

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING (INDIVIDUEEL)/STARTERS 0704

Begripsbepalingen

Artikel 1

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- a. verzekeringsovereenkomst**
de overeenkomst, polis en/of offerte, waarvan deze voorwaarden deel uitmaken;
- b. verzekeraar**
Achmea Schadeverzekeringen N.V.;
- c. verzekeringnemer**
de (rechts-)persoon die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan;
- d. verzekering**
de verzekering die voorziet in de dekking van het in de verzekeringsovereenkomst bepaalde;
- e. verzekerde**
degene wiens arbeidsongeschiktheid is verzekerd;
- f. beroep**
het op de verzekeringsovereenkomst vermelde beroep;
- g. begin-/einddatum**
de in de verzekeringsovereenkomst vermelde datum waarop de verzekering begint respectievelijk eindigt;
- h. arbeidsongeschiktheid gedurende het eerste jaar**
 - **beroepsarbeidsongeschiktheid**
de gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid tot het verrichten van de werkzaamheden die zijn verbonden aan het beroep van de verzekerde zoals die in de regel en redelijkerwijs van de verzekerde kunnen worden verlangd, als enig en rechtstreeks gevolg van een medisch vast te stellen en medisch erkende oorzaak van ziekte en/of ongeval;
 - **arbeidsongeschiktheid vanaf het tweede jaar**
 - **arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid**
de gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid als enig en rechtstreeks gevolg van een medisch vast te stellen en medisch erkende oorzaak van ziekte en/of ongeval, tot het verrichten van arbeid door de verzekerde, die hem in redelijkheid, gezien zijn opleiding, ervaring, inkomen en vroegere beroep, zou kunnen worden opgedragen;
- j. aanvang arbeidsongeschiktheid**
de eerste dag waarop de arbeidsongeschiktheid door een arts is vastgesteld;
- k. eigen risicotermijn**
de periode van 90 dagen, waarin de verzekerde geen uitkeringen krachtens deze verzekering ontvangt. Deze periode begint bij aanvang van iedere arbeidsongeschiktheid en maakt deel uit van het eerste jaar arbeidsongeschiktheid.
Als perioden van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van dezelfde oorzaak elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 1 maand, worden deze perioden voor de vaststelling van de eigen risicotermijn als één onafgebroken periode aangemerkt (samentellingsclausule);
- l. inkomen**
het bruto inkomen van de verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting.
Voor een ondernemer, werkzaam in een niet-rechtspersoon wordt hieronder verstaan het gemiddelde inkomen berekend van de voorafgaande drie volledige kalenderjaren. Voor een verzekerde werkzaam in een rechtspersoon (bijv. de dga) wordt hieronder verstaan: het gemiddelde inkomen berekend van de voorafgaande drie volledige kalenderjaren, waarbij het inkomen als volgt wordt berekend: 12 maal het bruto maandinkomen, verhoogd met 8%

vakantietoeslag en eventueel verhoogd met een vast tantième, indien zulks vooraf is opgegeven;

m. starter

een persoon die, niet langer dan 2 jaar voor de ingangsdatum van deze verzekering, een onderneming is gestart en door de verzekeraar als startende ondernemer (starter) voor deze verzekering is geaccepteerd;

n. premie

door verzekeringnemer periodiek verschuldigd bedrag dat dient ter dekking van de krachtens de verzekeringsovereenkomst verzekerde bedrag(en);

o. verzekerde bedragen

de op de verzekeringsovereenkomst vermelde bedragen;

p. risicogroep

risicogroep waarin de verzekerde door de verzekeraar is ingedeeld op basis van de aard van de werkzaamheden;

q. fraude

bewust onjuiste of onvolledige informatie verstrekken met de bedoeling een verzekeringsuitkering of verzekeringsdekking te verkrijgen.

Grondslag van de verzekering

Artikel 2

2.1

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte informatie, waaronder begrepen het aanvraagformulier inclusief inkomensgegevens en de medische waarborgen, vormen de grondslag van de verzekering.

2.2

De verzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer een verzekeringsovereenkomst.

Inhoud van de verzekering

Artikel 3

3.1

De verzekering voorziet in een periodieke uitkering, afgeleid van een vast verzekerd bedrag, bij arbeidsongeschiktheid.

3.2

Op grond van de verzekering worden aan de verzekerde uitkeringen verstrekt zodra de verzekerde de arbeidsongeschiktheid heeft gemeld en nadat de geldende eigen risicotermijn is verstreken en tevens aan de overige voorwaarden voor het verkrijgen van een uitkering is voldaan.

Aanvang, verlenging en einde van de verzekering

Artikel 4

4.1

De verzekering vangt aan en eindigt op de in de verzekeringsovereenkomst genoemde data. De verzekering geldt de eerste periode voor het nog lopende kalenderjaar en het volgende kalenderjaar. De verzekering eindigt in ieder geval 3 jaar na de aanvangsdatum. Het hierna gestelde in lid 2 is dan niet langer van toepassing.

4.2

De verzekering wordt telkens stilzwijgend voor een kalenderjaar verlengd met behoud van de gegevens inzake schades en premies uit het verleden, tenzij de verzekeringnemer vóór 1 november van het lopende kalenderjaar per aangetekend schrijven heeft medegedeeld de verzekering niet te willen voortzetten.

4.3

De verzekerde heeft het recht na afloop van de hiervoor genoemde verzekering een individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering met langere looptijd af te sluiten zonder dat enige medische selectie plaatsvindt, mits gedurende de looptijd van de beëindigde tijdelijke verzekering geen uitkering is geclaimd met uitzondering van eventuele claims ingediend op grond van artikel 9 en de verzekerde geen omstandigheden bekend zijn dat arbeidsongeschiktheid zich, uiterlijk binnen een half jaar, zal kunnen voordoen.

4.4

De verzekering eindigt tevens door het overlijden van de verzekerde.

4.5

Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden bepaald is, heeft de verzekeraar het recht, zonder dat enige aanmaning of ingebrekestelling vereist is, de verzekering middels een aangetekende brief buiten rechte te beëindigen vanaf het moment dat de verzekeringnemer:

- a. de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekering of uit relevante wet- en regelgeving niet nakomt;
- b. fraude heeft gepleegd;
- c. surséance van betaling of een schuldsaneringsregeling aanvraagt;
- d. in staat van faillissement komt te verkeren;
- e. aangifte doet als bedoeld in artikel 1 van de Faillissementswet;
- f. niet langer in staat moet worden geacht de verplichtingen uit deze verzekering na te kunnen komen of als op het vermogen van de verzekeringnemer beslag wordt gelegd;

Melding van arbeidsongeschiktheid

Artikel 5

5.1

De verzekerde is verplicht:

- a. zijn arbeidsongeschiktheid zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen 30 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, op het meldingsformulier, te melden aan de verzekeraar;
- b. aan de door de verzekeraar aan te wijzen arts(en) alle inlichtingen te verstrekken over de ziekte en/of het ongeval en over het verloop van de behandeling;
- c. de behandelend arts(en) te machtigen om aan deskundige(n) van de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken over de ziekte en/of het ongeval en/of de gevolgen daarvan;
- d. de verzekeraar alle inlichtingen en in alle stukken inzage te verstrekken die de verzekeraar van belang acht voor de beoordeling van het recht op en de omvang van de uitkeringen;
- e. de verzekeraar direct te informeren over een geheel of gedeeltelijke herstel;
- f. het wijzigen van de bedrijfsactiviteiten tijdens arbeidsongeschiktheid te melden bij de verzekeraar;

5.2

Wanneer de verzekerde bij het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid in het buitenland is, is hij voorts verplicht:

- a. op verzoek van de verzekeraar rapporten en/of verklaringen van bevoegde arts(en) te overleggen om de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan aan te tonen. De kosten hiervan zijn voor rekening van de verzekeringnemer;
- b. zich op verzoek van de verzekeraar in Nederland te laten onderzoeken.

5.3

Wanneer de verzekerde zijn arbeidsongeschiktheid niet binnen 30 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid meldt aan de verzekeraar, gaat de eigen risicotermijn in op de dag waarop de melding door de verzekeraar is ontvangen.

Verplichtingen van de verzekerde bij arbeidsongeschiktheid

Artikel 6

6.1

De verzekerde is verplicht:

- a. zich direct onder behandeling van een arts te stellen en alles te doen om zijn genezing te bevorderen;
- b. zich, voor zover dit redelijkerwijs van hem kan worden verlangd, te laten onderzoeken door, dan wel inlichtingen te verstrekken aan, de door de verzekeraar aangewezen arts(en), arbeidsdeskundige(n) en andere specialisten;
- c. de aanwijzingen van de medisch- of arbeidsdeskundige op te volgen;

Vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid

Artikel 7

7.1

De verzekeraar stelt zelf de mate van arbeidsongeschiktheid vast aan de hand van de verstrekte informatie welke de verzekeraar heeft ontvangen van medische en andere deskundigen.

7.2

De verzekeraar heeft het recht om de mate van arbeidsongeschiktheid te herbeoordelen zolang de uitkering voortduurt.

7.3

De verzekerde wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

7.4

Als de verzekerde het niet eens is met de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid door de verzekeraar, moet hij dit binnen 30 dagen meedelen aan de verzekeraar.

7.5

Gedurende het eerste jaar (met inbegrip van de eigen risicotermijn) van onafgebroken arbeidsongeschiktheid van een verzekerde, wordt de mate van arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid;

7.6

Vanaf het tweede jaar van onafgebroken arbeidsongeschiktheid wordt de mate van arbeidsongeschiktheid van een verzekerde beoordeeld op basis van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.

Aanspraak op uitkering

Artikel 8

8.1

Op grond van deze verzekering heeft de verzekerde recht op uitkeringen indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 1, sub i. of j., van tenminste 25%.

8.2

Wanneer de verzekering voor de verzekerde eindigt, blijft het recht op uitkeringen alleen bestaan wanneer de verzekerde voor het einde van de verzekering arbeidsongeschikt is geworden in de zin van deze voorwaarden en deze arbeidsongeschiktheid met inachtneming van artikel 5 en 6 heeft gemeld. Alsdan dient de premie na het einde van de verzekering te worden doorbetaald tot een jaar na aanvang van

de arbeidsongeschiktheid. Het recht op uitkering wordt gebaseerd op de mate van arbeidsongeschiktheid ten tijde van het einde van de verzekering en blijft bestaan voor zover en zolang deze arbeidsongeschiktheid daarna uit dezelfde oorzaak onafgebroken blijft voortbestaan. De totale uitkeringsduur bedraagt maximaal vijf jaar vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid en voor zover de arbeidsongeschiktheid onafgebroken voortduurt.

8.3

Na de beëindiging van de verzekering bestaat geen recht op verhoging van de arbeidsongeschiktheids-uitkering als gevolg van een toename van de mate van arbeidsongeschiktheid.

8.4

Geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontstaat wanneer de arbeidsongeschiktheid is ontstaan uit of verergerd door:

- a. een oorzaak die al voor of bij aanmelding van de verzekerde voor de verzekering bestond en die bij de verzekerde bekend was of redelijkerwijs had kunnen zijn, tenzij de verzekerde de verzekeraar hiervan op de hoogte heeft gesteld en deze de verzekerde toch heeft geaccepteerd als verzekerde voor de verzekering;
- b. opzet of bewuste roekeloosheid van de verzekerde, verzekeringnemer of van een bij de uitkering belanghebbende;
- c. een ongeval dat de verzekerde overkomen is, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was, of het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was, dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig drankgebruik;
- d. overmatig gebruik van alcohol door de verzekerde, alsmede door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende-, verdoovende- of opwekkende middelen, waaronder begrepen zowel soft- als harddrugs, anders dan op medisch voorschrift;
- e. hetzij direct hetzij indirect, gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij. Onder voorgenoemde gebeurtenissen worden tevens begrepen de gebeurtenissen terrorisme, sabotage en vordering, indien en voorzover aantoonbaar daarmee samenhangend. Deze vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981;
- f. dan wel verband houdt met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het gestelde omtrent uitsluiting in de vorige volzin geen toepassing. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225)

alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

Zwangerschaps- of bevallingsuitkering

Artikel 9

9.1

Voor de vrouwelijke verzekerde voorziet deze verzekering, gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid, in een periodieke zwangerschaps- /bevallingsuitkering gebaseerd op 100% van het verzekerde bedrag. De uitkeringsduur is 16 weken onder aftrek van de eigen risicotermijn.

9.2

Op deze zwangerschaps/bevallingsuitkering bestaat alleen recht indien :

- a. de vermoedelijke bevallingsdatum minimaal 306 dagen na de ingangsdatum van de verzekering ligt;
- b. de zwangerschap minimaal 28 weken geduurd heeft;

9.3

De zwangerschaps-/bevallingsuitkering gaat in 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of wanneer de bevalling eerder plaatsvindt dan deze 6 weken op de dag van de bevalling.

9.4

De verzekerde is verplicht in geval van zwangerschap zo spoedig mogelijk doch in ieder geval vijf maanden voorafgaande aan de vermoedelijke bevallingsdatum, de verzekeraar van deze zwangerschap te informeren alsmede de verzekeraar in het bezit te stellen van een verklaring van een geneeskundige of verloskundige waarin de vermoedelijke bevallingsdatum is aangegeven.

9.5

Indien de verzekerde reeds ter zake van arbeidsongeschiktheid een uitkering krachtens de Wet Arbeid en Zorg en/of een uitkering krachtens een andere wet ontvangt, wordt de uitkering op grond van dit artikel verminderd met deze uitkering.

Vaststelling van de hoogte van de uitkering

Artikel 10

10.1

De hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, zoals deze is vastgesteld door de verzekeraar en bedraagt op jaarbasis:

bij een mate van arbeidsongeschiktheid van	% van het verzekerde bedrag
25-35%	30 %
35-45%	40 %
45-55%	50 %
55-65%	60 %
65-80%	75 %
80% of meer	100 %

10.2

Indien de verzekerde, gedurende de periode dat hij een arbeidsongeschiktheidsuitkering op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid op grond van deze verzekering ontvangt, inkomen gaat genieten uit een ander beroep dan het beroep dat op de verzekeringsovereenkomst vermeld is, wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering gekort.

Uitbetaling van de uitkering

Artikel 11

11.1

De uitbetaling geschiedt maandelijks bij achterafbetaling aan de verzekerde, zodra de mate van arbeidsongeschiktheid door de verzekeraar is vastgesteld en de eigen risicotermijn is verstreken. In de maand waarin het recht op uitkering begint dan wel eindigt keert de verzekeraar een evenredig gedeelte van de uitkering per maand uit.

11.2

De uitkering per maand is gelijk aan 1/12 gedeelte van de in het vorige artikel berekende uitkering.

11.3

De uitkering per dag is gelijk aan 1/30 gedeelte van de uitkering per maand.

11.4

Het uit te keren bedrag wordt verminderd met de bedragen die de verzekeraar op grond van de wet moet inhouden.

11.5

Ieder recht van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van twee jaar nadat die vordering is ontstaan.

Ingang, duur en einde van de uitkering

Artikel 12

12.1

Het recht op uitkeringen beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid begint nadat de eigen risicotermijn is verstreken. Deze uitkeringen eindigen met ingang van de dag dat de verzekerde het tweede jaar van onafgebroken arbeidsongeschiktheid ingaat.

12.2

Nadat de maximum uitkeringstermijn van het eerste lid is verstreken, ontstaat het recht op de uitkeringen beoordeeld op basis van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.

12.3

De uitkering op grond van deze verzekering eindigt, met inachtneming van artikel 8 lid 2, zodra:

- a. de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is;
- b. vijf jaar zijn verstreken na de eerste dag van onafgebroken arbeidsongeschiktheid;
- c. de verzekerde is overleden.

Preventieve dienstverlening

Artikel 13

13.1

De verzekerde heeft de mogelijkheid gebruik te maken van door de verzekeraar geadviseerde preventieve diensten. De dienstverlening heeft een preventief karakter en richt zich op het onderkennen van potentiële gezondheidsbezwaren van verzekerde. Indien sprake is van een onderzoek wordt uitsluitend de verzekerde, en desgewenst diens huisarts, door de onafhankelijke keuringsinstantie geïnformeerd over de bevindingen. De verzekeraar heeft geen toegang tot de onderzoeksbevindingen.

13.2

De bepalingen in het voorgaande lid van dit artikel geldt niet indien op het moment van de indiening van het verzoek voor preventieve dienstverlening sprake is van een relevante arbeidsongeschiktheid conform artikel 1 sub i of j.

Reïntegratie dienstverlening

Artikel 14

14.1

De verzekerde heeft in geval van arbeidsongeschiktheid, na beoordeling en akkoord van de verzekeraar, recht op de volgende door verzekeraar vastgestelde reïntegratie diensten tegen een door de verzekeraar vastgestelde vergoeding:

- psychische begeleiding;
- fysieke begeleiding;
- leefstijltraining;
- arbeidsdeskundige begeleiding.

Kostenbijdragen zoals dotaties, subsidies en vergoedingen voortvloeiend uit relevante regelgeving worden hierop in mindering gebracht of teruggevorderd. Verzekerde is gehouden deze kostenbijdragen zelf aan te vragen.

14.2

Overige kosten van aanpassingen, herplaatsing, bemiddeling bij andere arbeid, revalidatie en her- of omscholing die buiten de normale kosten van genees- of heelkundige behandeling vallen, kunnen, onder door de verzekeraar te stellen voorwaarden, eveneens voor vergoeding in aanmerking komen, voorzover daarop niet uit andere hoofde aanspraak bestaat. Het in lid 1 bepaalde is van overeenkomstige toepassing.

Premie

Artikel 15

15.1

Op 1 januari van ieder jaar wordt de premie van de verzekering vastgesteld op basis van de dan geldende leeftijd van de verzekerde en de verzekerde bedragen.

15.2

Voor de verzekering is een premie verschuldigd tot uiterlijk:

- a de einddatum;
- b de dag, gelegen een jaar na aanvang van de (gehele of gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, rekening houdend met de samentellingsclausule van art. 1 lid k, met dien verstande dat wanneer de verzekerde na dat jaar gedeeltelijk arbeidsongeschikt is, de premie slechts is vrijgesteld voor hetzelfde percentage als het percentage van de uitkering op grond van de verzekering;
- c de beëindigingsdatum van de verzekering;
- d de overlijdensdatum van de verzekerde.

15.3

De jaarpremie is op 1 januari van ieder jaar verschuldigd en dient bij vooruitbetaling na ontvangst van de nota te worden voldaan, uiterlijk op de in de nota genoemde datum. Indien termijnbetaling wordt overeengekomen, is een evenredig deel van de jaarpremie, met een opslag, verschuldigd op de termijnvervaldatum.

15.4

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet, danwel niet volledig heeft betaald binnen de op de nota genoemde datum, zal de verzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen en deze daarbij in kennis stellen van de achterstand in de premiebetaling alsmede de gevolgen daarvan. De verzekeringnemer wordt daarbij in de gelegenheid gesteld de achterstallige premie verhoogd met de wettelijke rente vanaf de vervaldatum zoals vermeld in de nota, binnen een termijn van 30 dagen alsnog te voldoen.

15.5

Wordt de premie ook binnen de laatstgenoemde termijn niet voldaan dan stelt de verzekeraar de verzekeringnemer in kennis van het feit dat met ingang van de vervaldatum van de eerste onbetaalde premie, de dekking van deze verzekering wordt opgeschort. De volledige jaarpremie inclusief de wettelijke rente blijft desondanks verschuldigd en dient binnen 14 dagen door de verzekeraar te zijn ontvangen. Geen recht op uitkering voor een arbeidsongeschikte verzekerde ontstaat indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan gedurende de periode waarin de dekking is opgeschort.

15.6

Zodra de premie, verhoogd met de daarover verschuldigde wettelijke rente, is voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag volgende op die van ontvangst van de betaling.

15.7

Indien de verzekeringnemer na de in het 5e lid genoemde termijn in gebreke blijft ter zake van de betaling van de met wettelijke rente verhoogde premie, heeft de verzekeraar het recht de verzekering middels een aangetekende brief, buiten rechte met onmiddellijke ingang te beëindigen, per de door de verzekeraar vastgestelde datum. Alle openstaande premies tot aan de datum van beëindiging blijven verschuldigd.

15.8

Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premie-termijnen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten bedragen ten minste 15% van de in totaal door de verzekeringnemer verschuldigde som.

Wijziging van de premie en/of voorwaarden

Artikel 16

16.1

De verzekeraar heeft het recht het tarief, aan de hand waarvan de premies voor de verzekering worden berekend, en/of de verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering voor bepaalde risicogroepen of alle verzekerden met ingang van een door de verzekeraar te bepalen datum tegelijkertijd op dezelfde wijze te wijzigen.

16.2

Bij verlenging van deze verzekeringsovereenkomst heeft de verzekeraar het recht het tarief en andere voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst te wijzigen, mits het voorstel tenminste 2 maanden voor die datum schriftelijk is medegedeeld.

16.3

De verzekeringnemer wordt geacht met het in lid 1 en 2 genoemde te hebben ingestemd, tenzij hij de verzekeraar binnen 30 dagen na deze mededeling van het tegendeel heeft bericht. In dat geval eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de wijziging of verlenging van kracht zou worden. Reeds gedane of uitbetaalde uitkeringen en rechten op toekomstige uitkeringen uit dezelfde uitkeringsoorzaak worden door de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden als zodanig niet aangetast.

16.4

De mogelijkheid tot weigering geldt niet indien:

- a. De wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.
- b. de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvend tarief.

Privacy

Artikel 17

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de verzekeraar om persoonsgegevens. Deze gegevens worden binnen de Achmea Groep gebruikt voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kan de verzekeraar deze gegevens gebruiken om de verzekeringnemer of verzekerde te informeren over voor hen relevante producten en diensten.

Als geen prijs gesteld wordt op informatie over producten of diensten, dan kan dit schriftelijk gemeld worden bij: Achmea Inkomensverzekeringen, ter attentie van de privacy coördinator, Postbus 700, 7300 HC Apeldoorn.

Klachtenafhandeling en geschillenregeling

Artikel 18

Geschillen en/of klachten kunnen worden voorgelegd aan verzekeraar. Deze zullen zoveel mogelijk in overleg met betrokkenen worden opgelost. Als deze klachtafhandeling niet leidt tot een voor verzekerde bevredigend resultaat, dan kan de klacht worden voorgelegd aan: Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN 's Gravenhage, tel. 070-333 89 99. De verzekeraar onderwerpt zich aan de uitspraken van de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf alsmede aan het reglement inzake taak en werkwijze van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Risicowijzigingen

Artikel 19

19.1

De verzekeringnemer en/of verzekerde is gehouden de verzekeraar per aangetekend schrijven, binnen 30 dagen na bekendwording van de risicowijziging, in kennis te stellen van wijziging van het risico.

19.2

Wijziging van het risico is in ieder geval aanwezig in de volgende gevallen:

- a. indien zich een wijziging voordoet in de aard van de werkzaamheden van het bedrijf van de verzekeringnemer;
- b. indien zich een wijziging voordoet in de werkzaamheden van de verzekerde;
- c. indien een verzekerde voor langer dan een aaneengesloten periode van 60 dagen werkzaamheden buiten Nederland gaat verrichten;
- d. indien de verzekerde voor een periode van twee maanden of meer per week meer dan zestig uren arbeid verricht;
- e. indien de verzekerde geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;
- f. indien de verzekerde verplicht verzekerd wordt ingevolge de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, of zich vrijwillig verzekert voor de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering;
- g. indien de verzekerde verplicht wordt deel te nemen, of vrijwillig deelneemt, aan een regeling voor derving van inkomen bij ziekte en/of arbeidsongeschiktheid;

19.3

De verzekeraar heeft het recht om bij risicowijzigingen de verzekeringsvoorwaarden en/of de premie te wijzigen of de verzekering te beëindigen.

Weigering uitkering; nietigheid resp. vernietigbaarheid verzekering

Artikel 20

20.1

De verzekeraar heeft het recht een uitkering geheel of gedeeltelijk te weigeren of conform ter zake doende wettelijke bepaling zich op de nietigheid of vernietigbaarheid van de verzekering te beroepen als:

- a. de verzekeringnemer niet aan de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen voldoet of heeft voldaan;
- b. de verzekeringnemer onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt of laat verstrekken of gegevens achterhoudt waarvan de verzekeringnemer moet begrijpen dat deze informatie voor de verzekeraar van belang is.
Dit recht vervalt twee maanden na het bij de verzekeraar bekend worden van de bedoelde feiten.

20.2

Ingeval van fraude heeft de verzekeraar het recht om:

- a. de verzekering te beëindigen;
- b. eventueel al uitgekeerde bedragen en onderzoekskosten terug te vorderen;
- c. te registreren in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
- d. aangifte te doen bij de politie.

Garantstelling verzekeringnemer

Artikel 21

De verzekeringnemer staat in voor de aan de verzekerde opgelegde verplichtingen. Indien de verzekerde in gebreke blijft geheel of gedeeltelijk aan een in deze voorwaarden opgelegde verplichting te voldoen, komt deze weigering voor rekening van de verzekeringnemer.

Onvoorziene gevallen

Artikel 22

In alle gevallen waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien beslist de verzekeraar, na overleg met de verzekeringnemer.

Inwerkingtreding

Artikel 23

Deze voorwaarden zijn in werking getreden op 1 juli 2004.