom verzoekt dienen een door een accountant gewaarmerkte specificatie van de loonsommen per werknemer alsmede een specificatie van het bij ziekte doorbetaalde loon te worden verstrekt. De kosten verbonden aan deze opgaven zijn voor rekening van de verzekeringnemer.

Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van deze verplichtingen. De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer zijn verplichtingen niet nakomt en het belang van de maatschappij daardoor is geschaad, de verzekering te beëindigen.

3. Vaststelling van het premiepercentage

Het premiepercentage wordt jaarlijks opnieuw vastgesteld op basis van de gerealiseerde schadecijfers over de afgelopen 3 kalenderjaren of, indien deze niet beschikbaar zijn, de beschikbare schadecijfers over de looptijd van de verzekering en de samenstelling van het personeelsbestand. De gerealiseerde schadecijfers worden voor zover beschikbaar herleid uit de maandelijkse uploads, die door verzekeringnemer met Click & Claim zijn doorgegeven.

Het nieuwe premiepercentage is met terugwerkende kracht van toepassing vanaf 1 januari van het betreffende kalenderjaar.

Indien het premiepercentage ten opzichte van het afgelopen jaar met meer dan 25% toeneemt, heeft de verzekeringnemer het recht een dergelijke verhoging binnen een termijn van 30 dagen, nadat het gewijzigde premiepercentage aan hem is medegedeeld, schriftelijk te weigeren. In dat geval wordt de verzekeringsovereenkomst geacht te zijn beëindigd op de eerste dag van de kalendermaand nadat de weigering van de premieverhoging door de maatschappij is ontvangen.

In geval van weigering zal het premiepercentage voor de looptijd tussen 1 januari van het betreffende kalenderjaar en de datum van beëindiging worden vastgesteld op 125% van het laatst geldende premiepercentage.

4. Niet verstrekken van specificaties

Indien een op grond van dit artikel gevraagde specificatie niet binnen de in het verzoek van de maatschappij gestelde termijn wordt geleverd, dan behoudt de maatschappij zich het recht voor vanaf het moment dat de gestelde termijn is verstreken de dekking van de verzekering op te schorten, zolang de gegevens niet zijn verstrekt. De dekking wordt weer van kracht en de behandeling van eventuele schades wordt hervat de dag nadat alle gevraagde specificaties zijn ontvangen door de maatschappij.

Indien de gevraagde specificaties niet zijn verstrekt en de dekking gedurende een periode van 3 maanden is opgeschort, heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen. Voor tot beëindiging wordt overgegaan zal verzekeringnemer een mededeling ontvangen van de maatschappij waarin de datum van beëindiging is aangegeven.

Artikel 10 Premiebetaling

1. De verzekeringnemer dient de voorschotpremie en de kosten bij vooruitbetaling te voldoen uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd worden.
2. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie en de kosten, geldt de dekking niet voor gevallen van ongeschiktheid tot werken, die na verloop van de uiterste betaaldatum zijn ontstaan. De dekking wordt weer van kracht voor ziektegevallen, die zijn begonnen op de dag volgende op die, waarop de verschuldigde premie en de kosten door de maatschappij zijn ontvangen en aanvaard. Voor deze opschorting van de dekking is geen nadere ingebrekestelling vereist. De maatschappij heeft tijdens de periode dat de dekking niet van kracht is het recht om de verzekering op ieder moment op te zeggen. De verzekering eindigt alsdan op de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de datum van opzegging. De verzekeringnemer blijft verplicht de tot de beëindigingsdatum van de verzekering verschuldigde premie en kosten te voldoen.
3. Uitsluitend bij tussentijdse opzegging van deze verzekeringsovereenkomst door de maatschappij of bij fusie of overname van het bedrijf van verzekeringnemer, wordt de premie van het lopende jaar naar billijkheid verminderd.
4. Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de maatschappij worden gemaakt ter incasso van achterstallige premietermijnen en de mogelijk verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer.
5. De maatschappij heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premietermijnen, indien de in lid 1 genoemde termijn is verstreken.

Artikel 11 Grondslag van de verzekering

Indien de in Algemene Voorwaarden onder artikel 2 bedoelde informatie in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn heeft de maatschappij het recht met terugwerkende kracht aan de verzekeringnemer een premieverhoging op te leggen. Indien sprake is van verzwijging van aan de verzekeringnemer of verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op de vernietigbaarheid van de verzekering te beroepen.

Artikel 12 Herziening van de premie en/of voorwaarden

Onverminderd het bepaalde in artikel 9 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden en aanvullend op het bepaalde in artikel 10 van de Algemene Voorwaarden geldt de mogelijkheid van opzegging door verzekeringnemer niet indien de wijziging voortvloeit uit een bepaling in deze Bijzondere Voorwaarden.

Voorwaarden Verhaalsbijstand

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

Artikel 13 Begripsomschrijvingen

DAS:

DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

Verzekerde:

de verzekeringnemer in zijn hoedanigheid van werkgever.

Verhaalsbijstand:

rechtsbijstand bij het verhalen van schade op een derde.

Derde:

een ieder die jegens verzekerde op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is gehouden.

Artikel 14 Omvang van de dekking

1. De verzekerde heeft aanspraak op verhaalsbijstand bij het verhalen van een door hem geleden schade, bestaande uit het verlies van inkomen door ziekte, op grond van een onrechtmatige daad gepleegd tegen die werknemer, in welke schadevordering de werkgever wettelijk is gesubrogeerd krachtens de door hem aan zijn werknemer gedane uitkering.
2. De verzekerde heeft aanspraak op rechtsbijstand in geschillen met zijn werknemer over diens aanspraak op doorbetaling van loon bij ziekte, voorzover het geschil is gebaseerd op de wettelijke bepalingen over deze doorbetalingsplicht. Als het geschil tussen verzekeringnemer en werknemer zich niet beperkt tot de wettelijke doorbetalingsplicht heeft verzekerde uitsluitend recht op een eenmalig juridisch advies.
3. DAS verleent geen rechtsbijstand voorzover de verzekerde aanspraak kan maken op behartiging van zijn belangen krachtens een andere verzekering, al dan niet van oudere datum.

Artikel 15 Het verlenen van rechtsbijstand

1. DAS verleent rechtsbijstand indien zij een redelijke kans op succes aanwezig acht bij de behandeling van de door verzekerde gemelde zaak. Indien DAS geen redelijke kans op succes aanwezig acht, heeft verzekerde het recht éénmalig op kosten van DAS advies over de redelijke kans in te winnen bij een in overleg met DAS aan te wijzen advocaat of andere deskundige. Luidt het ingewonnen advies ten gunste van verzekerde, dan zal DAS alsnog tot (verdere) rechtsbijstand verlening overgaan. Wordt het oordeel van DAS daarentegen door het advies bevestigd, dan is DAS niet tot (verdere) rechtsbijstand verlening verplicht. Wanneer verzekerde in dat geval besluit naar eigen inzicht door te gaan met de behandeling van de zaak zal DAS de daarbij gemaakte kosten alsnog vergoeden mits de door verzekerde ingestelde actie het beoogde succes heeft gehad. Als voorwaarde voor een dergelijke vergoeding geldt, dat verzekerde zijn (rechts)actie is begonnen binnen één jaar na de definitieve beslissing inzake de redelijke kans.
2. De behandeling van de zaak geschiedt door deskundigen in loondienst van DAS, ongeacht de daarmee gemoeide kosten. DAS is echter gemachtigd om namens verzekerde opdracht tot behartiging van zijn belangen te geven aan een advocaat, een schade-expert of andere deskundigen. Wordt de behandeling van een zaak aan een advocaat toevertrouwd, dan heeft verzekerde het recht deze zelf te kiezen. DAS is niet aansprakelijk voor vorderingen die zouden kunnen voortvloeien uit de keuze van een advocaat of diens behandeling van de zaak.

Artikel 16 De kosten van rechtsbijstand

DAS vergoedt terzake van de verleende rechtsbijstand tot maximaal € 25.000,- per gebeurtenis, die tot schade heeft geleid, de volgende kosten:

1. de honoraria en verschotten, voor zover die in het algemeen als gebruikelijk worden beschouwd, van de externe deskundigen, die door DAS worden ingeschakeld;
2. de kosten van getuigen voor zover door een rechter toegewezen;
3. de proceskosten die ten laste van verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;

4. de noodzakelijke, in overleg met DAS te maken, reis- en verblijf-kosten als zijn persoonlijk verschijnen voor een buitenlandse rechter is bevolen of dringend gewenst wordt door de ingeschakelde advocaat;
5. de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis binnen 5 jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.

Artikel 17 De franchise

De verzekerde kan alleen aanspraak maken op rechtsbijstand als het belang van zijn verzoek tenminste € 250,- beloopt.

Artikel 18 Het rechtsbijstandgebied

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

Artikel 19 Verplichtingen van de verzekerde

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

Voorwaarden Reïntegratievergoedingen

Artikel 20 Begripsomschrijvingen

Reïntegratieactiviteit:

een activiteit, die wordt uitgevoerd door Capability of een door Capability aan te wijzen derde, die een bijdrage levert aan verkorting of voorkoming van ongeschiktheid tot werken.

Regelen van een reïntegratieactiviteit:

onder het regelen van een reïntegratieactiviteit wordt verstaan het bemiddelen en zo mogelijk organiseren en toezien op de uitvoering van een reïntegratieactiviteit.

Zorgverzekeraar:

het ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekeraar dan wel andersoortige instelling, waar het ziektekostenrisico van de werknemer is ondergebracht.

Artikel 21 Strekking

Deze Voorwaarden Reïntegratievergoedingen hebben tot doel het regelen en indien van toepassing het vergoeden van de kosten van het inzetten van de in artikel 4 genoemde reïntegratieactiviteiten, die een bijdrage kunnen leveren aan het beperken van de duur van ongeschiktheid tot werken en het voorkomen van instroom in de WAO. Dit alles onder inachtneming van het bepaalde in deze Bijzondere Voorwaarden.

Artikel 22 Reïntegratieactiviteiten

1. Omvang van de dekking

De maatschappij vergoedt maximaal 80% van de voor de reïntegratieactiviteit gemaakte kosten met als maximum per werknemer een vergoeding van € 2.500,- per ziektegeval als gevolg van één oorzaak. De vergoedingen zijn exclusief BTW.

2. Aanvullende vergoeding

Indien de in het eerste lid genoemde vergoeding niet toereikend is, kan de maatschappij op grond van de te verwachten beperking van de duur van de ongeschiktheid tot werken een aanvullende vergoeding verstrekken.

3. Vereisten voor het regelen en vergoeden van reïntegratieactiviteiten

De maatschappij zal conform deze Bijzondere Voorwaarden uitsluitend reïntegratieactiviteiten vergoeden, die door Capability zijn geïnitieerd en uitgevoerd, voorzover verzekeringnemer, werknemer en de maatschappij het eens zijn over de wijze waarop de reïntegratieactiviteit wordt gefinancierd.

4. Wijze van inzetten van de reïntegratieactiviteiten

Capability doet het voorstel over de wijze waarop de reïntegratieactiviteit kan worden ingezet. Het voorstel van Capability wordt aan werkgever en werknemer voorgelegd.

Na het akkoord van werkgever en werknemer ten aanzien van de wijze van uitvoering en financiering van de in te zetten reïntegratieactiviteit, zal Capability zich inspannen om de reïntegratieactiviteit te regelen. Ten aanzien van het inzetten van reïntegratieactiviteiten heeft Capability een inspanningsverplichting.

Artikel 23 Specificatie van de reïntegratieactiviteiten

Naast de door Capability voorgestelde reïntegratieactiviteiten is het ook mogelijk een vergoeding te krijgen voor de onderstaande activiteiten:

1. Wachtlijstbemiddeling

De maatschappij bemiddelt bij een instelling of behandelaar, met als doel de wachttijd voor de voorgeschreven medische behandeling van de verzekerde te verkorten. De eventuele kosten van de behandeling, die niet voor vergoeding van de zorgverzekeraar komen zullen worden vergoed. Voor de kosten, die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen wordt geen vergoeding verstrekt.

Indien de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis, dat zich langs de kortst mogelijke route, op meer dan 40 kilometer van het woonadres van de werknemer bevindt, zullen de reiskosten met eigen vervoer tot € 0,25 per kilometer worden vergoed.

2. Hulp bij mobiliteitsproblemen

De maatschappij vergoedt op grond van een medische indicatie de taxikosten, c.q. betaalt een kilometervergoeding van € 0,25 voor vervoer per auto van de werknemer van huis naar de vaste werkplek en omgekeerd.

Artikel 24 Verplichtingen van de verzekeringnemer

1. De verzekeringnemer is verplicht zorg te dragen voor het aanvragen van vergoedingen, die in het kader van de Wet REA worden verstrekt. Van deze aanvraag dient een afschrift naar de maatschappij worden verzonden. Ook van de beschikking, waarin de vergoeding uit hoofde van de Wet REA wordt toegekend of afgewezen dient een afschrift aan de maatschappij te worden verzonden. Bij toekenning van een vergoeding is de verzekeringnemer verplicht de helft van het uitbetaalde bedrag uit hoofde van de Wet REA aan de maatschappij af te dragen, met als maximum de door de maatschappij gedane vergoeding.
2. Verzekeringnemer is verplicht om zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in lid 1 en artikel 22 van deze Bijzondere Voorwaarden neergelegde verplichtingen. De maatschappij behoudt zich het recht voor om, indien verzekeringnemer deze verplichtingen niet nakomt en het belang van de maatschappij daardoor is geschaad, geen uitkering te verlenen.

Artikel 25 Vaststelling en betaling van de uitkering

De vaststelling van de door de maatschappij te verlenen uitkering uit hoofde van deze verzekering gebeurt op grond van de door verzekeringnemer verstrekte nota's en met inachtneming van het bepaalde in deze Bijzondere Voorwaarden. Betaling van de vergoeding vindt zo spoedig mogelijk na de vaststelling plaats.

Voorwaarden Click&Claim

Artikel 26 Begripsomschrijvingen

Upload:

de maandelijks beschikbaarstelling door verzekeringnemer via Click & Claim van de meest recente voor de uitvoering van de verzekering relevante werknemersgegevens.

Melding:

een samenhangende groep gegevens, gestructureerd volgens een overeengekomen standaard, die door of namens verzekeringnemer ten behoeve van het uitvoeren van de verzekering via Click&Claim wordt verzonden. Een melding is pas verricht indien verzekeringnemer een bevestiging heeft ontvangen.

Bevestiging:

Onderdeel van de melding, die aan verzekeringnemer wordt verstuurd zodra hij een melding heeft gedaan via Click & Claim. De bevestiging bevat in ieder geval de datum waarop verzekeringnemer de melding via Click & Claim heeft gedaan.

Artikel 27 Upload en meldingen

1. Verzekeringnemer is conform artikel 6 lid 1 van deze Bijzondere Voorwaarden verplicht maandelijks een upload te doen.
Een upload dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - namen werknemers;
 - geslacht werknemers;
 - sofi-nummer van werknemers;
 - periodelonen;
 - datum indiensttreding;
 - (indien van toepassing) datum uitdiensttreding.
2. Verzekeringnemer is conform artikel 8 lid 3 van deze Bijzondere Voorwaarden verplicht binnen een dag een geval van ongeschiktheid tot werken, een verandering van de mate van ongeschiktheid tot werken, dan wel de beëindiging van een geval van ongeschiktheid tot werken aan de maatschappij te melden.
Een melding dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - naam betreffende werknemer;
 - geslacht werknemer;
 - sofi-nummer werknemer;
 - telefoonnummer waarop werknemer bereikbaar is;
 - eerste dag van ongeschiktheid tot werken;
 - wijzigingen in de mate van ongeschiktheid tot werken;
 - laatste dag van ongeschiktheid tot werken;
 - (indien beschikbaar) reden van ongeschiktheid tot werken.

Artikel 28 Werkwijze

1. De maatschappij verstrekt verzekeringnemer een individueel password en username, waarmee verzekeringnemer toegang heeft tot Click & Claim. De verzekeringnemer staat er voor in het password en username niet anders te gebruiken dan voor het doen van meldingen en uploads.
De maatschappij is niet aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van het onjuist of ongeautoriseerd gebruik van het password of username, al dan niet door een derde, tenzij deze schade is te wijten aan opzet of bewuste roekeloosheid van de maatschappij. Bij onjuist of ongeautoriseerd gebruik is de maatschappij gerechtigd de verzekering te beëindigen.
2. De verzekeringnemer zal steeds alle aanwijzingen en instructies van de maatschappij inzake Click&Claim met betrekking tot meldingen en uploads in acht nemen. De maatschappij kan aanwijzingen en instructies wijzigen.

3. Indien Click & Claim om wat voor reden dan ook (tijdelijk) buiten gebruik is gesteld en het doen van een melding of upload niet mogelijk is, dient verzekeringnemer onverwijld contact op te nemen met de maatschappij.
4. De maatschappij kan Click & Claim (tijdelijk) buiten gebruik laten stellen, wanneer dit noodzakelijk is voor het doorvoeren van een aanpassing of in verband met onderhoud. De maatschappij zal, voor zover redelijkerwijs mogelijk, verzekeringnemer op de hoogte stellen van de tijdstippen en de duur van de buitengebruikstelling.
5. De verzekeringnemer staat ervoor in dat de door hem gedane uploads en meldingen juist, volledig en tijdig zijn. De maatschappij is niet verplicht hieromtrent enige controle te verrichten.
6. De verzekeringnemer staat er jegens de maatschappij voor in dat hij bevoegd is met Click&Claim aan de maatschappij meldingen en uploads te doen. In het bijzonder zal de verzekeringnemer de van toepassing zijnde regelgeving omtrent de bescherming van persoonsgegevens naleven.

