

Instap-AOV (Arbeidsongeschiktheidsverzekering)

Wegwijzer

zie hoofdstuk

Begripsomschrijvingen	1
Omschrijving van dekking	2
Schade	3
Premie	4
Optierecht	5
Herziening van tarieven en/of voorwaarden	6
Wijziging van het risico	7
Extra dekkingen	8
Einde van de verzekering	9
Aanvullende polisbepalingen	10

1.2 Verzekeringnemer

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

1.3 Verzekerde

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

1.4 Rubriek A:

De eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid.

1.5 Rubriek B:

De periode na de eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid, voor zover deze arbeidsongeschiktheid voortduurt na het verstrijken van de in artikel 1.4 bedoelde 365 dagen.

Hoofdstuk 1 Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Begrippen

1.1 Verzekeraar

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering
Maatschappij N.V., statutair gevestigd te Den Haag.

Artikel 2 Afkortingen

WIA: Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

Hoofdstuk 2 Omschrijving van de dekking

Artikel 3 Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft ten doel uitkering te verlenen bij derving van inkomen door verzekerde door zijn arbeidsongeschiktheid als gevolg van een hem overkomen ongeval.

Zie artikel 5 voor de omschrijving van een ongeval.

Artikel 4 Grondslag van de verzekering

De door of namens de verzekeringnemer aan de verzekeraar verstrekte informatie alsmede de gegevens die ten behoeve van de aanvraag van deze verzekering aan de verzekeraar zijn verstrekt, vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. Indien de verzekeringnemer in enig opzicht niet voldaan heeft aan de op hem rustende wettelijke mededelingsverplichting, heeft de verzekeraar het recht zich te beroepen op de rechtsgevolgen die de wet aan het niet nakomen van deze mededelingsverplichting verbindt.

Artikel 5 Het begrip Ongeval

Onder een ongeval krachtens deze verzekering wordt verstaan een plotseling, onverwacht en van buitenaf op het lichaam van verzekerde rechtstreeks inwerkend geweld waaruit in een ogenblik een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Ook wordt onder ongeval verstaan:

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

5.2 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 mensen, dieren of zaken;

5.3 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;

5.4 verstikking, verdrinking, bevrozing, zonnesteek, hitteberoerte;

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

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

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

Artikel 6 Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot een ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.

Indien verzekerde als gevolg van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis ophoudt zijn beroep/bedrijf uit te oefenen en in gezamenlijk overleg met de verzekeraar begeleiding naar een ander beroep aanvaardt, zal de mate van arbeidsongeschiktheid -eveneens in onderling overleg- worden vastgesteld naar de bezigheden die bij het nieuwe beroep horen. Deze vaststelling zal plaatsvinden vanaf het moment dat verzekerde deze bezigheden daadwerkelijk uitvoert.

Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dan zal dit beroep indien voor de verzekeraar acceptabel, opgenomen worden op de polis. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zal naar dit nieuwe beroep plaatsvinden.

Artikel 7 Uitkeringen (Rubriek A)

7.1 De verzekering voorziet in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen – te rekenen vanaf de eerste arbeidsongeschiktheidsdag –, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken worden samengeteld.

7.2 De in artikel 7.1 genoemde termijn geldt met inachtneming van een op het polisblad vermelde eigenrisicotermijn als bedoeld in artikel 8.

Artikel 8 Eigenrisicotermijn (Rubriek A)

De eigenrisicotermijn is de periode waarover verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze verzekering.

Deze termijn gaat in op de dag volgend op die waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.

De eigenrisicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken.

Artikel 9 Uitkeringen (Rubriek B)

9.1 Mits verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 6, voorziet de verzekering in een uitkering, die eerst ingaat zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, worden samengeteld.

De in artikel 9.1 genoemde termijn geldt met inachtneming van een op het polisblad vermelde eigenrisicotermijn als bedoeld in artikel 10.

Artikel 10 Eigenrisicotermijn (Rubriek B)

De eigenrisicotermijn is de periode waarover verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze verzekering. Deze termijn gaat in op de dag waarop verzekerde een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest conform artikel 9.1.

Artikel 11 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering (Rubriek B)

Indien de verzekering wordt beëindigd, hetzij door verzekeringnemer, hetzij door de verzekeraar overeenkomstig het in artikel 25, 28 of 29 bepaalde, geschiedt zulks onverminderd de rechten op een reeds krachtens deze rubriek ingegane periodieke uitkering ter zake van een tijdens de looptijd van de verzekering ontstaan ongeval.

In de hier bedoelde gevallen zal een verhoging van een uitkeringspercentage niet plaats kunnen vinden.

Artikel 12 Vergoeding van de kosten van revalidatie en her- of omscholing (Rubriek B)

De kosten verbonden aan revalidatie en her- of omscholing die niet geacht kunnen worden te horen tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden vergoed, voor zover niet uit andere hoofde aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten en mits met voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Artikel 13 Kapitaaluitkering bij overlijden

Ingeval van overlijden van verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een bedrag uitgekeerd ter grootte van de op het moment van overlijden voor Rubriek A verzekerde jaarrente. Indien op het moment van overlijden voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan een bedrag ter grootte van de op het moment van overlijden voor Rubriek B verzekerde jaarrente worden uitgekeerd.

Een uitkering wegens blijvende invaliditeit ter zake van hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de voor overlijden verschuldigde uitkering.

Artikel 14 Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit

Ingeval van blijvende invaliditeit van verzekerde, als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een uitkering verleend die overeenkomstig het vermelde in artikel 22 wordt vastgesteld op een percentage van een kapitaal ter grootte van tweemaal de op het moment van het ongeval voor Rubriek A verzekerde jaarrente. Indien op het moment van het ongeval voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan worden uitgegaan van een kapitaal ter grootte van tweemaal de op het moment van het ongeval voor Rubriek B verzekerde jaarrente.

14.1 Als verzekerde vóór de vaststelling van het uitkeringspercentage – anders dan door een ongeval – overlijdt, 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 verzekerde niet zou zijn overleden.

14.2 De uitkering bij blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een stabiele toestand kan worden gesproken, doch in ieder geval binnen twee jaar na de ongevalsdatum, tenzij tussen verzekeringnemer en de verzekeraar anders wordt overeengekomen.

BEGRENTZING VAN DE DEKKING

Artikel 15 Uitsluitingen

De verzekeraar is niet tot enige uitkering verplicht ter zake van:

15.1 vorderingen waarbij verzekeringnemer, verzekerde of uitkeringsgerechtigde een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan;

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

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

15.4 ongevallen ten gevolge van een waagstuk waarbij verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of bij poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

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

15.6 ongevallen mogelijk geworden door het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank. Van het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank is, in de zin van deze polis, in ieder geval sprake indien het bloed-alcoholgehalte op het moment van het ongeval 0,8 ‰ of hoger was dan wel indien het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was;

15.7 ongevallen waarbij de verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;

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

15.9 ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), peesschedeontsteking (tendovaginitis), spierverrekking, niet-totale spier/peesverscheuring, peri-arthritis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis), of golfersarm (epicondylitis medialis);

15.10 het binnendringen van ziektekiemen, bijvoorbeeld de verwekkers van malaria, in een insectenbeet of -steek;

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

15.12 ongevallen verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijtuig met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel indien daarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven;

15.13 ongevallen die het gevolg zijn van het verrichten van werkzaamheden met houtbewerkingsmachines, indien het verrichten van deze werkzaamheden het hoofdbestanddeel vormt van de beroepsbezigheden van verzekerde;

15.14 ongevallen die verband houden met het gebruik maken van een motorvliegtuig, anders dan als passagier;

15.15 ongevallen die het gevolg zijn van het

- maken van bergtochten over gletsjers, tenzij onder leiding van een erkend gids;
- klettern;
- deelnemen aan en training voor wedstrijden met motorrijtuigen, motorboten en (brom)fietsen indien in die wedstrijden het snelheidselement overheerst;
- beoefenen van sport als nevenberoep;

15.16 ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door – hetzij direct, hetzij indirect – een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Voor de betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag zijn gedeponneerd onder nummer 136/1981;

15.16 hetzij direct, hetzij indirect door molest, waaronder te verstaan:

15.16.1 Gewapend conflict

Elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden.

Onder gewapend conflict wordt tevens verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties.

15.16.2 Burgeroorlog

Een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van een- zelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat bij betrokken is.

15.16.3 Opstand

Georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.

15.16.4 Binnenlandse onlusten

Min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.

15.16.5 Oproer

Een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.

15.16.6 Muiterij

Een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van de gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij zijn gesteld.

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

De uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade die is veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich, overeenkomstig hun bestemming, buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

15.17 door atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan.

15.17.1 De uitsluiting van atoomkernreacties geldt niet voor radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige doeleinden of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige rijksoverheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.

Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kern installatie aan boord van een schip.

15.17.2 Voor zover op grond van enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, is het onder 15.17.1 vermelde niet van toepassing.

15.18 de periode waarin verzekerde gedetineerd is in een gevangenis of soortgelijke instelling.

Artikel 16 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

16.1 Indien de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen die het ongeval gehad zou hebben indien verzekerde geheel valide en gezond zou zijn geweest, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een vroeger ongeval waarvoor de verzekeraar reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken. Het onder 16.1 bepaalde laat het onder 16.2 bepaalde onverminderd van kracht.

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

Hoofdstuk 3 Schade

Artikel 17 Verplichtingen bij een ongeval

17.1 Termijn van aanmelding

17.1.1 Ingeval van overlijden is verzekeringnemer of begunstigde verplicht de verzekeraar ten minste 48 uur vóór de begrafenis of de crematie hiervan in kennis te stellen.

17.1.2 Ingeval van blijvende invaliditeit is verzekeringnemer verplicht de verzekeraar zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen drie maanden, kennis te geven van een ongeval waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan. Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits wordt aangetoond dat de verzekeraar bij tijdige aanmelding tot uitkering verplicht zou zijn geweest.

17.2 Verplichting van de begunstigde(n) in geval van overlijden

Ingeval van overlijden van verzekerde ten gevolge van een ongeval is/zijn de begunstigde(n) verplicht desgevraagd zijn/hun medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

17.3 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid door een ongeval.

Verzekerde is verplicht:

17.3.1 zich direct onder behandeling van een 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;

17.3.2 zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigenrisicotermijn en indien deze termijn langer is dan drie maanden, binnen drie maanden aan de verzekeraar

mededeling te doen van zijn arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde aangifteformulier;

17.3.3 zich op verzoek van de verzekeraar te laten onderzoeken door een door de verzekeraar aan te wijzen arts en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling. De hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van de verzekeraar;

17.3.4 alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of aan de door haar aangewezen deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verstrekken; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van het recht op uitkering van belang kunnen zijn;

17.3.5 de verzekeraar terstond op de hoogte te brengen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel;

17.3.6 vooraf overleg te plegen met de verzekeraar bij vertrek naar het buitenland voor langer dan twee maanden;

17.3.7 zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad.

17.4 Verzekeringnemer is verplicht zijn volledige medewerking te verlenen bij het nakomen van de in artikel 17.3 genoemde verplichtingen door verzekerde.

17.5 Sanctiebepaling

De verzekering geeft geen dekking indien verzekerde of verzekeringnemer of in geval van overlijden de begunstigde(n) de in artikel 17.1.1, 17.2 en 17.3 genoemde verplichtingen niet is/zijn nagekomen.

17.6 Elk recht op schadevergoeding vervalt indien verzekerde of verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of heeft laten verstrekken.

Artikel 18 Vaststelling van de periodieke uitkering

Zolang verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van de gegevens van door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan verzekeringnemer mededeling worden gedaan.

Indien verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaar heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden.

Artikel 19 Omvang van de periodieke uitkering

19.1 Ter zake van arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevendende periodieke uitkering, die per dag – bij volledige arbeidsongeschiktheid – 1/365 gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt.

19.2 Met inachtneming van het bepaalde onder 19.2.1 en 19.2.2 bedraagt de uitkering voor Rubriek A en B bij een arbeidsongeschiktheid van:

- 25 – 35%: 30% van de verzekerde jaarrente;
- 35 – 45%: 40% van de verzekerde jaarrente;
- 45 – 55%: 50% van de verzekerde jaarrente;
- 55 – 65%: 60% van de verzekerde jaarrente;
- 65 – 80%: 75% van de verzekerde jaarrente;
- 80 – 100%: 100% van de verzekerde jaarrente.

19.2.1 Indien gedurende de uitkeringsperiode volgens de rubriek B de arbeidsongeschiktheid toeneemt, wordt bij een arbeidsongeschiktheid van:

- minder dan 45% die toename uitgekeerd volgens rubriek A, indien de toegenomen arbeidsongeschiktheid voortkomt uit een andere ziekteoorzaak of ongeval. Duurt deze toename langer dan 365 dagen dan wordt vanaf de 366e dag van deze toename voor de totale mate van arbeidsongeschiktheid uitgekeerd volgens rubriek B;
- minder dan 45% die toename uitgekeerd volgens rubriek B, indien de toegenomen arbeidsongeschiktheid voortkomt uit dezelfde oorzaak;
- 45% of meer die toename uitgekeerd volgens rubriek B.

19.2.2 Indien volgens artikel 19.2.1 voor de toegenomen arbeidsongeschiktheid recht bestaat op een uitkering volgens rubriek A wordt voor deze toename uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage waarop volgens de in artikel 19.2 opgenomen tabel behorend bij de nieuwe graad van arbeidsongeschiktheid aanspraak bestaat en het uitkeringspercentage dat bij de oorspronkelijke graad van arbeidsongeschiktheid behoort.

Voor zover hierboven in dit artikel wordt gesproken over arbeidsongeschiktheid geldt de omschrijving, zoals deze is gegeven in artikel 6.

Artikel 20 Betaling van de periodieke uitkering

De uitbetaling van de door de verzekeraar verschuldigd geworden termijnen geschiedt telkens na één maand, met dien verstande, dat bij beëindiging van de arbeidsongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden zo spoedig mogelijk na de dag, waarop de beëindiging aan de verzekeraar is bekend geworden, respectievelijk door haar aan verzekeringnemer is meegedeeld.

Artikel 21 Einde van de periodieke uitkering

De uitkering eindigt:

21.1 per de dag dat verzekerde niet meer ten minste 25% arbeidsongeschikt is;

21.2 per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;

21.3 per de dag waarop verzekerde overlijdt;

21.4 waar het een uitkering onder Rubriek A betreft: per de dag dat de verzekeringnemer de verzekering beëindigt. (N.B.: ingegane uitkeringen onder Rubriek B blijven bij opzegging gehandhaafd, zie artikel 11).

Artikel 22 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

22.1 De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld is afhankelijk van het gegeven welk lichaamsdeel of orgaan door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

22.2 Bij volledig (functie)verlies van de volgende organen/ lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van de in artikel 14 bedoelde verzekerde som uitgekeerd:

het gezichtsvermogen van beide ogen:	100%
het gezichtsvermogen van een oog:	30%
doch indien de verzekeraar 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 een oor:	25%
doch indien de verzekeraar krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens gehele doofheid aan het andere oor:	35%
een arm (incl. onderarm, hand en vingers):	75%
een hand (incl. vingers):	60%
een duim:	25%
een wijsvinger:	15%
een middelvinger:	12%
een ringvinger:	10%
een pink:	10%
een been (incl. onderbeen, voet en tenen):	70%
een voet (incl. tenen):	50%
een grote teen:	5%
een andere teen:	3%
de milt:	5%
de smaak en reuk samen:	10%
een nier:	10%

22.3 Wanneer er sprake is van gedeeltelijk (functie-) verlies van één of meer van de hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen wordt een evenredig deel uitgekeerd.

22.4 Bij volledig (functie)verlies van meer dan één vinger van de hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies van de gehele hand.

22.5 Indien er sprake is van een whiplashsyndroom en/of postcommotioneel syndroom wordt maximaal 5% van de in artikel 14 bedoelde verzekerde som uitgekeerd.

22.6 De bepaling van het percentage (functie)verlies geschiedt door middel van een medisch onderzoek in Nederland volgens objectieve maatstaven (beroepsbezigheden buiten beschouwing latend) en wel overeenkomstig de op het moment van de vaststelling van het (functie)verlies laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (AMA-Guides), en/of aangevuld met de richtlijnen van Nederlandse Specialistenverenigingen. Voor de vaststelling van het percentage (functie)verlies van het gezichtsvermogen kan, indien daartoe medische gronden bestaan, niet alleen gebruik worden gemaakt van de op het moment van de vaststelling laatste versie van de hiervoor vermelde AMA-Guides, maar zal tevens gebruik kunnen worden gemaakt van een andere editie.

22.7 In gevallen die niet vallen onder artikel 22.2 en 22.5 wordt uitgekeerd het percentage van de verzekerde som dat gelijk is aan:

22.7.1 de mate van blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert òf

22.7.2 de mate waarin verzekerde blijvend ongeschikt is om zijn beroep uit te oefenen. Is verzekerde beter geschikt een ander hem in redelijkheid op te dragen passend beroep uit te oefenen, dan heeft de verzekeraar het recht voor de mate van blijvende ongeschiktheid van dat hem passend beroep uit te gaan.

Het hoogste van de twee volgens artikel 22.7.1 en artikel 22.7.2 vastgestelde percentages wordt uitgekeerd.

22.8.1 De bepaling van de mate van blijvend functieverlies zoals bedoeld bij artikel 22.7.1 geschiedt zoals aangegeven bij artikel 22.6.

22.8.2 De bepaling van de mate van blijvende ongeschiktheid zoals bedoeld bij artikel 22.7.2 geschiedt in Nederland door middel van medisch onderzoek en zonodig onderzoek door andere deskundigen.

22.9 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

Bij de bepaling van de mate van functieverlies (artikel 22.6 en artikel 22.8.1) en blijvende ongeschiktheid (artikel 22.8.2) wordt uitgegaan van de situatie zonder uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen, doch – indien geplaatst – met inwendige kunst- of hulpmiddelen.

22.10 Maximum uitkering

Voor blijvende invaliditeit ontstaan door één ongeval wordt nooit meer dan 100% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag uitgekeerd.

Artikel 23 Begunstiging

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

23.2 In alle overige gevallen geschiedt de uitkering aan verzekeringnemer.

23.3 De Staat der Nederlanden kan nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 24 Verjaringstermijn

Iedere rechtsvordering uit hoofde van deze verzekering verjaart door verloop van vijf jaar na het bestaan van arbeidsongeschiktheid als gevolg waarvan recht op uitkering bestaat.

Hoofdstuk 4 Premie

Artikel 25 Premiebetaling

25.1 Verzekeringnemer dient de premie en kosten vooruit te betalen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden. De verzekering is niet van kracht voor ongevallen die plaatsvinden en voor arbeidsongeschiktheid die is ontstaan of aan het licht getreden of toegenomen (verder te noemen: omstandigheden):

- na de premievervaldag indien de hierboven vermelde termijn van 30 dagen is verstreken zonder dat de premie en kosten zijn betaald;
- indien verzekeringnemer weigert de premie en kosten te voldoen.

Nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is daarbij niet nodig. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en kosten te voldoen.

De verzekering wordt weer van kracht voor omstandigheden die plaatsvinden na de dag waarop de premie en kosten door de verzekeraar zijn ontvangen. Indien met de verzekeraar premiebetaling in termijnen is overeengekomen wordt de verzekering weer van kracht voor omstandigheden die plaatsvinden na de dag waarop alle onbetaald gebleven premies over de reeds verstreken

termijnen, inclusief kosten, door de verzekeraar zijn ontvangen.

25.2 Terugbetaling

Bij beëindiging van de verzekering heeft verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over de periode waarvoor de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten.

Geen terugbetaling van de premie vindt plaats bij opzegging van de verzekering als gevolg van opzet om de verzekeraar te misleiden.

Artikel 26 Restitutie van premie in verband met arbeidsongeschiktheid

Zolang verzekerde een periodieke uitkering ontvangt krachtens Rubriek B zal de over die periode betaalde premie voor Rubriek A en B naar evenredigheid van die uitkering worden gerestitueerd. De premierestitutie vindt achteraf op de hoofdpremievervaldag plaats.

Hoofdstuk 5 Optierecht

Artikel 27 Optie met betrekking tot omzetting in een uitgebreide Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Deze verzekering is aangegaan voor de periode als aangegeven op het polisblad. Indien verzekerde drie jaar na de ingangsdatum gedurende 60 dagen onmiddellijk daaraan voorafgaand volledig geschikt was tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, kan de verzekering per die datum en voor dat beroep zonder gezondheidswaarborgen worden omgezet in een arbeidsongeschiktheidsverzekering met een uitkeringsduur, een eigenrisicotermijn en verzekerde jaarrentes overeenkomstig de op het polisblad vermelde gegevens, met dien verstande dat de verzekerde jaarrentes tezamen met enige andere voorziening ter zake van arbeidsongeschiktheid alsdan niet meer dan 80% van het jaarinkomen mogen bedragen. (Onder jaarinkomen wordt verstaan de inkomsten van verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting).

Indien verzekerde drie jaar na de ingangsdatum geen gebruik maakt van dit recht dan komt hem dit recht op omzetting vijf jaar na de ingangsdatum conform de hiervoor genoemde bepalingen nogmaals toe. Bij een omzetting zal de premie worden gebaseerd op de leeftijd die verzekerde op het moment van omzetting heeft bereikt.

Hoofdstuk 6 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 28

28.1 Herziening

Indien de verzekeraar haar tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van deze soort herziet, heeft zij het recht deze verzekering aan die nieuwe tarieven en/of voorwaarden aan te passen. Voor die verzekeringen waarop een uitkering wordt gedaan, zal de herziening van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum; de herziening van de voorwaarden zal echter pas van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.

De verzekeraar zal die aanpassing vooraf aankondigen.

28.2 Recht van weigering

Verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren indien de aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking, tenzij deze wijzigingen voortvloeien uit een wettelijke regeling of bepaling.

Indien verzekeringnemer van dit recht gebruik wenst te maken, dient hij de verzekeraar daarvan, voor het einde van een termijn van 30 dagen na de aangekondigde datum van aanpassing, schriftelijk kennis te geven.

De verzekering eindigt dan op de aangekondigde datum van aanpassing of op het tijdstip van weigering indien de weigering na die datum plaatsvindt.

28.3 Voortzetting van de verzekering

Heeft verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van zijn in 28.2 bedoelde recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

– wel risicoverzwaren inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie.

29.1.2 Als de risicowijziging van dien aard is, dat de verzekeraar de verzekering niet zou hebben voortgezet indien zij van de ware stand van zaken kennis had gedragen, bestaat er geen recht op uitkering;

29.2 verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

29.3 verzekerde, anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;

29.4 verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de WIA (schriftelijk bewijs bijv. werkgeversverklaring dient overgelegd te worden);

29.5 verzekerde onder een regeling als bedoeld in de 'Wet betreffende de verplichte deelneming in een Beroeps-pensioenregeling' of een soortgelijke regeling ter zake van derving van arbeidsinkomsten komt te vallen.

In al deze gevallen heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden te stellen (waaronder wijziging van de premie of verlaging van het verzekerde bedrag) dan wel de verzekering te beëindigen. Indien verzekeringnemer met de wijziging niet akkoord gaat heeft hij het recht, binnen één maand na ontvangst van de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling van de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Hoofdstuk 7 Wijziging van het risico

Artikel 29 Verplichtingen bij risicowijziging

Verzekeringnemer, respectievelijk verzekerde, is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de verzekeraar terstond schriftelijk kennis te geven wanneer:

29.1.1 verzekerde zijn beroep, als op het polisblad vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden bezigheden een verandering ondergaan;

Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de verzekeraar de hiervoor bedoelde risicowijziging

– geen risicoverzwaren inhoudt;

Hoofdstuk 8 Extra dekkingen

Artikel 30 Optie met betrekking tot verhoging verzekerde jaarrente

Verzekeringnemer heeft het recht (hierna te noemen 'optierecht') op de hoofdpremievervaldag drie jaar na de ingangsdatum van de verzekering de op dat moment verzekerde jaarrente voor Rubriek A en/of B tegen de dan geldende tarieven en voorwaarden, maar zonder gezondheidswaARBorgen te verhogen met maximaal 15%. Dit optierecht komt verzekeringnemer nogmaals toe indien vijf jaar na de ingangsdatum gebruik wordt gemaakt van het recht op omzetting als omschreven in artikel 27.

Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:

30.1 De verzekerde jaarrente mag in combinatie met enige andere voorziening ter zake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan 80% van het jaarinkomen.

Onder jaarinkomen wordt verstaan de inkomsten van verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting.

30.2 De verzekerde jaarrente per rubriek bedraagt maximaal € 90.756,- gelijkblijvend en € 68.067,- klimmend.

30.3 De verhogingspercentages per rubriek hoeven niet aan elkaar gelijk te zijn.

30.4 Op de desbetreffende optiedatum dient verzekerde:

30.4.1 nog niet de leeftijd van 50 jaar te hebben bereikt;

30.4.2 gedurende de 60 dagen onmiddellijk hieraan voorafgaand niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn geweest, noch een ongeval met als gevolg blijvend letsel te hebben gehad en gedurende deze tijd niet enigerlei uitkering ter zake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid te hebben ontvangen.

30.5 Een maand voor de optiedatum vraagt de verzekeraar aan verzekeringnemer of en zo ja, op welke wijze hij van het optierecht gebruik wenst te maken. Verzekeringnemer dient zijn standpunt hieromtrent binnen één maand na de optiedatum schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar te hebben gemaakt.

Artikel 31 Uitkering bij overlijden gezinslid

In geval van overlijden van de tot het gezin van verzekerde horende

- echtgeno(o)t(e) of partner;
- minderjarige kinderen, geadopteerde kinderen, pleeg- en/of stiefkinderen wordt een uitkering verleend van 7/365 maal de voor Rubriek A verzekerde jaarrente.

Indien op het moment van overlijden van de genoemde gezinsleden voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan de uitkering worden gebaseerd op de voor Rubriek B verzekerde jaarrente.

Artikel 32 Uitkering bij gezinsuitbreiding.

In geval van gezinsuitbreiding door geboorte van een eigen kind van verzekerde of door adoptie wordt per kind een uitkering verleend van 7/365 maal de voor Rubriek A verzekerde jaarrente.

Indien op het moment van geboorte of adoptie van het gezinslid voor Rubriek A geen jaarrente is verzekerd zal in plaats daarvan de uitkering worden gebaseerd op de voor Rubriek B verzekerde jaarrente.

Artikel 33 Periodiek geneeskundig onderzoek

Verzekerd zijn de kosten van een periodiek geneeskundig onderzoek.

Na afloop van een aaneensluitende periode van drie jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens telkens na drie jaar heeft verzekerde het recht zich op kosten van de verzekeraar aan een algemeen geneeskundig onderzoek te onderwerpen. Voor dit onderzoek zal de verzekeraar een coupon ter beschikking stellen zodra er recht op een periodiek onderzoek is verkregen. Dit recht komt verzekerde nogmaals toe indien vijf jaar na de ingangsdatum gebruik wordt gemaakt van het recht op omzetting als omschreven in artikel 27. Het resultaat van het onderzoek zal niet aan de verzekeraar bekend worden gemaakt.

Rechtsbijstanddekking

Artikel 34 Overdracht

SRK: SRK Rechtsbijstand

De verzekeraar heeft de uitvoering van deze rechtsbijstanddekking overgedragen aan: SRK Rechtsbijstand, verder te noemen het SRK (Stichting Schaderegelingskantoor voor Rechtsbijstandverzekering);
Bezoekadres : Europaweg 151, Zoetermeer
Postadres : Postbus 3020, 2700 LA Zoetermeer
Telefoon : 079-3448181
Telefax : 079-3427990

De verzekeraar garandeert nakoming door het SRK van de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen.

Artikel 35 Begrippen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

35.1 Gebeurtenis

Het feitelijke voorval of de reeks met elkaar verband houdende voorvallen die leiden tot een concreet te definiëren juridisch geschil waarbij verzekerde is betrokken en dat bij het tot stand komen van deze verzekering niet te verwachten of redelijkerwijs te voorzien is geweest; indien er sprake is van een reeks met elkaar verband houdende voorvallen, is het tijdstip van het eerste voorval in die reeks bepalend voor de vaststelling van het tijdstip van de gebeurtenis.

35.2 Rechtens bevoegde deskundige

Een ter zake kundige die, krachtens toepasselijke regel inzake procesbevoegdheid, in de gerechtelijke procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mag verlenen.

Artikel 36 Omschrijving van de dekking

Omvang van de dekking

36.1 Gedekt is het verhalen van de op geld waardeerbare gevolgen van schade ten gevolge van een ongeval op een derde, die in verband met het veroorzaken van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 6 jegens verzekerde uitsluitend op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht.

36.2 Kosten van rechtsbijstand

36.2.1 De kosten verbonden aan behandeling door het SRK zijn tot een onbeperkt bedrag gedekt.

36.2.2 Voor te maken externe kosten als genoemd onder 36.3, geldt een dekkingssom van maximaal € 6.807,- per gebeurtenis.

36.3 Vergoed worden:

36.3.1 de honoraria en de verschotten van de conform deze voorwaarden ingeschakelde advocaat, procureur, deurwaarder, andere rechtens bevoegde deskundige(n) en expert(s);

36.3.2 de proces- en gerechtskosten, de kosten van arbitrage of de kosten van bindend advies. Hieronder zijn niet begrepen afkoopsommen, boetes en ander bij wijze van straf opgelegde maatregelen;

36.3.3 de kosten van getuigen in een gerechtelijke procedure.

Indien verzekerde de BTW kan verrekenen met de door hem verschuldigde BTW-afdrachten, komt de BTW-toeslag niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 37 Belangenconflict

Als blijkt dat beide strijdende partijen zich als verzekerde tot het SRK wenden en beide aanspraak kunnen maken op het verlenen van rechtsbijstand zal het SRK hiervan mededeling doen aan beide verzekerden.

In dat geval heeft verzekerde het recht zijn belangen door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van vrije keuze, zoals geregeld in artikel 40.4 van deze voorwaarden, te laten behartigen.

Artikel 38 Uitsluitingen

Het SRK is niet tot het verlenen van rechtsbijstand verplicht, indien:

38.1 verzekerde handelt in strijd met de polisvoorwaarden en daardoor de belangen van de verzekeraar en/of het SRK schaadt. Daarvan is in ieder geval sprake als de zaak zo laat is aangemeld dat het SRK slechts met extra kosten de rechtsbijstand zou kunnen verlenen;

38.2 bij de gebeurtenis een motorrijtuig of een (lucht) vaartuig is betrokken dat een verzekerde in eigendom heeft, bezit, houdt, bestuurt of gebruikt;

38.3 de gebeurtenis betreft, voortvloeit uit of verband houdt met een sociale verzekeringskwestie, ook niet als onderdeel van de dekking als omschreven in artikel 36.1;

38.4 de schade (mede) uit overeenkomst voortvloeit;

38.5 de wettelijk aansprakelijke derde zijn domicilie heeft buiten de Europese Unie;

38.6 de wettelijk aansprakelijke derde insolvabel is;

38.7 verzekerde bij een beroep op deze polis een onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken heeft gegeven, waarvan hij redelijkerwijs had moeten begrijpen dat dit de behandeling van de zaak of de belangen van het SRK zou schaden;

38.8 verzekerde rechten kan ontlenen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand of het vergoeden van kosten van rechtsbijstand.

Artikel 39 Aanmelding van de zaak en verplichtingen van verzekerde

39.1 Indien een gebeurtenis plaatsvindt waarbij verzekerde rechten aan deze voorwaarden wil ontlenen, is hij verplicht de gebeurtenis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken nadat de gebeurtenis zich heeft voorgedaan te melden bij het SRK onder vermelding van alle gegevens, alle feiten en alle omstandigheden die tot de gebeurtenis hebben geleid. Dit teneinde het SRK in een zo vroeg mogelijk stadium in staat te stellen de noodzakelijke rechtsbijstand te verlenen.

39.2 Verzekerde die een beroep op deze voorwaarden doet, verleent alle medewerking die gevraagd wordt door het SRK of de door het SRK ingeschakelde externe deskundigen.

39.3 Verzekerde is verplicht het SRK op de hoogte te (blijven) houden van nieuwe ontwikkelingen in de zaak en volle medewerking te (blijven) verlenen bij de uitvoering van de polis.

39.4 Door de gebeurtenis aan te melden machtigt verzekerde het SRK, onder uitsluiting ieder ander, tot het – zowel in als buiten rechte – behartigen van zijn belangen.

Artikel 40 Verlenen van rechtsbijstand

40.1 Het SRK zal rechtsbijstand (blijven) verlenen voor zover naar de mening van het SRK een redelijke kans bestaat het beoogde resultaat te bereiken. Indien succes in redelijkheid niet te verwachten is, zal het SRK dit gemotiveerd meedelen aan verzekerde.

40.2 Het SRK behandelt de aangemelde zaken in principe zelf. Te allen tijde zal, voor zover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne worden nagestreefd.

40.3 Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden, zal het SRK, voor zover mogelijk, zelf de rechtsbijstand verlenen.

40.4 Indien het SRK niet zelf de rechtsbijstand kan verlenen, zal verzekerde worden bijgestaan door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van eigen keuze die in overleg met het SRK moet worden aangesteld. Alleen het SRK heeft bevoegdheid om namens verzekerde de opdracht aan de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige te geven. Indien een buitenlandse rechter bevoegd is, komen uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die bij het desbetreffende buitenlandse gerecht staan ingeschreven of aldaar rechtens zijn toegelaten.

40.5 Indien het SRK van mening is dat het financieel belang van verzekerde de te maken kosten niet rechtvaardigt, is het SRK gerechtigd in plaats van (verdere) rechtsbijstand te verlenen, verzekerde een bedrag aan te bieden ter grootte van het financieel belang. De rechten die ter zake deze schade voor verzekerde voortvloeien uit deze voorwaarden, komen na de betaling van het bedrag te vervallen.

Artikel 41 Geschillenregeling

41.1 Gedragslijn bij verschil van mening tussen SRK en verzekerde over de regeling van het geschil waarvoor een beroep op deze verzekering is gedaan

Verzekerde kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat ingevolge artikel 40.1 van deze voorwaarden geen redelijke kans aanwezig is het beoogde resultaat te bereiken of als hij het niet eens is met de wijze van juridische aanpak van de zaak.

Verzekerde dient in dat geval in een brief aan het SRK op basis van voor het SRK bekende feiten en omstandigheden te motiveren waarom hij het niet eens is met het SRK.

De geschillenregeling omvat het volgende:

41.1.1 het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat juridisch advies uit te brengen over de vraag of een verdere behandeling van de zaak een redelijke kans heeft het beoogde resultaat te bereiken, dan wel of de juridische aanpak van de zaak al dan niet de juiste is. De advocaat betreft hierbij de standpunten van zowel het SRK als de verzekerde;

41.1.2 verzekerde heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze.

Indien verzekerde geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met verzekerde welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen;

41.1.3 het SRK draagt zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde hem in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen;

41.1.4 het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies;

41.1.5 deelt de advocaat de mening van verzekerde, dan kan het SRK de advocaat opdracht geven de behandeling van de zaak voort te zetten. Het SRK verstrekt de advocaat daartoe schriftelijk goedkeuring;

41.1.6 deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan verzekerde de zaak tot zich trekken en op eigen kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak – die verzekerde verplicht is binnen één maand nadat uitspraak is gedaan aan het SRK te zenden – blijkt dat het beoogde resultaat geheel werd bereikt, zal het SRK alsnog de gemaakte kosten, zoals genoemd in artikel 36.2 en 36.3 van deze voorwaarden, vergoeden. Indien het beoogde resultaat slechts gedeeltelijk werd bereikt, zal het SRK deze kosten in verhouding tot het in de procedure behaalde resultaat vergoeden;

41.1.7 verzekerde kan geen beroep doen op de geschillenregeling als na overleg met verzekerde door het SRK reeds een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak.

41.2 Gedragslijn bij verschil van mening over het wel of niet verlenen van dekking

41.2.1 Verzekerde kan een rechtsvordering tegen de verzekeraar/het SRK instellen indien het SRK meent dat de gebeurtenis geen aanleiding geeft om rechten aan deze Rechtsbijstanddekking te ontnemen.

41.2.2 Indien de rechter verzekerde in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, zoals genoemd in artikel 36.2 en 36.3 van deze voorwaarden, vergoeden.

Artikel 42 Verjaringstermijn

Iedere rechtsvordering uit hoofde van deze verzekering verjaart door verloop van drie jaar nadat een beroep op de rechtsbijstanddekking had kunnen worden gedaan.

Artikel 43 Adres

Na aanmelding van een zaak bij het SRK dient verzekerde zorg te dragen dat zijn juiste adres steeds bij het SRK bekend is.

Hoofdstuk 9 Einde van de verzekering

Artikel 44 Einde van de verzekering

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

44.1 bij het overlijden van verzekerde;

44.2 bij het bereiken van de op het polisblad genoemde einddatum;

44.3 op de dag dat verzekerde zich in het buitenland vestigt;

44.4 op de dag dat verzekeringnemer of verzekerde in staat van faillissement is verklaard;

44.5 op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip indien verzekeringnemer ondanks herhaalde pogingen in gebreke blijft de premie te voldoen;

44.6 zodra verzekerde met betrekking tot de melding en/of behandeling van een schade opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onwaarachtige opgave doet en de verzekeraar op grond hiervan de verzekering opzegt.

Hoofdstuk 10 Aanvullende polisbepalingen

Artikel 45.1 Persoonsgegevens

45.1.1 Verwerking persoonsgegevens bij aanvraag / wijziging

Bij de aanvraag van deze verzekering en bij wijziging daarvan worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van

het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten en marketingactiviteiten, ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met het voeren van een verantwoord acceptatiebeleid kan verzekeraar persoonsgegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Hiervoor geldt het privacyreglement van de Stichting CIS (www.stichtingcis.nl).

45.1.2 Verwerking persoonsgegevens bij schade

Bij de melding van een gebeurtenis worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst.

In verband met het voeren van een verantwoord schaderegelingsbeleid kan verzekeraar persoonsgegevens raadplegen en/of laten opnemen bij de Stichting CIS. Hiervoor geldt het privacyreglement van de Stichting CIS.

45.1.3 Verstrekking persoonsgegevens aan derden

De persoonsgegevens die zijn gevraagd bij de aanvraag van deze verzekering, bij wijziging daarvan en bij de melding van een gebeurtenis kunnen door verzekeraar worden verstrekt aan derden die betrokken zijn bij de uitvoering van verzekeringsovereenkomsten, zoals hulpverleners, experts en herstelbedrijven.

Artikel 45.2 Toepasselijk recht

Op deze met verzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 45.3 Klachten

Een klacht die betrekking heeft op deze verzekering kan schriftelijk worden ingediend bij de Klachtendesk van verzekeraar of via www.nn.nl.

Indien de reactie van verzekeraar niet tot een bevredigend resultaat leidt, kan de klacht worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag of via www.kifid.nl.

Artikel 45.4 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 45.5 Opschortende voorwaarde

Het kan verboden zijn dat wij een verzekeringsovereenkomst met u sluiten. Er bestaan nationale en internationale (sanctie)regels waaruit dit volgt. De overeenkomst komt niet tot stand als u of een andere belanghebbende voorkomt op een nationale of internationale sanctielijst. Wij toetsen dit achteraf. Daarom is een 'opschortende voorwaarde' van kracht.

De toetsing voeren wij zo snel mogelijk uit. Als u of een andere belanghebbende niet voorkomt op een sanctielijst, dan is de overeenkomst geldig vanaf de op de polis vermelde ingangsdatum.

En als een persoon wel voorkomt op een sanctielijst? Dan informeren wij de aanvrager daarover schriftelijk. Wij doen dit in ieder geval binnen 10 dagen nadat wij de polis hebben verzonden.

De opschortende voorwaarde luidt:

De overeenkomst komt alleen tot stand als uit toetsing niet blijkt dat het verboden is om op grond van sanctiewet- of regelgeving financiële diensten te verlenen voor of ten behoeve van:

- verzekeringnemer;
- verzekerden, medeverzekerden en andere (rechts) personen die voordeel zouden kunnen hebben bij het bestaan van de overeenkomst;
- vertegenwoordigers en gemachtigden van het bedrijf van verzekeringnemer;
- uiteindelijk financieel belanghebbenden bij het bedrijf van verzekeringnemer.

