

Algemene Voorwaarden

REAAL UNIM AOV Langlopende verzekering

PASSAR 0804 – 0806

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in het geval de verzekeringnemer of de verzekerde bij het tot stand komen van de verzekering zijn mededelingsplicht als bedoeld in artikel 7:928 BW niet nakomt ter zake van aan de verzekeringnemer of de verzekerde bekende omstandigheden waarbij sprake is van opzet aan de kant van de verzekeringnemer of de verzekerde om de verzekeraar te misleiden, dan wel wanneer de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, heeft de verzekeraar het recht de verzekering op te zeggen. In andere gevallen van het niet-nakomen van de mededelingsplicht heeft de verzekeraar het recht om andere voorwaarden te stellen en in het geval dat het risico zich heeft verwezenlijkt is de verzekeraar slechts uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen of in de situatie dat bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een hogere premie zou zijn bedongen, mag de uitkering door de verzekeraar worden verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer zou hebben bedragen.

Inhoudsopgave

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

Bescherming persoonsgegevens

Bij de aanvraag of wijziging van een verzekering/financiële dienst worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door de verzekeraar, respectievelijk een andere tot SNS REAAL N.V. behorende rechtspersoon, verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, voor het uitvoeren van marketingactiviteiten, ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van de Gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De Gedragscode kan ook worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070 - 333 85 00).

Nederlands recht

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Klachtenbehandeling

- **Interne klachtenprocedure**
Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan de directie van de verzekeraar.
- **Klachten- en geschillenprocedure KiFiD**
Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de directie van de verzekeraar voor een belanghebbende niet bevredigend is én belanghebbende een consument is in de zin van de reglementen van het KiFiD kan belanghebbende zich - binnen 3 maanden na de datum waarop de verzekeraar dit standpunt heeft ingenomen - wenden tot:
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("KiFiD")
postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)
www.kifid.nl
Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KiFiD.
- **Bevoegde rechter**
Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor belanghebbende niet bevredigend is, kan de belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies.

Clausule Terrorismedekking

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

1 Definities

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

- 1 **Verzekeraar**
De verzekeraar die blijkens de polis het risico draagt.
- 2 **De verzekeringnemer**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.
- 3 **De verzekerde**
Degene wiens arbeidsongeschiktheid is verzekerd.
- 4 **Inkomen**
 - a **Zelfstandig ondernemer/maat in een maatschap**
Het inkomen van de zelfstandig ondernemer en de maat in een maatschap is zijn aandeel in de winst uit onderneming, in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting, exclusief bijzondere baten en lasten. De winst uit onderneming wordt vastgesteld aan de hand van de definitieve aanslag inkomstenbelasting. Voor zover voor enig jaar een definitieve aanslag nog niet is opgelegd, zal voorshands voor dat jaar worden uitgegaan van de aangifte inkomstenbelasting en indien voorhanden de prognose van de begrote winst van dat jaar.
 - b **Directeur-grotaandeelhouder (DGA)**
Het inkomen van de DGA is zijn aandeel in de winst van de B.V.'s, in de zin van de Wet op de vennootschapsbelasting, waarvan de verzekerde DGA is, vermeerderd met het bruto jaarinkomen van de verzekerde uit arbeid in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting, exclusief bijzondere baten en lasten. Het bruto jaarinkomen wordt vastgesteld aan de hand van de definitieve jaarrekening van de B.V. en de aanslag inkomstenbelasting. Voor zover voor enig jaar een definitieve aanslag inkomstenbelasting nog niet is opgelegd, zal voorshands voor dat jaar worden uitgegaan van de aangifte inkomstenbelasting en indien voorhanden de prognose van de begrote winst van dat jaar.
 - c **Meewerkend echtgenoot**
Het inkomen van de meewerkende echtgenoot in het kader van deze voorwaarden is maximaal het loon dat de werknemer met een gelijkwaardige functie als de meewerkende echtgenoot verdient.
 - d **Loondienst**
Het inkomen van de verzekerde in loondienst is het bruto jaarinkomen van de verzekerde uit arbeid in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting. Het bruto jaarinkomen wordt vastgesteld aan de hand van de definitieve aanslag inkomstenbelasting. Voor zover voor enig jaar een definitieve aanslag nog niet is opgelegd, zal voorshands voor dat jaar worden uitgegaan van de aangifte inkomstenbelasting.
 - e **Startende ondernemer**
Voor de startende ondernemer geldt dat indien en voor zover voor het bedrijf van de verzekerde (nog) geen jaarcijfers beschikbaar zijn, de vaststelling van het inkomen voor de komende drie jaar plaatsvindt op basis van het door de verzekeraar goedgekeurde ondernemingsplan. In dit kader wordt als startende ondernemer aangemerkt de ondernemer die op het moment van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst nog geen drie jaar als zelfstandig ondernemer in het handelsregister is ingeschreven.
- 5 **UWV**
Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen.

2 Doel van de verzekering

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

3 Arbeidsongeschiktheid

- a Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze overeenkomst indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend niet in staat is arbeid te verrichten. Van zodanige stoornissen is sprake indien de klachten en beperkingen van de verzekerde op grond van rapportage

van door de verzekeraar aangewezen deskundigen te herleiden zijn tot een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Stoornissen waarvoor géén medisch oorzakelijke factor is gevonden, worden beschouwd als niet objectief medisch vaststelbaar.

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

c Onder arbeid wordt ten deze verstaan:

1 gedurende de eerste vijf jaar van arbeidsongeschiktheid, alsmede indien de arbeidsongeschiktheid optreedt op de leeftijd van 50 jaar of ouder, de werkzaamheden verbonden aan het laatst bij de verzekeraar bekende beroep. Bij de beroepswerkzaamheden wordt uitgegaan van de werkzaamheden zoals die in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kunnen worden verlangd, waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijke aanpassingen in werk en werkomstandigheden en eventuele taakverschuivingen binnen het bedrijf of beroep. Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt rekening gehouden met het inkomen welke als gevolg van of in verband met arbeid uit het laatst bekende beroep worden verworven;

2 na vijf jaar arbeidsongeschiktheid, alle werkzaamheden waartoe verzekerde in aanmerking genomen zijn opleiding, kennis en ervaring in staat moet worden geacht. Geen rekening wordt gehouden met mogelijke verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van de arbeid of het beroep.

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

- 60 uur per week voor verzekerden tot de leeftijd van 50 jaar;
- 55 uur per week voor verzekerden, die in de leeftijdscategorie van 50 tot 55 jaar vallen;
- 50 uur per week voor verzekerden, vanaf 55 jaar.

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

e Ten aanzien van de verzekerde, die bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst de leeftijd van 50 jaar of ouder heeft bereikt wordt door deze verzekering geen dekking verleend indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan of bevorderd door psychische ziekten en psychische syndromen, inclusief overspannenheid, overbelasting, overwerktheid, burn out en surmenage.

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

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

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

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

4 Indien na de in het voorgaande lid bedoelde heroverweging over de mate van arbeidsongeschiktheid tussen verzekerde respectievelijk de belanghebbende en de verzekeraar geen overeenstemming kan worden bereikt, zal de mate van de arbeidsongeschiktheid worden vastgesteld door een arbitragecommissie bestaande uit drie medici, die zullen oordelen als goede mannen naar billijkheid. Een van de medici wordt aangewezen door de verzekerde respectievelijk de belanghebbende, één door de verzekeraar. De

derde arbiter wordt aangewezen door de beide andere arbiters gezamenlijk. Deze derde arbiter zal optreden als voorzitter van de arbitragecommissie. Als de aard van het geschil daartoe aanleiding geeft, kan de arbitragecommissie advies inwinnen van een deskundige.

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

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

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

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

4 Uitkeringen

a De verzekerde uitkering bedraagt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

0 tot en met 24%	0% van de verzekerde daguitkering
25 tot en met 34%	30% van de verzekerde daguitkering
35 tot en met 44%	40% van de verzekerde daguitkering
45 tot en met 54%	50% van de verzekerde daguitkering
55 tot en met 64%	60% van de verzekerde daguitkering
65 tot en met 79%	75% van de verzekerde daguitkering
80 tot en met 100%	100% van de verzekerde daguitkering

b De uitkering voor arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals die zijn neergelegd in het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT', dan wel handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, geschiedt conform het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' en het 'Protocol afwikkeling claims'. Het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' is op 6 januari 2005 gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam onder nummer 6/2005. Het 'Protocol afwikkeling claims' en de toelichting daarop zijn op 12 juni 2003 gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam onder nummer 79/2003.

c Als de verzekerde één jaar na het intreden van de arbeidsongeschiktheid aan inkomen in enig kalenderjaar, vermeerderd met de uitkeringen volgens deze verzekering en/of enige andere voorziening ter zake van inkomensderving door arbeidsongeschiktheid waarop hij recht kan doen gelden, meer zou ontvangen dan 100% van het referentie-inkomen vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid, heeft de verzekeraar het recht het meerdere in mindering te brengen op de uitkering volgens deze verzekering. Onder referentie-inkomen wordt in dit artikel verstaan, de som van de inkomens van de drie jaar voorafgaande aan het jaar waarin de arbeidsongeschiktheid intrad, elk geïndexeerd tot het jaar waarin deze bepaling wordt toegepast, gedeeld door drie, tenzij er dringende redenen zijn om van deze regeling af te wijken, dit ter beoordeling van de verzekeraar. Voor de indexering zal gebruik gemaakt worden van het indexcijfer van de CAO-lonen per maand voor volwassenen (inclusief bijzondere uitkeringen) gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), naar de stand op de laatste werkdag van elke kalendermaand, of als deze cijfers niet meer gepubliceerd zouden worden een door het CBS daarvoor in de plaats gesteld indexcijfer.

d Indien de verzekeraar op grond van artikel 44a Invorderingswet aansprakelijk wordt gehouden voor de door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde belasting en/of revisierente, is de verzekeringnemer of de verzekerde gehouden het verschuldigde bedrag aan de verzekeraar te voldoen. De verzekeraar is voorts gerechtigd de betaling van de uitkering tot het beloop van de fiscale aanspraak op te schorten respectievelijk de fiscale aanspraak met de uitkering te verrekenen.

5 Zwangerschapsuitkering

Bij een gezonde zwangerschap van de verzekerde vindt onder deze verzekering uitkering plaats voor de duur van maximaal 16 weken, verminderd met de eigen risicotermijn. De zwangerschapsuitkering wordt alleen verstrekt indien verzekerde ten tijde van de bevallingsdatum gedurende ten minste twee jaren daaraan voorafgaand onafgebroken, door middel van deze arbeidsongeschiktheidsverzekering, verzekerd is geweest. Indien de eigen risicotermijn in de twee jaren voorafgaande aan de bevallingsdatum is gewijzigd, zal de eigen risicotermijn met de langste duur worden aangehouden. De hoogte van de zwangerschapsuitkering wordt vastgesteld op 50% van de verzekerde daguitkering over een periode van 16 weken te verminderen met de eigen risicotermijn, met een maximum van 70% van het wettelijke minimumloon per dag te berekenen over eenzelfde periode. Voor de berekening van de uitkering vangt de hierboven bedoelde periode van 16 weken aan op de dag gelegen zes weken vóór de feitelijke bevallingsdatum. Na ontvangst van een uittreksel uit het geboorteregister wordt de totale zwangerschapsuitkering in één keer uitbetaald. Bij samenloop van een zwangerschapsuitkering met een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid wordt de zwangerschapsuitkering slechts verstrekt indien en voor zover de zwangerschapsuitkering het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering overtreft.

6 Eigen risicotermijn bij arbeidsongeschiktheid

- a De aanspraak op uitkering ter zake van arbeidsongeschiktheid gaat in na het verstrijken van de op het polisblad en clausebladen vermelde eigen risicotermijn.
- b Deze termijn gaat in op de dag, volgend op de dag van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, mits door een bevoegd medicus vastgesteld.
- c
 - 1 Bij een toename van de arbeidsongeschiktheid op grond van dezelfde oorzaak als een bestaande arbeidsongeschiktheid waarvoor ingevolge deze verzekering reeds uitkering wordt verleend, wordt voor deze toename de eigen risicotermijn niet in aanmerking genomen.
 - 2 Bij een toename van de arbeidsongeschiktheid op grond van een andere oorzaak dan de reeds bestaande arbeidsongeschiktheid, wordt voor deze toename de geldende eigen risicotermijn toegepast.
- d Voor het bepalen van de eigen risicotermijn worden perioden van arbeidsongeschiktheid van minimaal 25%, welke uit één en dezelfde oorzaak voortvloeien samengeteld indien deze perioden elkaar met een onderbreking van minder dan 90 dagen opvolgen.

7 Uitbetaling ter zake van arbeidsongeschiktheid

- a De betaling van de van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering zal telkens aan het einde van een kalendermaand plaatsvinden.
- b Over niet of niet tijdig in ontvangst genomen uitkeringen wordt geen rente vergoed.
- c Alle uitkeringen die niet binnen één jaar nadat zij verschuldigd zijn geworden zijn opgeëist vervallen aan de verzekeraar.

8 Verjaring

Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering onder deze polis, verjaart door verloop van drie jaren na aanvang van de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Een verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft

medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnig vermelding van het in de volgende zin vermelde gevolg. In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.

9 Premievrijstelling

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

10 Kosten van reactivering

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

11 Premiebetaling

- a De premie en de kosten zijn bij vooruitbetaling door de verzekeringnemer verschuldigd.
- b Indien de verzekeringnemer de premie niet binnen een termijn van 30 dagen nadat deze verschuldigd is geworden heeft voldaan en tevens in gebreke blijft de premie te voldoen binnen een termijn van 14 dagen nadat hij tot betaling van de premie is gemaand onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, wordt de dekking van de verzekering opgeschort. Gedurende de periode dat de dekking is opgeschort kan de verzekering door de verzekeraar op ieder moment worden opgezegd.
- c De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie alsnog te betalen.
- d Gedurende de in lid b bedoelde schorsing kunnen door verzekerde respectievelijk verzekeringnemer aan deze verzekering geen rechten worden ontleend.
- e Tenzij de verzekeraar de verzekering inmiddels heeft opgezegd, wordt de dekking wederom van kracht op de dag, volgend op de dag waarop de verschuldigde premie, de door de inning ontstane kosten en de rente aan de verzekeraar zijn voldaan, op voorwaarde dat de premie is voldaan binnen drie maanden na de vervaldatum. Indien de premie niet is voldaan binnen drie maanden na de vervaldatum zal de schorsing slechts eindigen indien de verzekeraar de verzekering opnieuw schriftelijk heeft geaccepteerd.
- f De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door haar verschuldigde uitkeringen aan de verzekeringnemer te verrekenen met openstaande premietermijnen.
- g Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premietermijnen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.

12 Verhogingsrecht

- a De verzekeringnemer heeft het recht om jaarlijks per de prolongatiedatum, de op dat moment verzekerde daguitkering tegen de geldende voorwaarden en tarieven, doch zonder medische waarborgen, te verhogen met ten hoogste 10%.

- b De verhoging wordt door de verzekeraar getoetst aan de door de verzekeringnemer te overleggen inkomensgegevens en kan gemaximeerd worden op grond van het bij haar geldende acceptatiebeleid voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Tevens gelden de navolgende voorwaarden:
- de verzekerde dient ten minste 60 dagen vóór de dag dat de verhoging moet ingaan, bij de verzekeraar kenbaar te hebben gemaakt dat hij gebruik wenst te maken van zijn verhogingsrecht;
 - op de desbetreffende prolongatiedatum dient verzekerde nog niet de leeftijd van 55 jaar te hebben bereikt;
 - verzekerde dient gedurende 90 dagen direct voorafgaande aan de prolongatiedatum niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn geweest.
- c Indien op de verzekering bijzondere bepalingen van toepassing zijn - zulks blijkt uit een aantekening op de polis en/of in aanhangsels - gelden deze ook voor de verhoging van de verzekerde uitkeringen.
- d Wanneer verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 3 jaren geen gebruik van het verhogingsrecht heeft gemaakt, komt deze automatisch te vervallen.

13 Indexering van de verzekerde uitkering en premie

- a De verzekerde daguitkeringen en/of lopende uitkeringen worden jaarlijks geïndexeerd aan de hand van een indexcijfer. Onder indexcijfer wordt ten deze verstaan het landelijk indexcijfer van CAO-lonen, per maand inclusief bijzondere beloningen, van werknemers in het particuliere bedrijf, gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dan wel op basis van het door het CBS daarvoor in de plaats gestelde indexcijfer. Indexering geschiedt als volgt:
- 1 ieder jaar wordt het laatst gepubliceerde indexcijfer gedeeld door het laatst gepubliceerde indexcijfer van het voorafgaande jaar. Het indexcijfer van de maand juli wordt hierbij als uitgangspunt genomen. Het hieruit voortvloeiende cijfer wordt hierna factor genoemd;
 - 2 op de eerstvolgende prolongatiedatum, volgend op de vaststelling van de factor, worden de alsdan verzekerde daguitkeringen en/of lopende uitkeringen verhoogd door vermenigvuldiging van de verzekerde daguitkering of lopende uitkering met de factor.
- b Is het indexcijfer op de peildatum van enig jaar ten opzichte van dat, waaruit de vorige verhoging voortvloeide, naar het oordeel van de verzekeraar uitzonderlijk gestegen, dan kan de verzekeraar de verhoging beperken. Ten aanzien van lopende uitkeringen geldt dat de maximale stijging van de uitkeringen drie procent bedraagt, hetgeen betekent dat de toe te passen factor wordt gemaximeerd op 1,03.
- c De verhoging van de verzekerde daguitkeringen en premie ingevolge de indexering zal aan de verzekeringnemer minimaal acht weken vóór de prolongatiedatum schriftelijk worden bekend gemaakt.
- d Indien op de verzekering bijzondere bepalingen van toepassing zijn - zulks blijkt uit een aantekening op de polis en/of in aanhangsels - gelden deze ook voor de verhoging van de verzekerde uitkeringen.
- e De verzekeringnemer kan de betaling van de ingevolge de indexering verschuldigde meerdere premie weigeren, waarvan hij de verzekeraar uiterlijk één maand vóór de prolongatiedatum schriftelijk dient kennis te geven. In dat geval blijven de eerder verzekerde daguitkeringen ongewijzigd en is de indexering over dat jaar blijvend vervallen.

14 Wijziging van het beroep en/of van de daaraan verbonden beroepsbezigheden

- a Bij wijziging van de - indeling van de - beroepsbezigheden of wijziging van zelfstandigheid naar loondienst is de verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, verplicht onmiddellijk de verzekeraar hiervan schriftelijk in kennis te stellen.
- b Na ontvangst van deze kennisgeving zal de verzekeraar de verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde zo spoedig mogelijk doen weten of - en zo ja - tegen welke premie en op welke voorwaarden de verzekering kan worden voortgezet. De verzekering blijft onverminderd van kracht bij een wijziging van de beroepsbezigheden van de verzekerde, indien deze naar het oordeel van de

verzekeraar geen risicoverzaring inhoudt. Heeft de wijziging van de beroepsbezigheden van de verzekerde risicoverzaring tengevolge, dan kan de verzekeraar de voorwaarden en/of premie van de verzekering eenzijdig wijzigen, danwel de verzekering beëindigen. Indien de verzekeringnemer met de wijziging van de voorwaarden en/of premie niet akkoord gaat dan heeft hij het recht binnen één maand na ontvangst van de mededeling hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de kennisgeving van de wijziging van de beroepsbezigheden van de verzekerde heeft ontvangen, met restitutie van premie over de nog niet verstreken termijn van het lopende verzekeringsjaar.

- c Indien verzuimd is van een risicowijziging overeenkomstig het bepaalde in lid a onmiddellijk aan de verzekeraar kennis te geven dan wel zolang de verzekeraar geen beslissing als bedoeld in lid b aan verzekeringnemer heeft bekend gemaakt, zal in geval van arbeidsongeschiktheid het volgende gelden:
- 1 indien de risicowijziging naar het oordeel van de verzekeraar geen risicoverzaring inhoudt, vindt normaal uitkering plaats;
 - 2 indien de risicowijziging naar het oordeel van de verzekeraar leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, dan zal uitkering plaatsvinden met inachtneming van deze bijzondere bepalingen en in de verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe door de verzekeraar nodig geoordeelde premie;
 - 3 indien 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 geen recht op uitkering.
- d Indien de verzekering als gevolg van het voorgaande komt te vervallen zal de premie over de nog niet verstreken termijn tot de eerstvolgende premievalidatiedatum worden gerestitueerd.

15 Andere risicowijzigingen

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

- de verzekerde langer dan 90 dagen in het buitenland zal verblijven;
- de verzekerde, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;
- aan de verzekeringnemer surséance van betaling is verleend, danwel een schuldsaneringsregeling of faillissement is aangevraagd.

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

16 Verplichtingen

- a De verzekeringnemer is verplicht de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, zo spoedig mogelijk, doch binnen 10 dagen na het ontstaan daarvan schriftelijk op te geven aan de verzekeraar. Overschrijding van vorenbedoelde termijn heeft verlies van het recht op uitkering ten gevolge, tenzij deze overschrijding genoegzaam voor de verzekeraar wordt gerechtvaardigd en indien de verzekeraar in haar belangen niet is geschaad. In geen geval bestaat recht op uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, waarvan eerst na herstel wordt kennis gegeven.
- b In geval van arbeidsongeschiktheid is de verzekerde verplicht:
- 1 zich onverwijld onder behandeling van een geregistreerd geneeskundige te stellen, onder behandeling te blijven, alle voorschriften nauwkeurig op te volgen en alles na te laten wat een spoedig herstel zou kunnen vertragen of verhinderen;
 - 2 al het mogelijke te doen wat een spoedig herstel zou bevorderen, waaronder begrepen het mede naar aanleiding van therapeutische suggesties ondergaan van onderzoeken en/of behandelingen die berusten op algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen;

- 3 zich op kosten van de verzekeraar door een door haar aangewezen geneeskundige te laten onderzoeken ter plaatse waar deze dit onderzoek wenst in te stellen, waarbij onder kosten uitsluitend wordt verstaan het honorarium van de geneeskundige, alsmede de kosten van vervoer door de Nederlandse Spoorwegen in de eerste klasse;
 - 4 aan de verzekeraar of aan door haar aangewezen deskundige(n) alle, door haar nodig geoordeelde gegevens, inclusief de medische voorgeschiedenis van de verzekerde, naar waarheid te verstrekken of te doen verstrekken en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid of van de uitkeringen van belang zijn;
 - 5 de verzekeraar te machtigen om bij verzekeringnemer en derden inlichtingen in te winnen;
 - 6 zich op kosten van de verzekeraar voor een onderzoek te laten opnemen in een door haar aan te wijzen ziekenhuis of andere erkende medische inrichting;
 - 7 tijdig overleg te plegen met de verzekeraar teneinde eventueel toestemming te verkrijgen voor enig verblijf in het buitenland;
 - 8 indien de verzekerde buiten Nederland arbeidsongeschikt wordt onverwijld naar Nederland terug te keren zodra de omstandigheden dit toelaten. De mate van arbeidsongeschiktheid en de aanspraak op uitkering zullen na terugkeer in Nederland worden vastgesteld. Het aanvangstijdstip van de arbeidsongeschiktheid zal genoegzaam voor de verzekeraar aangetoond moeten worden;
 - 9 de verzekeraar terstond op de hoogte te stellen van het geheel of gedeeltelijk herstel van de arbeidsongeschiktheid;
 - 10 zich te onthouden van handelingen of van het nalaten van handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar kunnen worden geschaad.
- c Voor het geval de arbeidsongeschiktheid te wijten is aan (een) derde(n), verplichten de verzekeringnemer en de verzekerde zich door acceptatie van de polis reeds nu voor alsdan tot het aan de verzekeraar op haar eerste verzoek overdragen van de verhaalsrechten die zij in verband met de veroorzaking van de arbeidsongeschiktheid jegens (een) derde(n) hebben of zullen verkrijgen.
- d De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar op de hoogte te stellen van de uitkeringsbeschikkingen van de UWV. De verzekeringnemer dient daartoe een kopie van de beschikkingen van de UWV aan de verzekeraar ter inzage te geven.
- e Bij niet tijdige of niet volledige nakoming van één of meer verplichtingen, zoals vermeld in de leden a tot en met d van dit artikel en/of enige andere verplichting uit deze voorwaarden, alsmede in geval de gevraagde informatie niet is ontvangen, kan geen aanspraak op uitkering worden gemaakt wanneer de verzekeraar door de hiervoor genoemde niet of niet volledige of niet tijdige nakoming in haar belangen is geschaad.

17 Uitsluitingen

- a Geen uitkering c.q. premievrijstelling geschiedt indien de arbeidsongeschiktheid of de toeneming daarvan, geheel of gedeeltelijk, direct of indirect, een gevolg is van:
- 1 opzet of grove schuld, hetzij van de verzekerde, hetzij van enige bij de verzekering belanghebbende, waaronder begrepen poging tot zelfmoord c.q. zelfdoding, vrijwillige verminking, overmatig gebruik van alcohol, gebruik van genees-, narcose- of andere bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen, anders dan op medisch voorschrift;
 - 2 een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland zijn gedefinieerd bij de Griffie van de Arrondissementrechtbank te 's-Gravenhage op 2 november 1981, tenzij de arbeidsongeschiktheid is ontstaan of toegenomen als rechtstreeks gevolg van zijn wettelijke of uit zijn ambt voortvloeiende verplichting tot redding of hulpverlening. Indien de omstandigheden aannemelijk maken, dat de arbeidsongeschiktheid is ontstaan of toegenomen door een of meer van genoemde gebeurtenissen, zal de verzekeraar niet tot uitkering verplicht zijn, tenzij de verzekeringnemer c.q. verzekerde bewijst dat de arbeidsongeschiktheid niet daardoor is ontstaan of toegenomen;

- 3 atoomkernreacties en/of nucleaire reacties - hetzij direct, hetzij indirect veroorzaakt - alsmede de daarbij gevormde splitsingsproducten, anders dan bij toegepaste medische behandeling van de verzekerde. Deze uitsluiting is niet van toepassing op isotopen, gebruikt voor medische en/of technische doeleinden, voor zover deze in het algemeen onder dezelfde omstandigheden zouden worden toegepast tijdens het bevoegd uitoefenen van het beroep van verzekerde;
 - 4 het deelnemen met vliegtuigen aan wedstrijden, acrobatiek en recordpogingen, alsmede het deelnemen aan voorbereidende tests en het invliegen van vliegtuigen;
 - 5 In de polis vermelde uitsluitingen.
- b Geen recht op uitkering bestaat gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd. Dit betekent in elk geval dat geen recht op uitkering bestaat tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

18 Aanvang, duur en einde van de verzekering

- a De verzekering neemt een aanvang op de in het polisblad vermelde ingangsdatum.
- b De verzekering eindigt:
- 1 aan het eind van het kalenderjaar, waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
 - 2 op de dag, volgend op de dag van overlijden van de verzekerde;
 - 3 per de contractsvervaldatum, indien de verzekeringnemer ten minste twee maanden voordien de verzekering schriftelijk aan de verzekeraar heeft opgezegd;
 - 4 terstond, indien de verzekerde zich metterwoon buiten Nederland vestigt;
 - 5 terstond, indien de verzekeraar zich beroept op het niet-nakomen van de mededelingsplicht, door de verzekeringnemer of de verzekerde, met de opzet de verzekeraar te misleiden of indien de verzekeraar bij kennis van de ware omstandigheden de verzekering niet zou hebben gesloten;
 - 6 terstond, bij het opzettelijk verstrekken van onjuiste informatie met de opzet de verzekeraar te misleiden;
 - 7 per de dag waarop beëindiging door de verzekeringnemer of de verzekeraar ingevolge deze voorwaarden of op grond van wettelijke bepalingen mogelijk is.

Bij beëindiging van de verzekering vervalt elk recht op uitkering, danwel premievrijstelling.

19 Herziening van de premie en de voorwaarden

De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo een groep, dan is de verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. Voor die verzekeringen onder welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar bepaalde datum, doch de wijziging van de voorwaarden zal pas van kracht worden, zodra de uitkering is beëindigd. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn schriftelijk aan de verzekeraar het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de kennisgeving door de verzekeraar genoemd is.

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

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

20 Adres

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

21 Verpanding/vervreemding

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

