

Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene Voorwaarden

Inhoud

Hoofdstuk I - Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Definities

Hoofdstuk II - Te verzekeren risico

Artikel 2 Strekking van de verzekering
Artikel 3 Grondslag van de verzekering
Artikel 4 Dekkingsbeperkingen eerste 3 verzekeringsjaren
Artikel 5 Uitsluitingen

Hoofdstuk III - Aanpassing verzekerde jaarrente

Artikel 6 Verhogingsrecht
Artikel 7 Indexering van de verzekerde jaarrente

Hoofdstuk IV - Schade, schaderegeling en uitkering

Artikel 8 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
Artikel 9 Vaststelling van de uitkering
Artikel 10 Berekening van de uitkering
Artikel 11 Betaling van de uitkering
Artikel 12 Vervaltermijn
Artikel 13 Einde van de uitkering
Artikel 14 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Hoofdstuk V - Premie

Artikel 15 Vaststelling van de premie
Artikel 16 Premie, betalingsachterstand en dekkingsopshorting
Artikel 17 Terugbetaling van de premie
Artikel 18 Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

Hoofdstuk VI - Wijziging van de verzekering

Artikel 19 Wijziging van premie en/of voorwaarden
Artikel 20 Verplichtingen bij wijzigingen van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden
Artikel 21 Verplichtingen bij andere wijzigingen
Artikel 22 Overdracht van rechten

Hoofdstuk VII - Einde van de verzekering

Artikel 23 Einde van de verzekering
Artikel 24 Onopzegbaarheid

Hoofdstuk VIII - Extra dekkingen

Artikel 25 Ongevallenverzekering
Artikel 26 Vergoeding van de kosten van preventie en reïntegratie
Artikel 27 Recht op uitkering bij zwangerschap
Artikel 28 Periodiek geneeskundig onderzoek
Artikel 29 Verhaalsbijstanddekking
Artikel 30 Aanvullende begripsomschrijvingen
Artikel 31 Geldigheidsgebied
Artikel 32 Verzekerde risico's
Artikel 33 Verlening van de verhaalsbijstand en de beperkingen
Artikel 34 Kosten van de verhaalsbijstand
Artikel 35 Aanvullende uitsluitingen
Artikel 36 Aanvullende verplichtingen van de verzekerde
Artikel 37 De bevoegde rechter en het toepasselijk recht
Artikel 38 Belangenconflicten
Artikel 39 Geschillenregeling

Hoofdstuk IX - Slotbepalingen

Artikel 40 Adres
Artikel 41 Verwerking persoonsgegevens
Artikel 42 Toepasselijk recht en klachten

Terrorismedekking

Bijzondere Voorwaarden Persoonlijke Ongevallenverzekering

Artikel 1

Definities

1. Arbeidsongeschiktheid

- Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren en als gevolg hiervan voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd.
- De verzekeraar kan het bestaan van deze stoornissen vaststellen aan de hand van rapportage van door de verzekeraar aangewezen deskundigen.
- Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden, alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, worden bij de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid betrokken.
- Wanneer verzekerde binnen 2 jaar na aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid zonder overleg met en toestemming van de verzekeraar zijn bedrijf beëindigt of zijn (aandeel in het) bedrijf verkoopt, wordt vanaf die datum niet langer uitgegaan van het op het polisblad vermelde beroep. In plaats daarvan zal de verzekeraar uitgaan van 'passende arbeid'.

2. Eigen risicotermijn

De overeengekomen termijn waarover geen uitkering wordt verleend. De eigen risicotermijn wordt slechts eenmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken. De eigen risicotermijn gaat in op de dag volgend op de dag waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. Voor rubriek A geldt dat de op het polisblad vermelde eigen risicotermijn op de periode van 52 weken in mindering wordt gebracht.

3. Inkomen

Tot het inkomen van verzekerde wordt gerekend alle inkomsten uit onderneming, die in een bepaald jaar in naam van verzekerde gegenereerd worden conform de Wet op de Inkomstenbelasting en de Wet op de Vennootschapsbelasting.

4. Passende arbeid

Beroepswerkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van verzekerde zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans tot het verkrijgen van arbeid.

5. Rubriek A (eerstejaarsrisico)

De eerste 52 weken van arbeidsongeschiktheid. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met een onderbreking van minder dan 4 weken worden samengeteld.

6. Rubriek B (na-eerstejaarsrisico)

De periode van arbeidsongeschiktheid na de eerste 52 weken tot de overeengekomen eindleeftijd. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met een onderbreking van minder dan 4 weken worden samengeteld.

7. Verzekeraar

Fortis ASR Verzekeringsgroep N.V., Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 30070695.

8. Verzekeraar belang

Maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de voorafgaande 3 kalenderjaren.

9. Verzekerde jaarrente

Het polisblad vermelde jaarbedrag, dat is vastgesteld aan de hand van het vastgestelde verzekeraar belang. Op basis hiervan stelt de verzekeraar de periodieke uitkering vast.

10. Verzekerde

Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop op grond van deze voorwaarden recht bestaat.

11. Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.

Artikel 2

Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde als gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid.

Artikel 3

Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), voor akkoord ondertekende offerte(s) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van deze verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

Als verzekerde en/of verzekeringnemer een verkeerde of onware opgave doet, of geen mededelingen doet van feiten en/of omstandigheden waarvan hij weet of behoort te weten dat zij voor de verzekeraar van belang zijn voor de beoordeling van het risico, heeft de verzekeraar het recht zich te beroepen op gehele of gedeeltelijke vernietigbaarheid van deze verzekeringsovereenkomst en/of aanpassing van premie en/of voorwaarden.

Artikel 4

Dekkingsbeperkingen eerste 3 verzekeringsjaren

Gedurende de eerste 3 verzekeringsjaren vanaf de ingangsdatum zijn de navolgende dekkingsbeperkingen van kracht:

1. Bij arbeidsongeschiktheid in de Rubriek B-periode is er alleen recht op uitkering bij ongeschiktheid tot het verrichten van passende arbeid.
2. Bij arbeidsongeschiktheid in relatie tot ziekte is er alleen recht op uitkering als er sprake is van een mate van ongeschiktheid van ten minste:
 - ⊕ 80% in het eerste verzekeringsjaar na de ingangsdatum;
 - ⊕ 65% in het tweede verzekeringsjaar na de ingangsdatum;
 - ⊕ 45% in het derde verzekeringsjaar na de ingangsdatum.
3. Er is geen dekking voor:
 - ⊕ overlijdensrisico als gevolg van ongeval (artikel 25);
 - ⊕ zwangerschap en bevalling (artikel 27);
 - ⊕ periodiek geneeskundig onderzoek (artikel 28);
 - ⊕ verhaalsbijstand (artikel 29);
 - ⊕ verhogingsrecht (artikel 6).

Bovenvermelde dekkingsbeperkingen worden opgeheven bij aanvang van het 4^e verzekeringsjaar na ingangsdatum, behalve in het geval dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid, op grond waarvan recht op uitkering bestaat. Als er op deze datum sprake is van (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid, zal deze opheffing niet eerder van kracht zijn dan per de datum waarop volledig herstel is ingetreden.

Perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, worden samengeteld.

Artikel 5

Uitsluitingen

1. Er is geen recht op uitkering als arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd, of verergerd:
 - a. door opzet of grove schuld van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;
 - b. door een ongeval de verzekerde overkomen, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was, of het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was, of door een aan de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de verzekeraar op grond van de verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg is van overmatig alcoholgebruik;
 - c. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen behalve als het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan dit medisch voorschrift heeft gehouden;
 - d. door ongevallen de verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijtuig met een cilinderinhoud van 50cc of meer;
 - e. hetzij direct, hetzij indirect door:
 - a. een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;

- b. burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - c. opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - d. binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - e. oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
 - f. munitieoorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.
2. Er is geen recht op uitkering voor arbeidsongeschiktheid, die is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade 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, maar alleen als 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.
 3. Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd bestaat geen recht op uitkering. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens (voorlopige) hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling aan de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.
 4. Er is geen recht op uitkering als door verzekeringnemer en/of verzekerde niet voldaan is aan wettelijke verplichtingen.
 5. Als er op grond van één of meerdere in deze voorwaarden genoemde uitsluitingen geen recht bestaat op uitkering bij arbeidsongeschiktheid, is er eveneens geen recht op uitkering op grond van de extra dekkingen.

Artikel 6

Verhogingsrecht

1. De verzekeringnemer heeft het recht één keer in de 3 jaar de verzekerde jaarrenten tegen de dan geldende tarieven en voorwaarden, maar zonder medische beoordeling te verhogen. De eerste keer (3 jaar na de ingangsdatum) kan met maximaal 25% en vervolgens met 10% worden verhoogd.
2. Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden:
 - a. een verhoging kan per rubriek niet minder dan € 1.000,- en niet meer dan € 7.500,- bedragen. De in lid 1 genoemde maximum verhogingspercentages gelden niet als door hantering hiervan geen verhoging van € 1.000,- of meer per rubriek mogelijk zou zijn. In die gevallen dient de verhoging per rubriek € 1.000,- te bedragen;
 - b. de verzekerde jaarrente mag in combinatie met enige andere voorziening voor inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan het verzekeraar belang;
 - c. de verzekerde jaarrente per rubriek bedraagt maximaal € 75.000,-;
 - d. de verhogingspercentages per rubriek behoeven niet aan elkaar gelijk te zijn;
 - e. op de desbetreffende optiedatum en gedurende 90 dagen direct hieraan voorafgaand mag verzekerde niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn (geweest) en gedurende deze tijd geen uitkering voor inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid hebben ontvangen;
 - f. op desbetreffende optiedatum mag er geen sprake zijn van achterstand in premiebetaling;
 - g. verzekeringnemer dient zijn verzoek tot verhoging vergezeld van de, voor de vaststelling van het verzekeraar belang noodzakelijke, inkomensgegevens uiterlijk een maand na de desbetreffende optiedatum schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar te hebben gemaakt. Hieruit dient naar voren te komen op welke wijze hij van het recht op verhoging gebruik wenst te maken.

Artikel 7

Indexering van de verzekerde jaarrente

Op het polisblad staat vermeld of en op welke wijze de verzekerde jaarrente en/of uitkering wordt geïndexeerd of stijgt.

Werking indexering

De verzekerde jaarrente wordt geïndexeerd aan de hand van het indexcijfer. De verschuldigde premie wordt hiermede in overeenstemming gebracht. Onder indexcijfer wordt verstaan het landelijk indexcijfer van CAO-lonen (per maand, inclusief bijzondere beloningen) van volwassen werknemers in particuliere bedrijven gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek te Voorburg (website: www.cbs.nl).

1. Ieder jaar op 15 oktober (= de peildatum) wordt het laatst gepubliceerde indexcijfer vergeleken met het laatst gepubliceerde indexcijfer van dezelfde maand op 15 oktober van het voorafgaande jaar. Als uit deze vergelijking een stijging van het indexcijfer blijkt, wordt de stijging uitgedrukt in een percentage. Op of na 1 januari volgend op de peildatum wordt per hoofdpremievervaldatum de op dat moment bestaande verzekerde jaarrente met dit percentage verhoogd. Over de op deze wijze verkregen nieuwe verzekerde jaarrente wordt vervolgens de nieuwe premie berekend. In de situatie dat het indexcijfer op de peildatum geen stijging vertoont wordt op de peildatum van het daarop volgende jaar, het indexcijfer vergeleken met het laatste indexcijfer waaruit voor deze verzekering wél een verhoging van de verzekerde jaarrente is voortgevloeid.
2. Verhoging van de verzekerde jaarrente ten gevolge van indexering vindt niet langer plaats, zodra verzekerde op de hoofdpremievervaldatum recht kan doen gelden op een uitkering volgens rubriek B. De indexering zal daarna weer mogelijk zijn op de eerste hoofdpremievervaldatum na volledig herstel of beëindiging van de uitkering.
3. Als op deze verzekering bijzondere bepalingen en/of uitsluitingen van toepassing zijn, dan gelden deze ook voor de verhoging van de verzekerde jaarrenten ten gevolge van de indexering.
4. De verzekeringnemer mag de betaling van de als gevolg van de indexering verschuldigde meerpremie weigeren. In dat geval blijven de eerdere verzekerde jaarrenten en de daarbij horende premie ongewijzigd en wordt een nieuw polisblad afgegeven, waarbij het recht op indexering blijvend vervallen wordt verklaard.

Artikel 8

Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

1. De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:
 - a. zich direct onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen, en al het mogelijke te doen om zijn werkzaamheden te hervatten;
 - b. zo spoedig mogelijk maar in ieder geval binnen de eigen risicotermijn of, wanneer deze termijn langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;
 - c. zich op verzoek en op kosten van de verzekeraar door een door de verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken;
 - d. alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens, waaronder inkomensgegevens, te (laten) verstrekken aan de verzekeraar of aan door haar aangewezen medische of andere deskundigen en daarvoor de nodige machtigingen te verlenen;
 - e. de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel of van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere, al dan niet betaalde, arbeid;
 - f. alle medewerking te verlenen bij aanpassing van werkzaamheden, werkomstandigheden of taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, die in redelijkheid van verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Bij het niet nakomen van deze verplichting heeft de verzekeraar het recht bij beoordeling van de arbeidsongeschiktheid uit te gaan van passende arbeid;

- g. vooraf overleg te plegen met de verzekeraar bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden. Voor het geval dat verzekerde niet heeft voldaan of niet heeft kunnen voldoen aan bovenstaande verplichtingen, moet de verzekeringnemer deze verplichtingen nakomen, voor zover dit mogelijk is.
2. Geen recht op uitkering bestaat als verzekerde of de verzekeringnemer de in artikel 8 lid 1 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad.
 3. Elk recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer en/of de verzekerde opzettelijk onjuiste of onware gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken en/of feiten of omstandigheden heeft verzwegen.

Artikel 9

Vaststelling van de uitkering

De aard, de mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde worden door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens van door haar aangewezen en geraadpleegde medische en/of andere deskundigen. Mede op grond van deze gegevens stelt de verzekeraar het recht op uitkering en de duur en omvang van de uitkering vast. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens, aan verzekeringnemer mededeling gedaan. Wanneer de verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden.

Artikel 10

Berekening van de uitkering

1. De op het polisblad vermelde verzekerde jaarrente is het bedrag wat verzekeringnemer per jaar zou ontvangen bij volledige arbeidsongeschiktheid van verzekerde, als er geen rekening wordt gehouden met de eigen risicotermijn.
2. Per dag heeft de verzekeringnemer recht op een uitkering van 1/365 deel van de verzekerde jaarrente. De berekening van de door de verzekeraar uit te keren termijn gebeurt telkens over een periode van 1 maand.
3. De uitkering bedraagt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

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

Artikel 11

Betaling van de uitkering

De uitbetaling van de uitkering vindt plaats per maand achteraf, nadat het recht op en de omvang en duur van de uitkering door de verzekeraar is vastgesteld.

Artikel 12

Vervaltermijn

Ieder recht van de verzekeringnemer of de verzekerde op een uitkering vervalt na het verstrijken van een periode van 1 jaar, nadat de verzekeraar, hetzij door het afwijzen van een vordering, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening een definitief standpunt heeft ingenomen. Alleen als de verzekeringnemer binnen het jaar het standpunt van de verzekeraar inhoudelijk schriftelijk heeft aangevochten en dit aan de verzekeraar heeft kenbaar gemaakt, kan er sprake blijven van het recht op uitkering.

Artikel 13

Einde van de uitkering

Elk recht op uitkering eindigt:

- a. op de dag dat verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze voorwaarden;
- b. op de eerste dag van de eerstvolgende maand na het bereiken van de overeengekomen eindleeftijd van verzekerde;
- c. op de eerste dag van de derde maand na de overlijdensdatum van verzekerde. Als verzekerde en verzekeringnemer dezelfde zijn, wordt de uitkering overgemaakt aan de echtgeno(o)t(e) of aan de partner van verzekerde als hij blijkt een samenlevingscontract duurzaam samenwoonde. Als verzekerde alleenstaande was, wordt de uitkering overgemaakt aan de wettige erfgenamen van verzekerde;
- d. op de dag waarop deze verzekering op grond van de verzekeringsvoorwaarden eindigt als gevolg van:
 - † wanbetaling;
 - † het niet voldoen aan de verplichting de verzekeraar te informeren wanneer verzekeringnemer geen belang heeft bij hetgeen verzekerd is;
- e. als de verzekeringnemer of de verzekerde de belangen van de verzekeraar heeft geschaad door zijn verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid als genoemd in artikel 8 niet na te komen, of als verzekeringnemer en/of verzekerde opzettelijk onjuiste of onware gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Artikel 14

Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Als deze verzekering eindigt om andere redenen dan genoemd in artikel 13 lid d en artikel 23 lid d en e, blijven de rechten ten gevolge van al voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid bestaan met dien verstande, dat:

- a. een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die is vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt, alleen in aanmerking wordt genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere uitkeringsklasse;
- b. het recht op uitkering in ieder geval eindigt na volledig herstel van verzekerde. Bij een nieuwe arbeidsongeschiktheidsmelding, al dan niet binnen 4 weken na de datum van volledig herstel, bestaat er geen recht meer op uitkering;
- c. de op de verzekeringnemer en de verzekerde rustende verplichtingen, zoals bedoeld in artikel 8, onveranderd van toepassing blijven zolang er recht op uitkering bestaat.

Artikel 15

Vaststelling van de premie

1. De premie(voet) wordt jaarlijks op de hoofdpremievervaldag opnieuw vastgesteld naar de premie behorend bij de op deze datum bereikte leeftijd van verzekerde.
2. Vanaf een bepaalde leeftijd blijft de premie(voet) gedurende de resterende looptijd van de verzekering gelijk, behalve bij eventuele wijzigingen of verhogingen van de verzekerde jaarrente, of eventuele aanpassing volgens artikel 19 lid 1.

Artikel 16

Premie, betalingsachterstand en dekkingsopschorting

1. De premie is voor aanvang van de dekkingsperiode verschuldigd.
2. Als de verzekeringnemer in gebreke blijft tijdig aan zijn verplichtingen te voldoen, zal de verzekeraar de dekking opschorten of beëindigen. In die gevallen blijft de verzekeringnemer verplicht de tot de einddatum van verzekering, maar uiterlijk tot 3 jaar na opschorting, verschuldigde premie en kosten te voldoen.
3. Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, die door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige betalingen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.
4. De dekking wordt in het geval van opschorting weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen en aanvaard. Gevallen van arbeidsongeschik-

- heid, ontstaan op of na de dag waarop de dekkingsopschorting van kracht werd, blijven echter uitgesloten van dekking.
5. De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door hem verschuldigde uitkeringen aan de verzekeringnemer te verrekenen met openstaande premie-termijnen.
 6. De verzekeringnemer is niet bevoegd de aan hem verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen, behalve met uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van verzekeraar.

Artikel 17

Terugbetaling van de premie

Behalve bij opzegging door de verzekeraar wegens het opzettelijk verstrekken van onjuiste of onware gegevens, wordt bij tussentijdse beëindiging restitutie van betaalde premie verleend, over de periode dat de verzekering niet meer van kracht is.

Artikel 18

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

Vanaf het moment dat de verzekeringnemer uitkering ontvangt volgens rubriek B, wordt vrijstelling verleend van de verschuldigde premie van rubriek A en B. De hoogte van de premievrijstelling is gelijk aan het uitkeringspercentage. Als het uitkeringspercentage wijzigt tijdens de periode van premievrijstelling, verleent de verzekeraar een aanvullende premievrijstelling of brengt zij een deel van de premie alsnog in rekening. De verzekeringnemer dient deze premie te voldoen uiterlijk op de 30^e dag nadat deze verschuldigd wordt. De premievrijstelling wordt de eerste keer berekend en verrekend op de eerstvolgende premievervaldatum nadat de uitkering volgens rubriek B is ingegaan.

Artikel 19

Wijziging van premie en/of voorwaarden

1. De verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen van verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo een groep, dan mag de verzekeraar de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aanpassen en wel op een door haar te bepalen datum. Voor die verzekeringen waarvoor een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar bepaalde datum, maar de wijziging van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.
2. De verzekeraar mag de premie en/of voorwaarden wijzigen in het geval dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar wordt beïnvloed door een wijziging van bestaande sociale verzekeringen en/of voorzieningen en/of door invoering van nieuwe sociale verzekeringen en/of voorzieningen.
3. Verzekeringnemer wordt van deze wijziging(en) in kennis gesteld en wordt uitgenodigd hiermee uitdrukkelijk in te stemmen. Alleen als hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn heeft bericht niet met de voorgestelde wijzigingen akkoord te gaan, vervalt deze verzekering per de datum als genoemd in de door de verzekeraar aan de verzekeringnemer verzonden kennisgeving.

De mogelijkheid tot weigering geldt niet als:

- a. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- b. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- c. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt;
- d. de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door verzekerde bereiken van een leeftijds grens waaraan de premie is gekoppeld;
- e. de wijziging van de premie voortvloeit uit de overeengekomen jaarlijkse klimming van de verzekerde jaarrente en de premie;
- f. de premieverhoging het gevolg is van een contractuele aanpassing van de verzekerde jaarrente.

Artikel 20

Verplichtingen bij wijzigingen van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden

1. Verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de verzekeraar direct, maar in ieder geval binnen 30 dagen, kennis te geven wanneer de verzekerde zijn beroep als op het polisblad vermeld, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt of wanneer de aan het beroep verbonden werkzaamheden een wijziging ondergaan.
2. Als de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt zijn beroep daadwerkelijk uit te oefenen, anders dan ten gevolge van door de verzekeraar erkende arbeidsongeschiktheid, waaronder mede wordt verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit, heeft de verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen of op verzoek van de verzekerde gedurende maximaal 1 jaar de dekking op te schorten en gedurende deze periode een sluimerpremie in rekening te brengen. In dit laatste geval wordt de dekking weer van kracht op het moment dat verzekerde zijn beroep weer uitoefent. Als de verzekerde voor afloop van deze periode zijn beroep niet opnieuw uitoefent, dan heeft de verzekeraar het recht de verzekering alsnog te beëindigen. De dekking geldt niet voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat tijdens de periode van opschorting.
3. Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van verzekerde, of in het geval dat de aan dat beroep verbonden werkzaamheden verandering ondergaan, zal de verzekeraar beoordelen of de wijziging respectievelijk de verandering een risicoverzwaren inhoudt. Als dit het geval is, heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, of de verzekering te beëindigen.
4. Als de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen 1 maand na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.
5. Als verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden, zal de verzekeraar wanneer de verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering, een risicoverzwaren inhoudt. Als er geen sprake is van risicoverzwaren, blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Het daadwerkelijk uitgeoefende beroep vormt dan de grondslag voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Als er wel sprake is van risicoverzwaren, die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, wordt uitkering verstrekt:
 - a. met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/of
 - b. in dezelfde verhouding als dat de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie zich verhoudt tot de premie, die wegens de risicoverzwaren is verschuldigd.Als een niet tijdig gemelde risicoverzwaren naar het oordeel van de verzekeraar van dien aard is dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op uitkering.

Artikel 21

Verplichtingen bij andere wijzigingen

1. De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht tijdig vooraf overleg te plegen met de verzekeraar, wanneer de verzekerde voor een periode van langer dan 2 maanden naar het buitenland gaat. Wordt dit niet (tijdig) gedaan, dan bestaat er vanaf dat moment geen recht op uitkering.
2. De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de verzekeraar direct, maar in ieder geval binnen 30 dagen, kennis te geven wanneer:
 - a. de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt voor werknemersverzekeringen of enige andere verplichte voorziening die recht geeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid;
 - b. de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde of zijn bedrijf, failliet is verklaard, of aan hem of zijn bedrijf surséance van betaling is verleend;

- c. de bedrijfsvoering ingrijpend wijzigt door bijvoorbeeld acquisitie van bedrijven, fusie of het afstoten van bedrijfsonderdelen.
3. De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de verzekeraar te informeren wanneer de verzekerde jaarrente hoger is dan het verzekeraar belang. Als verzuimd is om de verzekeraar te informeren over deze wijziging, zal de uitkering niet worden gebaseerd op de verzekerde jaarrente maar op het verzekeraar belang.

In bovengenoemde gevallen is de verzekeringnemer verplicht, in het geval dat de verzekeraar daarom vraagt, documenten aan te leveren waaruit de wijziging blijkt.

De verzekeraar heeft het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen en/of de verzekerde jaarrente te verlagen, of de verzekering te beëindigen. Als de verzekeringnemer met de eventuele verhoging van de premie of de verlaging van de verzekerde jaarrente en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen 1 maand na de ontvangst van de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Artikel 22

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 23

Einde van de verzekering

Behalve wat er elders nog in deze voorwaarden omtrent opzegging en beëindiging staat vermeld, eindigt deze verzekering in ieder geval:

- a. op de contractvervaldatum, op voorwaarde dat de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum per een aan de verzekeraar verstuurd brief, deze verzekering heeft opgezegd;
- b. op de eerste dag volgend op de maand waarin verzekerde de overeengekomen eendleeftijd heeft bereikt;
- c. op de datum van overlijden van verzekerde;
- d. op een door de verzekeraar te bepalen datum in het geval dat de verzekeringnemer of het bedrijf van de verzekeringnemer:
 - † surseance van betaling of een schuldsaneringsregeling aanvraagt;
 - † in staat van faillissement komt te verkeren;
 - † aangifte doet als bedoeld in artikel 1 van de Faillissementswet;
- e. op een door de verzekeraar te bepalen datum in het geval dat de verzekerde en/of verzekeringnemer onjuiste of onware gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Artikel 24

Onopzegbaarheid

Deze verzekering is niet opzegbaar door de verzekeraar, behalve in de gevallen die uitdrukkelijk in deze voorwaarden zijn genoemd.

Artikel 25

Ongevallenverzekering

Verzekerd is zowel het overlijdensrisico als het risico van blijvende invaliditeit volgens bijgesloten Bijzondere Voorwaarden Persoonlijke Ongevallenverzekering.

1. Als verzekerde komt te overlijden als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval, wordt een eenmalige uitkering verleend ten grootte van de op dat moment verzekerde jaarrente voor rubriek A.
2. Als verzekerde blijvend invalide wordt als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval, wordt een eenmalige uitkering verleend op basis van (maximaal) tweemaal de ten tijde van het ongeval verzekerde jaarrente voor rubriek B.

Artikel 26

Vergoeding van de kosten van preventie en reïntegratie

De met voorafgaande toestemming van de verzekeraar gemaakte kosten verbonden aan inspanningen ten behoeve van preventie en reïntegratie in het arbeidsproces, die niet geacht worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden vergoed.

Verzekerde krijgt deze kosten niet vergoed als hij gebruik kan maken van andere, hiervoor bestaande regelingen of voorzieningen.

Artikel 27

Recht op uitkering bij zwangerschap

1. Er bestaat recht op uitkering wegens zwangerschap / bevalling van verzekerde. Voorwaarde is dat verzekerde ten tijde van de vermoedelijke bevallingsdatum ten minste 2 jaar voor zowel rubriek A als B bij de verzekeraar is verzekerd. Onder bevalling in de zin van dit artikel wordt tevens beschouwd een vroeggeboorte wanneer de foetus 26 weken of ouder is.
2. De uitkering wordt verstrekt gedurende ten hoogste 16 aaneengesloten weken.
3. De eigen risicotermijn wordt op de uitkeringsduur in mindering gebracht. Wanneer de eigen risicotermijn in de 2 jaren voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum is verkort, wordt uitgegaan van de overeengekomen eigen risicotermijn met de langste duur.
4. De verzekerde is verplicht in geval van zwangerschap zo snel mogelijk, maar in ieder geval 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum, hiervan kennis te geven aan de verzekeraar door middel van een verklaring van een geneeskundige of verloskundige waarin de vermoedelijke bevallingsdatum is aangegeven.
5. De hoogte van de uitkering per dag is gelijk aan $1/365^{\text{ste}}$ deel van de verzekerde jaarrente onder rubriek A. Verhogingen, klimmingen en/of stijgingen die binnen 2 jaar voor de vermoedelijke bevallingsdatum zijn opgenomen in deze verzekeringsovereenkomst, worden in mindering gebracht op de verzekerde jaarrente van rubriek A.
6. De eigen risicotermijn gaat vier weken voor de vermoedelijke datum van bevalling in, of zoveel eerder als de werkelijke bevalling plaatsvindt.
7. Bij samenloop van een bevallingsuitkering met een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid wordt van de bevallingsuitkering alleen het meerdere uitgekeerd als deze bevallingsuitkering hoger is dan het bedrag van de over deze periode vastgestelde uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

Artikel 28

Periodiek geneeskundig onderzoek

1. Wanneer verzekerde volledig arbeidsgeschikt is, zijn de kosten van een periodiek geneeskundig onderzoek meeverzekerd. Voor het eerst in het kalenderjaar waarin de verzekering ten minste 2 jaar van kracht is en vervolgens steeds na 2 kalenderjaren heeft de verzekerde het recht op kosten van de verzekeraar een algemeen geneeskundig onderzoek te ondergaan. Dit onderzoek, waarvan de kosten geheel voor rekening van de verzekeraar komen, wordt verricht door een door de verzekeraar aangewezen keuringsinstelling. Voor dit onderzoek stelt de verzekeraar op eerste verzoek van de verzekerde een coupon / cheque ter beschikking, waarmee verzekerde zich binnen 90 dagen na afgifte tot de keuringsinstelling kan wenden. Het resultaat van dit onderzoek wordt niet aan de verzekeraar bekend gemaakt.
2. Verzekerde krijgt deze kosten niet vergoed als hij op grond van een andere verzekering, al of niet van oudere datum, recht heeft op vergoeding of op andere wijze gebruik kan maken van een hiervoor bestaande regeling of voorziening.

Artikel 29

Verhaalsbijstanddekking

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE VERHAALSBIJSTAND

Onverminderd het bepaalde in de Algemene Voorwaarden, gelden aanvullend de navolgende artikelen.

ALGEMEEN

Ter uitvoering van de verhaalsbijstand op grond van deze verzekering heeft de verzekeraar een overeenkomst gesloten met D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam (Karspeldreef 15, Postbus 23000, 1100 DM Amsterdam, telefoon (020) 651 75 17.

Artikel 30

Aanvullende begripsomschrijvingen

In deze Bijzondere Voorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Derde**
Een ieder die op wettelijke gronden tegenover verzekerde tot schadevergoeding is gehouden, met uitzondering van de verzekeraar van deze arbeidsongeschiktheidsverzekering.
2. **Gebeurtenis**
Het moment waarop voor het eerst de belangentegenstelling met de wederpartij tot uiting is gebracht en daardoor redelijkerwijs kan worden beschouwd als de oorzaak van de behoefte aan verhaalsbijstand.
3. **Schaderegelaar**
D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
4. **Verhaalsbijstand**
Het behartigen van de juridische belangen van de verzekerde bij het verhalen van de door hem geleden schade op degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.

Artikel 31

Geldigheidsgebied

De verhaalsbijstand wordt uitsluitend verleend binnen de Benelux, ongeacht waar de gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

HET VERZEKERDE RISICO EN DE VERLENING VAN DE VERHAALSBIJSTAND

Artikel 32

Verzekerde risico's

Als de verzekerde op grond van deze polis recht heeft op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, heeft hij tevens recht op verhaalsbijstand.

De verhaalsbijstand wordt verleend voor verhaal van schade op een derde, die in verband met het veroorzaken van genoemde arbeidsongeschiktheid tegenover verzekerde op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht, mits en voor zover:

- a. deze derde zijn domicilie heeft binnen de Benelux;
- b. door de verzekerde voor deze schade niet op enigerlei wijze aanspraak kan worden gemaakt op uitkering op grond van enige andere verzekering - al dan niet van oudere datum - respectievelijk op grond van enige wet of andere voorziening;
- c. door de verzekerde, indien deze verzekering niet zou bestaan, geen aanspraak kan worden gemaakt op het recht tot verhaalsbijstand uit een andere verhaals- of rechtsbijstandverzekering, al dan niet van oudere datum.

Artikel 33

Verlening van de verhaalsbijstand en de beperkingen

1. De verhaalsbijstand wordt door de schaderegelaar verleend. De schaderegelaar garandeert daarbij de inzet van alle in loondienst aan haar verbonden deskundigen. Met de verzekerde wordt overleg gepleegd over de wijze van behandeling. Hij wordt geïnformeerd over de haalbaarheid van het gewenste resultaat.
2. Als er geen redelijke kans (meer) is het gewenste resultaat te bereiken, wordt de verlening van de verhaalsbijstand gestaakt.
3. De schaderegelaar is bevoegd geen (verdere) verhaalsbijstand te verlenen als het belang van de zaak niet opweegt tegen de (verder) te maken kosten van verhaalsbijstand. De schaderegelaar stelt dan een bedrag beschikbaar dat gelijk is aan het belang van de zaak.
4. Als de behandeling niet door de schaderegelaar zelf kan worden voltooid in verband met het procesmonopolie, draagt de schaderegelaar deze over aan een advocaat of rechtens bevoegde deskundige. In aanmerking komen advocaten of rechtens bevoegde deskundigen die in Nederland zijn ingeschreven of kantoor houden als de zaak hier dient of die bij het buitenlandse gerecht staan ingeschreven als de zaak daar dient. Onder rechtens bevoegde deskundige wordt verstaan een ter zake kundige die krachtens toepasselijke regels van procesbevoegdheid in de (eventuele) gerechtelijke of administratieve procedure de noodzakelijke verhaalsbijstand mag verlenen.
5. Alleen de schaderegelaar is bevoegd, na overleg met de verzekerde, opdrachten te verstrekken aan advocaten, rechtens bevoegde deskundigen en andere externe deskundigen. De opdrachten worden steeds gegeven namens de verzekerde. De verzekerde machtigt de schaderegelaar hiertoe onherroepelijk.
6. In geval van een opdracht aan een advocaat of rechtens bevoegde deskundige, zoals vermeld in artikel 60 en 61 van de Wet Toezicht Verzekeringswezen, volgt de schaderegelaar de keuze van de verzekerde. In andere gevallen of in geval van een opdracht aan een andere externe deskundige bepaalt de schaderegelaar de keuze.
7. De schaderegelaar is niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de behandeling door een externe deskundige.

Artikel 34

Kosten van de verhaalsbijstand

Tot maximaal € 5.000,- per gebeurtenis komen voor vergoeding in aanmerking:

- a. de interne kosten: de kosten van de aan de schaderegelaar in loondienst verbonden deskundigen;
- b. de navolgende externe kosten:
 1. de honoraria en verschotten, voor zover die in het algemeen gebruikelijk worden beschouwd, van de externe deskundigen, die door de schaderegelaar worden ingeschakeld;
 2. de kosten van getuigen voor zover door een rechter toegewezen;
 3. de proceskosten die ten laste van de verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
 4. de noodzakelijke, in overleg met de schaderegelaar te maken, reisen verblijfskosten als zijn persoonlijk verschijnen voor een buitenlandse rechter is bevolen of dringend gewenst wordt door de ingeschakelde advocaat;
 5. de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis.

Artikel 35

Aanvullende uitsluitingen

De schaderegelaar verleent geen (verdere) verhaalsbijstand:

- a. als de verzekerde handelt in strijd met de verzekeringsvoorwaarden en daardoor de belangen van de schaderegelaar schaadt. Daarvan is in ieder geval sprake als de zaak zo laat is aangemeld dat de schaderegelaar alleen maar met meer inspanningen of meer kosten verhaalsbijstand zou kunnen verlenen;

- b. in een geschil over de onderhavige verzekeringsovereenkomst. De schaderegelaar vergoedt echter alsnog de redelijk gemaakte kosten van verhaalsbijstand als de verzekerde in een onherroepelijk vonnis gelijk krijgt;
- c. als de behoefte aan verhaalsbijstand het beoogde of zekere gevolg is van het handelen of nalaten van verzekerde of indien hij het ontstaan van deze behoefte willens en wetens heeft geaccepteerd om enig voordeel te behouden of te behalen;
- d. in geschillen over het instaan voor of overnemen van vorderingen van anderen door cessie, schuldvernieuwing, subrogatie of borgtocht.

Artikel 36

Aanvullende verplichtingen van de verzekerde

Als de verzekerde / verzekeringnemer een beroep op deze Bijzondere Voorwaarden wil doen, is hij verplicht:

1. zijn verzoek zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de gebeurtenis bij de schaderegelaar aan te melden. Als de verzekerde / verzekeringnemer zijn verzoek meer dan 1 jaar na het ontstaan van de gebeurtenis aanmeldt, is de schaderegelaar niet meer verplicht verhaalsbijstand te verlenen;
2. alle medewerking te verlenen die gevraagd wordt door de schaderegelaar of de door deze ingeschakelde externe deskundigen. Dit houdt onder meer in dat hij:
 - a. alle gegevens en stukken verstrekt die op zijn verzoek betrekking hebben;
 - b. de schaderegelaar machtigt inzage te nemen in de stukken die een externe deskundige over zijn zaak ter beschikking heeft;
 - c. zich desgevraagd civiele partij stelt in een strafzaak en meewerkt aan het verhalen van gemaakte kosten van verhaalsbijstand op derden;
 - d. alles nalaat wat de belangen van de schaderegelaar kan schaden;
3. de door de schaderegelaar voorgeschoten kosten, voor zover deze door verzekerde in ontvangst worden genomen, te restitueren aan de schaderegelaar. Daaronder worden mede verstaan de bij een onherroepelijk vonnis toegewezen proceskosten.
4. De verzekerde / verzekeringnemer kan geen (verdere) rechten aan de polis ontnemen, indien:
 - a. hij een van de in dit artikel in lid 1 en 2 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad;
 - b. hij ter zake van een schade opzettelijk onware of onvolledige mededelingen doet of laat doen.

Artikel 37

De bevoegde rechter en het toepasselijk recht

De verhaalsbijstand wordt verleend binnen het geldigheidsgebied, mits de rechter van één van de daarbinnen gelegen landen bevoegd is en het recht van één van die landen van toepassing is.

GESCHILLEN

Artikel 38

Belangenconflicten

Er is een belangenconflict als beide partijen in een geschil aanspraak hebben op verhaalsbijstand door de schaderegelaar.

In dat geval geldt:

- a. als er een geschil is tussen de verzekeringnemer en de verzekerde op één polis, verleent de schaderegelaar alleen verhaalsbijstand aan de verzekeringnemer;
- b. als er een geschil is tussen 2 verzekerden op 2 verschillende polissen zijn beide verzekerden bevoegd te verlangen dat aan hen verhaalsbijstand wordt verleend door een advocaat of rechtens bevoegde deskundige naar eigen keuze op kosten van de schaderegelaar.

Artikel 39

Geschillenregeling

1. Als de verzekerde het oneens blijft met het oordeel van de schaderegelaar over de haalbaarheid of de wijze van behandeling, dan kan de verzekerde verzoeken dit verschil van mening voor te leggen aan een Nederlandse advocaat naar zijn keuze.
2. De schaderegelaar legt dan dit verschil van mening, met alle relevante stukken, voor aan de aangewezen advocaat en verzoekt hem zijn oordeel te geven. Desgewenst verwoordt de verzekerde ook zijnerzijds nog eens het verschil van mening. Het oordeel van de advocaat is bindend voor de schaderegelaar. De kosten zijn steeds voor rekening van de schaderegelaar. De kosten zijn steeds voor rekening van de schaderegelaar.
3. Als verzekerde zich niet met het oordeel van de advocaat kan verenigen, kan hij de zaaksbehandeling voor eigen rekening en risico voortzetten. Wordt hij daardoor alsnog geheel of gedeeltelijk in het gelijk gesteld, dan betaalt de schaderegelaar alsnog de redelijk gemaakte kosten van verhaalsbijstand.
4. Het recht om een verschil van mening over de uitleg of toepassing van de polisvoorwaarden aan een rechter voor te leggen, vervalt na verloop van 1 jaar, nadat de schaderegelaar haar standpunt schriftelijk heeft bekend gemaakt.

Artikel 40

Adres

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer gebeuren rechtsgeldig aan diens laatst bij de verzekeraar bekende adres.

Artikel 41

Verwerking persoonsgegevens

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

Artikel 42

Toepasselijk recht en klachten

1. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
2. Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan:
 - a. het interne klachtenbureau van Fortis ASR; de klacht kan schriftelijk onder vermelding van naam, adres en verzekeringsnummer van verzekeringnemer gericht worden aan Fortis ASR, Intern Klachtenbureau, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht;
 - b. Stichting Klachteninstituut Verzekeringen (SKV), Postbus 93560, 2509 AN Den Haag, telefoon (070) 333 89 99; binnen dit instituut zijn werkzaam de Ombudsman Schadeverzekering, de Ombudsman Levensverzekering en de Raad van Toezicht Verzekeringen;
 - c. de rechter, als verzekerde geen gebruik wil maken van andere personen of instanties, of in het geval hij de behandeling door, of uitspraak van deze personen of instanties onbevredigend vindt.

Terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

1. **Terrorisme:**
Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
2. **Kwaadwillige besmetting:**
Het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
3. **Preventieve maatregelen:**
Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken.
4. **Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):**
Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.
5. **Verzekeringsovereenkomsten:**
 - a. Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub o van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
 - b. Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
 - c. Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
6. **In Nederland toegelaten verzekeraars:**
 - † Schade-, levens- en zorgverzekeraars, zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993, en
 - † Natura-uitvaartverzekeraars, zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet Toezicht Natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2

Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

1. Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
 - † terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
 - † handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.
2. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in 3 landelijk verschijnende dagbladen.
3. In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
 - † schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
 - † gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars, zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan:
alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen.
Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3

Uitkeringsprotocol NHT

1. Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
2. De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
3. Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
4. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Bijzondere Voorwaarden Persoonlijke Ongevallenverzekering

Deze voorwaarden vormen één geheel met de Voorwaarden van de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Een aantal aanvullende begrippen leggen wij in deze Bijzondere Voorwaarden uit.

Inhoud

Algemeen

- Artikel 1 Aanvullende begripsomschrijvingen
Artikel 2 Geldigheidsgebied

Dekking

- Artikel 3 Aanvullende uitsluitingen

Uitkeringen

- Artikel 4 Verplichtingen
Artikel 5 Vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit
Artikel 6 Uitkering bij overlijden
Artikel 7 Uitkering bij blijvende invaliditeit
Artikel 8 Begunstiging
Artikel 9 Wettelijke rente

Artikel 1

Aanvullende begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden verstaan wij onder:

- Blijvende invaliditeit**
Blijvend geheel of gedeeltelijk (functie-)verlies van een lichaamsdeel of orgaan van het lichaam van de verzekerde.
- Ongeval**
Een ongeval is een gebeurtenis waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen lichamelijke letsel is toegebracht door een plotseling op het lichaam inwerkend van buiten komend geweld. Mede als ongeval wordt beschouwd:
 - acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen en vloeibare of vaste stoffen. Vergiftiging door het binnenkrijgen van allergenen of ziektekiemen is hiervan uitgezonderd;
 - plotseling en ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen en/of de oren, waardoor inwendig letsel ontstaat. Letsel door het binnenkrijgen van allergenen of ziektekiemen is hiervan uitgezonderd;
 - besmetting of vergiftiging door een onvrijwillige val in het water of een andere vloeibare of vaste stof;
 - bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte en de lichamelijke gevolgen van elektrische ontladingen;
 - verhongerding, verdorping, uitputting en zonnebrand als de verzekerde geïsoleerd raakt bij een natuurramp, instorting of door een andere grote algemene ramp;
 - plotselinge verstuijing, ontwrichting en spier- en bandweefselverschuring. De aard en de plaats van deze letsels moeten geneeskundig vast te stellen zijn;
 - complicaties en verergeringen van het ongevalletsel die een direct gevolg zijn van eerstehulpverlening of van een behandeling die door een ongeval noodzakelijk is geworden. Deze behandeling moet zijn verricht door of op voorschrift van een arts;
 - wondinfectie of bloedvergiftiging die een direct gevolg is van een ongevalletsel;
 - HIV-besmetting die het gevolg is van een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens een (be)handeling die door een arts is voorgeschreven. Deze (be)handeling moet uitgevoerd zijn door een arts of verpleegkundige in een erkend ziekenhuis;
 - whiplashtrauma gevolgd door het post-whiplashsyndroom volgens de voorwaarden van de Nederlandse Vereniging van Neurologie;
 - een ongeval dat de verzekerde overkomt tijdens handelingen die hij verricht om mensen, dieren, zaken en/of zichzelf te redden;
 - een ongeval dat de verzekerde overkomt tijdens rechtmatige zelfverdediging.
- Verzekerde**
De persoon die op het polisblad als verzekerde staat vermeld.

Artikel 2

Geldigheidsgebied

De verzekering is geldig in de hele wereld.

Artikel 3

Aanvullende uitsluitingen

De uitsluitingen die in de voorwaarden van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn opgenomen, gelden ook voor deze ongevallenverzekering. Daarnaast gelden de volgende bepalingen:

- Wij verlenen geen dekking voor overlijden van de verzekerde door zelfdoding of blijvende invaliditeit die is ontstaan door een poging daartoe.
 - Wij verlenen geen dekking voor ongevalletsel dat is ontstaan, bevordert of verergerd:
 - door grove schuld van de verzekerde of een begunstigde.
Deze uitsluiting geldt niet voor:
 - † de verzekerde die aantoonbaar dat hem voor de genoemde omstandigheden geen verwijt kan worden gemaakt;
 - † de begunstigde die aantoonbaar dat hem of de verzekerde geen verwijt kan worden gemaakt;
 - door een ongeval dat de verzekerde is overkomen als gevolg van overmatig alcoholgebruik. Er is sprake van overmatig alcoholgebruik als het bloedalcoholgehalte 0,5 promille of hoger is of het ademalcoholgehalte 220 microgram of hoger is;
 - door een ongeval dat de verzekerde is overkomen tijdens het besturen van een motorrijtuig, zonder dat hij in het bezit was van een daarvoor geldig Nederlands rijbewijs/rij-vaardigheidsbewijs;
 - door een ongeval dat de verzekerde is overkomen als bestuurder of passagier van een motor of bromfiets, zonder dat hij daarbij een valhelm droeg. Deze uitsluiting geldt niet als de verzekerde kan aantonen dat het letsel geen gevolg is van het niet dragen van een valhelm;
 - door een ongeval dat de verzekerde is overkomen in de tijd dat hij gebruik maakt van een luchtvaartuig. Deze uitsluiting geldt niet als de verzekerde passagier is van een luchtvaartuig dat gebruikt wordt voor openbaar personenvervoer;
 - tijdens varen op andere wateren dan binnenwateren, als er sprake is van wedstrijden, solovaren of vaartuigen die niet geschikt of uitgerust zijn voor de zeevaart;
 - door een ongeval dat de verzekerde is overkomen bij de training voor, het voorbereiden tot of het deelnemen aan gevaarlijke activiteiten of sporten, zoals onder meer:
 - † abseilen, klettern, bergbeklimmen,
 - † het maken van gletsjertochten, behalve als deze worden gemaakt onder begeleiding van een erkende gids,
 - † bergwandelingen of bergtochten over wegen of terreinen, die niet zonder bezwaar voor ongeoefenden begaanbaar zijn,
 - † bungee-jumping, wildwatervaren, raften,
 - † wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen en Wisbiwedstrijden),
 - † ijshockey,
 - † snelheids-, record- of betrouwbaarheidsritten of races met motorrijtuigen of motorvaartuigen,
 - † vechtsporten, rugby, wielervedstrijden en wedstrijden te paard;
 - als de verzekerde buiten wedstrijdverband andere wintersporten beoefent dan alpineskiën, langlaufen, monoskiën, rodelen anders dan op een wedstrijd baan, schaatsen, skibob, skizeilen, sleeën, snowboarden, surfskiën, swingbo en ijszeilen.
Deze sporten zijn wel uitgesloten als de verzekerde deze zonder deskundige begeleiding beoefent buiten de gebieden die daarvoor voor het publiek zijn aangewezen;
 - als de verzekerde sport anders beoefent dan als onbetaald amateur of sportinstructeur;
 - als de verzekerde beroepsmatig gebruik maakt van houtbewerkingsmachines;
 - als de verzekerde betrokken is bij het opzettelijk plegen van of het deelnemen aan een misdrijf en bij pogingen daartoe.
- Wij verlenen geen uitkering voor ongevallen die zijn ontstaan:
 - door een ziekelijke toestand of door lichamelijke of geestelijke afwijkingen van de verzekerde, behalve als deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval waarvoor wij volgens deze verzekering een uitkering hebben gedaan of verschuldigd zijn;

- b. door psychische aandoeningen, van welke aard ook, behalve als deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;
- c. gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd. Dit betekent in elk geval dat de verzekerde geen recht heeft op een uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en terbeschikkingstelling van de regering (tbs). Deze bepaling geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

Artikel 4

Verplichtingen

Naast en in afwijking van de verplichtingen die in de voorwaarden van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn opgenomen, gelden de volgende bepalingen:

1. De verzekerde of de begunstigde moet, zodra hij op de hoogte is van een ongeval dat voor ons een aanleiding kan zijn om een uitkering te doen, die gebeurtenis zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 90 dagen na de ongevalsdatum, bij ons melden. Hij moet ons een volledig ingevuld en door hem ondertekend schadeformulier toezenden.
2. De begunstigde moet, wanneer de verzekerde door een ongeval overlijdt, ons daarvan in ieder geval zo snel op de hoogte stellen, dat vóór de teraardebestelling of crematie een in- en uitwendige schouwing van het stoffelijk overschot nog mogelijk is.
3. Als de melding niet wordt gedaan binnen de in lid 1 genoemde termijn, kan nog wel een recht op uitkering voor blijvende invaliditeit ontstaan, maar alleen als ons wordt aangetoond, dat:
 - † de blijvende invaliditeit alleen het gevolg is van het ongeval;
 - † de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid zijn vergroot;
 - † de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.
 De verzekerde kan geen rechten meer aan de polis ontfemen wanneer de melding van het ongeval ons later dan 24 maanden na het ongeval bereikt.
4. De verzekerde of de begunstigde moet verder:
 - a. ons alle medewerking verlenen om de oorzaak van het ongeval en/of de doodsoorzaak te kunnen (laten) vaststellen. Hieronder valt zo nodig ook een in- en uitwendige schouwing van het stoffelijk overschot;
 - b. de verzekerde die door een ongeval getroffen is direct onder behandeling van een bevoegd arts (laten) stellen. De verzekerde moet al het mogelijke doen om het herstel te bevorderen en alles nalaten wat het herstel kan vertragen;
 - c. bij herstel of ontslag uit de geneeskundige behandeling ons daarvan zo snel mogelijk schriftelijk op de hoogte brengen;
 - d. alle gegevens die wij nodig achten aan ons of aan door ons aangevoerde medische en andere deskundigen (laten) verstrekken en de daarvoor benodigde machtigingen verlenen;
 - e. geen feiten of omstandigheden verzwijgen of onjuist of onvolledig weergeven, die voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit of het recht op uitkering van belang zijn;
 - f. zich zonnodig laten onderzoeken door een onafhankelijk arts die onze medisch adviseur aanwijst;
 - g. ons tijdens de behandeling van het verzoek om uitkering zo snel mogelijk laten weten als de verzekerde naar het buitenland gaat.

Artikel 5

Vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit

1. Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit houden wij geen rekening met het (toekomstige) beroep van de verzekerde of zijn (toekomstige) bezigheden.
2. Het bedrag van de uitkering voor blijvende invaliditeit stellen wij vast zodra met betrekking tot het letsel dat de verzekerde heeft opgelopen een eindtoestand is bereikt.
3. De mate van invaliditeit wordt uiterlijk 24 maanden na de melding van het ongeval vastgesteld. Als de verzekerde daar de voorkeur aan geeft stellen wij de vaststelling uit. Als tot een dergelijk uitstel wordt besloten, kunnen wij één of meer voorschotten op het vermoedelijk uit te keren bedrag verlenen.

4. Overlijdt de verzekerde:
 - † als gevolg van een oorzaak die geen verband houdt met het ongeval dat hem is overkomen, en
 - † voordat de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld, dan doen wij een uitkering op basis van de laatste gegevens die ons met betrekking tot de invaliditeit bekend zijn.
5. De bepaling van het percentage (functie)verlies vindt plaats volgens objectieve maatstaven en wel volgens de laatste uitgave van de American Medical Association (AMA-guide), aangevuld met richtlijnen van de Nederlandse specialistenvereniging.

Artikel 6

Uitkering bij overlijden

1. Wanneer de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval overlijdt, keren wij het verzekerde bedrag uit dat op het moment van het ongeval voor overlijden geldt.
2. Als wij voor dezelfde verzekerde voor hetzelfde ongeval al een uitkering voor blijvende invaliditeit hebben gedaan, brengen wij deze uitkering in mindering op de uitkering voor overlijden.
3. Wanneer de uitkering die wij voor blijvende invaliditeit hebben gedaan hoger is dan het bedrag dat wij bij overlijden moeten uitkeren, dan worden wij het meerdere niet terug.
4. Wanneer de verzekerde in het buitenland is overleden door een ongeval, vergoeden wij de kosten die verband houden met het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland. Wij vergoeden deze kosten niet als die al op een enige andere wijze voor vergoeding in aanmerking komen.

Artikel 7

Uitkering bij blijvende invaliditeit

1. De uitkering voor blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval vindt plaats op basis van het verzekerde bedrag dat op het moment van het ongeval voor blijvende invaliditeit geldt.
2. In de gevallen die hierna staan vermeld, keren wij het daarachter vermelde percentage van het verzekerde bedrag uit:

a.	ongeneeslijke gehele krankzinnigheid of ongeneeslijke algehele verstoring van de geest als gevolg van hersenletsel	100%
b.	verlies van het gehele gezichtsvermogen van beide ogen	100%
c.	verlies van het gehele gezichtsvermogen van 1 oog	30%
	Als wij op grond van deze verzekering al een uitkering voor verlies van het gehele gezichtsvermogen van het andere oog hebben gedaan	70%
d.	verlies van het gehele gehoorvermogen van beide oren	60%
e.	verlies van het gehele gehoorvermogen van 1 oor	25%
	Als wij op grond van deze verzekering al een uitkering voor verlies van het gehele gehoorvermogen van het andere oor hebben gedaan	35%
f.	verlies van het gehele spraakvermogen	50%
g.	verlies van een long	25%
h.	verlies van de milt	3%
	en bij algeheel verlies of het verlies van het gebruiksvermogen van:	
i.	een arm tot in het schoudergewricht	75%
j.	een arm in of boven het ellebooggewricht	70%
k.	een hand of een arm beneden het ellebooggewricht	65%
l.	een duim	25%
m.	een wijsvinger	15%
n.	een middelvinger	12%
o.	een ringvinger of een pink	12%
p.	alle vingers van een hand tezamen	65%
q.	een been tot in het heupgewricht	75%
r.	een been in of boven het kniegewricht	60%
s.	een voet of een been beneden het kniegewricht	50%
t.	een grote teen	10%
u.	één van de andere tenen	5%
v.	de reuk of de smaak	10%
w.	het gehele natuurlijke gebit	20%
3. Bij gedeeltelijk verlies of bij gedeeltelijk verlies van het gebruiksvermogen in de gevallen die in lid 2 staan genoemd, keren wij naar verhouding een deel van het genoemde percentage uit.

4. In geval van gedeeltelijk verlies van het blijvende natuurlijke gebit gaan wij voor de berekening van de uitkering steeds uit van 32 gebitselementen. Onder gedeeltelijk verlies verstaan wij hier het volledige verlies van het gebruiksvermogen van het (de) betreffende gebitselement(en).
5. In andere gevallen van blijvende invaliditeit dan die in lid 2 staan genoemd, bepalen wij de uitkering naar de mate van invaliditeit zoals die is veroorzaakt door het ongeval.
6. Als een bestaande invaliditeit door een ongeval wordt vergroot, dan doen wij een uitkering op basis van de invaliditeit na dat ongeval, verminderd met de graad van invaliditeit die vóór het ongeval al bestond. Wij nemen daarbij de maatstaven in acht die in dit artikel zijn vastgesteld.
7. Voor één of meer achtereenvolgende ongevallen binnen 24 uur keren wij per verzekerde in totaal niet meer uit dan het verzekerde bedrag dat op het moment van het laatste ongeval voor blijvende invaliditeit geldt.
8. Als de verzekerde op de wijze zoals die staat omschreven in artikel 1.2.i met HIV besmet raakt, doen wij een eenmalige uitkering van € 5.000,-.
9. Bij vaststelling van het post-whiplashsyndroom volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Neurologie doen wij een éénmalige uitkering van maximaal 8% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit.

Artikel 8

Begunstiging

1. De verzekeringnemer is de begunstigde voor alle uitkeringen die wij op grond van deze verzekering doen.
2. De erfgenamen zijn de begunstigden voor de uitkering voor het overlijden van de verzekerde. De erfgenamen krijgen een uitkering in dezelfde verhouding als waarin zij delen in de nalatenschap.
3. U hebt het recht een andere begunstiging in de polis op te laten nemen, voor zover de wettelijke regelingen dat toelaten. De wijziging is pas geldig als deze door ons in de polis is aangetekend.
4. De overheid kan niet als begunstigde optreden.

Artikel 9

Wettelijke rente

In afwijking van de Algemene Voorwaarden gelden voor de wettelijke rente de volgende bepalingen:

1. Als de mate van blijvende invaliditeit binnen 12 maanden na de ongevalsdatum nog niet is vastgesteld, vergoeden wij de wettelijke rente vanaf de 366e dag na de dag waarop het ongeval heeft plaatsgevonden.
2. Als het ongeval later dan binnen 90 dagen na het ongeval bij ons wordt gemeld, vergoeden wij de wettelijke rente pas vanaf de 366e dag nadat de melding door ons is ontvangen.
3. In beide gevallen eindigt het recht op vergoeding van de wettelijke rente op de dag dat wij de uitkering doen. De wettelijke rente vergoeden wij tegelijkertijd met de uitkering aan de begunstigde.